

بیگدلی، ایمان‌الله؛ رضایی، علی محمد؛ رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۱). اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد.



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۹۳-۱۰۸.

اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد

ایمان‌الله بیگدلی^۱، علی محمد رضایی^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳
تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

چکیده

همراه شدن اختلالات روانی با سوء مصرف مواد در درمان افراد وابسته به مواد تاثیر بسزایی دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد می باشد. در یک طرح توصیفی مقطعی، ۶۴۳ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد وابسته به مواد که برای درمان در مراکز ترک اعتیاد استان سمنان در سال ۱۳۸۹ بستری بودند، انتخاب شدند و به پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و فرم کوتاه ۷۱ سوالی MMPI پاسخ دادند. اطلاعات حاصله با استفاده از آزمون خبی دو و آزمون Q کوکران تحلیل گردید. طبق یافته‌ها ۸۹٪ افراد وابسته به مواد حداقل دارای یک نوع مقیاس بالینی برافراشته بودند. بر اساس بالاترین برافراشته‌گی، اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) و ضعف روانی (۱۰٪) شایع‌ترین مقیاس‌های بالینی برافراشته بودند. بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ نیز شایع‌ترین مقیاس‌های بالینی برافراشته به ترتیب اسکیزوفرنیا (۷۴٪)، ضعف روانی (۵۶٪) و خودبیمارانگاری (۴۱٪) بودند. بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای نیز شایع‌ترین مقیاس‌های بالینی برافراشته مربوط به کد ۱۶۷ و مشتقات آن (۱۸٪) و کد ۴۶۷ و مشتقات آن (۱۶٪) بود. نتیجه گرفته می‌شود که اختلالات روانی نقش مهمی در شروع، ادامه و عود سوء مصرف مواد دارند و توجه دقیق به الگوهای بالینی همراه با سوء مصرف مواد در پیشگیری و مداخله درمانی مؤثر و متناسب شده ضروری است.

کلید واژه‌ها: وابستگی به مواد، سوء مصرف مواد، اختلالات روانی، مقیاس بالینی، MMPI

مقدمه

شیوع سوء مصرف مواد در اغلب نقاط دنیا بالا است و هزینه‌های زیادی را برای درمان، بازتوانی و اختلال در عملکرد اجتماعی و اقتصادی بر جوامع مختلف تحمیل می‌کند (آنتونی^۴، ۲۰۰۳). توأم شدن

^۱ - دانشیار دانشگاه سمنان، ibigdeli@semnan.ac.ir

^۲ - استادیار دانشگاه سمنان

^۳ - استادیار دانشگاه سمنان

^۴ Anthony

فزاینده‌ی سوء مصرف الکل و داروهای غیرقانونی با اختلالات روانشناختی موضوع سوء مصرف مواد را پیچیده‌تر و روندهای درمانی را با مشکل مواجه ساخته است (فارل^۱، هاوز^۲، بینگتون^۳، بروگها^۴، جنکینز^۵، لويس^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک نیل^۷، بیندر^۸، راینسون^۹، ۲۰۰۵). همراه شدن اختلالات روانشناختی و سوء مصرف مواد علاوه بر مصرف بی‌رویه هزینه‌های اجتماعی-اقتصادی جامعه، هزینه‌های گزافی بر سیستم بهداشتی جوامع وارد ساخته و آمار مرگ و میر را افزایش می‌دهد (گوتزالز^{۱۰} و سبمر^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ روسن^{۱۲}، کاهن^{۱۳}، گرین بائوم^{۱۴}، درسچر^{۱۵}، ۲۰۰۸). ۳۵٪ تا ۶۰٪ سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای سایکوپات هستند، نزدیک به ۴۰٪ این افراد ملاک‌های افسردگی اساسی را دارند و نیز حدود ۲۰٪ آنان در معرض خودکشی هستند (فارل، هاوز، تایلور^{۱۶}، لويس، جنکینز، بینگتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ سادوک^{۱۷} و سادوک، ۲۰۰۷). بنابراین شناخت علل و عوامل، راه‌های پیشگیری و درمان و نیز شناخت عوارض روانی-اجتماعی اعتیاد، مهم‌ترین و عملی‌ترین اقدام جهت جلوگیری از گسترش آن در جامعه خواهد بود [۸].

یک زمینه‌یابی گسترده در زمینه بررسی بیماری توام یا تشخیص دوگانه^{۱۸} (تشخیص دو یا چند اختلال روانی در یک فرد) نشان داد که ۷۶٪ مردها و ۶۵٪ خانم‌های دارای سوء مصرف یا وابسته به مصرف مواد به‌طور همزمان از یک مشکل روانپزشکی نیز رنج می‌برند (گرین فایلد^{۱۹} و هنسی^{۲۰}، ۲۰۰۴؛ دی‌الیویرا^{۲۱}، بارسو^{۲۲}، واگنر^{۲۳}، پانس^{۲۴}، ملبرگیر^{۲۵}، استمپلیوک^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس مطالعات

¹ Farrell

² Howes

³ Bebbington

⁴ Brugha

⁵ Jenkins

⁶ Lewis

⁷ McNiel

⁸ Binder

⁹ Robinson

¹⁰ Gonzalez

¹¹ Cbemer

¹² Rosen

¹³ Kuhn

¹⁴ Greenbaum

¹⁵ Drescher

¹⁶ Taylor

¹⁷ Sadock

¹⁸ dual diagnosis

¹⁹ Greenfield

²⁰ Hennessey

²¹ De Oliveira

²² Barroso

²³ Wagner

²⁴ Ponce

متعددی، افسردگی و حالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات همراه با سوء مصرف مواد هستند (لانگاز^۳، مالت^۴ و اوپجوردسمائون^۵، ۲۰۱۰؛ کوهن^۶، اپستاین^۷، مک کرادی^۸، جنسن^۹، هانتز-ریل^{۱۰}، گرین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی بالینی و حالات روان تنی با مصرف مواد و الکل در رابطه معناداری دارند (آلگریا^{۱۲}، هاسین^{۱۳}، نانز^{۱۴}، لیو^{۱۵}، داویز^{۱۶}، گرت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۰). یک مطالعه روی ۲۶۷ کودک (میانگین سنی ۱۲/۴) نشان داد که ۵۱٪ آنها افسردگی اساسی داشتند و همین امر مصرف سیگار (۲۴٪) و الکل (۱۹/۹٪) را در آنها افزایش داده بود (ظهیرالدین، سیف الهی و ایرانپور، ۱۳۸۶). ضعف روانی و اختلالات درون سازی شده نیز همبودی بالایی با سوء مصرف مواد نوجوانان و جوانان دارند (داوسون^{۱۸}، گلدشتاین^{۱۹}، ماوس^{۲۰}، لی^{۲۱} و گرت^{۲۲}، ۲۰۱۰). در مطالعات دیگری نیز بین ۲۷٪ تا ۶۱٪ بیماران مبتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد تقریباً واجد ملاک های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای سایکوپات و تقریباً یک سوم تا نیمی از آنها واجد ملاک های تشخیصی اختلالات خلقی بوده اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). پژوهش های اخیر نشان داده اند که سایر اختلالات روانی مبتنی بر DSM-IV امکان همبودی با سوء مصرف مواد و الکل دارند (یا برانند^{۲۳}، ۲۰۱۰). پژوهش های انجام شده در ایران نیز حاکی از شیوع بالایی از اختلالات روانی در بین افراد وابسته به مواد می باشد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش شکیبایی و حیدری (۱۳۷۹) در بین ۱۵۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه

- 1 Malbergier
- 2 Stempluk
- 3 Langås
- 4 Malt
- 5 Opjordsmoen
- 6 Cohn
- 7 Epstein
- 8 McCrady
- 9 Jensen
- 10 Hunter-Reel
- 11 Green
- 12 Alegría
- 13 Hasin
- 14 Nunes
- 15 Liu
- 16 Davies
- 17 Grant
- 18 Dawson
- 19 Goldstein
- 20 Moss
- 21 Li
- 22 Grant
- 23 Ybrandt

کننده به درمانگاه سرپایی ترک اعتیاد بهزیستی اصفهان نشان داد که ۹۱/۳٪ افراد وابسته به مواد به طور همزمان حداقل مبتلا به یک اختلال روانپزشکی می‌باشند. از این میان ۹۰/۶٪ مبتلا به اختلال خواب (پرخوابی، ۵۹/۳٪ و کم خوابی، ۳۱/۳٪)، ۸۸/۱٪ مبتلا به اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، ۵۸/۷٪، افسرده خویی، ۲۰/۷٪، اختلال دوقطبی، ۸/۷٪)، ۷۶٪ مبتلا به اختلال کنشی جنسی (افزایش، ۷/۳٪ و کاهش، ۶۸/۷٪)، ۳۷/۳٪ مبتلا به اختلالات اضطرابی (هراس، ۲۴/۷٪، اضطراب منتشر، ۱۱/۳٪، وسواسی-جبری، ۱/۳٪)، ۱۷/۳٪ مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و ۲۷/۳٪ نیز مبتلا به اختلال سوء مصرف الکل بودند. نتایج پژوهش ظهیرالدین، سیف‌اللهی و ایرانپور (۱۳۸۶) در بین ۳۷۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران نیز نشان داد که افراد وابسته به مواد به طور همزمان مبتلا به اختلالات روانپزشکی مختلف از جمله افسردگی (۸۲٪)، حساسیت در روابط بین فردی (۷۴/۹٪)، شکایات جسمانی (۶۷/۵٪)، اضطراب (۶۳/۵٪) و پرخاشگری (۶۱/۱٪) می‌باشند. آنچه مهم می‌باشد این است که صرف نظر از نوع اختلال روانشناختی، وجود بیماری توأم یا تشخیص دوگانه در تشدید اختلال روانی افراد وابسته به مواد تاثیر بسیار زیادی دارد و فرایند درمانی سوء مصرف مواد و اختلال روانی را مشکل می‌سازد. طبق مطالعات انجام گرفته، بیماران واجد تشخیص وابستگی یا سوء مصرف مواد توأم با اختلال شخصیت ضداجتماعی، پسیکوپاتولوژی بیشتر و رضایت کمتری از زندگی دارند، و تکانشگر، منزوی، و افسرده تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

اگرچه مطالعات متعدد بین‌المللی و نیز چندین مطالعه داخلی در خصوص همراه بودن اختلالات روانی و سوء مصرف مواد انجام گرفته است، ولی این مطالعات مقطعی در جوامع متفاوتی انجام گرفته است که نتایج آنها قابل تعمیم به جامعه مطالعه حاضر نیست. همچنین، نتایج این مطالعه در تبیین یافته‌های بدست آمده در مطالعات قبلی و نیز طراحی مداخلات درمانی برای این جامعه پژوهشی ارزشمند است. این موارد بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق توصیفی دلالت دارند. با عنایت به اینکه توجه به اختلالات روانی نقش مهمی در درمان افراد وابسته به مواد دارد، هدف از پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی (تشخیص دوگانه) در افراد وابسته مواد می‌باشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که به همه گیری اختلال روانی در میان وابستگان به مواد طی دوره زمانی مشخص پرداخته شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد وابسته به مواد است که جهت درمان در مراکز ترک اعتیاد استان سمنان در سال ۱۳۸۹ بستری بودند. تعداد کل این افراد ۵۴۱۷ نفر می باشد. از این جامعه تعداد ۶۸۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا (MMPI)^۱ پاسخ دادند. از آنجا که مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی یا از نوع بررسی روابط مینه سوتا پیش بین متغیرها نبود و در واقع توصیفی مقطعی بود، این تعداد نمونه منطبق با میانگین شیوع اختلالات روانی در میان سوء مصرف کنندگان مواد، متوسط اندازه نمونه در مطالعات مشابه قبلی، و سطح خطای مورد قبول ($P < 0.05$) از میان جامعه مورد بررسی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تعداد ۳۷ نفر از پاسخگویان به علت تکمیل ناقص پرسشنامه یا وجود نیمرخ نامعتبر از نمونه آماری حذف و اطلاعات ۶۴۳ نفر مبنای تحلیل های آماری قرار گرفت. افراد شرکت کننده در این پژوهش در دامنه سنی بین ۱۷ تا ۵۱ سال با میانگین سنی ۳۴/۲۰ سال قرار داشتند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: (۱) تشخیص سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند نوع ماده مورد سوء مصرف توسط روانپزشک یا متخصص درمان سوء مصرف مواد حداقل یک سال قبل از پژوهش (۲) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛ و (۳) مراجعه به یکی از پزشکان متخصص و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک مربوطه و اقدام به درمان جهت ترک مواد در یکی از مراکز ترک اعتیاد. معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) ابتلا به سایر بیماری های دیگر (ابتلاء به بیماری های مزمن طبی و یا حالات درد مزمن که نیازمند مصرف داروهای تسکینی هستند) و یا تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با اعتیاد که می تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد؛ (۲) وجود عقب ماندگی ذهنی یا مشکلات شدید حسی- حرکتی که جمع آوری داده ها را با مشکل مواجه می سازد.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی برای کسب اطلاعات فردی، از مصاحبه سازمان یافته به منظور جلب همکاری، و نیز تشخیص اعتیاد و از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا برای شناسایی اختلالات روانی همراه با وابستگی به مواد استفاده گردید. پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI): از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه

^۱ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

سوتا (MMPI) برای تشخیص اختلالات روانی آزمودنی‌ها استفاده گردید. این آزمون دارای ۱۴ مقیاس استاندارد است که ۴ مقیاس آن یعنی مقیاس‌های استهفام، دروغ‌سنج، ندرت وقوع و مقیاس اصلاح به اعتبار پاسخ‌ها مربوط هستند و ده مقیاس دیگر یعنی خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، اختلال سایکوپاتیک (Pd)، پارانوئیا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنیا (Sc)، مانیا (Ma)، ویژگی‌های مردانه و زنانه (MF)، و درونگرایی اجتماعی (Si) به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی ارتباط دارند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این آزمون که توسط پژوهشگران دانشگاه مینه‌سوتا آمریکا براساس فرم بلند برای اهداف پژوهشی ساخته شده است (مارنات^۱، ۱۹۸۴؛ داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷). و توسط پژوهشگران ایرانی برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است استفاده گردید (شکرکن، ۱۳۷۳).

در پژوهش‌های انجام گرفته برای مقاصد تحقیقاتی این آزمون از مشخصات روانسنجی مطلوبی برخوردار بوده است، به گونه‌ای که ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی طی چهار هفته ۰/۹۰ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۸۴؛ داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷). هانسلی، هسون و پارکر نیز در مورد اعتبار و پایایی آزمون MMPI مطالعات فراتحلیلی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا هستند و دامنه‌ی تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt می‌باشد و این آزمون دارای روایی ملاکی، صوری و محتوایی است (داک ورت و آندرسون، ۱۳۸۷).

فرایند اجرای پژوهش

پس از تهیه ابزارهای پژوهش و تعیین جامعه پژوهشی مطالعه با توجه به معیارهای ورود و خروج آغاز شد. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاقی پژوهشی با توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری آن در سطح مراکز ترک اعتیاد استان سمنان طی یک دوره ۱۰ ماهه انجام گرفت. داده‌های پژوهش توسط سه روانشناس (دو نفر در سطح کارشناسی ارشد) و یک نفر در سطح دکتری) در مراکز ترک اعتیاد خود معرف در شهرستان‌های سمنان، شاهرود، دامغان، گرمسار، و مهدی شهر استان سمنان به شیوه‌ی زمینه‌یابی فردی از مراجعان در دسترس جمع‌آوری شد.

^۱ Marnate

روش تحلیل داده ها

به منظور تحلیل اطلاعات حاصله از آزمون خی دو و آزمون Q کوکران^۱ استفاده گردید.

نتایج

توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان نشان داد که ۹۷/۳٪ پاسخگویان مذکر و ۲/۷٪ آنها مونث می باشند. ۷۳٪ پاسخگویان متأهل و ۲۳٪ آنها مجرد بودند. ۴٪ آنها نیز دارای یکی از وضعیت های متارکه، مطلقه یا ازدواج موقت بودند. بیشترین درصد معتادان در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سالگی (۳۶/۳٪) و کمترین درصد آنها در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۰ سال (۲/۱٪) قرار داشتند. ۳۵/۵٪ معتادان در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سالگی، ۱۷/۵٪ در دامنه سنی ۵۱ تا ۵۰ سالگی و ۷/۴٪ نیز در دامنه سنی بالاتر از ۵۰ سالگی قرار داشتند. توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان نشان داد که بیشترین درصد آنها دارای تحصیلات راهنمایی (۳۴٪) و دیپلم (۳۴٪) می باشند. ۱۹٪ آنها دارای تحصیلات ابتدایی، ۶٪ لیسانس و بالاتر، ۴٪ فوق دیپلم و ۴٪ نیز بی سواد بودند. توزیع فراوانی وضعیت درآمد پاسخگویان (براساس اظهار نظر خودشان) نیز نشان داد که بیشترین درصد پاسخگویان (۸۳٪) در ماه کمتر از ۳۰۰ هزار تومان درآمد دارند. ۱۲٪ آنها دارای درآمد ماهیانه ۳۰۰ تا ۴۵۰ هزار تومان، ۴٪ دارای درآمد ماهیانه ۴۵۱ تا ۶۰۰ هزار تومان و ۲٪ نیز دارای درآمد ماهیانه بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان بودند.

تفسیر نمرات MMPI تابع سه روش است: الف) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، ب) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ یا ۷۰، و ج) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای. در این پژوهش برای تفسیر نمرات نیمرخ آزمودنی ها از هر سه روش مذکور استفاده شده است، تا بین نتایج این سه روش نیز مقایسه لازم صورت گیرد. جدول ۱ تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی را نشان می دهد.

جدول ۱- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس بالاترین برافراشتگی

کد اختلال	نوع اختلال (علامت اختصاری)	فراوانی	درصد
۱	خودبیمارانگاری (Hs)	۱۲۲	۱۹
۲	افسردگی (D)	۳۱	۵
۴	اختلال سایکوپات (Pd)	۵۲	۸
۶	ضعف روانی (Pt)	۶۵	۱۰

^۱ Cochran's Q

۴۷	۳۰۰	اسکیزوفرنیا (Sc)	۷
۱۱	۷۳	فاقد اختلال	--
۱۰۰	۶۴۳	کل (--)	--

همانگونه که مشاهده می‌شود ۱۱٪ از افراد وابسته به مواد فاقد اختلال و ۸۹٪ از آنها بر اساس بالاترین برافراشتگی، حداقل در یکی از مقیاس‌های MMPI نمره بالایی اخذ کرده و دارای یک نوع اختلال روانی می‌باشند. علاوه بر آن بر اساس بالاترین برافراشتگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از ضعف روانی (۱۰٪)، اختلال سایکوپات و رفتار ضداجتماعی (۸٪) و افسردگی (۵٪). نتایج آزمون خبی دو نشان داد که فراوانی اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری با همدیگر دارند ($X^2(5) = 459/05$; $P < 0/001$). جدول ۲ تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ یا ۷۰ را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس نمره T بالاتر از ۶۵ در هر مقیاس

کد اختلال	نوع اختلال (علامت اختصاری)	فاقد اختلال		دارای اختلال	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱	خودبیمارانگاری (Hs)	۵۹	۳۸۲	۲۶۱	۴۱
۲	افسردگی (D)	۸۴	۵۴۳	۱۰۰	۱۶
۳	هیستری (Hy)	۹۹	۶۳۴	۹	۱
۴	اختلال سایکوپات (Pd)	۶۶	۴۲۴	۲۱۹	۳۴
۵	پارانویا (Pa)	۹۸	۶۳۳	۱۰	۲
۶	ضعف روانی (Pt)	۴۴	۲۸۲	۳۶۱	۵۶
۷	اسکیزوفرنیا (Sc)	۲۶	۱۶۸	۴۷۵	۷۴
۸	مانیا (Ma)	۹۹	۶۳۵	۸	۱

بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۷۴٪) و پس از آن اختلال ضعف روانی (۵۶٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از خودبیمارانگاری (۴۱٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۳۴٪)، افسردگی (۱۶٪)، پارانویا (۲٪)، هیستری (۱٪) و مانیا (۱٪). نتایج آزمون Q کوکران نشان داد که فراوانی اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری با همدیگر دارد ($CochranQ(7) = 1638/96$; $P < 0/001$). جدول ۳

تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای را نشان می دهد.

جدول ۳- میزان شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای

ردیف	کد اختلال	تعداد	درصد
۱	۱	۲۱	۳
۲	۶	۱۹	۳
۳	۷	۳۵	۵
۴	۱۷ و ۷۱	۲۱	۳
۵	۴۷ و ۷۴	۱۴	۲
۶	۶۷ و ۷۶	۴۳	۷
۷	۱۲۷ و ۱۷۲ و ۲۱۷ و ۲۷۱ و ۷۱۲ و ۷۲۱	۲۴	۴
۸	۱۴۷ و ۱۷۴ و ۴۷۱ و ۷۱۴ و ۷۴۱	۴۷	۷
۹	۱۶۷ و ۱۷۶ و ۶۱۷ و ۶۷۱ و ۷۱۶ و ۷۶۱	۱۱۶	۱۸
۱۰	۲۴۷ و ۲۷۴ و ۴۲۷ و ۴۷۲ و ۷۲۴ و ۷۴۲	۲۰	۳
۱۱	۲۶۷ و ۲۷۶ و ۶۲۷ و ۶۷۲ و ۷۲۶ و ۷۶۲	۲۶	۴
۱۲	۴۶۷ و ۴۷۶ و ۶۴۷ و ۶۷۴ و ۷۴۶ و ۷۶۴	۱۰۳	۱۶
۱۳	کدهای متفرقه: کدهای دارای فراوانی کمتر از ۱۰ نفر (این کدها در پیوست ارائه شده اند)	۸۱	۱۳
۱۴	فاقد اختلال	۷۳	۱۱
۱۵	کل	۶۴۳	۱۰۰

همانگونه که مشاهده می شود در تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای، بیشترین درصد ابتلاء افراد وابسته به سوء مصرف مواد به اختلالات روانی مربوط به کد ۱۶۷ و سایر مشتقات این کد می باشد (۱۸٪). پس از آن کد ۴۶۷ و مشتقات آن با ۱۶٪ قرار دارد. تفاسیر مربوط به این دو کد و مشتقات آنها در جدول ۴ ارائه شده است. لازم به توضیح است که نتایج آزمون خبی دو نشان داد که فراوانی اختلالات روانی طبقات جدول مذکور با همدیگر متفاوت است ($P < 0.001$; $\chi^2(13) = 322/17$). جدول ۴ تفسیر بالینی کدهای ترکیبی دو و سه رقمی MMPI مبتنی بر توصیف و مبتنی بر تشخیص های DSM-IV را نشان می دهد.

جدول ۴- تفسیر بالینی کدهای ترکیبی دو و سه رقمی MMPI مبتنی بر توصیف و مبتنی بر تشخیص های DSM-IV	
کد	تشخیص مبتنی بر توصیف (ویژگی های اساسی مثلث های تشخیصی) و تشخیص بالینی مبتنی بر DSM-IV بر اساس رابطه عامل های سه گانه
۱۶۷	حالات سوماتوفرم با تأکید بیشتر بر خود بیمار انگاری، روان رنجورخویی (اضطراب، افسردگی و خصومت). تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص خودبیمارانگاری در طبقه تشخیصی اختلالات جسمانی سازی است (سونوم ^۱ و مک کرو ^۲ ، ۱۹۹۶؛ لیما ^۳ ، استانلی ^۴ ، کابوسکی ^۵ ، ریتزل ^۶ ، ریچی ^۷ ، کاسترو ^۸ و همکاران، ۲۰۰۵). (۲۰۰۵).
۱۷۶	ضعف روانی و خستگی مزمن، سردرگمی روانی، فقدان انرژی و بی احساسی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلالات درد در طبقه تشخیصی اختلالات جسمانی سازی است (گاس ^۹ و گونزالز ^{۱۰} ، ۲۰۰۳).
۶۷۱	پارانویا و در معرض حالات روانپریشی (گرایشات اسکیزوفرنی). تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیتی پارانوئید در خوشه A اختلالات شخصیت است (آرچر ^{۱۱} ، ایدوک ^{۱۲} ، گریفین ^{۱۳} و الکنز ^{۱۴} ، ۱۹۹۶؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۶۱۷	هیستری، هیستری تبدیل، مشکلات جسمی ثانویه بر عوامل روانی، جسمانی سازی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال تبدیلی یا هیستری تبدیلی به عنوان تشخیصی مجزا در طبقه بندی اختلالات روانی است (گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۷۶۱	حساسیت به انتقاد و انتقاد ناپذیری و احساسات و رفتارهای پرخاشگرانه، حساسیت به انتقاد واقعی یا تصویری. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم) توأم با اختلال افسردگی در محور یک است (بلایس ^{۱۵} ، هیلسنروث ^{۱۶} ، کاستلبری ^{۱۷} ، فاولر ^{۱۸} و بایتی ^{۱۹} ، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).
۷۱۶	حساسیت به بی توجهی، احساس حقارت و اهمیت دادن به رفتار های توجه طلبانه. تشخیص بالینی این طیف بر

¹ Svanum² McGrew³ Lima⁴ Stanley⁵ Kaboski⁶ Reitzel⁷ Richey⁸ Castro⁹ Gass¹⁰ Gonzales¹¹ Archer¹² Aiduk¹³ Griffin¹⁴ Elkins¹⁵ Blais¹⁶ Hilsenroth¹⁷ Castlebury¹⁸ Fowler¹⁹ Baity

اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت نمایشی در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم) توأم با اختلال افسردگی در محور یک است (بلایس، هیلسنروث، کاستلبوری، فاولر و بایتی، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	
انحراف سایکوپات، گرایشات ضد اجتماعی، تمایلات بنیادی ضد اجتماعی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در خوشه دوی اختلالات شخصیت (محور دوم طبقه بندی پنج محوری) است (گیلمور ^۱ ، لاش ^۲ ، فوستر ^۳ و بلوسر ^۴ ؛ ۲۰۰۱؛ بلایس، هیلسنروث، کاستلبوری، فاولر و بایتی، ۲۰۰۱؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	۴۶۷
ضعف روانی، احساس شرمساری و گناه در مورد رفتار. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال افسردگی اساسی توأم با اختلال کج خلقی (افسردگی مضاعف) در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	۴۶۶
پارانویا و شکاکیت، خودمداری. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال هذیانی توأم با رفتارهای وسواسی در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	۶۴۷
خصمانه و رنجور، خودمیان بین: مقابله ای و رفتار تضاد ورزی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال کنترل تکانه توأم با اختلال سازگاری در محور اول طبقه بندی پنج محوری است (گراهام، ۱۳۷۹؛ گراث - مارنات، ۱۳۸۴؛ لیما، استانلی، کابوسکی، ریتزل، ریچی، کاسترو و همکاران، ۲۰۰۵).	۶۷۴
درماندگی روانشناختی و ضعف روانی. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلال خستگی مزمن (CFS) در محور اول توأم با آشفتگی های روان تنی در طبقه سوم نظام طبقه بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	۷۴۶
حالات اضطراب - افسردگی و تجارب سایکوسوماتیک ناخوشایند. تشخیص بالینی این طیف بر اساس DSM، تشخیص اختلالات روان تنی در محور سوم نظام پنج محوری توأم با اختلالات سازگاری در محور اول نظام طبقه بندی پنج محوری است (سونوم و مک کرو، ۱۹۹۶).	۷۶۴

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین فراوانی اختلالات روانی (تشخیص دو گانه) در افراد وابسته مواد بود. به این منظور تعداد ۶۴۳ نفر از افراد وابسته به مواد مراکز ترک اعتیاد سمنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا (MMPI) پاسخ دادند. در پژوهش حاضر برای تفسیر نمرات MMPI از سه روش الف) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، ب) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ و ج) تفسیر نیمرخ افراد بر اساس

¹ Gilmore

² Lash

³ Foster

⁴ Blosser

کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای استفاده شد. نتایج روش اول (و همچنین روش سوم، جدول ۱ و ۳) نشان داد که ۸۹٪ از افراد وابسته به مواد، حداقل در یکی از مقیاس‌های MMPI نمره بالایی اخذ کرده و دارای یک نوع اختلال روانی می‌باشند. نتایج به دست آمده از این مطالعه با نتایج پژوهش‌های کیس^۱، پیکو^۲ و ورتو^۳ (۲۰۰۶)، اسنید^۴ و همکاران (۲۰۰۱) و مطالعات معاونت دارو و بزهکاری ملل متحد (۲۰۰۵) مطابقت دارد. به عنوان مثال، جاف^۵ (۱۹۹۵) نشان داد که ۹۰٪ معتادان به تریاک حداقل یک اختلال روانی مشخص دارند. در پژوهش شکیبایی و حیدری (۱۳۷۹) نیز نشان داده شد که ۹۱/۳٪ افراد وابسته به مواد به طور همزمان حداقل مبتلا به یک اختلال روانپزشکی می‌باشند. حیدری پهلویان، امیرزرگر، فرهادی نسب و محبوب (۱۳۸۲) در بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد ساکن همدان نشان دادند که افراد معتاد در مقایسه با جمعیت عادی در کلیه مقیاس‌های بالینی آزمون MMPI نمرات بالاتری داشته‌اند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بوده است. ۷۸٪ از گروه معتادان از نوعی آشفتگی روانی در رنج بوده‌اند، در حالی که رقم فوق برای جمعیت غیر معتاد ۲۶/۲٪ بوده است. ۴۱/۳٪ از معتادان مشکوک به اختلال شخصیت بوده‌اند که رقم فوق برای جمعیت عادی ۵/۸٪ بوده است. پروفایل MMPI در دو گروه هم از نظر شکل کلی و هم از جهت برافراشتگی و فرورفتگی مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت آشکاری داشته‌اند. پروفایل کلی گروه غیرمعتاد در هیچ کدام از مقیاس‌ها جنبه پاتولوژیک را نشان نداد. اما شکل کلی پروفایل شخصیتی معتادان نشان‌دهنده نابهنجاری شخصیتی بارز در اکثر مقیاس‌ها بود. آشفتگی‌های روانشناختی در معتادانی که در سنین پایین‌تر اقدام به سوء مصرف مواد نموده بودند بیش از سایرین بوده است. همچنین طبق یافته‌های پژوهش حاضر، بر اساس بالاترین برافراشتگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۴۷٪) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت بود از ضعف روانی (۱۰٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۸٪) و افسردگی (۵٪). نتایج روش دوم (تفسیر نیمرخ بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵)، نشان داد که شایع‌ترین اختلال روانی در بین افراد وابسته به مواد، اختلال اسکیزوفرنیا (۷۴٪) و پس از آن اختلال ضعف روانی (۵۶٪) می‌باشد. میزان شیوع سایر اختلالات روانی به ترتیب عبارت است از خودبیمارانگاری (۴۱٪)، اختلال سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (۳۴٪)،

^۱ Kiss

^۲ Piko

^۳ Verto

^۴ Sneed

^۵ Jaff

افسردگی (۱۶٪)، پارانویا (۲٪)، هیستری (۱٪) و مانیا (۱٪). همانگونه که مشاهده می شود نتایج به دست آمده بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵ با نتایج حاصله بر اساس بالاترین برافراشتگی تا حدودی متفاوت است. به عبارت دیگر بر اساس نمرات T بالاتر از ۶۵، درصد شیوع اختلالات روانی بیشتر برآورد شده است. علت وجود اختلاف این است که زمانی که بالاترین برافراشتگی ملاک تعیین وجود یا عدم وجود اختلال در نظر گرفته می شود، صرفاً می توان وجود یک اختلال را در شخص تشخیص داد و به همین دلیل بسیاری از اختلالات نادیده گرفته می شوند، در حالی که با ملاک نمرات T بالاتر از ۶۵ همان اختلالات تشخیص داده می شوند.

نتایج روش سوم (تفسیر نیمرخ افراد بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای)، نیز نشان داد که بیشترین درصد ابتلاء افراد وابسته به سوء مصرف مواد به اختلالات روانی مربوط به کد ۱۶۷ و سایر مشتقات این کد می باشد (۱۸٪). پس از آن کد ۴۶۷ و مشتقات آن با ۱۶٪ قرار داشت. تفاسیر مربوط به این دو کد و مشتقات آنها در جدول ۴ ارائه شده است. همان گونه که مشاهده می شود نتایج حاصله از روش سوم با نتایج به دست آمده از روش اول و دوم، تفاوت دارد. دلیل این امر در نظر گرفتن کدهای ترکیبی برای تفسیر نیمرخ های حاصله می باشد. به عبارت دیگر زمانی که از روش اول (روش تک مقیاسی یا بالاترین برافراشتگی) استفاده می شود همه افراد مورد مطالعه در حداکثر ۸ اختلال مورد بررسی طبقه بندی خواهند شد؛ زمانی که ملاک تفسیر نیمرخ افراد نمرات T بالاتر از ۶۵ باشد فرد به طور همزمان می تواند مبتلا به یک یا چند نوع از اختلالات روانی تشخیص داده شود و هنگامی که از کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای استفاده می شود، بر اساس کدهای حاصله طبقه بندی های متعدد و متفاوتی حاصل خواهد شد که تعداد آنها در یک مطالعه می تواند بسیار زیاد باشد. به عنوان مثال در پژوهش حاضر ۳ کد تک مقیاسی، ۶ کد ۲ نقطه ای و ۳۵ کد ۳ نقطه ای به دست آمد (البته با احتساب کدهای متفرقه تعداد کدهای ۳ نقطه ای بالغ بر ۶۰ کد می باشد و تعداد کدهای ۲ نقطه ای و تک مقیاسی نیز از آنچه ذکر گردید بیشتر می باشد). بنابراین اگرچه نتایج کلی این پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوانی و مطابقت بالایی دارد؛ اما بین نتایج جزئی تر پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوانی کمی وجود دارد. دلیل این تفاوت ها می تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله جوامع مورد بررسی متفاوت، تفاوت های فرهنگی، ابزارهای مورد استفاده در پژوهش و حتی روش های متفاوت تفسیر نمرات حاصله از نیمرخ ها باشد.

در بحث و نتیجه گیری در مورد اهمیت تفسیر نیمرخ افراد بر اساس بالاترین برافراشتگی، نمرات T بالاتر از ۶۵ و کدهای ۲ یا ۳ نقطه ای می توان گفت که هرکدام از این سه روش دارای معایب و مزایای

خاص خود در کار بالینی هستند و هر کدام از آنها به دلایل مختلفی امکان کاربرد دارند. تفسیر تنها بر اساس بالاترین برافراشته‌گی رویکردی جامع نیست، زیرا در آن اطلاعات مهمی راجع به الگوی بالینی فرد از دست می‌رود. همچنین، تفسیر بر اساس نمرات T بیش از آنکه به طراحی و اجرای مداخله درمانی مؤثر کمک نماید، روشی مطلوب‌تر برای مقاصد پژوهشی است. بنابراین، بهترین و کارآمدترین روش تفسیری در کار بالینی استفاده از روش سوم یعنی کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای است. طبق نظر گراث - مارنات (۱۳۸۴) تشخیص یک الگوی بالینی نه بر اساس یک نمره برافراشته در یک مقیاس بلکه بر اساس تعدادی نمرات برافراشته انجام می‌گیرد که در این حالت نمرات برافراشته دوم و سوم در تبیین برافراشته‌ترین نمره مورد استفاده قرار می‌گیرند. روش تفسیر بر اساس کدهای ۲ یا ۳ نقطه‌ای نه تنها امکان کاربرد آسانی دارد، بلکه در آن تمام اطلاعات مهم مورد بررسی قرار می‌گیرند و لذا ارجح‌ترین روش تفسیر می‌باشد.

بنابراین تعیین اختلالات شایع در افراد وابسته به مواد و بررسی دقیق‌تر آن همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتری می‌باشد که در نهایت بتوان با جمع‌بندی آنها به اطلاعات مکفی دست یافت. پیامد اصلی این پژوهش تأکید بر شیوع بالای اختلالات روانی در سوء مصرف کنندگان مواد و توجه به این همبودی‌ها در برنامه‌ریزی‌های درمانی و توانبخشی است. در عین حال، محدودیت‌های این پژوهش به عنوان یک پژوهش مقطعی که مبتنی بر ابزار خودگزارشی برای تشخیص اختلال روانی بوده است تعمیم یافته‌ها را محدود ساخته و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده با استفاده از روش‌های کمی - کیفی سنجش این محدودیت‌ها رفع گردند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت سازمان بهزیستی استان سمنان انجام گرفته است که بدینوسیله از حمایت‌های آن سازمان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از شورای پژوهشی دانشگاه سمنان و مسئولین درمانگاه‌های ترک اعتیاد استان سمنان که به ما در این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- حیدری پهلویان، احمد؛ امیرزرگر، محمدعلی؛ فرهادی نسب، عبدالله؛ محجوب، حسین (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیرمعتاد ساکن همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره دهم، شماره ۲، صفحات ۶۲-۵۵.
- داک ورت جین، آندرسون وین (۱۳۸۷). راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات سخن.

شکرکن، حسین (۱۳۷۳). بررسی متغیرهای پیش از اسارت با شدت علائم PTSD در دو نمونه آزادگان شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اهواز*، سال اول، شماره های ۲ و ۳، صفحات ۲۳-۴۵.

شکیبایی، فرشته، حیدری، عبدالرضا (۱۳۷۹). اختلالات روانی شایع در افراد وابسته به تریاک و مشتقات. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین*، دوره چهارم، شماره ۳، صفحات ۵۲-۵۵.

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 (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی). *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، دوره سی و یکم، شماره ۳، صفحات ۲۷۸-۲۷۳.

گراث - مارنات، گری (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی: برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان پزشکان (جلد اول و دوم). ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد.

گراهام، جان (۱۳۷۹). راهنمای *MMPI-2*: ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی. ترجمه حمید یقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند.

Alegria, A.A., Hasin, D.S., Nunes, E.V., Liu, S.M., Davies, C., Grant, B.F., et al. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(9):1187-95.

Anthony, J.C. (2003). Epidemiology of drug dependence. In: Galanter M, Kleber HD, eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 3rd ed. Washington, DC: *The American Psychiatric Press, Inc*.

Archer, R.P., Aiduk, R., Griffin, R., & Elkins, D.E. (1996). Incremental validity of the MMPI-2 content scales in a psychiatric sample. *Assessment*, ۳: 79-90.

Blais, M.A., Hilsenroth, M.J., Castlebury, F., Fowler, J.C., Baity, M.R. (2001). Predicting DMS-IV cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: a test of incremental validity. *Journal of personality assessment*, 76(1):150-68.

Cohn, A.M., Epstein, E.E., McCrady, B.S., Jensen, N., Hunter-Reel, D., Green, K.E., et al. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Study Alcohol and Drugs*, 72(1):151-7.

Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Moss, H.B., Li, T.K., & Grant, B.F. (2010). Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: likelihood, expression and course. *Drug and alcohol dependence*, 112(1-2): 9-17.

De Oliveira, L.G., Barroso, L.P., Wagner, G.A., Ponce, J.C., Malbergier, A., Stempluk, V.A., et al. (2009). Drug consumption among medical students in São Paulo,

- Brazil: influences of gender and academic year. *Revista brasileira de psiquiatria*, 31(3):227-39.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G. et al. (2003). Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *International Review of Psychiatry*, 15:50.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington P., et al. (2003). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *International Review Psychiatry*, 15:43.
- Gass, C.T., & Gonzales, C. (2003). MMPI-2 short form proposal. *Journal of National Academy neuropsychology*, 18 (5): 521- 27.
- Gilmore, J.D., Lash, S.J., Foster, M.A., & Blosser, S.L. (2001). Adherence to substance abuse treatment: Clinical utility of two MMPI-2 scales. *Journal of Personality Assessment*, 77, 524-540.
- Gonzalez, R., & Cbemer, M. (2008). Co-factors in HIV neurobehavioural disturbances: Substance abuse, hepatitis C and aging. *International Review of Psychiatry*, 20(I):49-00.
- Greenfield, S.F., & Hennessey, G. (2004). Assessment of the patient. In: Galanter M. Kleher HD. eds. Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington. DC: *American Psychiatric Publishing*, 70 -124.
- Jaff, J.H. (1995). Substance related disorders opioid related disorders in: *Comprehensive Textbook of psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb TA Philadelphia, *Williams & Wilkins*, 842-64.
- Kiss, E., Piko, B., & Verto, A. (2006). Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric co morbidity in depressed child and adolescent population. *Psychiatric Hungarica*, 21(5):371-8.
- Langås, A.M., Malt, U.F., & Opjordsmoen, S. (2010). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatry*, 12: 11:25.
- Lima, E.N., Stanley, S., Kaboski, B. Reitzel, L.R., Richey, J.A., Castro, Y., et al. (2005). The Incremental Validity of the MMPI-2: When Does Therapist Access Not Enhance Treatment Outcome? *Psychological Assessment*, 17(4): 462-468.
- Marnate, G.G. (1984). Handbook of psychological assessment. 2nd end. *New York: Van Nostrand Reinhold*, 249-305.
- McNiel, D.E., Binder, R.L., & Robinson, J.C. (2005). Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse. *Psychiatric Services*, 56: 840- 846.
- Rosen, C.R. Kuhn, E., Greenbaum, M.S., & Drescher, K.D. (2008). Substance abuse-related mortality among middleaged male VA psychiatric patients, *Psychiatric Sciences*, 59: 290.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. *Lippincott Williams & Wilkins Inc*.
- Sneed, C.D., et al (2001). Patterns of Adolescent Alcohol, Cigarette, and Marijuana use over a 6-month Period, *Addictive Behaviors*, 26: 415-423.
- Svanum, S., & McGrew, J. (1996). An estimate and comparison of MMPI and MMPI-2 concurrent validity. Predicting DSM-III-R diagnoses among college students. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(7): 417-24.
- United Nations Office on Drug and Crime. (2005). World Drug Report. Vol 1: Analysis.
- Ybrandt, H. (2010). Risky alcohol use, peer and family relationships and legal

involvement in adolescents with antisocial problems. *Journal of drug education*, 40(3): 245-64.

