

ابعاد شخصیتی اثر گذار در عود سوء مصرف مواد در وابستگان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون

اکرم اصغری^۱، عباس پورشهباز^۲، علی فرهودیان^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۸/۰۳

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد شخصیتی اثر گذار در عود سوء مصرف مواد در افراد وابسته به مواد افیونی تحت درمان با متادون صورت گرفت. **روش:** در این پژوهش آینده نگر، ۲۱۰ معتاد که در طول یک ماه اول سال ۸۹ به مراکز درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری هدفدار انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات دموگرافیک و فرم کوتاه سیاهه سرشت و منش مورد بررسی قرار گرفتند و به مدت ۶ ماه پیگیری شدند. داده‌ها به کمک آزمون t مستقل تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بیمارانی که عود داشتند در مقایسه با گروه غیر عود، در ابعاد نوجویی و آسیب‌پرهیزی نمره بالاتر و در ابعاد خودجهت‌دهی و همکاری نمره پایین‌تری به دست آوردند. در ابعاد شخصیتی پشتکار و پاداش‌خواهی بین دو گروه تفاوتی دیده نشد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس مدل ابعدی کلونینجر از شخصیت، نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالا و همکاری و خودجهت‌دهی پایین، در بر دارنده اطلاعات ارزشمندی در مورد ماهیت صفات شخصیتی اثر گذار در عود می‌باشد که ممکن است در حوزه درمان و پیشگیری از عود افراد سوءمصرف کننده مواد مؤثر باشند.

کلید واژه‌ها: عود، ابعاد شخصیتی، درمان نگهدارنده با متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. پست الکترونیک: akram.asghari86@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عود کننده مزمن است و با مسایل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دالی^۱ و مارلات^۲، ۲۰۰۵؛ ترمورشوزن^۳ و همکاران، ۲۰۰۵).

با وجود پیشرفت‌های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت به دوره‌های سنگین و غیر قابل کنترل مصرف همچنان یک مشکل شایع است. بیشتر سوء مصرف کنندگان مواد پس از سم زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (مک کی^۴، فرانکلین^۵، پاتا پیس^۶، لینچ^۷، ۲۰۰۶). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار جدید (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود^۸، تاکید می‌شود.

یکی از راه‌های دستیابی به این هدف، بررسی عوامل زمینه ساز، تسریع کننده و تداوم بخش عود می‌باشد. زیرا تنها با شناخت علل ایجاد کننده یک پدیده می‌توان در جهت حذف و کنترل آن اقدام کرد. معمولاً نتایج درمان اعتیاد، به ویژه درمان نگهدارنده، تحت تأثیر شرایط درمان و ویژگی‌های فردی یا محیطی است و این عوامل می‌توانند میزان ماندگاری در درمان را پیش‌بینی کنند. طبق بررسی‌های گذشته، عوامل متعدد از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال مؤثر هستند (پور شهباز، شاملو، جزایری، قاضی، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های زیادی به منظور بررسی نقش ویژگی‌ها و ابعاد شخصیتی در اعتیاد انجام شده است. پژوهشگران اعتقاد دارند که ویژگی‌های شخصیتی معین (مانند، تکانشوری^۹،

1. Daley
2. Marlatt
3. Termorshuzen
4. McKay
5. Franklin
6. Patapis
7. Lynch
8. Relapse prevention
9. Impulsivity

پرخاشگری و هیجان جویی^۱ نقش مهمی در شروع، شکل گیری و تداوم وابستگی به سوء مصرف مواد دارد (بال^۲، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد که ابعاد شخصیتی خاصی به عنوان عوامل خطر ساز، واسطه‌ای یا برآیندهای شکل گیری، پیشرفت و پیامد هر دو اختلال سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت عمل می‌کنند (بال، ۲۰۰۲). بررسی‌های انجام شده بر پایه الگوی ۵ عاملی شخصیت کوستا^۳ و مک کرا^۴ (۱۹۹۲)، ارتباط بین وابستگی به مواد و عود عود اعتیاد را با صفات شخصیتی گزارش کرده‌اند. بر طبق الگوی فیشر^۵، الیاس^۶ و ریتزا^۷ (۱۹۹۸) و مطالعه پیگیری یک ساله الری^۸ (۲۰۰۰) مشخص شد که بین ابعاد روان رنجور خوئی بالا و وجدان گرایی^۹ پایین با عود اعتیاد، به ترتیب رابطه مثبت و منفی وجود دارد. در یک پیگیری سه ماهه که با هدف ارزیابی مقیاس‌های چک لیست ۷ عاملی سرشت^{۱۰} و منش^{۱۱} در شناسایی صفات شخصیتی پیشینی کننده درمان اعتیاد صورت گرفت، صفات همکاری^{۱۲}، خود جهت دهی^{۱۳} و پشتکار^{۱۴} بالا پیش بینی کننده نتایج درمانی بهتر بود (آرنو^{۱۵}، ماندون^{۱۶} و سان تا کرو^{۱۷}، ۲۰۰۸).

با توجه به یافته‌های پژوهشی مبنی بر اثر گذاری صفات شخصیتی به عنوان عوامل روان شناختی مؤثر در پدیده بازگشت به سوء مصرف مواد، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش این سازه در عود اعتیاد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون^{۱۸} می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مرد وابسته به مواد افیونی ۶۰-۱۸ ساله می‌باشد که در سال ۱۳۸۹ به منظور ترک اعتیاد به مراکز درمان سرپایی سوء مصرف مواد شهر مشهد مراجعه کرده و تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفتند. در یک مطالعه

1. Emotion seeking

3. Costa

5. Fisher

7. Ritza

9. Conscientiousness

11. Character

13. Self-directedness

15. Amau

17. Santacreu

2. Ball

4. McCrae

6. Elias

8. Oleary

10. Temperament

12. Cooperativeness

14. Persistence

16. Mondon

18. Methadone Maintenance Treatment

آینده نگر، تعداد ۲۱۰ بیمار (که اولین بار تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار می گرفتند و حداقل ده روز و حداکثر یک ماه از ورودشان به درمان می گذشت) به روش نمونه گیری هدفدار انتخاب شدند و به مدت شش ماه مورد پیگیری قرار گرفتند.

ابزار

۱- پرسشنامه مشخصات فردی: این پرسشنامه برای کسب اطلاعات در زمینه سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، میزان درآمد ماهیانه، سوابق مصرف مواد از جمله سن اولین بار مصرف، اولین ماده مصرفی، مدت زمان سپری شده از اولین بار مصرف، سابقه ترک، بررسی تاریخچه متادون درمانی، مقدار ماده مصرفی روزانه، آخرین ماده مصرفی، استفاده از مشروبات الکلی، حضور در جلسات درمانی از جمله مشاوره فردی، گروهی و انجمن معتادان گمنام^۱ همزمان با درمان نگهدارنده و دوز متادون تجویز شده، توسط پژوهشگر تنظیم گردیده و مورد استفاده قرار گرفت.

۲- فرم کوتاه سیاهه سرشت و منش^۲: این سیاهه توسط کلونینجر^۳، سوراکیک^۴ و پرزبک^۵ (۱۹۹۳) و بر اساس نظریه سیستم های زیستی - روانی تهیه شده است. فرم کوتاه این سیاهه شامل ۱۲۵ عبارت است و فرد باید در مقابل هر عبارت واژه صحیح یا غلط را علامت بزند و به ازای هر گزینه صحیح نمره ۱ و هر گزینه غلط نمره ۰ به فرد تعلق می گیرد. این ابزار شامل ۴ مؤلفه سرشتی (نوجوئی^۶، آسیب گریزی^۷، پاداش خواهی^۸ و پشتکار) و ۳ مؤلفه منش (خودگردانی، همکاری و تعالی بخشی خود) است.

سیاهه سرشت و منش از اعتبار لازم در شناسایی موارد اختلالات شخصیت در بیماران روانی بستری و سرپایی برخوردار است. بررسی ها نشان می دهند که هر خوشه اختلالات شخصیت در نظام طبقه بندی راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی^۹ با یکی از ابعاد ابعاد سرشت در سیاهه سرشت و منش ارتباط دارد (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰). همچنین با توجه به نیمرخ های سیاهه سرشت و منش تفاوت های بالینی در نشانگان مرضی اختلال های اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با خوردن و سوء مصرف دارویی

1. Narcotic Anonymus
3. Cloninger
5. Przybeck
7. Harm avoidance
9. DSM

2. Temperament and Character Inventory
4. Svrakic
6. Novelty seeking
8. Reward dependence

قابل تشخیص هستند (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از کاویانی و حق شناس، ۱۳۷۹).

ضریب پایایی این ابزار به روش بازآزمایی برای مؤلفه‌های نوجویی ۰/۸۶، آسیب‌گریزی ۰/۸۸، پاداش خواهی ۰/۷۳، پشتکار ۰/۷۹، همکاری ۰/۸۶، خودگردانی ۰/۹۰ و تعالی بخشی خود ۰/۸۶ و ضرایب روایی مؤلفه‌های نوجویی ۰/۷۵، آسیب‌گریزی ۰/۷۲، پاداش خواهی ۰/۸۷، پشتکار ۰/۹۰، همکاری ۰/۷۶، خودگردانی ۰/۶۶، و تعالی بخشی خود ۰/۸۶ به دست آمده است (کاویانی و پور ناصح، ۱۳۸۴).

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی تاحدودی همگن بودند. ۵۶/۶۷ درصد آزمودنی‌ها افرادی بودند که بعد از درمان در طی شش ماه پیگیری، عود نداشتند و ۴۳/۳۳ درصد آن‌ها از بیمارانی بودند که عود داشتند. میانگین سنی بیمارانی که عود کرده بودند $(۳۲/۰۱ \pm ۸/۶۵)$ و بیماران غیرعود $(۳۴/۵۳ \pm ۸/۹۵)$ با هم برابر بود. هر دو گروه از لحاظ وضعیت تاهل، اشتغال و میزان تحصیلات تاحدودی مشابه بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

متغیرها	گروه غیر عود		گروه عود	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
متغیرها	۴۸	۴۰/۳۴	۵۲	۵۷/۱۵
سن	۵۱	۴۲/۸۶	۲۸	۳۰/۷۷
۵۴ به بالا	۲۰	۱۶/۸۰	۱۱	۱۲/۰۸
متاهل	۶۱	۵۱/۲۶	۴۰	۴۳/۹۵
وضعیت تاهل	۵۶	۴۷/۰۶	۴۷	۵۱/۶۵
نامعلوم	۲	۱/۶۸	۴	۴/۴۰
راهنمایی	۴۲	۳۵/۲۹	۳۰	۳۲/۹۷
تحصیلات	۵۰	۴۲/۰۲	۴۴	۴۸/۳۵
دیپلم و زیر دیپلم	۱۹	۱۵/۹۷	۱۳	۱۴/۲۹
کاردانی و کارشناسی	۸	۶/۷۲	۴	۴/۳۹
بالتر از کارشناسی	۱۰۶	۸۹/۰۷	۶۷	۷۳/۶۳
وضعیت شغلی	۱۳	۱۰/۹۳	۲۴	۲۶/۳۷
شاغل				
بیکار				

۱۱

۱۱

جدول ۲: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمره‌های هر دو گروه در ابعاد شخصیتی

معنی داری	درجه آزادی	t	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر شاخص
۰/۰۰۱	۲۰۷	۳/۴۴۲	۳/۶	۱۶/۹	غیر عود
				۱۵/۱	عود
۰/۰۰۰	۲۰۷	-۴/۸۳۸	۳/۶	۱۰/۰	غیر عود
				۱۲/۳	عود
۰/۰۰۹	۲۰۷	-۲/۶۵۰	۳/۴	۸/۹	غیر عود
				۱۰/۱	عود
۰/۴۲۱	۲۰۷	۰/۸۰۶	۲/۲	۸/۴	غیر عود
				۸/۲	عود
۰/۰۶۷	۲۰۷	۱/۸۴۲	۱/۳	۲/۹	غیر عود
				۲/۶	عود
۰/۰۰۰	۲۰۷	۴/۴۵۳	۳/۷	۱۱/۹	غیر عود
				۹/۱	عود

مطابق با جدول ۲، مقدار t محاسبه شده برای بررسی مقایسه میانگین نمره‌های هر دو گروه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مؤلفه‌های همکاری، نوجویی، آسیب‌پرهیزی و خودگردانی وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، افرادی که عود داشتند، در مؤلفه نوجویی و آسیب‌پرهیزی در مقایسه با افرادی که عود نداشتند، از میانگین بالاتری برخوردار بودند و میانگین مؤلفه‌های خودگردانی و همکاری افرادی که در درمان باقی مانده بودند و بازگشت نداشتند، بیشتر از افرادی بود که بعد از درمان عود داشتند. همچنین، در مؤلفه‌های پاداش‌خواهی و پشتکار تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نمرات گروه عودکننده در مؤلفه نوجویی، بیشتر از گروه غیرعودکننده بود. این یافته همسو با نتایج حاصل از مطالعات مزاروس^۱ و همکاران،

(۱۹۹۹)؛ مولر^۱، ویجرز^۲، بونینگ^۳ و ویس بک^۴ (۲۰۰۸) و هلموس^۵، دونی^۶، آرفکن^۷، هندرسون^۸ و شاستر^۹ (۲۰۰۱) می‌باشد. بر اساس نظریه‌های زیستی شخصیت، نوجویی نشان دهنده تمایل ارثی برای شروع یا فعال سازی مواجهه مشتاقانه در پاسخ به محرک‌های نو و نشانه‌های پاداش و اجتناب فعال از نشانه‌های شرطی شده تنبیه می‌باشد. افراد با نوجویی بالا افرادی تند مزاج، کنجکاو، تکانشگر، افراطی و بی نظم هستند که به سرعت دچار خستگی و دلزدگی می‌شوند. (کلونینجر، سوراکیک و پرزی بک، ۱۹۹۳).

در تبیین نتایج می‌توان گفت که معنی داری مؤلفه نوجویی در این بررسی منتج شده از زیر مؤلفه‌های بی‌نظمی و تکانشگری و جستجوی اکتشافی است. تکانشگری دارای یک ساختار چند بعدی شامل ابعادی همچون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاداش، ناتوانی در بازداری، خطرپذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش، بی‌حوصلگی، لذت جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان فرد و مگری، ۱۳۸۷). این یافته‌ها منطبق با آن چیزی است که کلونینجر و همکاران (۱۹۹۸) در مورد شخصیت‌های تکانشی با نوجویی بالا مطرح می‌کنند. به نظر می‌رسد، افراد عود کننده دارای میزان بالایی از نوجویی هستند که برای رسیدن به هوس‌های زودگذر دست به عمل می‌زنند، کمتر از خطر پرهیز می‌کنند، یعنی در موقعیت‌هایی که نیازمند توجه است، کمتر توجه می‌کنند و بدای رسیدن به هدف تلاش نمی‌کنند و پافشاری لازم را ندارند و زودتر از گروه غیر عود به نشانه‌های مصرف مواد واکنش نشان می‌دهند و مصرف را از سر می‌گیرند.

از طرفی دیگر، افراد نوجو همواره به دنبال محرک‌هایی جدید می‌گردند و این باعث می‌شود درمان نگهدارنده در نگاه اول برای آن‌ها نو و جدید بوده و پس از مدتی که این نوع درمان نیز برایشان کسالت بار می‌شود، آن را رها می‌کنند (هلموس و همکاران،

۲۰۰۱). برخی پژوهشگران ارتباط بین انتقال دهنده دوپامین و نوجویی را گزارش کرده‌اند. نوجویی با افزایش باز جذب دوپامین در پایانه‌های پیش سیناپسی مرتبط است و افراد نوجو برای برقراری سطح مطلوب تحریک دوپامینرژیک پس سیناپسی به تحریک مکرر نیاز دارند. این افراد برای کسب سطوح دوپامین در مغز به تحریک مکرر توسط محرک‌های نو و جدید نیاز دارند (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰). همچنین، به علت سازگاری عصبی^۱ ایجاد شده در سیستم دوپامینرژیک مزولیمبیک در نتیجه مصرف مزمن مواد، این افراد پس از ترک مواد نشانه‌های ترک همچون پرخاشگری تحریک پذیری و بی قراری را بیشتر تجربه کرده و به نشان‌های محیطی و درونی عدم وجود مواد توجه بیشتری کرده و ولع مصرف آیشتری دارند و احتمال زیادی هست که با نشانگرهای مواد، مصرف را از سر بگیرند (داو^۲، گالو^۳ و لوکستون^۴، ۲۰۰۴).

نتایج نشان داد که افراد دچار عود نسبت به افرادی که در پرهیز باقی ماندند، در مؤلفه آسیب پرهیزی نمرات بالاتری داشتند. این نتایج همسو با یافته‌های لونتال^۵ و همکاران، (۲۰۰۷) و مزاروس و همکاران (۱۹۹۹) می‌باشد. آسیب پرهیزی نشان دهنده تمایل ذاتی در بازداری رفتاری، در پاسخ به محرک‌های تنبیه یا نبودن پاداش است. این ویژگی خود را به صورت ترس از بلا تکلیفی، خجالتی بودن، مهار اجتماعی و اجتناب غیرفعال از مشکلات و خطرات، خستگی پذیری و نگرانی بدینانه در موقعیت‌هایی که انتظار مشکلات را داریم، حتی موقعیت‌هایی که دیگران را نگران نمی‌کند، نشان می‌دهد. آسیب پرهیزی در سطح بالا می‌تواند جنبه تطابقی داشته باشد و منجر به محتاط بودن و برنامه ریزی دقیق در شرایطی که احتمال خطر است، می‌شود. اما در حالت شدید آسیب پرهیزی، با وجود نبود خطر، فرد اضطراب زیادی را تجربه می‌کند و همواره برای رفع این خطرها تلاش می‌کند.

1. Neuro adaption
3. Dawe
5. Loxton

2. Craving
4. Gullo
6. Leventhal

افراد دارای آسیب پرهیزی، مستعد افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین هستند. آسیب پرهیزی به نوعی نشان دهنده هیجان پذیری منفی^۱ است و اساسی توارثی دارد (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰). آسیب پذیری بالا با اختلالات شخصیت خوشه وجدان گرایی و اختلالات خلقی مرتبط است و افراد با آسیب پرهیزی بالا بیشتر در خطر ابتلا به این اختلالات قرار دارند (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰). در برخی پژوهش‌ها مصرف مواد را نوعی خود درمانی برای کاهش علائم و نشانه‌های این اختلالات می‌دانند.

در این پژوهش، آنچه مؤلفه آسیب پرهیزی را تحت تأثیر قرار داده است زیر مؤلفه نگرانی و بدبینی می‌باشد و شاید بتوان این گونه گفت که در اوایل ترک مواد افیونی به طور کلی اضطراب، زود رنجی، ناراحتی هیجانی، رفتارهای پر خاشگرانه، ملال، رفتارهای مواد جویانه و ولع زیاد است (کوری و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از مومنی، ۱۳۸۸). افراد آسیب پرهیز این عواطف منفی را در موقعیت‌های ترک بیشتر از دیگران تجربه می‌کنند و به این علت به نتایج درمان و بهبود شرایط هیجانی خود خوشبین نیستند و مصرف مواد مخدر را به عنوان تنها روش شناخته شده برای کنترل سطح اضطراب و خلق منفی به کار می‌برند.

۱۵
15

سال پنجم، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 19, Autumn 2011

همچنین در افراد آسیب پرهیز، نوعی تغییر در فرایندهای زیستی روان‌شناختی ایجاد می‌شود که پاسخ‌های افراد به ترک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آسیب پرهیزی با انتقال دهنده عصبی سروتونین و نور آدرنالین مرتبط است و مصرف اپیوئیدها در برقراری سطح مطلوب این انتقال دهنده‌ها و افزایش آن در افراد با آسیب پرهیزی بالا، مرتبط است (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰).

در مؤلفه پاداش خواهی، نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر این مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته همسو با نتایج مزاروس و همکاران (۱۹۹۹) می‌باشد. پاداش خواهی نشان دهنده تمایل ارثی برای حفظ و تداوم رفتار در پاسخ به اشارات پاداش

1. Negative emotion ability

اجتماعی است و با احساساتی بودن، حساسیت اجتماعی و نیاز داشتن به تأیید دیگران مشخص می‌شود (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰). همچنین بین دو گروه مورد مطالعه از نظر مؤلفه پشتکار تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که این عدم تفاوت را شاید بتوان به پایایی کم این مؤلفه نسبت داد.

نتایج نشان داد که نمرات گروه عود کننده در خودجهت‌دهی کمتر از گروه غیرعود کننده بوده است و این یافته همسو با نتایج حاصل از مطالعه آرنو و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد. می‌توان گفت که افراد با خودمحوری بالا مسئولیت پذیرتر، هدفمندتر و خودکف‌تر هستند و به این علت نسبت به اهداف درمانی، حفظ پرهیز و ادامه درمان تعهد بیشتری را در خود احساس می‌کنند و رفتار خود را با هدفی که خود شخصاً برگزیده‌اند، هماهنگ می‌کنند. ولی افرادی که خودمحوری پایینی دارند عیب جو، ناامید، مسئولیت ناپذیر و واکنشی بوده و قادر به پیروی از اهداف خود نیستند و در درمان سعی دارند با خرده‌گیری، مسئولیت سوء مصرف را به گردن اطرافیان بیندازند و درمان را نیمه رها کرده یا حتی در فرایند درمان، رفتارهای اعتیادی سابق را از سر بگیرند.

طبق نتایج، نمره‌های گروه عود کننده در مؤلفه همکاری کمتر از گروه غیرعود کننده بود که همسو با مطالعه آرنو و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد. افرادی که آمادگی همکاری بیشتری دارند در مراحل درمان نیز اصول‌گرا و صبور می‌باشند و در گروه درمانی می‌توانند حمایت‌گر و مهربان عمل کنند. این افراد از درمان‌های گروهی بیشترین بهره را خواهند برد و نسبت به حقوق دیگران حساس هستند و به تعهد خود مبنی بر عدم مصرف در برابر خانواده و کادر درمانی بیشتر بها می‌دهند. شاید ارتباط بین شرکت در گروه درمانی و عدم عود را بتوان با توجه به نکات ذکر شده بهتر فهمید و این در حالی است که افراد با همکاری پایین عیب جو، متخاصم، فرصت طلب، کم تحمل و ناشکیبا هستند (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰).

در کل، شخصیت هر فردی را مجموعه‌ای از صفات شکل می‌دهد و هر فردی در بخشی از طیف سلامت تا اختلال قرار گرفته است و با ترکیب این صفات و نه تحلیل هر کدام از این صفات، اطلاعات جامع‌تری در مورد ویژگی و ابعاد شخصیتی تأثیرگذار در عود کسب خواهد شد. در این پژوهش، تفاوت معنی‌دار صفات نوجویی، آسیب‌پرهیزی، خودجهت‌دهی و همکاری در بین دو گروه مشاهده شد. آنچه در ابتدا مهم به نظر می‌رسد توجه به این نکته است که صفات منشی‌همکاری و خودمحوری پایین عامل مشترکی هستند که در تمام زیرگونه‌های اختلالات شخصیت وجود دارند و در پیش‌بینی نشانه‌های طبقات مختلف اختلالات شخصیت به کار می‌روند، و صفات سرشتی نوجویی و آسیب‌پرهیزی در تشخیص افتراقی کاربرد خوبی دارد و صفات سرشتی در دو سر طیف به تنهایی نشان‌دهنده اختلالات شخصیت نیستند و فقط زمانی متضمن تشخیص می‌گردند که با صفات منشی‌همکاری و خودمحوری پایین همراه باشند (کلونینجر و سوراکیک، ۲۰۰۰).

مطابق با نتایج پژوهش، به نظر می‌رسد ارزیابی شخصیت بر اساس مدل ابعادی، اطلاعات ارزشمندی را در حیطه کار بالینی به ویژه در زمینه اختلال سوء‌مصرف مواد و درمان آن فراهم می‌آورد. سیستم‌های طبقه‌بندی مورد استفاده از جمله نسخه چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی که در بیشتر کارهای بالینی تشخیصی از آن استفاده می‌شود تنها به توصیف اختلال شخصیت می‌پردازد، در حالی که تشخیص‌های گذاشته شده ممکن است پایایی ضعیفی داشته باشند و به فهم عوامل سبب شناختی و زمینه ساز اختلال کمکی نکند (کلونینجر، ۲۰۰۵، به نقل از فرید، کاویانی، اسعدی، ملایری و مقدس، ۱۳۸۶). فهم بهتر از فرایندهای زمینه‌ساز زیستی و روانشناختی می‌تواند در طراحی روش‌های تشخیصی با اعتبار و پایایی بیشتر و طراحی روش‌های درمانی، موثرتر باشد (ملایری، کاویانی، اسعدی و فرید، ۱۳۸۷) و استفاده از پرسشنامه سیاهه سرشت و منش می‌تواند مشکل سنجش شخصیتی را تا حد زیادی حل کند (فریدحسینی و همکاران، ۱۳۸۶).

با در دست داشتن نیمرخ شخصیتی سوء مصرف کنندگانی که برای ترک اعتیاد مراجعه می کنند، می توانیم در ابتدا خط سیر کلی درمان را تا حد زیادی طرح ریزی کنیم و به منظور کاهش میزان خروج از درمان، صفات شخصیتی خطر ساز و محافظت کننده افراد را تشخیص دهیم و درمان را با آن نیازها متناسب سازیم.

منابع

اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، محمد؛ مکر، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن. بازبینی دیدگاه ها و بررسی های انجام شده. **مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران**، ۳ (۱۴)، ۲۴۷-۲۵۷.

پورشهباز، عباس؛ شاملو، سعید؛ جزایری، علیرضا؛ قاضی طباطبائی، محمود (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. **فصلنامه علمی تحقیقی رفاه**، ۱۹ (۵)، ۴۹-۵۴.

فرید حسینی، فرهاد؛ کاویانی، حسین؛ اسعدی، محمد؛ ملایری، علی؛ مقدس بیات، محمد (۱۳۸۶). الگوی سرشت و منش در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مقایسه آن با هنجار جامعه ایران. **تازه های علوم شناختی**، ۲ (۹)، ۶۰-۵۴.

کاویانی، حسین؛ پور ناصح، مهرانگیز (۱۳۸۴). اعتبار و هنجارسنجی سرشت و منش کلونینجر. **مجله پزشکی دانشکده علوم پزشکی تهران**، ۲ (۶۳)، ۹۸-۸۹.

ملایری، علی؛ کاویانی، حسین؛ اسعدی، محمد؛ فرید حسینی، فرهاد (۱۳۸۷). ارزیابی ابعاد شخصیت بر اساس پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران**، ۹ (۶۳۸-۶۳۳).

مومنی، فرشته (۱۳۸۸). **اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون**.

پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Arnau, M., Mondon, S., & Santacreu, J. (2008). Using the temperament and character inventory to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment. **Alcohol and alcoholism**, 43(5), 583-599.

- Ball, S. A. (2002). **Big Five, Alternative Five, and Seven Personality Dimensions: Validity in substance-dependent patients.** In P. T. Costa Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd ed., pp. 177-201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General psychiatry*, 50(12), 975-986.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2000). **Personality disorders.** Sadock, B. J., & Sadock, VA. (Ed). *Comprehensive Textbook of psychiatry*. Vol. II. Eight edition, New york. Williams & Wiknis.
- Costa Jr, P., & McCrae, R. (1992). **Revised neo personality inventory (neo pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi): Psychological Assessment Resources, Odessa, Fla(PO Box 998, Odessa 33556).**
- Daley, A. C., & Marlatt, G. A. (2005). Lewinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrod, JG. (eds.). **Substance Abuse (A Comprehensive Textbook). 4th edit.** Boston:Williams & Wilkin, 674-81.
- Dawe, S. H., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rush impulsiveness as dimension of impulsivity: implication for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29(3), 1389-1405.
- Fisher, L., Elias, J., & Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 1041-1047.
- Helmus, T., Downey, K., Arfken, C., Henderson, M., & Schuster, C. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and alcohol dependence*, 61(3), 287-295.
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Heishman, S. J., Lerman, C., & Pickworth, W. B. (2007). Associations between Cloninger temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Journal of addictive behaviors*, 32, 2976-2989.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Meszáros, K., Lenzinger, E., Hornik, K., Füreder, T., Willinger, U., Fischer, G., et al. (1999). The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(3), 483-486.
- Müller, S., Weijers, H., Boning, J., & Wiesbeck, G. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57(4), 159-164.

O'Leary, L. S. (2000). **Personality traits and addiction relapse rate: is there a connection.** A Thesis Submitted in partial fulfillment of the requirements of the Master of Arts Degree of The Graduate School at Rowan University.

Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., van den Brink, W., & Van Ameijden, E. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. **Drug and alcohol dependence**, 79(2), 231-240.

Archive of SID