

بررسی اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد با مطالعه موردی در سطح شهرستان بناب

جمال بیگی، حامد زینالی، کیوان حیدرنژاد

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مراغه، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مراغه، ایران

Jamal.beigi@yahoo.com

۲- واحد تبریز، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تبریز، ایران

Hamed.zeynali2009@gmail.com

۳- واحد مراغه، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مراغه، ایران

keyvan_heidarnejad@yahoo.com

چکیده

هدف: در این پژوهش هدف مقایسه میزان اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد میان افراد سالم و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهرستان بناب می باشد.

روش بررسی: این مطالعه با روش توصیفی-پیمایشی، با جامعه آماری ۱۲۰ نفر افراد که تعداد ۶۰ نفر افراد معتاد با روش نمونه گیری تصادفی و ۶۰ نفر افراد سالم که به صورت روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ۳ با تعداد ۱۷۵ سوال بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت توصیفی و استنباطی (آزمون T مستقل) انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد سالم ۱۳/۰۳ و در افراد معتاد ۲۱/۴۰ می باشد. همچنین این نتایج نشان داد که میانگین اختلال شخصیت مرزی در افراد سالم ۱۳/۴۵ و در افراد معتاد ۱۹/۳۳ می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده مشخص گردید بین اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد.

کلید واژه: اعتیاد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی

۱- مقدمه

اعتیاد یک بیماری است که در آن بیمار رفتاری که عوارض بدی دارد را متداوماً تکرار می‌کند. این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار- پاداش، باعث تکرار آن رفتار می‌گردد.^۱ مشکل اعتیاد به مواد مخدر، مشکلات و معضلات خانوادگی، فساد و جرایم و بی ثباتی سیاسی و اقتصادی جامعه میشود.^۲ تقریباً در تمام نوشته های مربوط به اعتیاد از ویژگیهای شخصیت به عنوان عاملی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد ذکری به میان آمده است، به عبارت دیگر عده کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسایی ها و ناپختگی های شخصیتی بوده که از طریق برخورد و ایجاد رابطه وابستگی با افراد معتاد دیگر به این راه سوق داده می شوند.^۳ افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در معرض سوء مصرف مواد و اعتیاد هستند زیرا این افراد نیاز بالایی به سطح زیاد برانگیختگی و محرک دارند.^۴

1- West, Robert. Theory of Addiction. Addiction Press, 2013

2- Ghoreishizade MA, Torabi K. The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the referrals drug rehabilitation centers in Tabriz, 2003.

3- Kaplan, H. Sadock, B : 2007.

4- Widiger, TA : 1990.

۲- شخصیت

کلمه شخصیت که در زبان لاتین Personality خوانده می‌شود، ریشه در کلمه لاتین Persona دارد. این کلمه به معنی نقاب یا ماسکی گفته می‌شود که بازیگران تئاتر در یونان قدیم به صورت می‌زدند. به مرور معنای آن گسترده‌تر شد و نقشی را که بازیگر ایفا می‌کرد را نیز در بر گرفت. بنابراین مفهوم اصلی و اولیه شخصیت، تصویری صوری و اجتماعی است و بر اساس نقشی که فرد در جامعه بازی می‌کند، ترسیم می‌شود. یعنی فرد در واقع به اجتماع خود شخصیتی ارائه می‌دهد که جامعه بر اساس آن، او را ارزیابی می‌نماید. هر انسانی آمیزه‌ای از سه ویژگی نوعی، فرهنگی و فردی را در خود دارد و مجموعاً کلیت منحصر به فردی را تشکیل می‌دهد که مورد توجه روان‌شناسی شخصیت است. کلیت مفهوم، و به همین لحاظ پیچیدگی آن موجب شده است که واژه شخصیت به شیوه‌های مختلفی تعریف شود (شاملو، ۱۳۸۶، صفحه ۱۲۲).

آلپورت^۱ در این باره به گردآوری و ذکر پنجاه تعریف متفاوت پرداخته است. برخی به جنبه‌های بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی شخصیت، برخی به عکس‌العمل‌های رفتاری و رفتارهای مشهود، برخی به فرآیندهای ناهشیار رفتار آدمی و برخی به ارتباط‌های متقابل افراد با یکدیگر و نقش‌هایی که در جامعه بازی می‌کنند توجه نموده و شخصیت را بر همان مبنای تعریف کرده‌اند. بنابراین دامنه تعاریف از فرآیندهای درونی ارگانسیم تا رفتارهای مشهود ناشی از تعامل افراد، در نوسان است. اما شخصیت در مفهوم کلی باید شامل: قواعد مربوط به کنش‌های منحصر به فرد افراد و قواعد مشترک بین آنها، جنبه‌های پایدار و تغییرناپذیر کنش انسان و جنبه‌های ناپایدار و تغییرپذیر آن، جنبه‌های شناختی (فرآیند تفکر) جنبه‌های عاطفی (هیجان‌ات) و جنبه‌های رفتاری فرد باشد (گروسی فرشی، ۱۳۸۸، صفحه ۱۶۲).

آلپورت، از محققین بزرگ در زمینه شخصیت: «سازمان‌یابی نظام‌های بدنی و روانی به عنوان ویژگی‌های رفتاری و فکری در فرد را شخصیت می‌نامد. شلدون^۲ پویا بودن شخصیت را در تعریف خود مطرح نموده و چنین عنوان می‌کند: «سازمان‌یافتگی پویایی جنبه‌های ادراکی، عاطفی، انگیزش و بدنی فرد را شخصیت گویند.» (سیاسی، ۱۳۸۶، صفحه ۲۰).

کنتل^۳ شخصیت را این چنین تعریف می‌کند: شخصیت چیزی است که به ما اجازه می‌دهد پیش‌بینی کنیم که شخص در یک موقعیت معین چه خواهد کرد، یعنی چه عملی از او ناشی خواهد شد. هیلگارد^۴ در تعریف خود، از کلیت شخصیت فاصله گرفته و نوعی برگشت به قوای ذهنی را در تعریف خود نشان داده است. او شخصی را چنین تعریف می‌کند: «شخصیت الگوهای معینی از رفتار و شیوه‌های تفکر است که نحوه سازگاری شخص را با محیط تعیین می‌کند (راس، ۱۳۸۶، صفحه ۷۰).

کلی^۵ شخصیت را اینگونه تعریف کرده است: «شخصیت عبارت است از روش هر فرد از جستجو برای تفسیر معنای زندگی.» (کریمی، ۱۳۸۹، صفحه ۵۳).

۳- انواع اختلالات شخصیتی

اکثر مردم به طریقی نسبتاً قابل پیش‌بینی و منحصر به فرد در مقابل پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی در عین حال نوعی انعطاف پذیری سازگارانه و مخصوص هم دارند. شخصیت ما ثابت و ایستا نیست. ما از تجارب گذشته درس می‌گیریم و سعی می‌کنیم در موقعیت‌های مختلف پاسخ‌های متنوع و مختلف بدهیم تا بتوانیم به خوبی از عهده کارها برآیم. این یادگیری و انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی‌آیند.^۶

یکی از ناهنجاری‌های روانی شایع در انسان اختلال‌های شخصیت است بطوری که طبق بررسی ویسمن، شیوع اختلال‌های شخصیت، ۱۰ تا ۱۳ درصد جمعیت عمومی را در بر می‌گیرد. اختلال شخصیت عبارت است از سبک‌های رفتاری و الگوی رفتاری با دوام ناسازگارانه و انعطاف‌ناپذیر نسبت به دریافت و تفکر درباره محیط و خویشتن.^۷

5- Alport
2- Sheldon
3- Cattle
8- Hilgard
5- Cley
6- Commer, R : 2001.
7 - Weissman, M: 1995

اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر (نافذ)، بادوام، و غیر قابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخص با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به درماندگی یا اختلال منجر می شود. ^۱ طیف محدود تجارب و پاسخ هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می دهند، اغلب منجر به مشکلات روانشناختی، اجتماعی یا شغلی می شود. این اختلالات قاعدتاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می شود. ^۲ اختلال شخصیت، درماندگی و مشکلات ناشی از آن، در تمام عمر دامنگیر فرد می شود ولی انواع این اختلالات از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد تفاوت دارند؛ اما با این حال چه اختلال خفیف باشد و چه شدید باشد تمام جنبه های وجود شخص را متأثر می کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمانهای روانشناختی می باشد. تخمین زده می شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۱۵-۴ درصد باشد. ^۳

طبقه بندی های مهم از اختلالات شخصیت عبارتند از: طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD) از سازمان بهداشت جهانی و DSM از انجمن روانپزشکی آمریکا. بر طبق DSM-IV ملاک قطعی برای متمایز ساختن صفات شخصیتی نابهنجار عبارت است از قراینی حاکی از انعطاف ناپذیری و ناسازگاری طولانی مدت که به شکل آشفتگی ذهنی، یا نقص عملکرد اجتماعی-شغلی یا هر دو مورد ظاهر می شود. DSM-IV اختلالات شخصیت را به این شکل تعریف می کند: «الگوی بادوام از رفتار و تجربه که به طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد» این الگو در چند حیطه زیر ظاهر می شود:

شناخت (شیوه های ادراک و تعبیر و تفسیر خود، دیگران و رخدادها)

عواطف (محدوده، شدت، نوسان و تناسب پاسخ هیجانی)

عملکرد بین فردی

کنترل تکانه

این الگو با ثبات و بادوام است و شروع آن را در نوجوانی و اوایل کودکی ردیابی کرد. این الگو همچنین غیرقابل انعطاف و فراگیر است و در محدوده وسیعی از موقعیت های اجتماعی و شخصی مشاهده می شود و از لحاظ بالینی به آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حیطه های مهم منجر می شود. زیر مجموعه های اختلالات شخصیت در DSM-IV عبارتند از: اسکیزوتیپال، اسکیزوئید، پارانوئید، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی، نمایشی، وسواسی-جبری، وابسته و دوری گزین. ^۴

DSM-IV از لحاظ دسته بندی اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه تقسیم می کند که هر کدام خصوصیات بالینی مشترکی دارند: خوشه «الف» دربردارنده سه اختلال با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره گیر و نامتعارف (پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتیپال) است. خوشه «ب» شامل چهار اختلال است که با خصوصیات چون هیجانی بودن، تکانشوری و بی نظمی مشخص است (مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته و نمایشی) و دربردارنده سه اختلال است که خصوصیات نظیر اضطراب و ترسناکی را به اشتراک دارند (دوری گزین، وابسته و وسواسی-جبری). ^۵

۳-۱- اختلال شخصیت ضداجتماعی

اختلال شخصیت ضد اجتماعی با بی احترامی فراگیر و نقض حقوق دیگران از سن ۱۵ سالگی مشخص می شود. اختلال شخصیت ضد اجتماعی ممکن است بواسطه غمگینی و ملامت، تنش، تحمل اندک یکنواختی، و مرگ خشن نابهنگام پیچیده شود. نقایص، بسیار متغیر است، اما معمولاً دربردارنده مشکلات اجتماعی است. فرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی که به نام های «سایکوپات» یا «سوسیوپات» نیز خوانده می شود، یک الگوی فراگیر بی توجهی و تجاوز به حقوق دیگران را از خود نشان می دهد. به جز اختلالات وابسته به مواد، این اختلال بیشترین ارتباط را با رفتار بزهکارانه بزرگسالان چه جزیی و چه کلی دارد. ^۶

1 - APA (American Psychiatric Association): 2004.

2 - Ibid.

3 - Zimmerman, M: 1994.

4 - Sadock, B. J. , Sadock, V. A , 2000

5 - Ibid

6 - APA (American Psychiatric Association). OP.cit, 2004.

بیشتر مبتلایان به این اختلال، برخی الگوهای رفتار ضداجتماعی و سوء رفتار را تا قبل از سن ۱۵ سالگی از خود نشان داده اند. مثل مدرسه‌گریزی، فرار از خانه، شروع حملات فیزیکی، آزار فیزیکی به انسانها یا حیوانها، تخریب عمدی اموال، دروغ‌گویی و دزدی فراوان. افراد ضد اجتماعی بسیار فریبکار می‌باشند. بسیاری از آنها نمی‌توانند به طور مداوم در یک شغل باقی بمانند. غیبت‌های فراوان دارند و احتمال دارد که شغلشان را یکباره رها کنند.^۱

معمولاً در مقابل پول احساس مسئولیت نمی‌کنند و غالباً در تعهدات و مسئولیت‌های مالی مهم که پای آبروی فرد در میان است، شکست می‌خورند. به علاوه تکانشی هستند، یعنی اعمالشان را بدون برنامه ریزی قبلی یا در نظر گرفتن نتایج بعدی انجام می‌دهند. ممکن است تحریک‌پذیر و پرخاشگر باشند و غالباً شروع کننده نزاع‌های فیزیکی هستند.^۲

بسیاری از آنها بی‌هدف از جایی به جای دیگر می‌روند، بی‌باک، بی‌ملاحظه و خودمحورند و توجه بسیار کمی به سلامتی خود، دیگران و حتی کودکانشان دارند و بسیاری از آنها در حفظ دلبستگی به دیگران مشکل دارند.

بیماران ضد اجتماعی در رسیدن به منافع شخصی از طریق دستکاری، تزویر و سرکار گذاشتن دیگران بسیار ماهرند. نیستی و فقدان، درد و رنج، ضرر و زیان به ندرت باعث درماندگی و ناراحتی آنها می‌شود. به همین علت دیگران آنها را معمولاً فاقد وجدان اخلاقی می‌دانند. افراد ضد اجتماعی با چرب‌زبانی کارهایشان را توجیه می‌کنند و قربانیانشان را افرادی ضعیف و مستحق سلطه‌پذیری و سرقت شدن می‌دانند.^۳ زمینه‌یابی‌ها حاکی از این است که ۳/۵ - ۱/۵ درصد از جمعیت بزرگسالان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلایند و شیوع این اختلال در مردان ۳ برابر زنان می‌باشد.^۴

۳-۲- اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی سندرم پیچیده‌ای است که خصیصه‌های مرکزی آن بی‌ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است.^۵

برخی مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه‌ها، آسیب‌رسان تکانشی هستند مثل بی‌مسئولیتی، ولخرجی، قماربازی، درگیری در رفتارهای جنسی ناسالم، سوء مصرف دارو یا الکل، بی‌پروایی در رانندگی یا پرخوری، خودآسیب‌رسانی و رفتارهای مکرر خودکشی، ژست‌ها یا اقدام به خودکشی. بی‌ثباتی عاطفی و واکنش‌های خلقی از دیگر خصیصه‌های شایع اختلال هستند (دوره‌های شدید دیسفوریک، تحریک‌پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و به ندرت برای بیشتر از چند روز دوام می‌یابد). بعضی تجربه ناهمتناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. برای مثال آنها ممکن است از کوره در برونند، احساس خشم همیشگی، آشفتگی کلامی یا اقدام به درگیری فیزیکی کنند. اختلال شخصیت مرزی رایج‌ترین اختلال شخصیتی هست و در تمام فرهنگ‌های جهان گزارش شده است.^۶

اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراگان‌تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتگی و هیجانی اضطراب، خشم و افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب‌رساندن به خود و سوء مصرف دارو همراهی دارد.^۷

شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ۱ تا ۲ درصد^۸ و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰ درصد می‌باشد.^۹ این اختلال از لحاظ میزان خودکشی قابل مقایسه با دیگر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی است.^{۱۰} ۶۹ تا ۷۵ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای آسیب‌رسانی به خود نیز دارند.^{۱۱}

1- Bland, R & Newman, H , 2000.

2 - Vaillant, G. E.. 2004.

3 - Sadock, B. J. & Sadock, V. A. OP.cit, 2000.

4- Kessler, R. C. 2000.

5 - . Paris P. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. Page 436

6 -Available from: <http://www.psych.org>

7- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

8- Paris, J. Chronic sociality among patients with borderline personality disorder. Page 738-792.

9-Stone, M. H. Long-term outcome in personality disorder. page 299-313.

10 - Clarkin. J. F. Treatment of personality disorders. Page 641-642.

11-Cowdry, R. W. , Pickar, D., & Davies, R. Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. Page 201-211.

میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودشان متغیر است و فقط تعداد کمی از آنها به درمان های دارویی روان پزشکی پاسخ می دهند.^۱

۴- تبیین یافته های توصیفی و استنباطی پژوهش

۴-۱- کلیات پژوهش

در این قسمت به روش، جامعه آماری، ابزار اندازه گیری و فرضیه های پژوهش پرداخته می شود.

۴-۱-۱- روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت گردآوری داده ها توصیفی - پیمایشی می باشد.

۴-۱-۲- جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش ۱۲۰ نفر بوده که ۶۰ نفر آن را افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد و ۶۰ نفر دیگر را افراد سالم تشکیل می دهند. لازم به توضیح است این افراد با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند.

۴-۱-۳- ابزار اندازه گیری و جمع آوری اطلاعات

برای جمع آوری اطلاعات از جامعه آماری و به منظور آزمون فرضیه تنظیم شده تحقیق حاضر، از پرسشنامه چند محوری بالینی میلیون ۳ با تعداد ۱۷۵ سوال استفاده شده و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی و آزمون T انجام شده است.

۴-۱-۴- فرضیه های پژوهش

- ۱- میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد بر اساس اعتیاد (در افراد سالم و معتاد) متفاوت است.
- ۲- میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی افراد بر اساس اعتیاد (در افراد سالم و معتاد) متفاوت است.

۴-۲- تبیین یافته های توصیفی جامعه آماری پژوهش

در این قسمت به توزیع فراوانی جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال افراد پرداخته می شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی جنسیت افراد مورد مطالعه

جنس	فراوانی	درصد	درصد معتبر
مرد	۱۱۳	۹۴/۲	۹۴/۲
زن	۷	۵/۸	۵/۸
کل	۱۲۰	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱ ملاحظه می شود که ۹۴/۲ نفر از افراد مورد مطالعه مرد و ۵/۸ درصد زن بوده، که از این میان ۵۰ درصد از افراد مورد مطالعه سالم و ۵۰ درصد معتاد به مواد مخدر هستند.

1 -Soloff, P. H. Psychopharmacology of borderline personality disorder. Page 169-192.

جدول ۲- توزیع پراکندگی سن افراد مورد مطالعه

متغیر	میانگین	حد پایین	حد بالا	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
سن	۲۹/۱۱	۲۷/۵۰	۳۰/۷۲	۸/۹۱۷	۱۹	۵۵	۱/۲۴۲	۱/۰۴۸

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲ ملاحظه می شود که میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با ۲۹ با انحراف استاندارد ۸ می باشد. به طوری که حداقل سن ۱۹ و حداکثر سن ۵۵ است. در واقع با اطمینان ۹۵ درصد می توان گفت که سن افراد مورد مطالعه بین ۲۷ تا ۳۰ می باشد. ضریب کجی داده ها ۱/۲۴۲ می باشد که بیانگر متقارن بودن سن است. ولی ضریب کشیدگی برابر ۱/۰۴۸ است که بیانگر مثبت بودن کشیدگی و در نهایت شباهت سنی بین اعضای مورد مطالعه می باشد.

جدول ۳- توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد معتبر
زیر دیپلم	۳۵	۲۹/۲	۲۹/۲
دیپلم	۴۳	۳۵/۸	۳۵/۸
کاردانی	۱۵	۱۲/۵	۱۲/۵
کارشناسی و بالاتر	۲۷	۲۲/۵	۲۲/۵
کل	۱۲۰	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳ ملاحظه می شود که ۲۹/۲ درصد از افراد مورد مطالعه زیر دیپلم ، ۳۵/۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم ، ۱۲/۵ درصد دارای تحصیلات کاردانی و ۲۲/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و بالاتر می باشند.

جدول ۴- توزیع فراوانی وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد	درصد معتبر
بیکار	۱۳	۱۰/۸	۱۰/۸
کارمند	۳	۲/۵	۲/۵
آزاد	۱۰۴	۸۶/۷	۸۶/۷
کل	۱۲۰	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۴ ملاحظه می شود که ۱۰/۸ درصد از افراد مورد مطالعه بیکار، ۲/۵ درصد کارمند و ۸۶/۷ درصد از افراد مورد مطالعه دارای شغل آزاد بوده اند.

۳-۴- تبیین یافته های استنباطی جامعه آماری پژوهش

در این قسمت به توزیع پراکندگی میزان اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی افراد جامعه آماری پرداخته می شود.

جدول ۵- توزیع پراکندگی میزان اختلالات شخصیت ضد اجتماعی به تفکیک گروه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد سالم	۱۳/۰۳	۳/۳۸	-۰/۵۷۷	-۰/۷۷۲
میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معناد	۲۱/۴۰	۵/۰۶۶	-۰/۱۸۴	۱/۰۶۱

براساس اطلاعات جدول شماره ۵ ملاحظه می شود که میانگین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد سالم ۱۳/۰۳ با انحراف معیار ۳/۳۸ می باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۵۷۷- می باشد که نشان دهنده منفی بودن کجی می باشد. ضریب کشیدگی برابر با ۰/۷۷۲- می باشد که بیانگر منفی بودن کشیدگی و اختلاف بین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بین افراد سالم را نشان می دهد. همچنین ملاحظه می شود که میانگین اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معناد ۲۱/۴۰ با انحراف معیار ۵/۰۶۶ می باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۱۸۴- و ضریب کشیدگی برابر با ۱/۰۶۱ می باشد، که بیانگر مثبت بودن کشیدگی و شباهت بین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بین افراد معناد را نشان می دهد.

جدول ۶- توزیع پراکندگی میزان اختلال شخصیت مرزی به تفکیک گروه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
میزان اختلال شخصیت مرزی در افراد سالم	۱۳/۴۵	۳/۳۵۷	-۰/۴۱۲	-۰/۷۹۳
میزان اختلال شخصیت مرزی در افراد معناد	۱۹/۳۳	۵/۵۸۷	۰/۱۶۵	۰/۱۷۲

براساس اطلاعات جدول شماره ۶ ملاحظه می شود که میانگین میزان اختلالات شخصیت مرزی در افراد سالم ۱۳/۴۵ با انحراف معیار ۳/۳۵۷ می باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۴۱۲- می باشد که نشان دهنده منفی بودن کجی می باشد. ضریب کشیدگی برابر با ۰/۷۹۳- می باشد که بیانگر منفی بودن کشیدگی و اختلاف بین میزان اختلال شخصیت مرزی در بین افراد سالم را نشان می دهد. همچنین ملاحظه می شود که میانگین اختلال شخصیت مرزی در افراد معناد ۱۹/۳۳ با انحراف معیار ۵/۵۸۷ می باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۱۶۵ و ضریب کشیدگی برابر با ۰/۱۷۲ می باشد که بیانگر مثبت بودن کشیدگی و شباهت بین میزان اختلال شخصیت مرزی در بین افراد معناد را نشان می دهد.

فرضیه اول: میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد بر اساس اعتیاد (سالم و معناد) متفاوت است.

۷- جداول مربوط به تفاوت های میانگین دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد انحراف معیار
سالم	۶۰	۱۳/۳۰	۳/۳۸۰	۰/۴۳۶
معناد	۶۰	۲۱/۴۰	۵/۰۶۶	۰/۶۵۴

میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی	آزمون لون برای برابری واریانس		آزمون تی تست برای تفاوت میانگینها	
	آماره F	سطح معنی داری	T آماره	درجه آزادی
میزان ابتلاء به اختلال	۳/۳۵۳	۰/۶۳	۱۰/۶۴۱	۱۱۸
شخصیت ضد اجتماعی			۱۰/۶۴۱	۱۰۲/۸۳۲

با توجه به اطلاعات جداول شماره ۷ مشخص می شود که میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد در گروه سالم $13/30 \pm 3/380$ و میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد در گروه معناد $21/40 \pm 5/066$ می باشد. بنابراین از آنجا که تفاوت واریانس گروهها معنی دار نیست (از طریق آزمون لون تست) بنابراین از T با واریانس برابر استفاده می کنیم که مقدار آن $T 10/641$ = $p = 0/000$ بدست آمده است، که بیانگر معنی دار بودن اختلاف میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد مورد مطالعه بوده و میزان ابتلاء به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در گروه معنادان بیشتر است.

فرضیه دوم: میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی افراد بر اساس اعتیاد (سالم و معتاد) متفاوت است.

جداول ۸- مربوط به تفاوت‌های میانگین دو گروه

خطای استاندارد انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی
۰/۴۳۳	۳/۳۵۷	۱۳/۴۵	۶۰	سالم	
۰/۷۲۳۱	۵/۵۸۷	۱۹/۳۳	۶۰	معتاد	

آزمون تی تست برای تفاوت میانگینها			آزمون لون برای برابری واریانس		میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی
معنی داری در سطح ۰/۰۵	درجه آزادی	T آماره	سطح معنی داری	F آماره	
۰/۰۰۰	۱۱۸	۶/۹۹۲	۰/۰۵	۸/۳۷۱	واریانس برابر
۰/۰۰۰	۹۶/۶۹۲	۶/۹۹۲			واریانس نابرابر

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۸ مشخص می شود که میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی در گروه سالم $۱۳/۴۵ \pm ۳/۳۵۷$ و میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی افراد در گروه معتاد $۱۹/۳۳ \pm ۵/۵۸۷$ می باشد. بنابراین از آنجا که تفاوت واریانس گروهها معنی دار است (از طریق آزمون لون تست) بنابراین از T با واریانس نابرابر استفاده می کنیم که مقدار آن $T = ۶/۹۹۲$ و $p = ۰/۰۰۰$ بدست آمده است که بیانگر معنی دار بودن اختلاف میانگین میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی در افراد مورد مطالعه بوده و میزان ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی در گروه معتادین بیشتر است.

نتیجه گیری و پیشنهادات

الف- نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد مورد مطالعه وجود دارد. یعنی میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معتاد بیشتر از افراد سالم می باشد. به عبارت دیگر میزان ابتلاء به اعتیاد در بین افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر از افراد سالم است.

ب- نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین میزان اختلال شخصیت مرزی در افراد مورد مطالعه وجود دارد. یعنی میزان اختلال شخصیت مرزی در افراد معتاد بیشتر از افراد سالم می باشد. به عبارت دیگر میزان ابتلاء به اعتیاد در بین افراد دارای اختلال شخصیت مرزی بیشتر از افراد سالم است.

ج- در قوانین کیفری کشورهای مختلف دنیا اختلالات روانی و شخصیتی در تدوین قوانین کیفری مورد توجه قانونگذار قرار می گیرد، که برای مثال می توان قانون قتل انگلستان مصوب سال ۱۹۵۷ میلادی را نام برد که مطابق این قانون برای افرادی که در زمان ارتکاب جرم قتل مبتلا به اختلال های شخصیت از جمله ضد اجتماعی و مرزی هستند، مسئولیت کیفری نقصان یافته یا تخفیف یافته اعمال می شود تا قتل عمد را تبدیل به قتل غیر عمد نماید. بنابراین پیشنهاد می شود، قانونگذار ایرانی در تدوین قوانین کیفری برای این گونه از اختلال های شخصیت در جرائمی همانند جرایم تعزیری در کنار اصل مجازات مجرمین به اصل درمان و پیشگیری از تکرار جرم در معتادان توجه نماید. و این امر مستلزم تشکیل همزمان پرونده مجرمیت در کنار پرونده درمانی به منظور ترک اعتیاد و درمان بیماری اختلال شخصیت می باشد. همچنین پیشنهاد می گردد در مراکز ترک اعتیاد و بازپروری حتماً از روان شناس یا روانپزشک جهت تشخیص و تشکیل پرونده درمانی استفاده نموده تا فرد معتاد پس از ترک اعتیاد خود مجدداً به سمت اعتیاد نرود.

مراجع

۱. راس، استفان، (۱۳۸۶) روانشناسی شخصیت (نظریه ها و فرآیندها)، ترجمه: سعید جمالفر، تهران، انتشارات بعثت.
۲. سیاسی، علی اکبر، (۱۳۸۶)، روانشناسی شخصیت، تهران، انتشارات سینا.
۳. شاملو، سعید، (۱۳۸۶)، مکتبها و نظریه ها در روان شناسی شخصیت، تهران، انتشارات رشد چهارم.
۴. گروسی فرشی، محمدتقی، (۱۳۸۸)، رویکرد نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)، تبریز، نشر دانیال و جامعه پژوه.
۵. کریمی، یوسف، (۱۳۸۹)، روانشناسی شخصیت، تهران، انتشارات ویرایش.
6. APA (American Psychiatric Association). (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington.
7. Bland, R & Newman, H. (2000). Lifetime prevalence of Psychiatric Disorder in Edmonton. Act a Psychiatry. Scodin 77. 24-32.
8. Clarkin. J. F. (1996). Treatment of personality disorders. British Journal of Clinical Psychology, 35, 641-642
9. Cowdry, R. W. Pickar, D. & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. International Journal of Psychiatry in Medicine, 15, 201-211.
10. Commer, R. (2001). Abnormal psychology. Princeton university. Worth publishers.
11. Ghoreishizade MA, Torabi K. (2010) The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the referrals drug rehabilitation centers in Tabriz. Journal of Tabriz University of Medical Science 2003; 24: 49-53.
12. Kessler, R. C. (2000). Life Time an 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Persons Aged 15-54. Inch United States. Arch. Gen Psychiatry. 51 (1). 8-19.
13. Kaplan H, sadock B. (2000). Comprehensive textbook of psychiatry. Vol 2. Williams, Willkins.
14. Paris, J. (2002). Chronic sociality among patients with borderline personality disorder. Psychiatric Services, 53, 738-792.
15. Paris, P. (2005) Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. Can J Psychiatry; 50(1): 436.
16. Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume there. Philadelphia. USA, Seventh edition.
17. Soloff, P. H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23, 169-192.
18. Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorder. British Journal of Psychiatry, 162, 299-313.
19. Vaillant, G. E. (2004). Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. J. Abnormal. Psychol 103. 44-50.
20. Weissman, M.M. (1995). The epidemiology of personality disorders. Journal of Personality Disorders. 7, 44-62.
21. widiger TA, Co-bitt EM. (1990) Anti social personality disorder. The DSM-IV personality disorder. New York: The Guilford Press.
22. Zimmeraman, M. (1994). Diagnostic Personality Disorders: Are view of issues and research methods. Arch Psychical. 51. 225-245.
23. Available from: <http://www.psych.org>

Examining the relationship between anti-social and borderline personality disorders and addiction (case study, Bonab)

Beigi, Jamal , Zeynali, Hamed , Heidar Nejad, Keivan

Assistant professor, Islamic Azad University, Department of criminal law, Maragheh, Iran

Jamal.beigi@yahoo.com

Tabrez Branch, Young Researchers and Elites Club, Tabrez , Iran

Hamed.zeynali2009@gmail.com

Maragheh Branch, Young Researchers and Elites Club, Maragheh, Iran

Keyvan_heidarnejad@yahoo.com

Abstract

Objective: This study aims at comparing the anti-social and borderline personality disorders and addiction among healthy individuals and addicts who are referring to Addiction Treatment Centers at Bonab.

Methodology: This study is of descriptive-survey method, with the statistical population size of 120 people. 60 addicts and 60 healthy individuals were selected through random sampling method. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) is the data collection tool in this research that includes 175 questions. Data analysis is also conducted in descriptive and inferential statistics (independent T-test).

Results of the study: The results show that the average anti-social personality disorder in healthy individuals and addicts are equal to 13.03 and 21.40 respectively. The results also show that the average borderline personality disorder in healthy individuals and addicts are equal to 13.45 and 19.33 respectively.

Conclusion: Considering the achieved results, it is understood that there is a significant relationship between anti-social and borderline personality disorders and addiction.

Keywords: addiction, anti-social personality disorder, borderline personality disorder