

اختلالات شخصیت و اعتیاد

الهه زارعی مته کلایی^۱

چکیده

یکی از پدیده‌های خطرناکی که نسل بشر را در معرض سقوط و انحطاط روانی، اخلاقی و جسمانی قرار می‌دهد، اعتیاد به مواد مخدر است که تاثیر آن از فرد و خانواده عبور می‌کند و کل جامعه را درگیر می‌سازد. اعتیاد هزینه‌های اقتصادی، عاطفی و اجتماعی گزافی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند. اعتیاد اختلالی چند عاملی است که اغلب سیری مزمن و عود کننده دارد. آنچه در این زمینه مهم است، این است که اعتیاد امری قابل پیشگیری و قابل درمان است، اما درمان آن ساده نیست چرا که اعتیاد ابعاد گوناگون دارد. پیشگیری، موثرتر و کم هزینه‌تر از درمان است و با شناخت عوامل، ویژگی‌ها و خصیصه‌هایی که افراد را در مقابل اعتیاد آسیب پذیر می‌کند، شروع می‌شود. اختلالات شخصیت از جمله عواملی هستند که همبودی بالایی با اعتیاد دارند و باعث آسیب پذیری در برابر اعتیاد می‌شوند. بنابراین با شناخت اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به مواد مخدر می‌توان درمانی مناسب با شرایط این افراد انتخاب نمود که راه حل موثرتر و سازنده‌تری باشد. استفاده از خدمات روانپزشکی و روانشناسی در پیشگیری و درمان در کنار دارو درمانی در مراکز درمانی سوء مصرف مواد امری ضروری است.

کلید واژه‌ها: اختلالات شخصیت، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی

مازندران، ساری، ایران، پست الکترونیک: Eli_zarei_m@yahoo.com

مقدمه

رشد و گسترش آسیب‌های اجتماعی و روانی در جوامعی که حالتی انتقالی را طی می‌کنند امری گریزناپذیر است. شکی نیست که جامعه ایران، امروز در دوران گذار از سنت به مدرنیته است و این گذار با مسائل و مشکلات خاص اجتماعی و فرهنگی همراه است. اعتیاد یکی از این آسیب‌های اجتماعی و ناشی از سبک زندگی است (ایزدی و محمدزاده ادملایی، ۱۳۸۷). رشد سریع بیماری‌های ناشی از سبک زندگی، چالشی در سراسر جهان است و چهار عامل اصلی خطرزا برای بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی و مصرف مواد مخدر است. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۳) تخمین زده است که تعداد سالانه مرگ ناشی از بیماری‌های غیر مسری حاصل سبک زندگی به ۵۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. سازمان جهانی بهداشت اختلال سوء مصرف مواد را به عنوان یک اختلال فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی تعریف می‌کند که در آن استفاده از یک ماده برای فرد در اولویت قرار دارد و بر رفتارهای دیگر برتری دارد (آسپلان لین^۲، ۲۰۱۵). اعتیاد یک بیماری مزمن است که با جستجو و استفاده اجباری مواد مخدر و مشکل کنترل مصرف آن با وجود عواقب زیانبار آن مشخص می‌شود. تصمیم اولیه برای مصرف مواد مخدر برای اکثر افراد عملی داوطلبانه است، اما استفاده مکرر مواد مخدر می‌تواند تغییراتی را در مغز ایجاد کند که توانایی کنترل خود افراد را به چالش بکشد و با توانایی افراد برای مقاومت در برابر میل شدید به مواد مخدر تداخل کند. هیچ عاملی به تنهایی پیش‌بینی کننده اعتیاد یک شخص نخواهد بود بلکه ترکیبی از عوامل خطر در ابتلا به اعتیاد تاثیر می‌گذارند. عوامل خطرزا باعث افزایش شانس افراد برای ابتلا به اعتیاد می‌شوند (موسسه ملی سوء مصرف مواد^۳، ۲۰۱۶).

اعتیاد به مواد مخدر از مدت‌ها قبل و هنوز هم به عنوان بحرانی اساسی در سراسر جهان مطرح است. دلایل مختلفی برای وابسته شدن فرد به مواد وجود دارد. برخی از افراد فقط به دلیل کنجکاوی، برخی به دلیل بهبود عملکرد ورزشی و یا کاهش استرس و یا رهایی از

1. World Health Organization
2. Aspelan lin

3. National Institute on Drug abuse

احساسات ناخوشایند شروع به مصرف مواد می کنند (برگل، ۲۰۱۵). نکته مهم این است که باید در زمان مناسب و قبل از اینکه سلامت و زندگی افراد تباہ شود برای کمک به آن ها اقدام شود. بسیار مهم است که اعتیاد به مواد مخدر در لحظه مناسب و ترجیحاً از همان ابتدا یعنی قبل از مختل شدن روابط اجتماعی و سلامتی آن ها شناسایی شود (آسپلان لین، ۲۰۱۵). در برخی تحقیقات ویژگی ها و اختلالات شخصیت به عنوان عاملی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد عنوان شده است. به بیان دیگر افراد بی شماری از جمعیت معتادین، افرادی هستند که نابهنجاری هایی در زمینه شخصیتی داشته و از طریق ارتباط با افراد معتاد دیگر به این راه کشیده شده اند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). بنابراین با شناخت این ویژگی ها و اختلالات شخصیتی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می توان گامی مهم در جهت پیشگیری از این پدیده شوم برداشت. شناسایی این عوامل می تواند منجر به اتخاذ رویکرد درمانی متناسب با شخصیت این افراد شود.

اعتیاد

در عصر حاضر مسئله مواد مخدر شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی داشته و تا به حال هیچ پدیده ای این قدر انسان را به چالش نخوانده است. در تاریخ بشر با معضلی مواجه شده ایم که پایه ها و بنیان های جامعه انسانی را به تحلیل می برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد تئوری های متعدد در رشته های علمی مختلف و روش ها و تکنیک های متنوع است (اله وردی پور و همکاران، ۱۳۸۴؛ حجازی، زارع، زیدآبادی نژاد و شاکری، ۱۳۸۸). در ادبیات علوم بهزیستی اعتیاد عبارت است از یک پدیده زیستی که به ارگانیزم امکان می دهد خود را به تدریج با پاره ای مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره مقادیری از این مواد را که برای ارگانیزم کشنده است، تحمل کند (دعاگویان و حبیب زاده، ۱۳۹۰).

هر یک از روانپزشکان، روان شناسان، جامعه شناسان و آسیب شناسان اجتماعی از دیدگاه های متفاوت و خاص خود به تعبیر و تحقیق اعتیاد پرداخته و عوامل و راه حل ها

را در حیطه تخصص خود جستجو کرده‌اند. از این رو نظریه‌ها و مدل‌های متعدد و متنوعی برای تشریح ماهیت پیچیده و غامض اعتیاد به وجود آمده است که به خلاصه آن‌ها در ذیل اشاره می‌شود.

نظریه‌های روان تحلیل‌گری

درک روان تحلیل‌گری و اعتیاد، بطور کلی در کنار خطوط مشابه نظریه‌های روان تحلیل‌گری تکامل یافته است. نظریه پردازان اولیه بر جنبه‌های لیبیدویی سوء مصرف مواد همچون ارضای سائق لذت، لذت‌گرایی و دستیابی به حالت‌های بازگشتی تأکید می‌کردند و نظریه‌های روان پویشی حاضر بر رشد من، روابط شیء و روان‌شناسی خود تأکید دارند. منشأ غریزه حیات، نوعی انرژی حیاتی بنام لیبیدو است. می‌توان گفت که بر طبق اصول این نظریه هر شخص دارای میزان معین و محدود از این انرژی حیاتی^۱ روانی است. لیبیدو به فعالیت‌هایی که شخص برای کسب لذت انجام می‌دهد، چه در امور جنسی و چه در امور غیر جنسی، اطلاق می‌شود. گذاشتن پستان مادر در اوایل تولد در دهان نوزاد، نوشیدن شیر از شیشه و گذاشتن پستانک در دهان و در مراحل بعدی همه و همه برای ارضاء این حس دهانی است. فروید معتقد بود که معتادان، قربانی تثبیت در مرحله رشد دهانی هستند و دچار رفتار واپس‌روی می‌شوند. به نظر وی، دلیل این رفتار واپس‌روی تقویت ساختار تحریک‌پذیری جنسی محدودده دهانی است. هنگامی که این تحریک‌پذیری ادامه داشته باشد کودک و بزرگسالان وابستگی شدید به استعمال دخانیات و نوشیدن الکل پیدا می‌کنند (پیرمرادی، ۱۳۸۷). از نظر کلنتر و آوی^۱ (۱۹۹۹) احساسات دردناک مرتبط با تعارض‌های دوران کودکی اغلب واپس زده می‌شوند و در ذهن ناخود آگاه باقی می‌مانند. در دوران بعد، مواجهه با تعارض‌های مشابه منجر به شعله‌ور شدن آن احساس‌ها می‌شود که در این زمان واپس زدن دیگر موثر نیست و اضطراب و ناراحتی رخ می‌دهد اگر فرد دارای ایگوی مناسب جهت تعدیل این اضطراب و ناراحتی نباشد به مصرف مواد روی خواهد آورد

(صالحی، ۱۳۸۱). رادو^۱ (۱۹۷۵) معتقد بود که سبب شناسی اعتیاد با استناد به لیبدو ارتباط نزدیکی با میزان رشد دهانی و میزان هم جنس گرایی دارد. که اولی از رشد "واپس روی یا تثبیت" و دومی از انحراف رشد ناشی شده است (به نقل از بهرامی، ۱۳۸۳).

گلوور^۲ (۱۹۷۰) با ابراز شک در این باره که مفاهیمی چون مرحله دهانی و یا خود شیفتگی شکننده بر پایه موضوعات ژنتیک بنا شده اند، پیشنهاد نمود که مراحل اولیه رابطه مادر و فرزند در کانون توجه قرار گیرد (به نقل از بهرامی، ۱۳۸۳). کوهات (۱۹۷۱) نیز مانند گلوور، توجه خود را بیشتر معطوف به رابطه اولیه مادر و فرزند می نماید. به نظر وی رشد "خود" یا هسته شخصیت، بستگی به دریافت دو حمایت روان شناختی اساسی از جانب والدین دارد. نخستین حمایت عبارت است از تاثیر احساس نیرومندی و بزرگی کودک و دومین حمایت احساس آرامش و منزه بودن از خطا است (آزاد، ۱۳۷۹). چنانچه رابطه طفل با والدین تحت الشعاع تجربیات ناقص، تلخ و دردناک قرار گیرد در چنین شرایطی "خود" ضعیف گشته و قادر به تحمل سرخوردگی^۳ که وظیفه سازماندهی مرزهای شخصیتی وی را بعهده دارد^۴ نیست. از این رو، جستجوی یک شیء بی جان و به لحاظ ذهنی قابل دسترسی، مانند مواد مخدر که حالت روحی را متحول کند و احساس بی قابلیتیت فرد را بر طرف نماید، به عنوان یکی از راه حل های ممکن غلبه فرد بر ضرورت های اجتناب ناپذیر وضعیت بزرگسالی مطرح می گردد (پیرمرادی، ۱۳۷۸).

ورمرسر^۳ تعارض نوروتیک و وجود یک فرامن تنبیه کننده و سختگیر را کانون اصلی سوء مصرف مواد در نظر می گیرد. از نظر او مواد روان گردان سعی می کنند تسکینی گذرا از سختگیری و بی رحمی فرامن و ناراحتی عاطفی مرتبط با آن فراهم کنند. ورمسر درمان روان کاوی سنتی را بعنوان بخشی از مراقبت های خود^۴ یاری، دارودرمانی، آموزش و درمان خانوادگی پیشنهاد می کند (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

با در نظر گرفتن نظریه های روان پویایی می توان ابراز داشت که سوء مصرف کنندگان مواد، ممکن است با کار کردهای من و خود مانند حفظ حالات بهزیستی و عزت نفس،

نیاز به رضایت، دفاع سائق و روابط شیء مشکل داشته باشند. مواد نقش جبرانی ایفا می کنند، در مقابل مصیبت پیشترگرمی می دهند، من رابی کفایت می کنند یا فرامن تنبیه کننده و سخت را مطیع می کنند (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

نظریه یادگیری

مدل های نظریه یادگیری از چندین مکتب فکری مختلف راجع به رفتار شرطی شده یا یاد گرفته شده نشأت گرفته است. این مکاتب فکری عبارتند از شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی عامل، نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه شناختی^۵ رفتاری. تمام این نظریه ها بر این باورند که رفتار انسان به جای این که با عامل ارثی ایجاد شده باشد، آموخته شده هستند. به طور مثال در شخصیت معتاد به دخانیات که همیشه بعد از خوردن نهار سیگار می کشد عکس العمل شرطی به وجود می آید و شخص معتاد پس از صرف غذا بلافاصله میل به کشیدن سیگار پیدا می کند. شکل سیگار و اشخاص سیگاری، وضع مکانی که شخص همیشه در آن جا سیگار می کشد هم نمونه هایی از عوامل شرطی هستند که سبب می شود شخص به مجرد مشاهده آن دست به سیگار ببرد. بر طبق دیدگاه روان شناسان یادگیری، مصرف مواد مخدر در کوتاه مدت به سبب احساسات دلپذیری که پدید می آورد به عنوان عامل تقویت کننده مثبت عمل می کند. بنابراین طبق یکی از اصول یادگیری یعنی اصل مجاورت، فرد مصرف کننده با یادآوری نتایج مثبت از مصرف اولیه تمایل دوباره و چندباره به مصرف این گونه مواد پیدا می کند و این عمل را نیز انجام می دهد و به مرور بعد از این که بدن وی با مقدار مصرف اولیه اش عادت پیدا کرد (پدیده تحمل)، برای بدست آوردن تجارب اولیه مقدار مصرف خود را بالا و بالاتر می برد تا تماماً به انقیاد مواد مخدر یا نوشیدنی های الکلی در می آید تا دیگر هیچ اختیاری از خود نداشته باشد (احمدوند، ۱۳۷۹؛ به نقل از عسکری جنت آبادی، ۱۳۹۱). به طور کلی رفتارهای مشکل دار شامل افکار، احساسات و تغییرات فیزیولوژیکی می توانند با همان فرایندهای یادگیری که در ابتدا آن ها را به وجود آورده است، اصلاح و تغییر داده شود. به بیانی ساده نظریه های یادگیری بر این عقیده تأکید می کنند که

رفتارهای اعتیادی شامل یک دسته عادات بد می‌شوند که قابل اصلاح و تغییر هستند. این مدل‌ها، رفتارهای اعتیاد را روی یک پیوستار از مصرف مسئولانه یا مصرف در موقعیت‌های اجتماعی تا مصرف به صورت اعتیاد و مصرف اجباری قرار می‌دهند. نظریه پردازان یادگیری این مدل‌ها را با مدل بیماری مقایسه می‌کنند. آن‌ها اعتقاد دارند که تمام نقاط روی این پیوستار از مصرف تا سوء مصرف، تحت تاثیر یک سری فرایندهای یادگیری مشابه است. تفاوت مکان روی پیوستار، مربوط به این امر می‌شود که برخی از افراد بر اثر شرطی شدن، الگوهای ناکارآمد یا ناسازگار سوء مصرف را انتخاب کرده‌اند. نظریه‌های رفتاری نقش عوامل ژنتیک را به حداقل می‌رسانند و در عوض بر تعامل تاثیرات محیط فرد، ترکیب بیولوژیکی یا خلقی و فرآیندهای یادگیری تأکید بسیار دارند (نورانی پور، ۱۳۸۳). در زیر اشاره‌ای مختصر به برخی نظریه‌های یادگیری شده است:

الف) مدل شرطی سازی کلاسیک: بر اساس این مدل، معتاد نسبت به موقعیت مرتبط با مصرف مشروب و مواد پاسخ شرطی ایجاد می‌کند. تصور بر این است که شرطی سازی کلاسیک، تجربه اشتیاق و رغبت در پاسخ به نشانه‌های محیطی خاص را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر نشانه‌های محیطی از طریق همبندی‌های مکرر، با مصرف مواد تداعی می‌شوند. از این رو این نشانه‌ها پاسخ‌های فیزیولوژیکی را که به صورت اشتیاق برای سوء مصرف مواد تجربه می‌شود، فرا می‌خوانند. ویلکر مشاهده کرد که وقتی که مصرف کنندگان سابق مواد درباره مصرف مواد خود در گذشته صحبت می‌کردند، اغلب شروع به تجربه کردن علائم فیزیولوژیکی ترک مواد افیونی می‌کردند. در این نظریه برای درمان اختلالات سوء مصرف مواد راهکارهای متعددی از جمله فنون کنترل محرک، آموزش آرام بخشی، حساس سازی آشکار ارائه شده است (نورانی پور، ۱۳۸۳).

ب) مدل شرطی سازی عامل: نظریه پردازان شرطی سازی عامل اعتقاد دارند که الگوهای رفتاری بر اثر تقویت‌های مثبت و منفی به وجود می‌آید. سوء مصرف الکل و مواد اعتیاد آور تحت تاثیر این دو نوع تقویت کننده به وجود می‌آیند. مواد هم تاثیرات مثبت ایجاد می‌کنند و هم تجربه منفی را برطرف می‌نمایند، از این رو احتمال مصرف

بیشتر مواد را افزایش می‌دهند. عامل مهم در این فرآیند، این است که تقویت‌کننده‌هایی که از لحاظ زمانی به رفتار خاصی نزدیک ترند نسبت به آن‌هایی که دورتر هستند، تأثیر بیشتری بر رفتار خواهند داشت. بنابراین تسکین سریع و بی‌واسطه ناشی از مواد قوی‌تر از درد ناشی از پیامدهای منفی دورتر است (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

نظریه‌های خانواده مدار

اساساً سه مدل از رویکردهای خانواده مدار به سوء مصرف مواد وجود دارد که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌شود.

الف) رفتاری: تأکید مدل رفتاری بر رفتارهای تقویت‌کننده اعضای خانواده بر سوء مصرف‌کننده مواد است. اعضای خانواده غالباً به طور ناخواسته، به شیوه‌ای عمل می‌کنند که مصرف مواد مورد حمایت قرار می‌گیرد. برای مثال، همسر سوء مصرف‌کننده مواد ممکن است مطیع بودن همسرش هنگام مصرف مواد را نسبت به زمانی که تند خو و بی‌ثبات است ترجیح دهد (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

ب) سیستم‌های خانواده: در خانواده‌های معتاد به مواد مخدر، مرزها یا الگوهای روابط (زن^۱ شوهر با والدین^۲ کودکان) اغلب در هم ریخته و آشفته است و نوعی عدم امنیت بخاطر تبانی موجود بین افراد متعلق به نسل‌های گوناگون (مانند ائتلاف بین فرزند و مادر بزرگ) موجود است که مانع نزدیکی و اشتراک بین زوجین می‌گردد. پدران معتادان به مواد مخدر، غالباً غایب و گسست‌های عاطفی با فرزندان خود دارند، در حالی که مادران به صورت مبالغه‌آمیز فعال و پرتحرک، با گذشت و با نشانه‌های چسبندگی انگلی تشریح گشته‌اند (پیرمرادی، ۱۳۸۷). خانواده درمانگران سعی می‌کنند که چنین خانواده‌هایی را در اصلاح ساختار، مرزها و نقش‌ها کمک کنند و در این راستا تحقیقات بر اثر بخشی خانواده درمانی معتادان صحنه می‌گذارد (نورانی پور، ۱۳۸۳).

ج) بیماری خانواده: مدل بیماری خانواده این واقعیت را نشان می‌دهد که نه تنها سوء مصرف‌کننده مواد، بلکه سایر اعضای خانواده از اختلال رنج می‌برند. اعضای

خانواده و همین طور سوء مصرف کننده نیازمند درمان هستند. اختلال خانواده تا حدی سوء مصرف کننده مواد را تداوم می بخشد و عدم درمان تمام اعضای خانواده، بهبود موفقیت آمیز را غیر ممکن می سازد (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

نظریه زیستی - روانی - اجتماعی

از الگوهایی که اخیراً در زمینه بررسی علت شناسی اعتیاد رواج زیادی داشته است، الگوی زیستی^۱ روانی^۲ اجتماعی است. این الگو، یک مدل ترکیبی است که اکثر متخصصان و مراکز درمانی از این مدل برای تشریح پیچیدگی اختلال اعتیاد استفاده می کنند. در مدل زیستی^۳ روانی^۴ اجتماعی از شیوه های متنوعی برای تشریح اعتیاد استفاده می شود لیکن در مورد هر شخص عوامل خاصی نقش با اهمیت تر یا کم اهمیت تر ایفا می کنند. در این مدل عوامل بیوشیمیایی نقش مهمی در پیدایش و ادامه مشکلات مصرف الکل یا مواد دیگر برای افراد معتاد ایفا می کند و سیستم های انتقال دهنده عصبی نقش مهمی در تنظیم حالات عاطفی، دقت و تمرکز دارد. برخی از افراد ممکن است دارای آسیب دیدگی های ژنتیک در سیستم انتقال دهنده عصبی باشند که ممکن است باعث ایجاد و حساسیت بیش از حد یا آمادگی قبلی برای تأثیرات الکل و مواد و یا هر دو شود. افراد مختلف ممکن است در درون سیستم پیچیده انتقال دهنده های عصبی، آسیب دیدگی های گوناگون داشته باشند که در آنها ایجاد آمادگی قبلی نسبت به سوء مصرف برخی از مواد شیمیایی می کند. همچنین در اشخاص دیگر ممکن است بر اثر سال ها سوء مصرف، حساسیت و آسیب پذیری بیوشیمیایی نسبت به الکل و مواد ایجاد شود. این سوء مصرف ممکن است در اثر عوامل روانی^۵ اجتماعی (مثل تجربیات عاطفی دردناک، مشکلات خانوادگی، فشار همسالان) شروع شده باشد ولی با گذشت زمان مواد شیمیایی هم ممکن است بر سیستم انتقال دهنده عصبی آسیب وارد کرده باشد. نظریات فوق و دیگر نظریات نزدیک به آنها، عمدتاً به اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مخدر به عنوان یک واکنش می نگرند. هیچ یک از آنها اعتیاد را عملی عمدی و حساب شده نمی دانند. در نتیجه، اغلب چنین رفتاری را می توان نتیجه و تأثیر عوامل

خارجی تلقی کرد. به عبارت دیگر این گونه نظریه‌ها مصرف کنندگان مواد مخدر و معتادان را موجودات اجتماعی تلقی می‌کنند که در راه انتخاب سرنوشت خویش نقش اساسی نداشته‌اند و بیشتر تحت تاثیر محیط زندگی خود عکس العمل و واکنش نشان می‌دهند (داجن و شی؛ ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳).

اختلالات مصرف مواد به تنهایی یا در ترکیب با سایر اختلالات روانپزشکی بارها و بارها منجر به مرگ شده‌اند. اختلالات روانپزشکی که همراه سوء مصرف مواد هستند عبارتند از اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت و به خصوص خوشه دوم اختلالات شخصیت (برادویک، برگلاند، فرانک، لیندگرین و لاون هلم، ۲۰۰۹). به یقین بررسی تمامی این اختلالات در این مقاله میسر نیست، به همین منظور، در این مقاله به اختلالات شخصیت پرداخته می‌شود.

اختلالات شخصیت

شخصیت را می‌توان این گونه تعریف کرد: ویژگی‌های دائمی که تعیین کننده این هستند که افراد چگونه به رویدادها و تجربه‌های زندگی خود واکنش نشان می‌دهند. شخصیت ابزاری است برای افراد دیگر که فرد را با آن شناسایی کنند و طبق آن واکنش نشان دهند. بنابراین شخصیت اصطلاحی کلی برای اشاره به این موضوع است که افراد چگونه با رویدادهای زندگی مقابله می‌کنند، با آنها سازگار می‌شوند و به آنها واکنش نشان می‌دهند (گنجی، ۱۳۹۲). بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۲ اختلالات شخصیت عبارتند از فراتر از حد طبیعی بودن صفات طبیعی شخصیت به گونه‌ای که باعث اختلال در دو بعد هویت خود و ارتباطات فردی می‌شود. در این نسخه اختلالات شخصیت به همراه دیگر اختلالات روانی و طبی در محور یک قرار گرفته و عنوان اختلالات روانپزشکی و طبی را به خود گرفته است. در این نسخه اختلالات شخصیت بر اساس دو موضوع حوزه‌های آسیب و صفات و جنبه‌ها طبقه‌بندی می‌شوند. صفات به علامت اختصاصی تر آسیب شخصیت اشاره دارد در حالی که حوزه‌های آسیب

1. Bradvike, Berglund, Frank, Lindgren & Lowenhjelm

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5 (DSM-V)

به دامنه کلی آسیب شخصیتی اشاره دارد و به شش حوزه تقسیم می‌شود که عبارتند از حوزه هیجان پذیری منفی، درون‌نگری، آنتاگونیزم، عدم مهار، میل به اجبار و تکرار و گرایش به زندگی خیال پردازانه. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی خوشه‌های مطرح شده باید در یک مقیاس ۵ بعدی از ۵= یعنی بیمار با این نوع از اختلال تطابق کامل دارد تا ۱= یعنی اصلاً تطابق ندارد مورد بررسی قرار گیرند (اسبک و اچبوروا، ۲۰۱۱). نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی بر اساس شباهت‌های توصیفی اختلالات شخصیت، آن‌ها را به سه گروه تقسیم می‌کند. افراد مبتلا به اختلالات گروه A (اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال) معمولاً عجیب و غریب به نظر می‌رسند. افراد مبتلا به اختلالات گروه B (اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته) که معمولاً دراماتیک، هیجانی یا غیر قابل پیش بینی به نظر می‌رسند. گروه C (اختلالات شخصیت اجتناب‌گر، وابسته و وسواسی-اجباری) که مشخصه آن‌ها ترس و اضطراب است (گنجی، ۱۳۹۲؛ اسبک و اچبوروا، ۲۰۱۱). مطالعات مرتبط با اختلالات شخصیت و سوء مصرف حاکی از این است که اختلالات شخصیت و به ویژه خوشه دوم اختلالات شخصیت با سوء مصرف مواد مرتبط است (برادویک و همکاران، ۲۰۰۹؛ کولپارت، واندرپلاسچن، مایر، بروکارت و ديفرايت، ۲۰۱۲؛ بال، کوب-ریچاردسون، کونولی، بوجوسا و اونیل، ۲۰۰۵).

اختلال شخصیت پارانوئید

افراد مبتلا به این اختلال همیشه درباره دیگران شکاک هستند و به آن‌ها اعتماد ندارند. آن‌ها حرف‌های بدون منظور دیگران را ترسناک برداشت می‌کنند و در مورد نیات آن‌ها سوء برداشت دارند. از نظر این افراد در هر رویدادی یک تهدید پنهان حضور دارد. اگر کسی در مورد این رفتارها به آن‌ها انتقاد کند یا اعلام کند که ممکن است برداشت‌های آن‌ها اشتباه باشد، به‌گونه‌ای نیز شک می‌کنند و اعتمادشان را به او از دست می‌دهند. به

1. Esbec & Echeburua
2. Colpaert, Vanderplassen,
Maeyer, Broekaert & Defruyt

3. Ball, Cobb-Richardson, Connolly,
Bujosa & Oneall

همین دلیل این افراد از دوستی و روابط نزدیک با دیگران اجتناب کرده و معمولاً روابط موفقیت آمیزی برقرار نمی کنند. این افراد اغلب فکر می کنند که دیگران نسبت به آنها خیانتی عمیق و جبران ناپذیر مرتکب می شوند، هر چند برای اثبات آن هیچ سند عینی نداشته باشند. آنها حتی گفته های تحسین آمیز دیگران را با دیده تردید می نگرند و سوء برداشت می کنند. افراد مبتلا به این اختلال همیشه گوش به زنگ و در حالت آماده باش هستند تا نیت شوم و بدخواهانه دیگران را کشف کنند، افرادی کینه ای هستند، دیگران را حسود می پندارند و با دلایل سطحی سعی در اثبات ادعای خود دارند. این افراد دیگران را مسئول همه مشکلات زندگی خود می دانند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی - نرخ شیوع این اختلال ۲/۳ تا ۴/۴ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط سوء مصرف مواد و شخصیت پارانوئید می توان گفت که از ویژگی های محوری این افراد بدبینی بی حد حصر آنهاست که باعث می شود آنها همیشه در حالت آماده باش باشند و مراقبت اطراف خود باشند. مصرف مواد می تواند منجر به افزایش حس قدرتمندی در این افراد شود تا به واسطه آن احساس کنترل بیشتری بر پیرامون خود داشته باشند. علاوه بر آن برای تمامی اختلالات شخصیت استفاده از مواد مخدر حکم نوعی درمان برای احساسات و هیجانات ناخوشایند آنها را دارد. در این زمینه پارسانیا و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه ای با عنوان بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، ۲۰۰ نفر از معتادین مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد استان سمنان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که از این افراد ۷۰/۳ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید بوده اند. و بین استفاده همزمان از چند ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با شخصیت پارانوئید رابطه معناداری از نظر آماری وجود دارد. بخشی پور رودسری، علیو و ایرانی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود به بررسی ویژگی ها و اختلال های شخصیت و راهبردهای مقابله ای در ۵۰ نفر از معتادین خود معرف مرکز درمانی بهزیستی رشت و ۵۰ نفر از افراد عادی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که میانگین افراد با سوء مصرف مواد در کلیه اختلالات شخصیت به جز اختلال شخصیت وسواسی - اجباری بالاتر از افراد عادی بود.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

اوینگن بلولر در سال ۱۹۲۴ از کلمه اسکیزوئید برای توصیف افرادی استفاده کرد که تمایل دارند به درون خود مراجعه کنند و از دنیای بیرون رویگردان هستند. اسکیز مخفف اسکیزوفرنی است و اوئید نیز ریشه یونانی دارد و به معنای فرم، حالت و شکل است. اسکیزوئید در لغت به معنای شبیه به اسکیزوفرنی یا به شکل اسکیزوفرنی است. افراد مبتلا به این اختلال افرادی منزوی هستند که با هیچ کس ارتباط ندارند یا روابط آنها بسیار محدود است و مثلاً ممکن است تنها با یک فامیل درجه یک ارتباط داشته باشد. این افراد هیجان عادی نشان نمی دهند و از فعالیت های مختلف لذت نمی برند. این افراد ترجیح می دهند که بیشتر وقت خود را تنها باشند و به مشاغل و تفریحاتی بپردازند که ملزم به تعامل با دیگران نباشند. این افراد اگر تماس اجتماعی نسبتاً اندکی داشته باشند، می توانند در شغل خود موفق و موثر باشند، با این وجود ترجیح می دهند از دیگران دور باشند و به صورت انفرادی کار کنند. تحسین و ایرادگیری نمی تواند آنها را تحت تأثیر قرار دهد و فعالیت های فکری و مکانیکی مثل بازی های ریاضی یا کامپیوتری را به تجربه های زندگی واقعی ترجیح می دهند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۳/۱ تا ۴/۹ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط سوء مصرف مواد و شخصیت اسکیزوئید می توان گفت که در وهله اول استفاده از مواد مخدر برای این افراد می تواند حکم خود درمانی را داشته باشد. علاوه بر این می توان گفت که از ویژگی های این افراد تنهایی گزینی و انزوا است. این افراد در نظر دیگران افرادی سرد و دور از جمعیت به نظر می رسند اما در واقع چیزی که وجود دارد این است که این افراد بسیار حساس هستند و دلیل تنهایی گزینی آنها این است که آنها در تنهایی احساس امنیت می کنند و باور دارند که وقتی تنها باشند کسی نمی تواند به آنها صدمه بزند. این امر باعث می شود آنها بسیار درون گرا و کسل و بی روح و فاقد مهارت های اجتماعی لازم باشند. این امر می تواند سبب شود که این افراد در تنهایی رشد کرده و برای بی حس کردن درد ناشی از این تنهایی به سوء مصرف مواد روی بیاورند. دلیل احتمالی دیگر مصرف مواد در این افراد می تواند شکست های آنان در زندگی باشد

که باعث آسیب به عزت نفس این افراد شده و آن‌ها برای کنار آمدن با احساسات ناراحت کننده ناشی از این وضعیت به مصرف مواد روی بیاورند (آرمسترانگ، ۲۰۰۲). در این زمینه بیرامی، واحدی، اسمعلی و رضایی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی اختلالات شخصیتی در زندانیان وابسته به مواد، زندانیان غیر وابسته به مواد و آزمودنی‌های بهنجار پرداختند. در این پژوهش ۱۵۰ نفر از زندانیان وابسته و غیر وابسته و ۵۰ نفر از افراد عادی حضور داشتند. نتایج نشان داد که از نظر اختلالات شخصیت اسکیزوئید بین گروه‌های مذکور تفاوت وجود دارد و گروه وابسته به مواد در اختلالات مذکور میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشتند. نتایج بخشی پور رودسری و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که میانگین افراد با سوء مصرف مواد در کلیه اختلالات شخصیت به جز اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بالاتر از افراد عادی بود.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

افراد مبتلا به این اختلال رفتار و افکار نامتعارف و عجیب و غریب دارند که فقط محدود به افکار و رفتار نمی‌شود و ممکن است ظاهر فیزیکی، نوع پوشش و بهداشت شخصی آن‌ها را نیز در بر گیرد. این افراد روابط میان فردی بسیار ضعیفی دارند. این افراد ویژگی انتساب به خود دارند و همه چیز را در ارتباط با خود می‌دانند، حتی رویدادهای کاملاً بی‌ربط را به خودشان نسبت می‌دهند. آن‌ها فکر می‌کنند توانایی‌های جادویی دارند و می‌توانند در رویدادهای بیرونی اثر بگذارند و بعضی از آن‌ها به طور مکرر دچار توهم می‌شوند. این افراد گاهی دست به کارهای خرافی می‌زنند و اعتقاد دارند که با این کار یکی از دوستان یا بستگان از گزند حوادث بد حفظ می‌شوند. به علت همین باورهای جادویی وارد گروه‌هایی می‌شوند و به موضوعات غیر عادی مثل طالع بینی و رویدادهای فرازمینی می‌پردازند. صحبت‌های این افراد پر از زیاده‌گویی و حرف‌های بی‌ربط است اما ویژگی صحبت‌های افراد اسکیزوفرنی مثل سالاد کلمات و از ریل خارج شدگی را ندارند. آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی عادی نمی‌توانند به راحتی تعامل داشته باشند و مضطرب

می شوند به همین دلیل هیچ دوست صمیمی ندارند. به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۳/۹ تا ۴/۶ درصد است (کریج، ساها و هاسین^۱، ۲۰۱۴؛ گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط مواد مخدر و شخصیت اسکیزوتایپال می توان گفت که یک جنبه مهم از اسکیزوتایپی مشکل در روابط بین فردی است که همراه با انزوای اجتماعی و خلق افسرده است. این افراد با استفاده از مواد مخدر می توانند به ستیز با انزوای خود پرداخته و علاوه بر آن از اثرات ضد اضطراب آن برای بهبود حالات خلقی خود بهره مند شوند (مس، باردونگ، کیندل و داهم^۲، ۲۰۰۱). آنجلین^۳ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به بررسی مصرف کانابیس و علائم اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در ۸۰۴ نوجوان ساکن شهر نیویورک پرداختند و به این نتیجه رسیدند که مصرف کانابیس با اختلال شخصیت اسکیزوتایپال رابطه دارد. کریج و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود به بررسی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در افراد با سوء مصرف مواد و افراد عادی پرداختند، به همین منظور ۴۳۰۹۳ نفر از ساکنان ۱۸ سال و بالاتر ایالات متحده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که شخصیت اسکیزوتایپی با سوء مصرف مواد همبودی دارد و افراد مبتلا به شخصیت اسکیزوتایپی قشر آسیب پذیر و در خطر برای ابتلا به سوء مصرف مواد محسوب می شوند. همچنین مس و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهش خود به بررسی رابطه مصرف کانابیس و شخصیت اسکیزوتایپی در افراد مصرف کننده و عادی پرداختند. به همین منظور از هر گروه ۲۰ نفر را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کردند و به این نتیجه رسیدند که مصرف کانابیس با شخصیت اسکیزوتایپی رابطه دارد.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

ویژگی اصلی افراد مبتلا به این اختلال عدم رعایت حقوق دیگران و احترام نگذاشتن به آنها است. این ویژگی‌ها در کودکی آغاز می شود و در بزرگسالی ادامه می یابد. از دیگر ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال خوش اخلاقی، جذابیت ظاهری، هوش بالا، احساسات سطحی، فقدان احساس گناه و همدلی، درس عبرت نگرفتن از اتفاقات، غیر

قابل اعتماد بودن و نداشتن دوستان صمیمی است. بعضی روان‌شناسان بالینی برای این اختلال دو صفت جداگانه مشخص کرده‌اند. اولین صفت بی‌تفاوتی، بی‌احساسی و خودخواهی است. به این صورت که فرد از کارهای خود احساس پشیمانی نمی‌کند و نمی‌تواند با دیگران همدلی داشته باشد. دومین ویژگی سبک زندگی خاصی است که به علت فکر نکردن قبل از عمل کردن، تکانشگری و پرخاشگری به وجود می‌آید. به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۰/۲ تا ۳/۳ درصد است (تیلسترپ، اسکرودر، فریدل و هس^۱، ۲۰۱۷؛ آلکورن^۲ و همکاران، ۲۰۱۳؛ گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط مواد مخدر و شخصیت ضد اجتماعی می‌توان گفت که مهم‌ترین مشکل افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی (که عموماً مرد هستند) بی‌قراری است و ضعف و کاستی اصلی این افراد تکانشگری بی‌حد و مرز است. واکنش معمول آنان در مقابل ملال و ضعف^۳ که معمولاً به این احساس دچارند^۴ آن است که به صورتی تکانشگرانه به جست و جوی خطر و کسب هیجان بر می‌آیند. افراد دارای این الگو در بزرگسالی متوجه می‌شوند که مواد مخدر و یا الکل می‌تواند بی‌قراری آنان را تسکین دهد. این واقعیت که قدرت تحمل یکنواختی را ندارند، باعث ایجاد آمادگی در آن‌ها می‌شود تا هر چیزی را امتحان کنند، این تنوع طلبی در پیوند با تکانشگری عمومی آنان و نیز نقص موجود در سیستم بازداری و مهار عاطفی، استعداد مصرف تقریباً هرگونه مواد مخدر را در آن‌ها پدید می‌آورد (آلکورن و همکاران، ۲۰۱۳). در این زمینه موسر^۳ و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهش خود به بررسی اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال سلوک و سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بیماران اسکیزوفرن مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معرض خطر بیشتری برای سوء مصرف مواد هستند. چاپمن و سلوسی^۴ (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی به بررسی نقش اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در وابستگی به مواد در زندانیان زن پرداختند. به همین منظور ۱۰۵ نفر از زندانیان را مورد بررسی قرار دادند و به

1. Thylstrup, Schroder, Fridell & Hesse
2. Alcorn

3. Mueser
4. Chapman & Cellucci

این نتیجه رسیدند که هر دو اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی با سوء مصرف مواد رابطه معناداری دارند. نوریخش، زین الدینی، خانجانی، پورشرفینی و اصفهانی (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه اختلالات شخصیت و مصرف مواد مخدر و محرک پرداختند. به همین منظور ۱۳۰ نفر از افراد مصرف کننده مواد مخدر و ۱۳۰ نفر از افراد مصرف کننده مواد محرک را مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از این بود که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با مواد محرک و مواد مخدر رابطه دارد. به طور کلی نتایج حاکی از این بود که خوشه B اختلالات شخصیت با مواد مخدر و محرک رابطه دارد در حالی که خوشه C با مواد مخدر رابطه دارد. ملوس، لیپاس و پاپاریگوپولوس^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای همبندی اختلالات شخصیت با مصرف الکل را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی بالاترین همبندی را با مصرف الکل دارند. کولینز، اسپچلنجر و جردن^۲ (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۱۱۴۹ نفر از زندانیان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین شخصیت ضد اجتماعی و مرزی و سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد. کریگر^۳ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود به بررسی اختلالات شخصیت و سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۱۰۱ نفر از معتادین را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که از این تعداد ۵۵/۴ درصد مبتلا به اختلال شخصیت بودند و همبندی سوء مصرف مواد با اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۸/۹ درصد به دست آمد. آریاس^۴ و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی سوء استفاده یا وابستگی به کانابیس و اختلالات روان پزشکی پرداختند. به همین منظور ۸۳۷ نفر از افرادی که برای درمان سوء مصرف به کلینیک‌ها مراجعه کرده بودند را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ۵۱ درصد از این افراد مبتلا به اختلال شخصیت بودند که بیشترین آمار هم به اختلال شخصیت ضد اجتماعی اختصاص داده شد. درویش زاده و جیلاردی دماوندی (۲۰۱۰) به بررسی بروز اختلالات شخصیت در افراد مصرف کننده مواد و بیماران روان پزشکی غیر

1. Mellos, Liappas & Paparrigopoulos
2. Collins, Schlenger & Jordan

3. Krieger
4. Arias

مصرف کننده پرداختند به همین منظور از هر گروه ۷۵ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که میزان شیوع اختلالات شخصیت در افراد مصرف کننده ۴۵/۳ درصد و در افراد غیر مصرف کننده ۲۵/۳ درصد بوده است. همچنین نتایج حاکی از این بود که اختلال شخصیت ضد اجتماعی در گروه مصرف کننده به صورت معناداری بالاتر از گروه غیر مصرف کننده بوده است. محمدزاده و آقای (۱۳۹۳) به بررسی صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی پرداختند. به همین منظور ۱۸۰ نفر از زندانیان مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که از نظر صفت شخصیتی ضداجتماعی در سه گروه تفاوت وجود دارد و صفات مذکور در افراد مصرف کننده بالاتر بود. بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی اختلالات شخصیتی در زندانیان وابسته به مواد، زندانیان غیر وابسته به مواد و آزمودنی‌های بهنجار پرداختند. در این پژوهش ۱۵۰ نفر از زندانیان وابسته و غیر وابسته و ۵۰ نفر از افراد عادی حضور داشتند. نتایج نشان داد که از نظر اختلال شخصیت ضد اجتماعی بین گروه‌های مذکور تفاوت وجود دارد و گروه وابسته به مواد در اختلال مذکور میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشتند. بیگدلی، رضایی و عرب (۱۳۹۲) به بررسی زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد پرداختند و ۹۰ نفر با تشخیص شخصیت ضد اجتماعی از مراکز ترک اعتیاد و زندان مرکزی استان سمنان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این اختلال شخصیت همبودی بالایی با سوء مصرف مواد دارد. جزایری، هژیر، پورشهناز و رضایی (۱۳۸۳) به بررسی اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر پرداختند. به همین منظور ۹۵ نفر از مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که از نظر شخصیت ضد اجتماعی بین افراد مصرف کننده و عادی تفاوت وجود دارد.

اختلال شخصیت مرزی

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان پزشکی آمریکا این اختلال را به این صورت توصیف می‌کند: یک الگوی فراگیر بی‌ثبات در روابط بین فردی و

خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه مشخص که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند (به نقل از مشهدی، سلطانی شورباخورلو و رزمجویی، ۱۳۸۹). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ذکر شده است که این افراد خودپنداره شکننده دارند که به راحتی تغییر می‌کند و در شرایط استرس‌زا خرد می‌شود که ناشی از سطح هویت ضعیف و احساس مزمن پوچی است. این افراد هیجان‌ناشایی بی‌ثباتی دارند و در حفظ رابطه طولانی مدت نیز مشکل دارند. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ده خرده‌گروه اختلال مرزی وجود دارد که عبارتند از: خرده‌گروه هیجان‌پذیری منفی همراه با بی‌ثباتی هیجانی، هیجان‌پذیری منفی و خودآسیب‌زنی، هیجان‌پذیری منفی و عدم امنیت در شرایط جدایی، هیجان‌پذیری منفی و گرایش به اضطراب، هیجان‌پذیری منفی و عزت‌نفس پایین، هیجان‌پذیری منفی و افسردگی، آنتاگونیزم و پرخاشگری، آنتاگونیزم و خصومت، عدم مهارت و تکانشگری و اسکیزوتایپی (کیناست، استافر، برمپوهی و لیب، ۲۰۱۴؛ ترول، شر، مینکس - براون، دارین و بار، ۲۰۰۰). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۱/۶ تا ۵/۹ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲؛ اسبک و اچپوروا، ۲۰۱۱). در خصوص ارتباط مواد مخدر و شخصیت مرزی می‌توان از یک مدل سه‌عاملی نام برد که در ارتباط با مصرف الکل و مواد مخدر کاربرد دارد. این مدل به سه عامل اشاره می‌کند که عبارتند از: آسیب‌پذیری دارویی^۳: این عامل به ارتباط بین تکانشگری/عدم بازداری - که از ویژگی‌های مرکزی شخصیت مرزی است - با استفاده از مواد دارد. همبودی شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد با تکانشگری مرتبط است. تکانشگری ممکن است بر تصمیم به مصرف مواد و ادامه مصرف آن تاثیر بگذارد. مصرف مزمن مواد باعث کاهش سروتونین می‌شود که این به نوبه خود می‌تواند منجر به تکانشگری و رفتارهای خودآسیبی شود. تنظیم هیجانی^۴: از دیگر ویژگی‌های شخصیت مرزی بی‌ثباتی عاطفی

1. Kienast, Stoffers, Bempohi & Lieb
2. Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr

3. Pharmacological vulnerability
4. Affective regulation

است. از آن جایی که این تغییرات عاطفی شدید اغلب غیر قابل پیش‌بینی و نامطلوب هستند افراد با اختلال مرزی به نظر می‌رسد که به منظور مقابله با این عواطف منفی، ناخواسته در معرض سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند. انحراف استعداد^۱: این عامل فرض می‌کند که عوامل فطری (به خصوص آن‌هایی که مربوط به تکانشگری/عدم بازداری هستند) ممکن است با عوامل دیگری مثل نقص کنترل والدین در محیط تداخل کند که این عامل خود منجر به مشکلاتی در جامعه پذیری می‌شود. نقص جامعه‌پذیری با انبوهی از مشکلات همراه است که یکی از این مشکلات می‌تواند سوء مصرف مواد باشد (ترول و همکاران، ۲۰۰۰؛ سلطانی نژاد و همکاران، ۲۰۱۳). ملوس و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی بالاترین همبودی را با مصرف الکل دارند. در پژوهش کریگر و همکاران (۲۰۱۶) همبودی سوء مصرف مواد با اختلال شخصیت مرزی ۱۱/۹ درصد به دست آمد. نتایج پژوهش درویش زاده و جیلاردی دماوندی (۲۰۱۰) حاکی از این بود که اختلال شخصیت مرزی در گروه مصرف‌کننده به صورت معناداری بالاتر از گروه غیر مصرف‌کننده است. نتایج پژوهش محمدزاده و آقایی (۱۳۹۳) حاکی از این بود که از نظر صفت شخصیتی مرزی در سه گروه زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت وجود دارد و صفات مذکور در افراد مصرف‌کننده بالاتر بود. ترویل و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که بین شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد همبودی بالایی وجود دارد. اسکادال، اولدهام و گالاهر^۲ (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای به بررسی همبودی سوء مصرف مواد با اختلالات محور دو در کسانی که برای درمان اختلالات شخصیت مراجعه کرده بودند، پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیدند که ۶۰ درصد از افراد دارای سوء مصرف مواد مبتلا به اختلال شخصیت بودند و شخصیت مرزی همبودی بالایی با سوء مصرف مواد دارد. لوبمان، هال، پینای و راتو^۳ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای مروری شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این دو اختلال همبودی بالایی با

1. Deviance proneness
2. Skodol, Oldham & Gallahe

3. Lubman, Hall, Pennay & Rao

یکدیگر دارند. سانسون و سانسون^۱ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای سوء مصرف مواد و شخصیت مرزی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این دو اختلال همبودی بالایی با یکدیگر دارند. فین و نیپ^۲ (۲۰۱۲) در پژوهش خود به بررسی علائم شخصیت مرزی در کوتاه مدت و بلند مدت ترک الکل پرداختند. به همین منظور در سه زمان علائم شخصیت مرزی را کنترل کردند که عبارت بود از بعد از ترک، ۱۵ هفته بعد از ترک و ۱۸ ماه بعد از ترک. نتایج حاکی از این بود که مصرف الکل با شخصیت مرزی همبودی دارد و علائم شخصیت مرزی در هیچ کدام از زمان‌ها با یکدیگر تفاوت نداشتند و ثابت بودند. نتایج پژوهش دیستل^۳ و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از رابطه معنادار بین صفات شخصیت مرزی و مصرف حشیش، سیگار و الکل بود. ضیا الدینی، نصیریان و امیری (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی شخصیت مرزی در زنان و رابطه آن با بد رفتاری در کودکی پرداختند. به همین منظور ۱۴۸ نفر از بیماران خانم بیمارستان شهید بهشتی کرمان و تعدادی از زندانیان خانم که برای سم زدایی به بیمارستان آورده شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که شخصیت مرزی شایع ترین اختلال شخصیت در بین این بیماران بود. زارعی مته کلایی، محمدی فر و نجفی (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه افکار خودکشی، شخصیت مرزی و پر خاشگری در معتادین مصرف کننده مواد محرک و مخدر پرداختند. به همین منظور ۳۰۰ نفر از معتادین مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد استان سمنان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در معتادین مصرف کننده مواد محرک بالاتر بود. نتایج تحقیق تاتاری و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان همبودی اختلالات شخصیت تیپ B در افراد وابسته به مواد مخدر نشان داد که اختلال مرزی با سابقه مصرف مواد ۱ سال، ترکیب اختلال نمایشی، مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی با سابقه مصرف مواد ۲ سال، اختلال مرزی یا ترکیب اختلال نمایشی، مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی با سابقه مصرف مواد ۳ سال و ترکیب اختلال نمایشی، مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی در افراد با سابقه مصرف

مواد بیشتر از ۳ سال بیشترین میزان شیوع را دارند. اختلال شخصیت خودشیفته در افراد بدون سابقه ترک، ترکیب اختلال نمایشی، مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی در افراد با سابقه ترک یک بار و دوبار بیشترین میزان شیوع را دارند. محمدی فر، زارعی مته کلایی، نجفی و منطقی (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی انجام دادند. نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که با توجه به ملاک‌های ورود به این پژوهش براساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و بر اساس نمرات افکار خودکشی در دو گروه با و بدون افکار خودکشی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی گرا بود. نتیجه گیری نهایی این بود که غربالگری و شناسایی معتادانی که در آن‌ها ویژگی‌های پرخاشگری و شخصیت مرزی بالا است برای پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد.

اختلال شخصیت خودشیفته

افراد مبتلا به این اختلال توانایی‌های خود را بیش از آنچه هست، تخمین می‌زنند و موفقیت‌های خود را بزرگتر از آنچه هست می‌دانند. همواره به تحسین از جانب دیگران نیاز دارند و با افراد دیگر همدلی نمی‌کنند. این افراد معتقدند که برتر و بهتر از دیگران هستند و از آن‌ها انتظار دارند که این برتری را به رسمیت بشناسند. این افراد با دیگران همدلی ندارند و احساسات و خواسته‌های دیگران را نمی‌توانند تشخیص دهند یا آن‌ها را کاملاً نادیده می‌گیرند. به همین دلیل آن‌ها روابط نافرجامی شماری دارند. این افراد در پشت ظاهر پر سر و صدای خود درباره موفقیت‌ها و استعدادهاشان، اعتماد به نفسی بسیار شکننده دارند و دائماً به تایید دیگران نیازمند هستند و اطرافیان باید به آن‌ها اطمینان بدهند که حرف‌ها و عملکردشان درست است (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۰/۰ تا ۶/۲ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). در رابطه با ارتباط سوء مصرف مواد و شخصیت خودشیفته می‌توان گفت که این

افراد برخلاف آنچه که در ظاهر نشان می دهند از عقده حقارت و خود کم بینی رنج می برند لذا سعی می کنند با بزرگ جلوه دادن خود این کمبودها را پنهان یا انکار کنند. این افراد به شدت از دیدن و پذیرفتن واقعیت ها می گریزند و در دنیای خیالی که برای خود ساخته اند به سر می برند و مصرف مواد می تواند به این افراد کمک کند که این دنیای خیالی را برای خود حفظ کنند. علاوه بر این، این افراد عزت نفس بسیار شکننده دارند و مضطرب هستند که ضعف عزت نفس نیز خود یک عامل برای شروع سوء مصرف مواد محسوب می شود. همچنین استفاده از مواد برای این افراد، حکم درمانی برای حالات اضطرابی آنها است. نتایج پژوهش بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که گروه وابسته به مواد در اختلال شخصیت خود شیفته میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشتند. محمدزاده و آقایی (۱۳۹۳) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که صفت شخصیتی خود شیفته در افراد مصرف کننده بالاتر بود. نوربخش و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت خود شیفته با مواد محرک و مواد مخدر رابطه دارد. به طور کلی نتایج حاکی از این بود که خوشه B اختلالات شخصیت با مواد مخدر و محرک رابطه دارد در حالی که خوشه C با مواد مخدر رابطه دارد.

اختلال شخصیت نمایشی

افراد مبتلا به این اختلال بسیار هیجانی هستند و دائم می خواهند که مرکز توجه واقع شوند. افراد مبتلا به این اختلال برای تعریف کردن رویدادهای عادی و پیش پا افتاده زندگی از ژست ها، رفتارها و زبان پرطمطراق استفاده می کنند. آنها دائم ظاهر، عقاید و باورهای خود را تغییر می دهند تا توجه تماشاچی ها و نظر مساعد آنها را جلب کنند. این افراد هیجانانگیز خود را به شیوه ای مبالغه آمیز نشان می دهند، معمولاً از خود راضی و خود محور هستند و در صورتی که مرکز توجه قرار نگیرند بسیار معذب می شوند. علاوه بر این، این افراد تکانشی نیز هستند و به زحمت می توانند ارضای امیال خود را به تعویق بیندازند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال حدود ۱/۸۴ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط

سوء مصرف مواد و شخصیت‌نمایشی می‌توان گفت که برخی از ویژگی‌های این اختلال مثل نیاز به هیجان و تحریک‌مکن است در این ارتباط موثر باشد. بدین صورت که این افراد به دنبال تجربه هیجان ممکن است دست به رفتارهای پرخطری بزنند و مصرف مواد می‌تواند یکی از آن‌ها باشد. ویژگی دیگر این افراد این است که آن‌ها به دنبال تأیید شدن هستند. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً سعی می‌کنند که با استانداردها، ارزش‌ها و رفتارهای کسانی که در لحظه با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند، مطابقت داشته باشند. در این صورت اگر گروهی که در آن حضور دارند مواد مصرف کنند و حتی در تجارب خود با این گروه اختلال شخصیت نیز ممکن است مواد مصرف کنند و حتی در تجارب خود با این گروه نیز مبالغه کنند. تلقین‌پذیری مرتبط با این اختلال نیز می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد شود. علاوه بر این، با توجه به اینکه این افراد نسبت به بی‌توجهی و انتقاد حساس هستند، ممکن است مصرف مواد را به عنوان یک راه حل برای مقابله با این شرایط و آسایش موقت در زندگی خود انتخاب کنند. نتایج پژوهش بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) در زندانیان وابسته به مواد، زندانیان غیر وابسته به مواد و آزمودنی‌های بهنجار نشان داد که از نظر اختلال شخصیت‌نمایشی بین گروه‌های مذکور تفاوت وجود دارد و گروه وابسته به مواد در اختلال مذکور میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشتند. نتایج پژوهش مولوی و همکاران (۱۳۸۸) در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر نشان داد که در این افراد بیشترین میزان شیوع مربوط به شخصیت‌نمایشی بود. نتایج نوربخش و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که اختلال شخصیت‌نمایشی با مواد محرک و مواد مخدر رابطه دارد.

اختلال شخصیت اجتنابی

ویژگی‌های اصلی این اختلال گریز دائم از جمع، احساس حقارت و حساسیت بیش از حد به نظرات منفی و انتقادات دیگران است. این ویژگی‌ها در اواخر کودکی یا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شوند و در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و تعاملات میان فردی به چشم می‌خورند. افراد مبتلا به این اختلال از انتقاد، عدم تأیید و عدم پذیرش می‌ترسند. این افراد معمولاً خجالتی هستند و از ترس مسخره شدن یا خجالت کشیدن، درباره خود هیچ حرفی

نمی‌زنند. این افراد با غریبه‌ها راحت نیستند و به هر قیمتی سعی می‌کنند از مواجهه با افراد غریبه دوری کنند. این افراد اعتماد به نفس ضعیفی دارند و از اینکه نمی‌توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند از خود عصبانی می‌شوند. بر خلاف افرادی که از دیگران پرهیز می‌کنند زیرا علاقه‌ای به آنان ندارند و بر خلاف افرادی که به خاطر بزرگ شدن در یک فرهنگ و جامعه خاص، اصولاً خجالتی هستند و ترجیح می‌دهند تنها باشند، افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی دوست ندارند تنها بمانند، برعکس آن‌ها تشنه محبت و زندگی اجتماعی فعال هستند، آن‌ها تماس‌های اجتماعی را دوست دارند ولی از آن می‌ترسند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال حدود ۲/۴ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط سوء مصرف مواد و شخصیت اجتنابی می‌توان گفت که یکی از مشکلات این افراد عدم توانمندی در برقراری ارتباط است با وجود اینکه علاقه مند به برقراری ارتباط هستند؛ لذا این افراد با تکیه بر سوء مصرف مواد می‌خواهند بر این عدم توانمندی غلبه کرده و بتوانند با تکیه بر آن اعتماد به نفسی که مصرف مواد به آن‌ها می‌دهد (حتی کاذب) روابط اجتماعی برقرار کنند. عامل دیگری که به نظر می‌رسد در مصرف مواد دخیل باشد تنهایی این افراد است. این افراد زمان قابل توجهی را به تنهایی صرف می‌کنند که می‌تواند خطر مضاعفی برای مصرف مواد باشد چرا که این افراد سعی می‌کند با مصرف مواد حس و روحی تازه به زندگی خود القا کنند و موجبات شادی را برای خود مهیا کنند تا از عواطف ناخوشایندی که تجربه می‌کنند، فاصله بگیرند. در مطالعه کریگر و همکاران (۲۰۱۶) همبودی سوء مصرف مواد با اختلال شخصیت اجتنابی ۱۴/۹ درصد به دست آمد. نتایج نوریخس و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که اختلال شخصیت اجتنابی با مصرف مواد مخدر رابطه دارد.

اختلال شخصیت وابسته

افراد مبتلا به این اختلال هم برای تصمیم‌گیری‌های عادی و هم برای تصمیمات مهم به دیگران متکی هستند و این امر باعث می‌شود که یک ترس غیرمنطقی از ترک شدن و تنها گذاشته شدن در آن‌ها به وجود آید. این افراد ممکن است عقیده دیگران که مخالف

عقیده خودشان است را بپذیرند زیرا می ترسند از طرف آن‌ها طرد شوند. افراد مبتلا به این اختلال شبیه افراد مبتلا به شخصیت اجتنابی هستند. وجه اشتراک آن‌ها در این است که هر دو احساس عدم کفایت می کنند و نسبت به هر گونه انتقاد حساس هستند. تفاوت آن‌ها در این است که افراد مبتلا به شخصیت اجتنابی برای پاسخ دادن به این نیازها و برخورد با آن‌ها از دیگران فاصله می گیرند ولی افراد با شخصیت وابسته با چسبیدن به دیگران سعی می کنند با این مساله برخورد کنند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی - نرخ شیوع این اختلال حدود ۰/۴۹ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). هنگامی که افراد مبتلا به این اختلال احساس کنند که افراد مورد اعتماد آن‌ها، خیانت کرده یا می خواهند آن‌ها را ترک کنند ترس و غم عظیمی را که مرتبط با ناتوانی آن‌ها برای مراقبت از خود است را تجربه می کنند. ممکن است برای مقابله با این احساسات به مصرف مواد روی بیاورند و مصرف مواد به عنوان ابزاری برای مقابله با این ترس باشد و یا اینکه بخواهند وابستگی به مواد را جایگزین وابستگی به آن افراد کنند. علاوه بر این ممکن است استفاده از مواد به عنوان راهی باشد که این افراد نیازهایشان را به دیگران نشان دهند و به آن‌ها بفهمانند که تصمیمات بدی می گیرند و بدون کمک آن‌ها نمی توانند از خود مراقبت کنند. نتایج پژوهش بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) در در زندانیان وابسته به مواد، زندانیان غیر وابسته به مواد و آزمودنی‌های بهنجار نشان داد که از نظر اختلال شخصیت وابسته بین گروه‌های مذکور تفاوت وجود دارد و گروه وابسته به مواد در اختلال مذکور میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشت.

اختلال شخصیت وسواسی - اجباری

افراد مبتلا به این اختلال تمایلاتی به شدت کمال‌گرایانه دارند. این افراد به نظم و کنترل بر اوضاع به شدت اهمیت می دهند تا حدی که انعطاف پذیری، کیفیت کار و بازدهی صحیح را به خطر می اندازند. آن‌ها به اصول و قواعد کار، چارت‌ها و جدول‌های زمانی می چسبند به نوعی که نیت اصلی در کار را از یاد می برند. این افراد اگر دیگران به حرف آن‌ها گوش ندهند عصبانی می شوند ولی به ندرت آن را نشان می دهند. به همین دلیل هیچ

کاری را به دیگران نمی سپارند و همه کارها را خودشان به تنهایی انجام می دهند و همین رفتارشان باعث می شود دیگران فکر کنند که آن‌ها معتاد کار هستند (گنجی، ۱۳۹۲). به گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۲/۱ تا ۷/۹ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). بخشی پور رودسری و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود به بررسی ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای در ۵۰ نفر از معتادین خود معرف مرکز درمانی بهزیستی رشت و ۵۰ نفر از افراد عادی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که میانگین افراد با سوء مصرف مواد در کلیه اختلالات شخصیت به جز اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بالاتر از افراد عادی بود. در این رابطه که بین ویژگی‌های شخصیت وسواسی- اجباری و سوء مصرف مواد رابطه وجود ندارد و افراد دارای سوء مصرف مواد و عادی تفاوتی در این ویژگی‌ها ندارند شاید بتوان گفت از آنجایی که برخی از ویژگی‌های این تیپ شخصیتی با شدت کمتر در افراد مختلف وجود دارد و در زندگی روزانه دیده می شود، لذا تفاوت محسوسی بین مصرف کنندگان و غیر مصرف کنندگان دیده نمی شود.

به طور کلی می توان گفت که افراد مبتلا به خوشه A اختلالات شخصیت به منظور مقابله با عدم کفایت اجتماعی و برخورد اجتماعی با دیگران؛ افراد مبتلا به خوشه B اختلالات شخصیت به منظور مقابله با بی ثباتی خود و افراد مبتلا به خوشه C اختلالات شخصیت به دلیل مقابله با اعتماد به نفس پایین، عدم خود کفایی، اضطراب و حقارت در ارتباط‌های اجتماعی به مصرف مواد روی می آورند (نوربخش و همکاران، ۲۰۱۵).

نتیجه گیری

اعتیاد، این پدیده شوم و خانمان سوز، به عنوان یک بیماری اجتماعی دارای عوارضی در سطح جسمی و روانی است و از مهم ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی جوامع امروزی محسوب می شود. عوارض ناشی از اعتیاد تهدیدی جدی برای جامعه محسوب می شود و موجب رکود اجتماعی در زمینه‌های مختلف است. ویرانگری‌های حاصل از اعتیاد زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی است و سلامت

جامعه را به مخاطره می‌اندازد. با توجه به شیوع روز افزون انواع مواد مخدر جدید و مواردی از مصرف این مواد توسط قشر جوان جامعه و همچنین با توجه به این که بررسی‌های علمی نشان داده است که پیشگیری از اعتیاد به مراتب آسان‌تر از درمان معتاد است و انجام پیشگیری نیاز به دانستن و آگاهی از جنبه‌های شخصیتی، اجتماعی و علمی اعتیاد دارد، ضروری است که این پدیده از زوایای مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا بتواند به نحو موثری این هدف را تامین کند (آسپلان لین، ۲۰۱۵؛ پارسا نیا و همکاران، ۱۳۹۱). اختلالات شخصیت از جمله عواملی هستند که همبودی بالایی با سوء مصرف مواد دارند و می‌توانند زمینه ساز گرایش افراد به سمت مصرف مواد و اعتیاد باشند. بنابراین با شناخت این عوامل می‌توان تدابیری اتخاذ نمود که تا حدودی بتوان از این بلای خانمان سوز پیشگیری به عمل آورد. علاوه بر این با تعیین ارتباط بین سوء مصرف مواد و انواع خاص اختلالات شخصیت و یار آن می‌توان به دیدگاه جدیدی در زمینه میزان خطر حاصل از سوء مصرف مواد در زمینه اختلالات شخصیتی به طور مجزا دست یافت. آگاهی از ارتباط اختلالات شخصیت با سوء مصرف مواد می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های عملیاتی برای مبارزه هدفمند با مصرف مواد، حذف موارد پرخطر و همچنین اتخاذ تصمیم مقتضی در خصوص درمان هدفمند اختلالات همراه در جهت رسیدن به اهداف درمانی کمک کننده باشد (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸). مصرف مواد مخدر با توجه به آمار و ارقام موجود، به ویژه از سوی نسل جوان، به حدی است که شنیدن آن دردناک و آزاردهنده است. بی‌اعتنا بودن نسبت به این معضل اجتماعی به یقین آسیب‌های جبران‌ناپذیر و پیامدهای ویران‌گری برای خانواده‌ها، کشورها و جامعه جهانی به دنبال خواهد داشت. با توجه به نظریه‌های مطرح شده در زمینه اعتیاد که ریشه‌های آن را ناشی از یادگیری، محیط خانوادگی و ویژگی‌های شخصی افراد می‌دانند، برای جلوگیری از زیان‌های ناشی از این پدیده می‌توان در گام اول آموزش والدین و اعضای جامعه را در برخورد با فرزندان و جوانان در اولویت قرار داد. در گام‌های بعدی آگاهی‌بخشی کلیه افراد جامعه از اعتیاد، پیامدهای آن و اختلالات همراه با آن از جمله اقدامات ضروری است. در مجموع می‌توان گفت که پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلالات شخصیت و مصرف مواد انجام شده است

و این موضوع نیازمند توجه بیشتر است. شواهد پژوهشی حاکی از نقش مهم اختلالات شخصیت در گرایش به سوء مصرف مواد و بازگشت به اعتیاد است. با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به نظر می‌رسد مداخلات روانشناسی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارودرمانی ضروری و لازم است.

منابع

ایزدی، صمد و محمدزاده ادملایی، رجبعلی (۱۳۸۷). مقایسه دانشجویان با افکار خودکشی دانشگاه مازندران از لحاظ برخورداری از حمایت اجتماعی و عملکرد تحصیلی. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی، ۵۳-۵۵.

آزاد، حسین (۱۳۷۹). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.

بخشی پور رودسری، عباس؛ علیلو، مجید محمود و ایرانی، سجاد (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خود معرف و گروه بهنجار. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۸۹-۲۹۷.

بهرامی، هادی (۱۳۸۳). *اعتیاد و فرایند پیشگیری*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی (سمت).

بیرامی، منصور؛ واحدی، حسین؛ اسمعلی، احمد و رضایی، رسول (۱۳۸۸). مقایسه اختلالات شخصیتی در زندانیان وابسته به مواد، زندانیان غیر وابسته به مواد و آزمودنی‌های بهنجار. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی دانشگاه تبریز*، ۵(۱۵)، ۶۴-۴۳.

بیگدلی، ایمان اله؛ رضایی، علی محمد و عرب، زهره (۱۳۹۲). زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد. *مجله روان شناسی بالینی*، ۵(۱)، ۹-۱.

پارسانیا، زینب؛ فیروزه، مهدی؛ 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)، ۱۵۶-۱۵۲.

پیرمرادی، سعید (۱۳۷۸). *اعتیاد به مواد و مخدر در آینه روابط خانوادگی*. اصفهان: انتشارات همام.

تاتاری، فائده؛ موسوی، سید علی؛ شاکری، جلال؛ عبدلی، نسرین؛ محمدی زواله، والیه و زرافشانی، کیومرث (۱۳۹۴). همبودی اختلالات شخصیت تیپ B در افراد وابسته به مواد مخدر.

مجله علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۹(۶)، ۳۶۵-۳۷۳

جزایری، علیرضا؛ هژیر، فرهاد؛ پورشهناز، عباس و رضایی، منصور (۱۳۸۳). رابطه اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی.

مجله پژوهشی حکیم، ۱۷(۱)، ۴۹-۵۵.

حجازی، آریا؛ زارع، غلامعلی؛ زید آبادی نژاد، محمد باقر و شاکر، محمد تقی (۱۳۸۸). بررسی مرگ های ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در اجساد ارجاع شده به اداره کل پزشکی قانونی خراسان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۲(۲)، ۱۰۶-۱۰۱.

داجن، چارلزایی و شی، مایکل دبلیو (۱۳۸۳). روان شناسی اعتیاد. ترجمه بایرامعلی رنجگر، تهران: انتشارات روان.

دعاگویان، داوود و حبیب زاده، اصحاب (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر تغییر الگوی مصرف مواد مخدر در میان جوانان (از مواد سبک به سوی مواد سنگین). فصلنامه دانش انتظامی، ۱۳(۱)، ۱۰۵-۱۳۳.

زارعی مته کلایی، الهه؛ محمدی فر، محمدعلی و نجفی، محمود (۱۳۹۵). مقایسه افکار خودکشی، پرخاشگری و ویژگی های شخصیت مرزی در معتادین به مواد مخدر با توجه به نوع ماده مصرفی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۹)، ۸۹-۱۰۸.

صالحی، ایرج (۱۳۸۱). اعتیاد سراب زندگی، انواع مواد تاثیر گذاری و راه درمان. تهران: انتشارات آوای نور.

عسکری جنت آبادی، محمد (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی روشهای طرحواره درمانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی در کاهش میزان عود و افزایش سلامت عمومی معتادان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد واحد بیرجند.

گنجی، حمزه (۱۳۹۲). آسیب شناسی بر اساس DSM-V. تهران: ساوالان.

محمدزاده، علی و آقایی، سهراب (۱۳۹۳). مقایسه صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیر معتاد و افراد عادی. اعتیاد پژوهشی، ۸(۳۲)، ۱۷۰-۱۵۷.

محمدی فر، محمدعلی؛ زارعی مته کلایی، الهه؛ نجفی، محمود و منطقی محمود (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۷(۲۸)، ۸۹-۱۰۰

مشهدی، علی؛ سلطانی شورباخورلو، اسماعیل و رزمجویی، رودابه (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و نشانه های اختلال شخصیت مرزی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲(۱)، ۳۹۹-۳۹۰.

مولوی، پرویز؛ صادقی موحد، فریبا؛ ابوالحسن زاده، مسلم؛ مشعوفی، مهناز؛ محمدنیا، حسین؛ 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 علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۹(۴)، ۳۳۳-۳۲۵.

نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۳). بررسی اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش های موثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲(۶)، ۶۶-۵۵.

اله وردی پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم نژاد، انوشیروان؛ شفیعی، فروغ؛ آزاد فلاح، پرویز؛ میرزایی، الهه و ویت، کیم (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل EPPM. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳(۱)، ۳۱-۲۱.

Alcorn III, J. L., Gowin, J. L., Green, C. E., Swann, A. C., Moeller, F. G & Lane, S. D (2013). Aggression, impulsivity, and psychopathic traits in combined antisocial personality disorder and substance use disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 25(3), 229-232.

Anglin, D. M., Corcoran, C. M., Brown, A. S., Chen, H., Lighty, Q., Brook, J. S & Cohen, P. R (2012). Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophrenia research*, 137(1), 45-49.

Arias, F., Szman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F & Babin, F (2013). Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 122-129.

Armstrong, R. H (2002). Schizoid phenomena in substance abusers. *Journal of addictive diseases*, 21(3), 73-85.

Aspelan lien, I (2015). *Personality problems among patients with substance use disorders: assessment and clinical implications*. Unpublished Master thesis, university of Oslo.

Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T & O'Neill, T. W (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in

- center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 371-379.
- Berge, T. H (2015). *Patient in substance use disorder treatment: motivation for behavioural change, co-occurring disorders and problem domains*. Ph.D Unpublished dissertation, Norwegian university of science and technology.
- Bradvike, L., Berglund, M., Frank, A., Lindgren, A & Lowenhielm, P (2009). Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death: a combined medico-legal and case-record study. *Boston Medical Center Psychiatry*, (48)9, 1-7.
- Chapman, A. L & Cellucci, T (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive behaviors*, 32(6), 1131-1145.
- Collins, J. J., Schlenger, W. E & Jordan, B. K (1988). Antisocial personality and substance abuse disorders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16(2), 187-198.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., Broekaert, E & De Fruyt, F (2012). Prevalence and determinants of personality disorders in a clinical sample of alcohol-, drug-, and dual-dependent patients. *Substance use & misuse*, 47(6), 649-661.
- Darvishi Zadeh, M. D & Jilardi Damavandi, A. J (2010). The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-784.
- Distel, M. A., Trull, T. J., De Moor, M. M., Vink, J. M., Geels, L. M., Van Beek, J. H & Neale, M. C (2012). Borderline personality traits and substance use: genetic factors underlie the association with smoking and ever use of cannabis, but not with high alcohol consumption. *Journal of personality disorders*, 26(6), 867-879.
- Esbec, E & Echeburua, E (2011). New criteria for personality disorder in DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, (1)39, 1-11.
- Fein, G & Nip, V (2012). Borderline personality symptoms in short-term and long-term abstinent alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(7), 1188-1195.
- Kaplan, H & Sadock, B (2000). *Comprehensive text book of psychiatry*. Vol12. Williams & Willkins.
- Kerridge, B. T., Saha, T. D & Hasin, D. S (2014). DSM-IV schizotypal personality disorder: a taxometric analysis among individuals with and without substance use disorders in the general population. *Mental Health and Substance Use*, 7(4), 446-460.
- Kienast, T., Stoffers, J., Birmphohl, F & Lieb, K (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Ärzteblatt international*, 111(16), 280-286.

- Krieger, D. M., Benzano, D., Reppold, C. T., Fialho, P. O., Pires, G. B & Terra, M. B (2016). Personality disorder and substance related disorders: a six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 127-134.
- Lubman, D. I., Hall, K., Pennay, A & Rao, S (2011). Managing borderline personality disorder and substance use: an integrated approach. *Australian family physician*, 40(6), 376-381.
- Mass, R., Bardong, C., Kindl, K & Dahme, B (2001). Relationship between cannabis use, schizotypal traits, and cognitive function in healthy subjects. *Psychopathology*, 34(4), 209-214.
- Mellos, E., Liappas, I & Paparrigopoulos, T (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In vivo*, 24(5), 761-769.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. I., Miles, K. M & Noordsy, D. L (1997). Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 473-477.
- National Institute on drug abuse (2016). *Understanding drug use and addiction*. <https://www.drugabuse.gov/>
- Noorbakhsh, S., Zeinodini, Z., Khanjani, Z., Poorsharifi, H & Esfahani, S. R (2015). Personality Disorders, Narcotics, and Stimulants; Relationship in Iranian Male Substance Dependents Population. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6), 1-8.
- Sansone, R. A & Sansone, L. A (2011). Substance use disorders and borderline personality: common bedfellows. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(9), 10-13.
- Skodal, A. E., Oldham, J. M & Gallaher, P. E (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, (5)15, 733-738.
- Soltaninejad, A., Fathi ashtiani, A., Ahmadi, K., Nikmorad, A. R., Rahmati najarkolaei, F., Jahani, S., Mokaberi, M. A & Dalivand, H. M (2013). Model of suicidal ideation among Iranian soldiers: the role of personality disorder, emotion focused coping style and impulsivity. *Journal of basic and applied scientific research*, (2)3, 832-837.
- Thylstrup, B., Schröder, S., Fridell, M & Hesse, M (2017). Did you get any help? A post-hoc secondary analysis of a randomized controlled trial of psychoeducation for patients with antisocial personality disorder in outpatient substance abuse treatment programs. *BMC psychiatry*, 17(7), 1-10.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-brown, C., Durbin, J & Burr, R (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: a review and integration. *Clinical psychology review*, (2)21, 235-253.
- World Health Organization (2013). <http://www.who.int/en/>

Ziaaddini, H., Nasirian, M & Amiri, R (2009). Personality disorder diagnosis in substance-dependent women in Iran: Relationship to childhood maltreatment. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(2), 52-55.

