

Examination of Relationship between Anti-Social and Borderline Personality Disorders and Addiction: Case Study of Bonab

Keyvan Heidarnejad¹, Jamal Beigi², Hamed Zeynali³

Abstract

Background and aim: 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.

Method: 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).

Findings: 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

1. Ph.D Student, Faculty of Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Maragheh, Iran. (Corresponding author)

Email: keyvan_heidarnejad@yahoo.com

2. Assistant Professor, Faculty of Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Maragheh, Iran.

3. Ph.D Student, Faculty of Private law, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

Original Article Received: 15 February 2016 Accepted: 28 February 2017

Please cite this article as: Heidarnejad K, Beigi J, Zeynali H. Examination of Relationship between Anti-Social and Borderline Personality Disorders and Addiction: Case Study of Bonab. Iran J Med Law 2017; 11(41): 181-199.

Archive of SID

بررسی ارتباط اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد...

بررسی ارتباط اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد

با مطالعه موردی در سطح شهرستان بناب

کیوان حیدرنژاد^۱

جمال بیگی^۲

حامد زینالی^۳

چکیده

زمینه و هدف: از پژوهش حاضر مقایسه نشانگان اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در افراد معتاد و سالم است.

روش: توصیفی - تحلیلی و از نوع پژوهش کاربردی است. جامعه آماری آن عبارت است از دو گروه افراد معتاد و سالم در سطح شهرستان بناب می باشد که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، تعداد ۱۲۰ نفر از دو گروه به صورت مساوی انتخاب شد. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه میلون-۳ بود که با استفاده از آزمون آزمون T مستقل انجام شده است.

یافته‌ها: میانگین نمرات اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در افراد معتاد بالاتر از افراد سالم است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده در یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که بین اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد.

واژگان کلیدی

اعتیاد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی

۱. دانشجوی دوره دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.
 (نویسنده مسؤول)
 Email: keyvan_heidarnejad@yahoo.com

۲. استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.

۳. دانشجوی دوره دکتری حقوق خصوصی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۰

مقدمه

اعتیاد یک بیماری است که در آن بیمار رفتاری که عوارض بدی دارد را مداوم تکرار می‌کند. این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتاری، باعث تکرار آن رفتار می‌گردد. مشکل اعتیاد به مواد مخدر، مشکلات و معضلات خانوادگی، فساد و جرائم و بی‌ثباتی سیاسی و اقتصادی جامعه می‌شود (۱). 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 عبارت دیگر عده کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسایی‌ها و ناپختگی‌های شخصیتی بوده که از طریق برخورد و ایجاد رابطه وابستگی با افراد معتاد دیگر به این راه سوق داده می‌شوند (۲). 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 (۳).

اختلالات شخصیت علاوه بر شیوع نسبتاً چشم‌گیر، جزء حیطه‌های مهم در روانشناسی و روانپزشکی است که نسبت به دیگر اختلالات کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. یکی از دلایل عمده این مسأله این است که تا دهه‌های اخیر اعتقاد بر این بود که اختلالات شخصیت درمان‌ناپذیرند. به واسطه پژوهش‌ها و نظریات جدید مانند نظریه لینهان نشان داده شده است که با استفاده از برخی روش‌های درمانی خاص، می‌توان مشکلات مبتلایان به اختلالات شخصیت را بهبود بخشید. اینک ده‌ها سال است که اختلالات شخصیت برای بررسی روانشناختی، منبع جالبی را فراهم آورده‌اند، زیرا که آن‌ها ثبات و استحکام چنان نیرومندی به شخصیت و رفتار می‌بخشند که در طول زمان و مکان ادامه می‌یابد. اختلالات شخصیت اساساً اختلالات صفات هستند، اختلال‌هایی که در گرایش فرد به پاسخ‌دهی به محیط به شیوه‌های ناسازگارانه انعکاس می‌یابند. مطالعه سینگلتون، مترز و گاتوارد (Singleton, Metzger & Gatward) در سال ۱۹۹۸ بر روی بیش از ۳۰۰۰ نفر زندانی در زندان‌های انگلستان و ولز نشان داد که اختلال‌های روانی در زندانیان شیوع گسترده‌ای دارد. شایع‌ترین اختلال شخصیت در بین زندانیان، اختلال شخصیت ضد اجتماعی بود. در مردان دومین اختلال شایع اختلال شخصیت پارانوئید و در زنان اختلال شخصیت مرزی بود.

پیشینه پژوهش و مبانی نظری

۱- شخصیت

کلمه شخصیت از لحاظ لغوی عبارت است از: ۱- مجموعه خصایص باطنی و رفتارهای اجتماعی یک شخص؛ ۲- مجموعه خصوصیات یک انسان می‌باشد (۴). 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 دربر 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 (۵).

آلپورت (Alport) در این باره به گردآوری و ذکر پنجاه تعریف متفاوت پرداخته است. برخی به جنبه‌های بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی شخصیت، برخی به عکس العمل‌های 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 مبنا تعریف کرده‌اند. بنابراین دامنه تعاریف از فرآیندهای درونی ارگانیسم 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 (۶).

آلپورت از محققین بزرگ در زمینه شخصیت می‌گوید: «سازمان‌یابی نظام‌های بدنی و روانی به عنوان ویژگی‌های رفتاری و فکری در فرد را شخصیت می‌نامد. شلدون (Sheldon) پویابودن شخصیت را در تعریف خود مطرح نموده و چنین عنوان می‌کند: «سازمان‌یافتگی پویایی جنبه‌های ادراکی، عاطفی، انگیزش و بدنی فرد را شخصیت گویند» (۷).

کتل (Cattle) 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» (۷). هیلگارد (Hilgard) 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» (۸).

کلی (Cley) شخصیت را این‌گونه تعریف کرده است: «شخصیت عبارت است از روش هر فرد از جستجو برای تفسیر معنای زندگی» (۹).

۲- 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 انعطاف‌پذیری 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 برآییم. این یادگیری و انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن برنمی‌آیند (۱۰).

یکی از ناهنجاری‌های روانی شایع در انسان اختلال‌های شخصیت است، به طوری که طبق بررسی ویسمن، شیوع اختلال‌های شخصیت، ۱۰ تا ۱۳ درصد جمعیت عمومی را دربر 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 (۱۱).

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 می‌شود. طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به مشکلات روانشناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات قاعدتاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می‌شود (۱۲).

اختلال شخصیت، درماندگی و مشکلات ناشی از آن، در تمام عمر دامن‌گیر فرد می‌شود، 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 جنبه‌های وجود شخص را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های روانشناختی می‌باشد. تخمین زده می‌شود که شیوع اختلالات شخصیت در بین بزرگسالان ۱۵-۴ درصد باشد (۱۳).

طبقه‌بندی‌های مهم از اختلالات شخصیت عبارتند از: ۱- طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها از سازمان بهداشت جهانی (ICD) ۲- راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی از انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV). بر طبق (DSM-IV) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ملاک قطعی برای متمایز ساختن صفات شخصیتی نابهنجار عبارت است از قرآینی حاکی از انعطاف‌ناپذیری و ناسازگاری طولانی‌مدت که به شکل آشفتگی ذهنی، یا نقص عملکرد اجتماعی - شغلی یا هر دو مورد ظاهر می‌شود. DSM-IV اختلالات شخصیت را به این شکل تعریف می‌کند: «الگوی بادوام از رفتار و تجربه که به طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد». این الگو در چند حیطه زیر ظاهر می‌شود:

- شناخت (شیوه‌های ادراک و تعبیر و تفسیر خود، دیگران و رخدادها)؛

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

- عملکرد بین فردی؛

- کنترل تکانه (Impulse Control Disorder).

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 موقعیت‌های اجتماعی و شخصی مشاهده می‌شود و از لحاظ بالینی به آشفتگی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حیطه‌های مهم منجر می‌شود. زیرمجموعه‌های اختلالات شخصیت در DSM-IV عبارتند از: اسکیزوتایپال، اسکیزوئوئید، پارانوئید، خودشیفته، مرزی، ضد اجتماعی، نمایشی، وسواسی - جبری، وابسته و دوری‌گزين. DSM-IV از لحاظ دسته‌بندی اختلالات شخصیت را به سه دسته یا خوشه تقسیم می‌کند که هر کدام خصوصیات بالینی مشترکی دارند: خوشه «الف» دربردارنده سه اختلال با خصوصیات عجیب و غریب، سرد و کناره‌گیر و نامتعارف (پارانوئید، اسکیزوئوئید و اسکیزوتایپال) است. خوشه «ب» شامل چهار اختلال است که با خصوصیات چونی هیجانی‌بودن، تکانشوری و بی‌نظمی مشخص است (مرزی، ضد اجتماعی،

خودشیفته و نمایشی) و دربردارنده سه اختلال است که خصوصیات نظیر اضطراب و ترسناکی را به اشتراک دارند (دوری گزین، وابسته و وسواسی - جبری (۱۴).

۱-۲- اختلال شخصیت ضد اجتماعی: اختلال شخصیت ضد اجتماعی با بی‌احترامی فراگیر و نقض حقوق دیگران از سن ۱۵ سالگی مشخص می‌شود. اختلال شخصیت ضد اجتماعی ممکن است به واسطه 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 ضد اجتماعی که به نام های «سایکوپات (Psychopath)» یا «سوسیوپات (Sociopat)» نیز خوانده می‌شود، یک الگوی فراگیر بی‌توجهی و تجاوز به حقوق دیگران را از خود نشان می‌دهد. به جز اختلالات وابسته به مواد، این اختلال بیشترین ارتباط را با رفتار بزهکارانه بزرگسالان چه جزئی و چه کلی دارد (۱۵).

بیشتر مبتلایان به این اختلال، برخی الگوهای رفتار ضد اجتماعی و سوء رفتار را تا قبل از سن ۱۵ سالگی از خود نشان داده‌اند. 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 (۱۶).

معمولاً در مقابل پول احساس مسئولیت نمی‌کنند و غالباً در تعهدات و مسؤولیت‌های مالی مهم که پای آبروی فرد در میان است، شکست می‌خورند. به علاوه تکانشی هستند، یعنی اعمالشان را بدون برنامه‌ریزی قبلی یا در نظرگرفتن نتایج بعدی انجام می‌دهند. ممکن است تحریک‌پذیر و پرخاشگر باشند و غالباً شروع‌کننده نزاع‌های فیزیکی هستند (۱۷).

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 سرقت‌شدن می‌دانند. 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 سه برابر زنان است (۱۸).

۲-۲- 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 (۱۹).

برخی مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه‌ها، دارای رفتارهای مخاطره‌آمیز هستند، مثل عدم مسؤولیت‌پذیری، 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 نامتناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. برای مثال آن‌ها ممکن است از کوره در بروند، 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 (۲۰).

اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراه با تکانشگری 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 (۲۱).

شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ۱ تا ۲ درصد (۲۲) و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰٪ می‌باشد (۲۳). این اختلال از لحاظ میزان خودکشی قابل مقایسه با دیگر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی است. ۶۹ تا ۷۵ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای آسیب‌رسانی به خود نیز دارند. میزان رهاکردن درمان در آن‌ها بسیار بالا و میزان بهبودشان متغیر است و فقط تعداد کمی از آن‌ها به درمان‌های دارویی روانپزشکی پاسخ می‌دهند (۲۴).

روش

روش پژوهش توصیفی - تحلیلی و از نوع پژوهش کاربردی است که در پاییز سال ۱۳۹۴ انجام شده است. برای گردآوری داده‌ها در زمینه مبانی نظری و ادبیات تحقیق، از روش کتابخانه‌ای و به منظور جمع‌آوری داده‌های میدانی، از روش پرسشنامه شامل پرسشنامه میلیون-۳ استفاده شد. پژوهش حاضر دارای دو جامعه آماری بود. جامعه آماری اول افراد معتاد اقامت داده‌شده در مراکز میان مدت شهرستان بناب که تعداد آنان ۱۱۰ نفر بودند که از بین آنان ۶۰ نفر به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب گردید. جامعه آماری دوم شامل کلیه افراد غیر معتاد شهرستان بناب بودند که از بین آنان تعداد ۶۰ نفر به روش در دسترس که به لحاظ سن با گروه نمونه معتادین هم‌تا شده بودند، انتخاب گردید. از کل اعضای نمونه (۱۲۰ نفر) تست میلیون-۳ به عمل آمد.

آزمون بالینی چند محوری میلیون-۳ یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روانشناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود.

مطالعات مربوط به اعتبار و روایی این آزمون نشان می‌دهد که این تست به طور کلی یک ابزار روان‌سنجی به خوبی سازمان‌یافته است و اندازه‌های همسانی درونی بالایی دارد. همچنین ضرایب اعتبار بالایی با میانه ۰.۹۱٪ گزارش شده است. در ایران نیز ضریب اعتبار به شیوه بازآزمایی با فاصله هفت تا ده روز، میانگین همسانی درونی ۰.۸۴٪ بود (۲۵).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به دست‌آمده با میانگین و انحراف معیار توصیف و با روش آزمون همبستگی و آزمون T تحلیل شد. همچنین پژوهش حاضر درصدد آن است که به بررسی ارتباط اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد بپردازد. و لذا در این راستا دو فرضیه به شرح ذیل مطرح می‌شود:

فرضیه اول: میانگین نمره اختلال شخصیت ضداجتماعی در افراد معتاد بالاتر از افراد سالم است.

فرضیه دوم: میانگین نمره اختلال شخصیت مرزی در افراد معتاد بالاتر از افراد سالم است.

یافته‌ها

۱- یافته‌های توصیفی

بر اساس توزیع فراوانی جنسیت افراد مورد مطالعه، همانطوری که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین ۹۴/۲ نفر از افراد مورد مطالعه مرد و ۵/۸ درصد زن است که از این میان ۵۰٪ را افراد سالم و ۵۰٪ مابقی افراد معتاد است. همچنین بر اساس این جدول، توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه، ۳۵ نفر زیر دیپلم، ۴۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۵ نفر دارای تحصیلات کاردانی و ۲۷ نفر دارای مدرک کارشناسی و بالاتر است.

بر اساس توزیع پراکندگی سن افراد مورد مطالعه، همانطوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با ۲۹ با انحراف استاندارد ۸ می‌باشد، به طوری که حداقل سن ۱۹ و حداکثر سن ۵۵ است. در واقع با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که سن افراد مورد مطالعه بین ۲۷ تا ۳۰ می‌باشد. ضریب کجی داده‌ها ۱/۲۴۲ می‌باشد 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 می‌باشد.

۲- یافته‌های استنباطی

۲-۱- فرضیه اول: میانگین نمره اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معتاد بالاتر از افراد سالم است.

بر اساس توزیع پراکندگی میزان اختلالات شخصیت ضد اجتماعی به تفکیک گروه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که میانگین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد سالم ۱۳/۰۳ با انحراف معیار ۳/۳۸ می‌باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۵۷۷- می‌باشد که نشان‌دهنده منفی بودن کج می‌باشد. ضریب کشیدگی برابر با ۰/۷۷۲- می‌باشد که بیانگر منفی بودن کشیدگی و اختلاف بین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بین افراد سالم را نشان می‌دهد. همچنین ملاحظه می‌شود که میانگین اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معتاد ۲۱/۴۰ با انحراف معیار ۵/۰۶۶ می‌باشد. ضریب کجی برابر با ۰/۱۸۴- و ضریب کشیدگی برابر با ۱/۰۶۱ می‌باشد که بیانگر مثبت بودن کشیدگی و شباهت بین میزان اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بین افراد معتاد را نشان می‌دهد.

بنابراین با توجه به اطلاعات مربوط به تفاوت‌های میانگین دو گروه در جداول ۵، مشخص می‌شود که میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد در گروه سالم $13/30 \pm 3/380$ و میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی افراد در گروه معتاد $21/40 \pm 5/066$ می‌باشد. بنابراین از آنجا که تفاوت واریانس گروه‌ها معنی‌دار نیست (از طریق آزمون لون تست)، بنابراین از T با واریانس برابر استفاده می‌کنیم که مقدار آن $T=10/641$ و $p < 0.01/0$ به دست آمده است که بیانگر معنی‌دار بودن اختلاف میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد مورد مطالعه بوده و میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در گروه معتادان بیشتر است.

۲-۲- فرضیه دوم: میانگین نمره اختلال شخصیت مرزی در افراد معتاد بالاتر از افراد سالم است.

بر اساس توزیع پراکندگی میزان اختلال شخصیت مرزی به تفکیک گروه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که میانگین میزان اختلالات شخصیت مرزی در افراد سالم $13/45$ با انحراف معیار $3/357$ می‌باشد. ضریب کجی برابر با $0/412$ - می‌باشد که نشان‌دهنده منفی بودن کجی می‌باشد. ضریب کشیدگی برابر با $0/793$ - می‌باشد که بیانگر منفی بودن کشیدگی و اختلاف بین میزان اختلال شخصیت مرزی در بین افراد سالم را نشان می‌دهد. همچنین ملاحظه می‌شود که میانگین اختلال شخصیت مرزی در افراد معتاد $19/33$ با انحراف معیار $5/587$ می‌باشد. ضریب کجی برابر با $0/165$ و ضریب کشیدگی برابر با $0/172$ می‌باشد که بیانگر مثبت بودن کشیدگی و شباهت بین میزان اختلال شخصیت مرزی در بین افراد معتاد را نشان می‌دهد.

با توجه به اطلاعات مربوط به تفاوت‌های میانگین دو گروه در جداول ۶، مشخص می‌شود که میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه سالم $13/45 \pm 3/357$ و میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی افراد در گروه معتاد $19/33 \pm 5/587$ می‌باشد. بنابراین از آنجا که تفاوت واریانس گروه‌ها معنی‌دار است (از طریق آزمون لون تست)، بنابراین از T با واریانس نابرابر استفاده می‌کنیم که مقدار آن $T=6/992$ و $p < 0.01/0$ به دست آمده است که بیانگر معنی‌دار بودن اختلاف میانگین میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی در افراد مورد مطالعه بوده و میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه معتادین بیشتر است.

بحث

افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی دارای ویژگی‌هایی مانند دروغ‌گویی، فرار از مدرسه و منزل، دزدی، نزاع و استفاده از سوء مصرف مواد و رفتارهای غیر قانونی هستند (۲۶). یکی از خصوصیات اصلی این افراد فقدان پشیمانی برای اعمالی است که انجام می‌دهند، یعنی به نظر می‌رسد که این افراد فاقد وجدان باشند. این ویژگی‌ها (بی‌پروایی، تحریک‌پذیری) احتمال رفتار جنایی را افزایش می‌دهد (۲۷).

نظریه‌های روانکاوی فرض می‌کنند که الگوهای مادام‌العمری از رفتار از ابتدای تولد رشد می‌کنند و پنج سال اول زندگی نقش مهمی در آن دارد. در این سال‌ها، امکان وقوع شکست‌های بسیار در رشد غرایز وجود دارد (۲۸). به این ترتیب، محتمل این است که در درجه اول اختلالات شخصیتی زندانیان وابسته و در درجه دوم زندانیان غیر وابسته حاکی از وقف‌های در رشد آنان باشد که با تعارض بین ترس‌ها و امیال آنان در خردسالی ارتباط دارد، فلذا بخش‌های کودکانه در آن‌ها باقی می‌ماند و تحت فشار یا سایر شرایط، فعال‌تر شده و در زندانیان وابسته منجر به انجام جرم به همراه مصرف مواد شده و در زندانیان غیر وابسته فقط منجر به انجام جرم می‌گردد. بر اساس دیدگاه تحلیل عاملی، به وجود آمدن نشانه‌های روان‌آزردگی در یک فرد، هم به دلیل نظام زیستی وی و هم به علت تجربیاتی است که موجب می‌شود یادگیری واکنش‌های هیجانی قوی به محرک‌های ترس‌آور تبدیل شود.

دیدگاه‌های پدیدارشناختی همسانی رفتاری را به چگونگی نقطه نظرات افراد در مورد خودشان، افراد دیگر و وقایع زندگی‌شان نسبت می‌دهند. فردی که از لحاظ روانشناختی ناسازگار است، مانع ورود بعضی از تجربه‌های حسی و هیجانی خود به آگاهی می‌شود. تجربه‌های ناهمسان با ساختار خویش، تهدیدکننده به حساب می‌آیند و انکار یا تحریف می‌شوند. نتیجه این وضع حفظ و نگهداری دفاعی و غیر قابل انعطاف خویشتن در مقابل تجربه‌هایی است که تمامیت خویشتن را به خطر انداخته است و نیاز به توجه مثبت را با ناکامی رو به رو می‌سازد (۲۹). بر این اساس، تجربه‌های ناهمسان با ساختار خویش و تهدیدکننده در زندانیان وابسته به مواد بیشتر از دو گروه مورد مطالعه، و در زندانیان غیر وابسته بیشتر از آزمودنی‌های بهنجار است که نیاز به توجه مثبت در آنان را با ناکامی رو به رو می‌سازد و بستر را برای ابتلاپذیری به اختلالات متعدد شخصیتی هموار می‌سازد.

یافته‌های پژوهش از دیدگاه رفتاری نیز قابل تبیین می‌باشند. بر این اساس افراد در موقعیت ویژه‌ای که خودشان را در آن می‌یابند، در پاسخ به نشانه‌ها رفتار می‌کنند. نشانه‌ها رفتار قابل انتظار را مشخص می‌کنند و نشان می‌دهند که احتمالاً این رفتارها تأیید را به همراه داشته و یا در یک موقعیت ویژه سازگار هستند (۳۰). به این ترتیب اختلالات شخصیتی بر طبق اصول شناخته‌شده یادگیری به وجود می‌آیند، دوام پیدا می‌کنند و تغییر می‌یابند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی ارتباط اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد با مطالعه موردی در سطح شهرستان بناب می‌پردازد. جامعه آماری آن دو گروه از افراد معتاد و افراد سالم که هر کدام به تعداد ۶۰ نفر مساوی به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد که ۹۴/۲ درصد مردان و ۵/۸ درصد زنان است. میانگین سنی این افراد ۲۹/۱۱ با انحراف استاندارد ۸/۹۱۷ بوده که در دامنه سنی ۱۹ الی ۵۵ سال قرار دارند. از لحاظ معیار تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات دیپلم و کم‌ترین فراوانی مربوط به تحصیلات کاردانی است. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه میلون-۳ بود که بین پاسخگویان توزیع و اجرا شد و بر این اساس نتایجی به شرح زیر حاصل شد:

۱- مطابق نتایج به دست آمده در جدول ۳، حاکی از این است که میانگین اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد معتاد (۲۱/۴۰) از میانگین افراد سالم (۱۳/۰۳) بالاتر است و نیز این میزان از تفاوت، معنی‌داری می‌باشد ($p < 0/001$). بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود.

۲- مطابق نتایج به دست آمده در جدول ۴، حاکی از این است که میانگین اختلال شخصیت مرزی در افراد معتاد (۱۹/۳۳) از میانگین افراد سالم (۱۳/۴۵) بالاتر است و نیز این میزان از تفاوت، معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$)، لذا فرضیه دوم تأیید می‌شود.

شایان ذکر است در قوانین کیفری سابق در خصوص تشکیل پرونده شخصیت برای مجرمان در کنار پرونده مجرمیت توسط قضات دادگاه یا دادرسی تعیین نشده بود، ولی با تصویب قانون آیین دادرسی کیفری مصوب سال ۱۳۹۲ تشکیل پرونده شخصیت در مرحله دادرسی برای مرتکبان جرائمی که رسیدگی به آن‌ها در صلاحیت دادگاه کیفری یک می‌باشد (به غیر از جرائم سیاسی و مطبوعاتی) توسط بازپرس الزامی شده است. همچنین در این قانون تشکیل

پرونده شخصیت برای اطفال و نوجوانانی که مرتکب جرائم تعزیری درجه ۵ و ۶ می‌شوند، توسط دادگاه یا دادرای اطفال و نوجوانان الزامی گردیده است. با عنایت به نتایج به دست آمده از تحقیقات آماری مشخص گردید، افراد معتاد نسبت به افراد سالم بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی هستند، لذا پیشنهاد می‌شود قانونگذار به جای این که فقط برای تعداد محدودی از مرتکبان جرائم پرونده شخصیت تشکیل دهد، با تأسیس مرکزی جهت انجام تست‌های روانشناسی و روانپزشکی برای تمامی بزه‌کاران و مجرمان به منظور تشخیص مبتلایان به اختلالات روانی خطرناک، برای آن‌ها پرونده شخصیتی به منظور پیشگیری، اصلاح، درمان و جلوگیری از تکرار جرم تشکیل دهد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک

متغیر	طبقات	توزیع	
		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۷ نفر	۵/۸
	مرد	۱۱۳ نفر	۹۴/۲
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۵ نفر	۲۹/۲
	دیپلم	۴۳ نفر	۳۵/۸
	فوق دیپلم	۱۵ نفر	۱۲/۵
	لیسانس و بالاتر	۲۷ نفر	۲۲/۵

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

جدول ۳: 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 معتاد	۲۱/۴۰	۵/۰۶۶	-۰/۱۸۴	۱/۰۶۱

بررسی ارتباط اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد...

جدول ۴: 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 معتاد	۱۹/۳۳	۵/۵۸۷	-۰/۱۶۵	-۰/۱۷۲

جدول ۵: جداول مربوط به تفاوت‌های میانگین دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد انحراف معیار
میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی	سالم	۶۰	۱۳/۳۰	۳/۳۸۰	۰/۴۳۶
	معتاد	۶۰	۲۱/۴۰	۵/۰۶۶	۰/۶۵۴

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس		آزمون تی تست برای تفاوت میانگین‌ها	
	آماره F	سطح معنی داری	آماره t	درجه آزادی
میزان ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی	۳/۳۵۳	۰/۶۳	۱۰/۶۴۱	۱۱۸
واریانس برابر				
واریانس نابرابر				

کیوان حیدر نژاد، جمال پیگی، حامد زینالی

جداول ۶: مربوط به تفاوت‌های میانگین دو گروه

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

متغیر		آزمون لون برای برابری واریانس		آزمون تی تست برای تفاوت میانگین‌ها	
میزان ابتلا به اختلال شخصیت مرزی	واریانس برابر	آماره F	سطح معنی داری	درجه آزادی	معنی داری در سطح ۹۵٪
		واریانس برابر	۸/۳۷۱	۰/۰۵	۱۱۸
واریانس نابرابر	واریانس نابرابر	۹۶/۶۹۲	۶/۹۹۲	۹۶/۶۹۲	۰/۰۰۰

بررسی ارتباط اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد...

References

1. Ghoreishizade MA, Torabi K. 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.
2. Kaplan H, sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: williams and wilkins; 2000; Vol.2.
3. Widiger TA, Co-bitt EM. *Anti social personality disorder. The DSM-IV personality disorder*. New York: The Guilford Press; 1990.
4. Moeen M. *Persian culture specific*. Tehran: culture, books Arad; 1387.
5. Shamloo S. *Schools and theory in personality psychology*. Tehran: Press Quarter Growth; 1386.
6. Garusi Farshi MT. *A New Approach to Personality Assessment (application of factor analysis in studies of personality)*. Tabriz: Daniel publishing and research community; 1388.
7. Seyasey AA. *Personality psychology*. Tehran: Press Sinai; 1386.
8. Ross S. *Personality psychology (theories and processes)*. Translated by Jmalfr S. Tehran: publisher of the mission; 1386.
9. Karimi Y. *Personality psychology*. Tehran: edition; 1389.
10. Commer R. *Abnormal psychology*. Princeton: Princeton university. Worth publishers; 2001.
11. Weissman MM. *The epidemiology of personality disorders*. *Journal of Personality Disorders* 1995; 7: 44-62.
12. APA (American Psychiatric Association). *Washington: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 2004.
13. Zimmeraman M. *Diagnostic Personality Disorders: Are view of issues and research methods*. *Arch Psychical* 1994; 51: 225-245.
14. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: williams and wilkins; 2000. Vol.3.
15. APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114(4): 494-504.

16. Bland R, Newman H. Lifetime prevalence of Psychiatric Disorder in Edmonton. *Act a Psychiatry* 2000; 77: 24-32.
17. Vaillant GE. Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *J Abnormal Psychol* 2004; 103: 44-50.
18. Kessler RC. Life Time an 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Persons Aged 15-54. Inch United States. *Arch. Gen Psychiatry* 2000; 51(1): 8-19.
19. Paris P. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005; 50(1): 436.
20. <http://www.psych.org>. (2016/07/20).
21. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114(4): 494-504.
22. Paris J. Chronic sociality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2002; 53: 738-792.
23. Stone M. H. Long-term outcome in personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 299-313.
24. Clarkin JF. Treatment of personality disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 1996; 35: 641-642.
25. Karami A. *The Millon Questionnaire Guide-3*. Tehran: Psychoanalysis; 1392.
26. Kaplan HI, Sadok BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1977. p.258.
27. Warren JI, Stein JA, Grella CHE. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 89(2-3): 267-274.
28. Deery C, Heanue M, Deacon S, Robinson PG, Walmsley AD, Worthington H, et al. The effectiveness of manual versus powered toothbrushes for dental health: A systematic review. *J Dent* 2004; 32(3): 197-211.
29. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 182-190.

30. Sanger F, Nicklen S, Coulson AR. Proc natn Acad. Sci U.S.A 1997; 74: 5463-5467.

کیوان حیدر نژاد، جمال بیگی، حامد زینالی

Archive of SID