

بررسی مقایسه‌ای جوانان دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان و عادی از نظر اختلالات روانی

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۱۶ دکتر سید موسی طباطبایی^۱
تاریخ پذیرش: ۸۹/۶/۲۱ خلیل نثاری^۲
غلامحسین بیابانی^۳

چکیده

به منظور بررسی علل گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر صنعتی، ۹۵ نفر آزمودنی (جوانان و نوجوانان ۱۵ تا ۳۵ سال) که معتاد به مصرف مواد مخدر صنعتی بودند و به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نمودند به پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه MMPI (فرم کوتاه ۷۱ سئوالی) پاسخ دادند. تحلیل آماری نشانگر وجود تفاوت معنادار بین جوانان دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان و عادی از نظر اختلالات روانی است. یافته‌های پژوهش اشاره‌های مهمی برای تحقیق و درمان در زمینه مواد مخدر صنعتی دارد.

واژه‌های کلیدی:

سوء مصرف مواد، مواد مخدر صنعتی، گرایش به مصرف، نوجوانی و جوانی، اختلال روانپزشکی

معضل سوء مصرف مواد مخدر یکی از چهار بحران جهانی و عمده ترین بحران اجتماعی کشور می باشد که با سایر جنبه های اقتصادی، فرهنگی و ... کشور ارتباط تنگاتنگی دارد (دیوسالار و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از صاحب الزمانی و همکاران، ۱۳۸۸). بر طبق آمار رسمی در سال ۱۳۸۳ شمار مصرف کنندگان مواد مخدر ایران ۴ میلیون نفر با بیش از ۲ میلیون مصرف کننده منظم است. براساس آخرین ارزیابی ها، مواد مخدر در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۹۹/۴۷۲ میلیارد ریال شامل هزینه های خرید و مصرف مواد، کاهش بهره وری و مشارکت اجتماعی مصرف کنندگان و قاچاقچیان، هزینه های دولت در زمینه کاهش تقاضا و مقابله با عرضه، هزینه آسیب های اجتماعی و ... به اقتصاد ایران ضربه زده است. به عبارت دیگر حدود یک سوم درآمد ملی ما صرف هزینه مصرف مواد مخدر می گردد (هاشمی، ۲۰۰۴؛ به نقل از صاحب الزمانی و همکاران، ۱۳۸۸). این امر در حالی است که برخی گزارش ها حکایت از آن دارد که دلایل عمده مرگ زودرس، بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها، تصادفات و خودکشی هاست؛ یعنی، تمام آنچه که ممکن است به سوء مصرف مواد مرتبط باشد (گران^۱ و هاجسون^۲، ۱۹۹۲). از طرف دیگر احتمال دارد رفتارهای پرخطرانه و خشونت بار با مصرف مواد رابطه داشته باشد که به شکل زد و خورد یا اعمال جنایتکارانه رخ می دهند، و ممکن است به مصدوم شدن مصرف کننده مواد یا دیگران منجر شود. تصادفات اتومبیل و انواع حوادث در خانه و محل کار، از مهمترین مشکلات مسمومیت با مواد بوده و میزان قابل ملاحظه ای از بیماری ها و مرگ و میر را موجب می شوند. به طور تقریبی در حدود نیمی از مرگ و میرهای بزرگراه ها را رانندگان یا عابرانی تشکیل می دهند که دچار مسمومیت ناشی از مصرف مواد بوده اند. از این گذشته، حدود ۱۰ درصد افرادی که به مواد وابستگی دارند اقدام به خودکشی می کنند که اغلب در بافت یک اختلال خلقی ناشی از مواد اتفاق می افتد. همچنین بیشتر و شاید همه مواد از جفت عبور کرده و ممکن است عوارض نامطلوبی بر جای بگذارند (DSM.IV، ۱۹۹۴).

تجربه کشورهایی که در امر مبارزه با مواد مخدر موفق بوده اند نشان می دهد، این موفقیت ها مستلزم شناخت علمی گونه شناسی معتادان و استفاده از آن در امر پیشگیری اولیه و ثانویه با

1- Grant

2- Hodgson

توجه به متغیرهای بومی بوده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). به گفته نویسندگان درس نامه جامع روانپزشکی کاپلان، از نگاه سطحی اعتیاد (وابستگی به مواد) در نتیجه مصرف ماده ای خاص با الگوی سوء مصرف به وجود می آید (واشتون^۱ و همکاران، ۱۹۸۴).

مطالعات متعددی در مورد شیوع همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات روانی نشان می دهد که میزان مصرف الکل و سایر مواد مخدر در میان مردمی که در جستجوی دریافت کمک از مراکز خدمات بهداشت روانی هستند در مقایسه با جمعیت عادی به طور معناداری بالاتر است (راچ بیسل^۲ و دیکسون^۳، ۱۹۹۹؛ وروم^۴، ۱۹۹۸). در مقایسه با جمعیت عادی، احتمال خطر ابتلا به وابستگی به الکل و سایر مواد مخدر در افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۲۱ بار، در میان افراد مبتلا به مانیا ۶ بار، در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ۴ بار و در مبتلایان به اختلال وحشت زدگی ۲ بار بیشتر بیشتر است (هلزر^۵ و پریزبرک^۶، ۱۹۸۸؛ نادا^۷ و راسین^۸، ۱۹۹۹). ویسنر^۹ و اسمیت^{۱۰} (۱۹۹۳) دریافتند که ۳۸ درصد مراجعین به مراکز بهداشت روانی در کالیفرنیا حداقل مصرف یکی از مواد مخدر یا بیشتر را گزارش کرده اند. در همین مطالعه ۲۱ درصد از مراجعین به مراکز بهداشت روانی مصرف حداقل سه نوع (یا بیشتر) از مواد مخدر ممنوع را گزارش کردند در حالی که این موضوع در جمعیت عادی ۱ درصد است. درک^{۱۱} (۲۰۰۹) دریافت که ۳۷ درصد از سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳ درصد از مبتلایان به سوء مصرف مواد حداقل یک بیماری جدی روانی دارند.

در یک طرح تحقیقاتی که توسط مرکز تحقیقات اعتیاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شد معلوم شده است که ۱۵ درصد از معتادان کشور مواد صناعی جدید را مصرف می کنند (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶).

براساس اعلام ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، تریاک و هروئین به ترتیب اولین و

- 1- Washton
- 2- RachBeisel
- 3- Dixon
- 4- Room
- 5- Helzer
- 6- Pryzbeck
- 7- Nadeau
- 8- Racine
- 9- Weisner
- 10- Schmidt
- 11- Drake

Archive of SID

دومین مواد مخدر پرمصرف کشور پس از آنها کراک سومین رتبه را دارا است (دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۲). از حیث میزان تخریب و آسیب جسمی و روانی و ایجاد وابستگی و نهایتاً مرگ آوری نیز شیشه با ۹۰ درصد تخریب رتبه نخست و کراک با ۷۰ درصد تخریب مقام دوم را به خود اختصاص داده اند (محبوبی منش، ۱۳۸۱). اخیراً آمار به دست آمده از یک تحقیق نشان داد که از هزار و ۱۰۸ معتاد درما نجوی بررسی شده در استان تهران ۳۴۴ نفر کراک و ۳۲۷ نفر شیشه مصرف می کردند؛ یعنی دو سوم از معتادان تهرانی، شیشه و کراک مصرف می کنند (ذوالقدر، ۱۳۸۹).

همچنین براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، آمار متوفیان ناشی از سوء مصرف مواد مخدر که از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ در مراجع مربوط ثبت شده ۱۵۲۲۵ نفر اعلام که به ازای هر سال ۳۰۴۵ نفر و به ازای هر روز ۸/۴ نفر می باشد، قطعاً تعدادی از همین افراد نیز در روستاها و بخش ها فوت می کنند که آمار آنان معمولاً ثبت نمی شود. ضمناً بر اساس آمار جهانی مصرف کنندگان مواد مخدر در حال حاضر بیش از ۲۲۴/۶ میلیون نفر مصرف کننده رسمی مواد مخدر وجود دارد که شامل ۵ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله می شود. از این تعداد ۱۶۰/۹ میلیون نفر مصرف کننده حشیش، ۳۴/۱ میلیون نفر مواد مخدر صنعتی، ۱۳/۷ میلیون نفر کوکائین و ۱۵/۹ میلیون نفر مواد افیونی (تریاک و هروئین) می باشند (غنجدی، ۱۳۸۵).

مواد مخدر صنعتی به دسته بزرگی از مخدرها اطلاق می شود که منشاء طبیعی ندارند و طی فرایندهای پیچیده شیمیایی در لابراتوارهای صنعتی ساخته می شوند. تقسیم بندی های گوناگون و متنوعی از این مواد وجود دارد، اما به طور کلی این مواد را می توان در سه گروه طبقه بندی کرد:

۱- توهم زاها: توهم زاها بر روی سیستم عصبی مرکزی تاثیر می گذارند و عملکردهای ادراکی را تغییر می دهند. مانند: LSD، اکستازی، دی متیل تریپتامین DMT، فن سیکلیدین و گرد فرشته و...

۲- محرک ها: محرک ها با تحریک سیستم عصبی مرکزی حالت سرخوشی به وجود می آورند. مانند: آمفتامینها، متدرین، دکسدرین، آیس، شیشه، کریستال و...

۳- نارکوتیک ها (کند کننده ها): نارکوتیک ها سیستم کنترل عصبی (CNS) را دچار ضعف می کنند و می توانند درد را کاهش دهند، مانند: مرفین، کدئین، متادون، دمرول،

هروئین، کراک ایرانی و.. (آبادپنکی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر به علت پایین بودن تعداد مراجعین دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند، تمامی مراجعین بدون توجه به نوع ماده مصرفی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش تلاش می‌شود جوانان دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی و عادی از نظر اختلالات روان شناختی مقایسه شوند.

شایان ذکر است گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی نیز همانند سایر پدیده‌های اجتماعی تک علتی نیست و مجموعه عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی نیز بر این گرایش تاثیر می‌گذارند. این عوامل پیچیده به طور مداوم در سطوح فردی و اجتماعی در حال تغییر هستند و دلایل فردی گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی تعامل پیچیده‌ای با عوامل خانوادگی، اجتماعی، مدرسه و دولت دارد (رضایی، ۱۳۸۲؛ به نقل از آقابخشی و همکاران، ۱۳۸۸).

فرضیه پژوهش

بین جوانان دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی و عادی از نظر اختلالات روان شناختی تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای^۱ می‌باشد. روش علی-مقایسه‌ای نوعی پژوهش کمی است که با مقایسه افرادی که واجد الگوی رفتاری یا ویژگی شخصی هستند، با افراد فاقد یا واجد درجات کمتر آن ویژگی، در جستجوی کشف علل بالقوه و تاثیرات آنهاست (گال و همکاران، ۱۹۹۶). در پژوهش حاضر نیز قصد مقایسه اختلالات روان شناختی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر صنعتی با افراد فاقد این رفتار می‌باشد.

جامعه و نمونه آماری

نمونه پژوهش حاضر کلیه مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان بوده‌اند

که به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی مبتلا بوده‌اند. لذا روش نمونه گیری سرشماری است و حجم نمونه برابر با ۹۵ آزمودنی است.

ابزار

ابزار مورد استفاده در این پژوهش نسخه فارسی مینی مالت پرسشنامه MMPI است. مینی مالت فرم کوتاه ۷۱ جمله‌ای پرسشنامه MMPI است. این فرم را در سال ۱۹۶۸ کینکانن برای فرم اصلی MMPI تهیه و مینی مالت نامگذاری کرد. او اعتبار مینی مالت را بر روی بیماران روانی بستری مورد مطالعه قرار داد، رابطه آنرا با فرم بلند MMPI بررسی کرد و به این نتیجه رسید که در مینی مالت فقط ۹ درصد کاهش در قابلیت اعتماد^۱ و ۱۴ درصد کاهش در شباهت نیمرخ‌ها مشاهده می‌گردد (چگینی، ۱۳۶۱؛ به نقل از میرزمانی و بشارت، ۱۳۸۰). اخوت، براهنی، شاملو و نوعپرست ۷۱ عبارت از پرسشنامه MMPI را اقتباس و با در نظر گرفتن فرهنگ خاص ایرانی آن را در فرم کوتاهی تدوین و رشته‌ای از فعالیت‌های پژوهشی را در این زمینه آغاز کردند. پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده و گزارش قسمتی از آن در مجلات علمی کشور و مجامع بین‌المللی ارایه شده است، بیانگر ارزش تشخیصی فرم کوتاه ۷۱ جمله‌ای است (اخوت و دانشمند، ۱۳۵۷). میرزمانی و بشارت (۱۳۸۰) نیز دریافتند که مقیاس‌های اعتباری فرم ۷۱ سوالی MMPI توانایی آن را دارد که افرادی را که به دلایلی سعی می‌کنند خود را بهتر از آنچه هستند نشان بدهند، تشخیص دهد. البته این موضوع در مورد افرادی که به دلایلی سعی می‌کنند مشکلات روان‌شناختی خود را بیش از آنچه که هست نشان بدهند نیز صادق است.

این آزمون دارای ۱۱ مقیاس استاندارد است که ۳ مقیاس آن به شاخصهای روایی و ۸ مقیاس دیگر به شاخص‌هایی بالینی یا شخصیتی مربوطند. سه مقیاس روایی شامل: دروغ پردازی (L)، نابسامدی (K) و مقیاس اصلاح (F) میباشد. مقیاسهای بالینی عبارتند از خودبیمارانگاری یا هیپوندریازیس (HS)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف روانی اجتماعی (Pd)، پارانویا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنی (Sc) و شیدایی خفیف (Ma). این مقیاس‌ها از روی شماره و هم با علائم اختصاری مقیاس‌ها نمره گذاری می‌شود (پیرمادی، ۱۳۷۹). هانسل، هسنون و پارکر (۱۹۸۸) در مورد اعتبار و پایایی آزمون

MMPI مطالعه‌ای فراتحلیلی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاس‌های این آزمون کاملاً پایا هستند و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها از دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ برای مقیاس MA تا ۰/۸۴ برای مقیاس PT می‌باشد و سه مقیاس F, L, K به عنوان مقیاس‌های روایی این آزمون به کار می‌روند (پاشاشریفی و نیکخو، ۱۳۷۳). همچنین این فرم توسط اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست (دژ کام و بخشی پور، ۱۳۷۳) با فرهنگ خاص ایرانی انطباق یافته است.

تحلیل آماری

برای تحلیل داده‌های بدست آمده از پرسش‌نامه MMPI ابتدا براساس فرم دانشجویان و بزرگسالان و نمودار مربوط به آن حد وسط برای هر اختلال مشخص شد و هر آزمودنی که نمره اش بالاتر از حد وسط بود در آن اختلال واجد اختلال شناخته شد و هر آزمودنی در هر اختلال که نمره اش در حد متوسط و پایین تر بود، فاقد اختلال شناخته شده است. سپس برای امکان استفاده از آزمون کای اسکوئر توافقی، درصد افرادی که در جمعیت نرمال آن اختلال را دارند با مراجعه به کتاب خلاصه روانپزشکی (پور افکاری، ۱۳۸۴) را دارند به عنوان فراوانی مورد انتظار مشخص شده است، با مشخص شدن درصد مورد انتظار در جمعیت نرمال، امکان استفاده از آزمون کای اسکوئر فراهم شده است و لذا به شیوه‌ای که تشریح شد از آزمون کای اسکوئر استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

الف) نتایج توصیفی پژوهش

- ۱- ۶۷/۴ درصد آزمودنی‌های مورد تحقیق دارای سابقه مصرف مواد مخدر سنتی بوده‌اند.
- ۲- توزیع شغلی آزمودنی‌های مورد مطالعه حاکیست: ۵۹/۸ درصد افراد مورد تحقیق شاغل، ۳۵/۹ درصد آنان بیکار و ۳/۳ درصد آنان دانشجویان بوده‌اند.
- ۳- ۸۶ درصد آزمودنی‌های مورد تحقیق دارای دوستان معتاد بوده‌اند و تنها ۱۴ درصد دارای فاقد دوستان معتاد بوده‌اند.

بین جوانان دارای سوء مصرف مواد مخدر صنعتی و عادی از نظر اختلالات روان شناختی تفاوت وجود دارد.

از آنجایی که در مورد میزان شیوع اختلالات روانی آمار و درصد شیوع هر اختلال در سطح جهانی توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در راهنمای تشخیص اختلالات روانی ارائه شده است، به منظور مقایسه نمونه مورد مطالعه با جمعیت طبیعی از آزمون کای اسکوئر برای هر اختلال به طور جداگانه استفاده شده است و در صورتی که سطح معنی داری کوچک تر از ۰/۰۵ باشد نشانگر این است که بین نمونه مورد مطالعه و جمعیت طبیعی از نظر میزان شیوع آن اختلال تفاوت معنی دار وجود دارد.

نوع اختلال	فراوانی		باقی مانده
	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	
اختلال هیستری	ندارد	۸۶	۵/۸-
	دارد	۶	۵/۸
اختلال افسردگی	ندارد	۵۸	۲۰/۲-
	دارد	۳۴	۲۰/۲
اختلال مانی	ندارد	۷۹	۱۲/۱-
	دارد	۱۳	۱۲/۱
اختلال اسکیزوفرنی	ندارد	۴۸	۴۲/۶-
	دارد	۴۴	۴۲/۶
اختلال خود بیمار انگاری	ندارد	۷۹	۹/۳-
	دارد	۱۳	۹/۳
اختلال ضعف روانی	ندارد	۵۲	۳۷/۷-
	دارد	۴۰	۳۷/۷
اختلال پارانویید	ندارد	۴۴	۴۵/۷-
	دارد	۴۸	۴۵/۷
اختلال شخصیت جامع ستیزی	ندارد	۵۷	۳۲/۲-
	دارد	۳۵	۳۲/۲
جمع	۹۲		

همانطور که ملاحظه می شود از نظر همه اختلالات روانی مورد مطالعه بین معنادان و

جمعیت نرمال تفاوت معنادار وجود دارد. نگاهی به خانه های جداول کای اسکور برای تمامی اختلالات روانی نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات روانی مورد مطالعه در معتادان از جمعیت نرمال به طور معناداری (قابل ملاحظه ای) بالاتر است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر با یافته های راج بیسل و دیکسون (۱۹۹۹)، روم (۱۹۹۸)، هلزر و پرزیرک (۱۹۸۸)، نادا و راسین (۱۹۹۹)، ویسنر و اسمیت (۱۹۹۳)، درک (۲۰۰۹)، رحیمی موقر و همکاران (۱۳۷۶)، ذوالقدر (۱۳۸۹) و غنجی (۱۳۸۵) هماهنگ است. راج بیسل و دیکسون (۱۹۹۹)، روم (۱۹۹۸) دریافتند که میزان مصرف الکل و سایر مواد در میان مردمی که در جستجوی دریافت کمک از مراکز خدمات بهداشت روانی هستند در مقایسه با جمعیت عادی به طور معناداری بالاتر است. هلزر و پرزیرک (۱۹۸۸)، نادا و راسین (۱۹۹۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با جمعیت عادی، احتمال خطر ابتلا به وابستگی به الکل و سایر مواد در افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۲۱ بار، در میان افراد مبتلا به مانیا ۶ بار، در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ۴ بار و در مبتلایان به اختلال وحشت زدگی ۲ بار بیشتر است. ویسنر و اسمیت (۱۹۹۳) دریافتند که ۳۸ درصد مراجعین به مراکز بهداشت روانی در کالیفرنیا حداقل مصرف یکی از مواد یا بیشتر را گزارش کرده اند. در همین مطالعه ۲۱ درصد از مراجعین به مراکز بهداشت روانی مصرف حداقل سه نوع (یا بیشتر) از مواد مخدر ممنوع را گزارش کردند در حالی که این موضوع در جمعیت عادی ۱ درصد است. درک (۲۰۰۹) دریافت که ۳۷ درصد از سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳ درصد از مبتلایان به سوء مصرف مواد حداقل یک بیماری جدی روانی دارند. اخیرا آمار به دست آمده از یک تحقیق نشان داد که از هزار و ۱۰۸ معتاد درمان جوی بررسی شده در استان تهران ۳۴۴ نفر کراک و ۳۲۷ نفر شیشه مصرف میکردند؛ یعنی دو سوم از معتادان تهرانی، شیشه و کراک مصرف می کنند (ذوالقدر، ۱۳۸۹).

با توجه به نتایج پژوهش و جوان بودن اکثر معتادان به مواد مخدر صنعتی که نقش عمده ای در گسترش بیماری های گوناگون از جمله ایدز و هیپاتیت دارند، این مطالعه اهمیت رسیدگی و اقدام جهت درمان این گونه افراد را گوش زد می نماید. بنابراین راه اندازی و فعالیت جدی کادر درمان اعم از روانپزشک، روانشناس بالینی، کاردرمانگر و مددکار

Archive of SID

اجتماعی می تواند در شناخت به موقع مشکلات این گروه معتادان و درمان آنها و جلوگیری از شدت این اختلالات و بروز دوباره جرم در جامعه موثر باشد و همچنین با توجه به این که یافته های این مطالعه تنها در مورد معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد می باشد و قابل تعمیم به معتادان کل جامعه نمی باشد پیشنهاد می گردد مطالعاتی در مورد معتادان جامعه انجام گردد. همچنین این مطالعه با تعداد نمونه بیشتر و در سایر نقاط کشور انجام گردد تا نتایج قابلیت تعمیم پذیری بیشتری داشته باشد. با توجه سهولت و آسانی مصرف مواد مخدر صنعتی و هم چنین آسان تر بودن تهیه این نوع از مواد در مقایسه با سایر مواد مخدر، توجه بیشتر نهادهای فرهنگی و اجتماعی به مصون سازی نوجوانان و دانش آموزان مدارس و ایجاد آمادگی برای روبرو شدن با بحران های رو به تزاید زندگی ضروری به نظر می رسد.

از آن جایی که سنجش اختلالات روانی از مصرف مواد تاثیر می پذیرد، جدا کردن اثرات مصرف مواد از رفتاری که ویژگی شخصیتی واقعی را تشکیل می دهد دشوار است (زیمرمن، ۱۹۹۴). این پدیده را اثر صفت-حالت^۱ نامیده اند (مرکز بهداشت روانی و اختلالات مصرف مواد کانادا، ۲۰۰۲). مواد می توانند بی ثباتی خلق، رفتار تکانشی و مشکلات بین فردی را افزایش دهند که از ویژگی های اختلالات روانی هستند. لذا تکرار این پژوهش با استفاده از ابزار طبقه بندی ساختار یافته و مصاحبه های بالینی پیشنهاد می شود.



- ۱- آبادنیکسی، ه (۱۳۸۴)، مواد مخدر نگاهی اجتماعی، مترجمان: محمدعلی ذکریایی و دیگران، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- ۲- آقابخشی، حبیب، صدیقی، بهرننگ و اسکندری، محمد (۱۳۸۸)، بررسی عوامل موثر بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، ۷۱-۸۷.
- ۳- اسلامی تبار، شهریار و دیگران (۱۳۸۱)، بررسی وضعیت بهداشت جوانان، گزارش ملی جوانان، تهران، سازمان ملی جوانان.
- ۴- اخوت، ولی الله و دانشمند، لقمان (۱۳۵۷)، ارزشیابی شخصیت، تهران: دانشگاه تهران.
- ۵- پاشا شریفی حسن، نیکخو محمدرضا (۱۳۷۳)، راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی مشاوران و روانپزشکان، گراث مارنات، ماری، جلد اول، نشر رشد.
- ۶- پیرمادی سعید (۱۳۷۹)، اعتیاد به مواد مخدر در آیین روابط خانوادگی، چیریلو، ا.برینی، ر. کامباز یو ج. مازار، م اصفهان: نشر همام، چاپ دوم.
- ۷- دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۲)، آشنایی با مواد مخدر صنعتی، تهران: انتشارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- ۸- دژ کام محمود، بخشی پور رودسری عباس (۱۳۷۳)، هنجاریابی پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا، مجله پژوهشهای روانشناختی، شماره ۳ و ۴.
- ۹- ذوالقدر، الیزا (۱۳۸۹)، موج تازه اعتیاد به مخدرهای صنعتی، روزنامه همشهری: ویژه نامه تندرستی، نیمه دوم آبان ۱۳۸۹.
- ۱۰- رحمانیان، مهسا (۱۳۸۵)، بررسی ویژگی های شخصیتی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی، سمnan پایان نامه کارشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- ۱۱- رحیمی موقر، آفرین و دیگران (۱۳۷۶)، راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد، تهران، انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- ۱۲- سرمد، زهره و بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۳)، روشهای تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، چاپ دهم، تهران، انتشارات آگاه .
- ۱۳- صاحب الزمانی، محمد؛ آیلو، لایلا؛ رشیدی، علی و مشکویی، علی (۱۳۸۸)، بررسی خصوصیات شخصیتی با استفاده از پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) در معنادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره چهارم، ص ۲۹۰-۲۹۷.
- ۱۴- صالحی جوقنانی، فرحناز (۱۳۷۹)، بررسی تاثیر عوامل اقتصادی - اجتماعی بر اعتیاد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده تحصیلات تکمیلی.
- ۱۵- غنچی، علی (۱۳۸۶)، ژئوپلیتیک مواد مخدر جنوب غرب آسیا، تهران، انتشارات معاونت آموزش ناجا.

۱۶- کرمی، ابولفضل (۱۳۸۲)، آشنایی با آزمون سازی و آزمون های روانی، چاپ اول، تهران، انتشارات روان سنجی.

۱۷- گال، مردیت، بورگ، والتر و گال جویس (۱۳۸۳)، روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی، ترجمه احمد رضا نصر و همکاران، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی (سمت).

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

۱۹- محبوبی منش، حسین (۱۳۸۱)، بررسی وضعیت اعتیاد به مواد مخدر جوانان گزارش ملی جوانان، تهران سازمان ملی جوانان.

۲۰- میرزمانی، سید محمود و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰)، بررسی مقیاس های اعتباری فرم کوتاه پرسشنامه MMPI به زبان فارسی، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال سی و یکم، شماره ۲، ص ۷۹-۹۷.

۲۱- واحدیان، مجتبی (۱۳۸۶)، بررسی رابطه اعتیاد نوجوانان و جوانان با شیوه های فرزند پروری و ساختار خانواده، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، شماره ۳، سال سوم و شماره یازدهم و دوازدهم پیاپی.

22- Centre for Addiction and Mental Health. (2002). Concurrent Mental Health and

23- Substance Use Disorders. Minister of Public Works and Government Services Canada

24- Drake, Robert. (2009). "Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder." National Alliance on Mental Illness. http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=54&ContentID=23049>.

25- GRANT, M.AND HODGSON, R. (1991) : "Responding TO Drug And Alcohol Problems In The Community", W. H.O, Printed In India By Print Pack: New Delhi.

26- Helzer, J.F., & Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. Journal of Studies on Alcohol, 49, 219-224.

27- Nadeau, L., Landry, M., & Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. Canadian Journal of Psy-

28- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.

29- Room, R. (1998). *The Co-occurrence of Mental Disorders and Addictions: Evidence on Epidemiology, Utilization and Treatment Outcome*. (ARF Research Document Services). Toronto: Addiction Research Foundation.

30- Sadock B , Sadock V. Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry. New York : Williams & Wilkins , 2000 : 925-71.

31- Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives and physicians. *J Clin Psychiatry* 1984 ; 45 : 39-41.

32- Weisner, C., & Schmidt, L. (1993). Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American Journal of Public Health*, 83, 824-829.

33- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.