

پیش‌بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بر اساس اختلال‌های شخصیت

حسین قمری کیوی^۱، بهنام خشنودنیای چماچایی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بر اساس اختلال‌های شخصیت انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش معتادان شهرستان اردبیل بودند که به یکی از مراکز ترک اعتیاد مراجعه کردند. تعداد ۳۴۹ نفر از آنان بر اساس جدول کرجسی و مورگان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان داد که اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، سادیستیک، و سواسی، منفی‌گرا، خودآزار و اسکیزوتایپال توان پیش‌بینی ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان اعتیاد را دارند؛ اما اختلال‌های شخصیت مرزی و پارانوئید توان پیش‌بینی ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان اعتیاد را ندارند. **نتیجه‌گیری:** بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که اختلال‌های شخصیت، ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج دارای تلویحات مهمی برای کمپ‌ها و مراکز ترک اعتیاد می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال‌های شخصیت، ماندگاری در مداخلات درمانی، خروج از مداخلات درمانی، اعتیاد

۱. استاد گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیکی:

Behnam_khoshnoodnia@yahoo.com

مقدمه

امروزه مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات عمده جوامع بشری محسوب می‌شود. شواهد مختلف حاکی از این است که اعتیاد در حال حاضر یکی از پرهزینه‌ترین و بزرگ‌ترین مشکلات جامعه ما را تشکیل می‌دهد و جوانان به عنوان موتور محرکه کشور از آسیب‌پذیرترین اقشار در این رابطه می‌باشند (رفیعی و علی‌پور، ۲۰۱۵). به همین دلیل جوامع بشری سال‌ها در تلاش هستند تا راهکارهای قانونی سختگیرانه‌ای برای کنترل، حذف یا کاهش سوء مصرف مواد در جمعیت عمومی برقرار کنند (نیوتن^۱، ۲۰۱۱). بر اساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، ایران بالاترین نسبت معتادان به هروئین و تریاک را در جهان دارد، و ۲۰ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۰ سال کشور به نحوی در سوء مصرف مواد مخدر درگیر هستند (اختیاری و جیلسون^۲، ۲۰۰۸).

اعتیاد موجب ایجاد آسیب‌های جسمانی از جمله سوء تغذیه، بیماری‌های جسمانی، مرگ و میر و احتمال خودکشی (شیفر، پدرسن، بروارز، ویدرشاون و دنولت^۳، ۲۰۰۸)، مشکلات خانوادگی مانند طلاق، متارکه، خشونت خانوادگی و مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، استرس، اضطراب و حالات روان‌تنی (الگری^۴ و همکاران، ۲۰۱۱) شده است. همچنین مصرف مشکل‌زای مواد، پیامدهای روانی اجتماعی گسترده‌ای از جمله مشکل در رسیدن به اهداف زندگی و افزایش تعارض‌های بین فردی را به دنبال دارد (اسلوان^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود آسیب‌های گسترده مصرف مواد، بررسی مکانیسم‌های زیربنایی مصرف مزمن مواد مخدر منبع آگاهی‌دهنده‌ای است که می‌تواند راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را تحول بخشد. پژوهش‌ها در علت‌شناسی مصرف مشکل‌زای مواد به عواملی چون شخصیت اشاره دارند و به نقش قدرتمند شخصیت افراد در تعامل با دیگر عوامل محیطی در شروع و تداوم مصرف مواد پرداخته‌اند (درمودی، چون و مانوک^۶، ۲۰۱۴). در بررسی عوامل خروج از درمان نیز از نقش پررنگ شخصیت

1. Newton
2. Ekhtiari & Jillson
3. Schiffer, Pedersen, Broers, Widdershoven, & Denollet

4. Alegría
5. Sloan
6. Dermody, Cheong, & Munuck

نمی توان گذشت. به طوری که برخی تحقیقات ویژگی های شخصیتی و رفتاری را یکی از موانع احتمالی عدم موفقیت درمان افراد وابسته به مواد عنوان می کنند (میرث، پالسن، مالد، جانسن و اورویک^۱، ۲۰۰۹؛ دوران، مک چارج و کوهن^۲، ۲۰۰۶). شخصیت جنبه ای از حیات انسان است که امکان پیش بینی این که آدمی در اوضاع و احوال معین چه رفتاری از خود نشان خواهد داد را فراهم می سازد (فرنچ و ساورد^۳، ۱۹۹۲؛ به نقل از بحری و یوسفی، ۱۳۹۲). تعریفی از شخصیت که تقریباً مورد توافق همگان قرار دارد شخصیت را الگوهای معینی از رفتار و شیوه های تفکر می داند که تعیین کننده ی نحوه ی سازگاری شخص با محیط است (اتکینسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از یوسفی، چلبیانلو و باغبان نوین، ۱۳۹۴). شخصیت می تواند سازگار یا ناسازگار باشد. ناسازگاری زمانی مطرح می شود که افراد قادر نباشند تفکر و رفتار خود را با محیط و تغییرات آن تطبیق دهند. سازگاری یا عدم سازگاری ارتباط نزدیکی با انعطاف پذیری دارد و یک شخصیت سالم با وجود ثبات و پایداری به میزانی از انعطاف پذیری بهره می برد. اما افراد ناسازگار در برخورد با موقعیت هایی که واکنش به آنها مستلزم تغییرات و تصمیمات جدید است، تفکر و رفتار انعطاف ناپذیری از خود بروز می دهند. بنابراین، اختلال شخصیت یعنی رفتارهای ناسازگار و انعطاف ناپذیر در برخورد با محیط و موقعیت ها (اسکودول^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوامی که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیر قابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). تحقیقات نیز بر نقش اختلالات شخصیت بر سوء مصرف مواد و مدت زمان مصرف نیز تأکید می کنند (کیمونیس، تاتار و گافمن^۷، ۲۰۱۲). دونالد، کانگر و بریانت^۸ (۲۰۰۴) با بررسی روی نمونه های مختلف اعتیاد نشان داد که بیش از نیمی از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، حداقل از یک اختلال شخصیت رنج می برند و

1. Myrsth, Pallesen, Molde, Johnsen, Lorvik
2. Doran, McChargue, & Cohen
3. French & Savred
4. Atkinson

5. Skodol
6. American Psychiatric Association
7. Kimonis, Tatar, & Cauffman
8. Donnelan, Conger, & Bryant

بسیاری از آن‌ها به بیش از یک اختلال شخصیت مبتلا هستند. رادی، سالاما، الکولی و شاکوی^۱ (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان تشخیص دوگانه اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی به این نتیجه دست یافتند که ۲۲ درصد از نمونه‌ها تشخیص دوگانه داشتند. همچنین ۱۲ درصد از نمونه‌ها مبتلا به اختلال شخصیت بودند و ۵۷/۳۲ درصد از بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت بودند تشخیص دوگانه همراه با اختلال مصرف مواد برایشان داده شد. گابر و عبدالفتاح^۲ (۲۰۱۶) با بررسی اختلالات شخصیت در سوء مصرف مواد نشان دادند که اختلالات شخصیت وابسته، مرزی و ضداجتماعی خروج از مداخلات درمانی و عود مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند. برورسن، آرنویک، راند-هندریکسون و داکرت^۳ (۲۰۱۳) نیز در فراتحلیلی با بررسی ۱۲۲ پژوهش در رابطه با عوامل خروج از درمان اعتیاد نشان دادند که اختلال شخصیت با خروج از درمان اعتیاد رابطه معناداری دارد. فرناندز-مونتالو و لویز-گانی^۴ (۲۰۱۰) با بررسی خروج و ماندگاری از درمان روان‌شناختی اعتیاد به کوکائین نتایج نشان داد افرادی که از درمان خارج می‌شوند در اختلال شخصیت ضداجتماعی و نمایشی به طور معناداری بالاتر هستند. همچنین نتایج نشان داد که همه بیماران با اختلال شخصیت نمایشی از فرآیند درمان شناختی خارج شدند. اما برخی پژوهش‌ها نتایج دیگری را نشان می‌دهند. به عنوان مثال کریگر^۵ و همکاران (۲۰۱۶) با مطالعه روند درمان اعتیاد در افراد با و بدون اختلال شخصیت نشان دادند که بین دو گروه هیچ تفاوت معناداری در پایبندی یا خروج از فرآیند درمان وجود ندارد.

سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل موثر بر سوء مصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد (دنی و کونور^۶، ۲۰۱۶)، زیرا برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می‌گذارد (هاروپ و کاتالانو^۷، ۲۰۱۶). حجم زیادی از پژوهش‌ها نیز بر شناسایی عوامل پیشگیرانه و خطرهای بالقوه مرتبط با مصرف مواد تمرکز کرده‌اند، به این

1. Rady, Salama, Elkholy, & Shawky
2. Gaber & Abdelfattah
3. Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert

4. Fernandez-Montalvo & López-Goñi
5. Krieger
6. Denney & Connor
7. Harrop & Catalano

امید که شناسایی گروه های در معرض خطر به راهبردهای موثری برای جلوگیری از سوء مصرف مواد منجر شود (مک کانل، ممتوویک و ریچاردسون، ۲۰۱۴). در راستای نتایج تحقیقاتی که ذکر شد، می توان گفت در پدیده ماندگاری و خروج از درمان اعتیاد، به نوعی بعضی از اختلالات شخصیت فرآیند درمان و ترک مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می دهند. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد و هزینه های تحمیلی آن بر جامعه، تناقض و خلأ پژوهشی در این خصوص، پژوهش حاضر در پی دستیابی به این هدف است که کدام یک از اختلالات شخصیت در ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان تأثیر گذار هستند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش در این تحقیق از نوع توصیفی-همبستگی بود. در این روش افراد مانده و خارج شده از مداخلات درمانی اعتیاد به عنوان متغیر ملاک و اختلال شخصیت به عنوان متغیر پیش بین در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش را معتادان شهرستان اردبیل تشکیل دادند که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. مطابق گزارش منتشر شده ستاد مبارزه با مواد مخدر اردبیل در سال ۱۳۹۳ حدوداً ۹۰۰۰ نفر در چرخه درمان اعتیاد بودند. طبق جدول کرجسی و مورگان، حجم نمونه ۳۶۸ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری پژوهش حاضر به صورت خوشه ای چند مرحله ای تصادفی بود. به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، ابتدا فهرست تمامی مراکز ترک اعتیاد شهرستان اردبیل که با مجوز سازمان بهزیستی یا دانشگاه علوم پزشکی اردبیل فعالیت می کردند تهیه شد، سپس از بین مراکز ترک اعتیاد بر اساس چهار منطقه شهری اردبیل، ۱۶ مرکز انتخاب شد. پس از بررسی پرونده معتادان، آن هایی را که از مداخلات درمانی بهره مند شده و جدیداً برای این امر پذیرش شده بودند، انتخاب شدند. شرط ورود در این پژوهش دریافت حداقل ۲ هفته مداخلات درمانی اعتیاد بود. این مدت بدین منظور لحاظ شده که از ورود فرد مراجعه کننده به چرخه درمان اطمینان حاصل گردد. در نهایت پس از شش ماه که مدت ترک

کامل اعتیاد در نظر گرفته شده، ماندگاری یا خروج از مراحل درمانی مشخص شد. در نهایت به ناقص بودن برخی پرسش‌نامه‌ها، نمونه پژوهش به ۳۴۹ نفر کاهش یافت.

ابزار

آزمون بالینی چند محوری میلون-۳^۱: یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. بر طبق آزمون میلون افرادی که نمره Br آن‌ها ۸۵ و بالاتر باشد دارای اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شوند و افرادی که نمره Br آن‌ها کمتر از ۸۵ باشد بدون اختلال تشخیص داده می‌شوند (میلون و دیویس، ۲۰۰۰). ام.سی.ام. آی-۳ بر اساس فرایند رواسازی یا اعتباری سه مرحله‌ای لئو وینگر (۱۹۵۷) ساخته شده که برای پالایش آزمون از انتخاب گویه تا ساخت مقیاس و برای رواسازی بیرونی با استفاده از نظریه میلون به عنوان ملاک، از این سه مرحله تبعیت شده است. مطالعات مختلف نشان دهنده پایایی نسبتاً خوب ام.سی.ام. آی-۳ است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی، نیز همبستگی‌های متوسطی از ۰/۴۴ (اختلال استرس پس از سانحه) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است (کریگ، ۱۹۹۹). پایایی مقیاس‌ها در مطالعه‌ی هنجاریابی آزمون با فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز از دامنه ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی) تا ۰/۹۶ (اختلال شبه جسمی) با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (کریگ و اولسان، ۱۹۹۸). در ایران در مطالعه‌ی شریفی (۱۳۸۱) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، اعتبار آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است.

روش اجرا

نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات بدین صورت بود که پس از انتخاب نمونه پژوهشی طبق ملاک‌های ورود، از افراد درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند. این درخواست به گونه‌ای بود که حق انتخاب به آن‌ها داده شد و در صورت تمایل، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش در اختیار افراد قرار داده شد تا بعد از مطالعه آن را امضا کنند. پس از آن آزمون‌های مد نظر پژوهش اجرا شد. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و روش آماری تابع تشخیص استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۸۸ نفر از معترضان را خروج‌کننده از مداخلات درمانی و ۱۶۱ نفر را ماندگار در مداخلات درمانی تشکیل می‌دادند. از نظر جنسیت ۲۷۶ نفر مرد و ۷۳ نفر زن؛ و از نظر وضعیت تأهل، ۱۲۱ نفر مجرد، ۲۰۱ نفر متأهل و ۲۷ نفر مطلقه می‌بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نمرات حمایت اجتماعی در گروه‌های خروج‌کننده و ماندگار در درمان

اعتیاد

متغیرها	خروج‌کننده از درمان اعتیاد		ماندگار در درمان اعتیاد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اسکیزوئید	۵۵/۰۱	۲۰/۹۸	۴۹/۶۹	۲۲/۸۳
اجتنابی	۶۰/۹۵	۲۰/۳۰	۵۰/۰۵	۱۹/۱۰
افسرده	۵۸/۰۳	۱۹/۳۹	۵۳/۰۶	۱۷/۲۷
وابسته	۵۷/۹۶	۱۴/۲۷	۵۴/۵۴	۱۶/۰۸
نمایشی	۶۵/۹۰	۱۵/۸۹	۵۳/۸۰	۱۷/۲۴
خودشیفته	۷۶/۵۳	۱۴/۷۲	۶۸/۱۴	۱۴/۶۶
ضد اجتماعی	۶۵/۳۸	۲۱/۱۸	۵۶/۶۶	۲۴/۴۰
سادیستیک	۷۶/۹۲	۱۴/۲۶	۶۸/۷۹	۱۴/۰۷
وسواسی	۷۴/۳۴	۱۵/۹۴	۶۷/۰۰	۱۴/۱۶
منفی‌گرا	۷۳/۶۳	۱۵/۵۴	۶۶/۵۰	۱۴/۳۱
خود آزار	۷۳/۴۷	۱۳/۰۳	۶۷/۰۹	۱۳/۹۲
اسکیزوتایپال	۶۸/۲۵	۱۴/۹۰	۶۰/۹۲	۱۶/۱۱
مرزی	۷۰/۷۷	۱۴/۸۸	۶۸/۶۱	۱۳/۸۷
پارانویید	۶۶/۱۱	۱۸/۷۵	۶۶/۲۴	۱۸/۲۲

قبل از تحلیل داده‌ها، پیش فرض‌های تحلیل تابع تشخیص بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته اختلال شخصیت وابسته و سادیستیک معنادار نمی‌باشند و می‌توان گفت پیش فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد گروه‌ها از لحاظ ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای مورد بررسی نابرابر می‌باشند، اما با توجه به اختلاف اندک حجم نمونه دو گروه و همچنین بالا بودن حجم نمونه در این مورد مشکل عمده وجود ندارد و می‌توانیم به ادامه تحلیل پردازیم.

جدول ۲: خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف و برخی اطلاعات مهم تابع برای اختلال شخصیت

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش همزمان
مقدار ویژه	۰/۶۹۰
درصد واریانس	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۶۳۹
مجذور اتا	۰/۴۰۸
لامبدای ویلکز	۰/۵۹۲
مجذور کای	۱۹۶/۷۹۶
درجه آزادی	۱۴
معنی داری تابع ممیز	۰/۰۰۱
مرکز واره نمره‌ها برای گروه ماندگار در درمان	-۰/۹۱۵
مرکز واره نمره‌ها برای گروه خارج شده از درمان	۰/۷۵۰
پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۸۲/۶

نتایج آزمون تحلیل ممیز در جدول ۲ نشان داد که مقدار ویژه قدرت تمیز تابع تشخیصی بین طبقات را دارد؛ به عبارت دیگر مجذور اتا نشان می‌دهد که در روش همزمان ۴۱٪ از پراکندگی کل توضیح داده می‌شود که درصد قابل قبولی است. از سوی دیگر سطح معناداری نشان می‌دهد که تحلیل تابع تشخیص برای پیش‌بینی گروه خروج کننده از درمان اعتیاد و ماندگار در درمان اعتیاد معنادار است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر تابع تشخیص دارای قدرت تشخیصی معناداری در تفکیک دو سطح متغیر ملاک است.

مرکزواره برای گروه خروج کننده از درمان اعتیاد برابر $0/750$ و در گروه ماندگار در درمان اعتیاد $0/915$ - به دست آمد. بنابراین نقطه برش برای تمیز دو گروه برابر صفر است که نشان می دهد چنانچه برای یک فرد تابع تشخیص مقدار منفی نتیجه دهد، آن فرد یک فرد ماندگار در درمان اعتیاد پیش بینی می شود. پیش بینی عضویت گروهی نشان می دهد که $82/6\%$ از افراد نمونه، در گروه صحیح طبقه بندی شده اند.

جدول ۳: بررسی اثر معناداری هر کدام از مولفه های اختلال شخصیت

متغیرهای پیش بین	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
اسکیزوئید	0/985	5/637	1	347	0/018
اجتنابی	0/93	28/884	1	347	0/001
افسرده	0/982	6/902	1	347	0/009
وابسته	0/987	4/853	1	347	0/028
نمایشی	0/882	50/970	1	347	0/001
خودشیفته	0/925	30/973	1	347	0/001
ضد اجتماعی	0/965	14/030	1	347	0/001
سادیستیک	0/924	31/289	1	347	0/001
وسواسی	0/945	22/241	1	347	0/001
منفی گرا	0/947	21/463	1	347	0/001
خود آزار	0/947	21/389	1	347	0/001
اسکیزوتایپال	0/947	21/345	1	347	0/001
مرزی	0/994	2/12	1	347	0/145
پارانویید	1/000	0/005	1	347	0/944

سطوح معناداری به دست آمده در جدول ۳ حاکی از آن است که اختلال های شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، سادیستیک، وسواسی، منفی گرا، خود آزار و اسکیزوتایپال تأثیر معناداری در تحلیل تابع تشخیص دارند.

جدول ۴: تعیین توانایی مولفه‌های اختلال شخصیت در تشخیص بین گروه‌ها

متغیرها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب ساختاری
اسکیزوئید	۰/۰۳۷	۰/۰۰۲	۰/۴۴۰
اجتنابی	۰/۴۶۱	۰/۰۲۳	۰/۳۴۵
افسرده	۰/۱۸۰	۰/۰۱۰	۰/۳۴۳
وابسته	۰/۲۷۰	۰/۰۱۸	۰/۳۳۱
نمایشی	۰/۵۰۹	۰/۰۳۱	۰/۲۹۰
خودشیفته	۰/۲۴۴	۰/۰۱۷	۰/۲۸۵
ضد اجتماعی	۰/۲۵۷	۰/۰۱۱	۰/۲۸۵
سادیستیک	۰/۲۳۸	۰/۰۱۷	۰/۲۸۵
وسواسی	۰/۲۷۹	۰/۰۱۸	۰/۲۳۱
منفی‌گرا	۰/۲۹۹	۰/۰۲۰	۰/۱۶۲
خود آزار	۰/۳۳۲	۰/۰۲۵	۰/۱۴۶
اسکیزوتایپال	۰/۲۲۱	۰/۰۱۴	۰/۱۳۶
مرزی	۰/۰۴۲	۰/۰۰۳	۰/۰۹۰
پارانویید	-۰/۰۳۴	-۰/۰۰۲	-۰/۰۰۴
عدد ثابت	-	-۱۳/۴۰۵	-

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، برای توابع ممیز با روش همزمان سه دسته ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ضرایب ساختاری ارائه شده است. ضرایب استاندارد توابع ممیز، معادل ضرایب رگرسیون تفکیکی (بتا) در تحلیل رگرسیون هستند. این ضرایب، در واقع وزن تفکیکی هر متغیر را در تمایز گروهی نشان می‌دهند. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد معادله توابع ممیز را می‌توان به دست آورد. بنابراین، با قرار دادن نمره هر فرد در هر یک از متغیرهای مربوط به توابع، نمره فرد به دست می‌آید. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش همزمان معادله پیش‌بین زیر به دست آمد:

$$D = -13/405 + 0/002 + 0/023 + 0/010 + 0/018 + 0/031 + 0/017 + 0/011 + 0/017 + 0/018 + 0/020 + 0/025 + 0/014$$

بحث و نتیجه گیری

اختلال مصرف مواد یکی از عواملی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده و هم از بُعد شخصی و هم از بُعد اجتماعی تأثیر عمیقی بر حوزه های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به جا گذاشته است. علاوه بر میلیون ها نفر در جهان که از این عارضه اجتماعی رنج می برند، آثار و تبعات آن، روی زندگی میلیون ها نفر دیگر نیز به طور غیرمستقیم تأثیر می گذارد (کمرزین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۱).

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش اختلال شخصیت در پیش بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بود. نتایج آزمون تحلیل ممیز نشان داد که مقدار ویژه قدرت تمیز تابع تشخیصی بین طبقات را دارد؛ به عبارت دیگر مجذور اتا نشان می دهد که در روش همزمان ۴۱٪ از پراکندگی کل توضیح داده می شود که درصد قابل قبولی است. از سوی دیگر سطح معناداری نشان می دهد که تحلیل تابع تشخیص برای پیش بینی گروه خروج کننده از درمان اعتیاد و ماندگار در درمان اعتیاد معنادار است. بدین صورت که اختلال های شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، سادیستیک، و سواسی، منفی گرا، خود آزار و اسکیزوتایپال تأثیر معناداری در تحلیل تابع تشخیص دارند. به عبارت دیگر تابع تشخیص دارای قدرت تشخیصی معناداری در تفکیک ماندگاری و خروج از درمان اعتیاد است. همچنین پیش بینی عضویت گروهی نشان می دهد که ۸۲/۶٪ از افراد نمونه، در گروه صحیح طبقه بندی شده اند. این نتیجه با یافته های پژوهش گابر و عبدالفتاح (۲۰۱۶)، برورسن و همکاران (۲۰۱۳)، فرناندز-مونتالو و لویز-گانی (۲۰۱۰) همخوان و با پژوهش کریگر و همکاران (۲۰۱۶) ناهمخوان است. در تبیین یافته حاضر باید اذعان داشت که سوء مصرف مواد و مسئله اعتیاد یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره ای جهانی پیدا کرده، پا از مرزهای بهداشتی- درمانی فراتر نهاده و به یک مشکل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است (اسکیبا، مونرو و ودارسکی، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان می دهد که اولین عامل موثر در

رفتارهای پرخطر، عامل روان‌شناختی می‌باشد (دیکلمنت^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از مختارنیا، زاده‌محمدی، حبیبی و میرزایی فر، ۱۳۹۵). تحقیقات نشان داده‌اند که خصوصیات شخصیتی خاصی در افراد وابسته به مواد وجود دارد (گرانا، مونوز و ناواس^۲، ۲۰۰۸؛ به نقل از رحمانیان، زمانی و علیبازی، ۱۳۹۴). وجود ویژگی‌های شخصیتی چون وابستگی توأم با پرخاشگری به دیگران، عدم رشد عاطفی و دوسوگرایی نسبت به افرادی که در زندگی شخصی دارای نقش هستند، پایین بودن آستانه تحمل شکست، احساس گناه، آشفتگی نقش جنسی از جمله ویژگی‌هایی محسوب می‌شود که در افراد معتاد در طی پژوهش‌ها دیده شده است (حیدری پهلویان، امیرزرگر، فرهادی نسب و محبوب، ۱۳۸۲). اما در بیشتر موارد، مجموعه‌ای از عوامل و زمینه‌ها در گرایش افراد به مواد مخدر نقش دارند، و در شرایط فرهنگی و فردی-اجتماعی مختلف، برخی از عوامل نقش بارزتری را ایفا می‌کنند. وجود اختلال شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی خاص از جمله عوامل مهم در گرایش به مصرف مواد است. تحقیقات نیز بر نقش اختلالات شخصیت بر سوء مصرف مواد و مدت زمان مصرف نیز تأکید می‌کنند (کیمونیس و همکاران، ۲۰۱۲). در این خصوص دونلان و همکاران (۲۰۰۴) نیز با مورد بررسی قرار دادن نمونه‌های مختلف اعتیاد، دریافتند که بیش از نیمی از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، حداقل از یک اختلال شخصیت رنج می‌برند و بسیاری از آن‌ها به بیش از یک اختلال شخصیت مبتلا هستند. بنابراین، اختلال شخصیت و گرایش به مصرف مواد می‌تواند در فرایند درمان افراد تداخل نماید و آن‌ها را از به اتمام رساندن آن منصرف کند. عموماً این روند بدین صورت رخ می‌دهد که افراد دارای رفتارهای تکانشی، ناشکیبا و بی‌طاقت هستند (مامی، احدی، نادری، عنایتی و مظاهری، ۱۳۹۲). از سویی نداشتن یک تصویر مثبت و متعادل از خود، بی‌ارادگی، تلقین‌پذیری، تاب‌آوری پایین و عدم رشد و تکامل شخصیت که در اختلالات شخصیت دیده می‌شود، خروج افراد از روند درمانی را پیش‌بینی می‌کند.

تقریباً در تمام نوشته‌های مربوط به اعتیاد، از ویژگی‌های شخصیت به عنوان عاملی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد، ذکری به میان آمده است. به عبارتی نارسایی‌ها و

ناپختگی های شخصیتی، برخورد و ایجاد روابط وابسته با افراد معتاد می تواند یکی از عوامل موثر در ایجاد و تداوم اعتیاد محسوب شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰) و بدون شک افکار و هیجانات نامناسب فرد را به سوی افکار عجیب و غریب سوق می دهد و موجبات بروز اعتیاد را فراهم می سازد. از این رو می توان بر ارتباط نزدیک آسیب شناسی روانی و گرایش به مصرف مواد تأکید کرد (شکرزاده، ۱۳۹۲). خوشه های اختلال شخصیت به خصوص خوشه B بالاترین میزان هم رویدادی را با اختلالات سوء مصرف مواد دارند (اُکننل، ۱۹۹۰) و وجود عادات تخریبی و از هم پاشیدن خود کنترلی یا نیاز به سطوح برانگیختگی و محرک، می تواند از جمله دلایل دیگر خروج از فرایند درمان برای معتادین باشد. از سویی وقتی مکانیزم های دفاعی موثر نیستند و صفات شخصیتی معیوب و مختل شده اند احتمال این که افراد بتوانند خود را با فرایند درمان هماهنگ نمایند دشوار می گردد. از سویی عدم انگیزه، علاقه و همکاری جهت تغییر شرایط می تواند به جدایی افراد از فرایند درمان نیز دامن بزند (بال، کارول، کانینگ-بال و رانسول، ۲۰۰۶).

منحصر بودن نمونه به شهرستان اردبیل و عدم کنترل نحوه مراجعه فرد (به خواست خود یا با فشار خانواده) برای اقدام به درمان اعتیاد از محدودیت های پژوهش حاضر است که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. تحقیق در سایر شهرها و فرهنگ ها و با کنترل وضعیت ارجاع فرد مبتلا به اعتیاد می تواند نتایج مطمئن تری به دست دهد. همچنین پیشنهاد می شود که این پژوهش با تفکیک نوع اعتیاد به مواد انجام شود. از این نتایج در آسیب شناسی و درمان افراد مبتلا به اعتیاد و طراحی دوره های درمانی مبتنی بر اختلال های شخصیت استفاده شود.

منابع

بحری، سیده لایلا و یوسفی، فریده (۱۳۹۲). نقش پیش بینی کنندگی ویژگی های شخصیتی در مهارت های اجتماعی، رابطه با همسالان و مشارکت رفتاری-عاطفی دانش آموزان. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۳)، ۲۷۹-۲۸۸.

حیدری پهلویان، احمد؛ امیرزرگر، محمدعلی؛ فرهادی نسب، عبدالله و محبوب، حسین (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معنادان به مواد مخدر با افراد غیرمعتاد ساکن همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۰(۲)، ۶۲-۵۵.

رحمانیان، مهدیه؛ زمانی، مریم و علیبازی، هوشنگ (۱۳۹۴). رابطه بین سبک دلبستگی و نگرش به مواد: نقش تعدیل‌کننده ویژگی‌های شخصیت. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۳)، ۱۳۴-۱۲۱.

شریفی، علی اکبر (۱۳۸۱). *هنجاریابی آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳ در شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

شکرزاده، شهره (۱۳۹۲). مقایسه عوامل بالینی، خانوادگی و تربیتی در مصرف‌کنندگان/عدم مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۶)، ۷۲-۵۳.

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵.

مامی، شهرام؛ احدی، حسین؛ نادری، فرح؛ عنایتی، میرصلاح الدین و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۲). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد مبتنی بر عوامل شخصیتی (NEO) بواسطه متغیر میانجی سلامت روان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۵۶-۲۴۸.

مختاریان، ایرج؛ زاده محمدی، علی؛ حبیبی، مجتبی و میرزایی فر، فروزان (۱۳۹۵). مدل علی اثر شخصیت بی‌ثباتی هیجانی بر گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان با نقش میانجی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۰(۱۰)، ۱۸۰-۱۶۱.

یوسفی، رحیم؛ چلبیانلو، غلامرضا و باغبان نوین، رقیه (۱۳۹۴). پیش‌بینی علائم اختلال‌های شخصیت بر پایه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و صفات شخصیت. *مجله علوم رفتاری*، ۹(۱)، ۵۰-۴۱.

Alegría, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., & Grant, B. F. (2011). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1187-95.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment, symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320-330.

- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024.
- Craig, R. J. (1999). Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 390-406.
- Craig, R. J., & Olson, R. (1998). Stability of the MCMI-III in substance abusing inpatient sample. *Psychosocial Reports*, 83, 1273-1274.
- Denney, A. S., & Connor, D. P. (2016). Serious juvenile offenders who have experienced emerging adulthood: Substance use and recidivism. *Children and Youth Services Review*, 67, 11-19.
- Dermody, S. S., Cheong, J., & Munuck, S. (2013). An evaluation of the stress negative affect model in explaining alcohol use. The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & Misuse*, 48, 297-308.
- Donnelan, M. B., Conger, R. D., & Bryant, C. M. (2004). The big five and enduring marriages. *Journal of Research Personality*, 38(5), 481-504.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2006). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 80-90.
- Ekhtiari, H., & Jillson, I. (2008). Prevention of opioid abuse in Iran. *Quarterly journal of addiction*, 2, 123-136.
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 433-441.
- Gaber, O. H., & Abdelfattah, M. E. (2016). Relationship between personality disorders and relapses among sample of substance abuse patients. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 6(6), 00381. DOI: 10.15406/jpcpy.2016.06.00381.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 387-410.
- Kaplan, H., & Sadok, B. (2000). *Comperhensive Texbook of Psychiatry (Vol 2)*. Williams & Wilkins.
- Kimonis, E. R., Tata, J. R., & Cauffman, E. (2012). Substance-related disorders among juvenile offenders: what role do psychopathic traits play? *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(2), 212-225.
- Krieger, D. M., Benzano, D., Reppold, C. T., Fialho, P. O., Pires, G. B., & Terra, M. B. (2016). Personality disorders and substance related disorders: A six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Journal of Brazilian Psychiatry*, 65(2), 127-134.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive behaviors*, 39(10), 1394-1397.

- Millon, T., & Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. USA: Wiley Press.
- Myrsth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., & Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, 47, 933-937.
- Newton, D. E. (2011). *Substance abuse a reference handbook*. New York: ABC- CLIO.
- O'Connell, D. F. (1990). *Managing the Dualla Diagnosed Patient*. Current issues and Clinical Approaches. Bingamton, New York: The Haworth Press Inc.
- Rady, A., Salama, H., Elkholy, O., & Shawky, A. (2013). Dual diagnosis of personality disorder and substance abuse: The need for awareness. *European Psychiatry*, 28(1), 1. DOI: 10.1016/S0924-9338(13)75983-2.
- Rafiey, H., & Alipour, F. (2015). Development and Validation of a Scale for Measuring Youth's Attitudes to Substance Abuse in Iran. *Social Welfare*, 15(57), 95-107.
- Schiffer, A., Pedersen, S., Broers, H., Widdershoven, J., & Denollet J. (2008). Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affect Disorder*, 106(1-2), 73-81.
- Skiba, D., Monroe, J., & Wodarski, J. (2004). Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies. *Social Work*, 49, 343-353.
- Skodol, A., Clark, L., Bender, D., Krueger, A., Morey, L., verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part I: description and rationale. *Personality disorders*, 2(1), 4-22.
- Sloan, F. A., Costanzo, P. R., Belsky, D., Holmberg, E., Malone, P. S., Wang, Y., & Kertesz, S. (2011). Heavy drinking in early adulthood and outcomes at midlife. *Journal of Epidemiology Community Health*, 65, 600-605.