

زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۴

ایمان ... بیگدلی*، علی محمد رضایی**، زهره عرب***

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد بود.

روش: طرح این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع، توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه مورد بررسی ۹۰ نفر با اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از زندان مرکزی و مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان گزینش شدند. برای تعیین افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی از پرسشنامه چند محوری میلون ۳ و مصاحبه بالینی برای اختلالات محور دو استفاده شد. اضطراب افراد نیز با آزمون اضطراب کتل اندازه‌گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون نسبت یک نمونه‌ای، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اختلال شخصیت ضد اجتماعی با اضطراب مرتبط است و سوء مصرف مواد همبودی دارد، همچنین دو نوع زیرگونه از اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد یک نوع با و یک نوع بدون همراهی اضطراب.

نتیجه‌گیری: به دلیل همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی با سوء مصرف مواد و ارتباط آن با اضطراب و وجود دو زیرگونه اختلال شخصیت ضد اجتماعی (با و بدون همراهی اضطراب)، نتایج پژوهش حاضر بر لزوم مداخلات درمانی متفاوت برای دو زیرگونه اختلال شخصیت ضد اجتماعی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اضطراب، اختلال سوء مصرف مواد

Bigdeli9@gmail.com

Rezaei_am@semnan.ac.ir

Zohrearab44@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد، تقریباً واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده‌اند [۷]. سایر اختلالات روانی مبتنی بر DSM-IV نیز امکان همبودی با سوء مصرف مواد و الکل را دارند [۱۲]. پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز حاکی از شیوع بالایی از اختلالات روانی در بین افراد وابسته به مواد می‌باشد. به عنوان مثال نتایج پژوهش بیگدلی، رضایی و رحیمیان [۱۳] در بین ۶۴۳ نفر از افراد وابسته به مواد شهر سمنان نشان داد که در کل ۸۹ درصد از افراد وابسته به مواد، حداقل دارای یک نوع اختلال روانی بودند. پژوهش شکیبایی و حیدری [۱۴] در بین ۱۵۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی ترک اعتیاد بهزیستی اصفهان نیز نشان داد که ۹۱/۳ درصد افراد وابسته به مواد به طور همزمان حداقل مبتلا به یک اختلال روان پزشکی می‌باشند. بیماران واجد تشخیص وابستگی یا سوء مصرف مواد توأم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، آسیب روانی بیشتر و رضایت کمتری از زندگی دارند، و تکانشگر، منزوی و افسرده‌تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند [۷]. در گذشته شخصیت ضد اجتماعی یا جامعه ستیز را به دو گونه تقسیم می‌کردند، این دو نوع اگرچه از لحاظ ویژگی‌های ظاهری با هم یکسان هستند، اما در نوع اولیه اساساً تصور می‌شود که مشکلات و نقایص عاطفی به ارث رسیده باشد، در حالی که در نوع ثانویه مشکلات و نقایص عاطفی جنبه اکتسابی دارد. در جامعه ستیز اولیه، سطوح پایین تری از اضطراب وجود دارد؛ در حالی که در نوع ثانویه، سطوح بالاتری از اضطراب گزارش شده است [۱۵]. همچنین در نوع اولیه، ویژگی‌هایی همچون اعتماد به نفس، سلطه جویی و فقدان عواطف منفی گزارش شده است؛ در حالی که در نوع ثانویه انزوا، خصومت و مشکلات عاطفی جدی مختلفی وجود دارد [۱۶]. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی با همبودی اختلال اضطرابی نسبت به افرادی که صرفاً اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند، بیشتر احتمال دارد که در جستجوی درمان باشند [۱۷]. این چنین فرض شده است که اختلال شخصیت ضد اجتماعی، به همراه اختلال اضطرابی، ممکن است یک زیر مجموعه مجزا از اختلال شخصیت ضد

اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان یک الگوی فراگیر از بی‌اعتنایی و تجاوز به حقوق دیگران که از کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و با نشان دادن ۳ یا بیشتر از معیارهای شکست برای تأیید هنجارهای اجتماعی، بی‌مسئولیتی، فریبکاری، بی‌تفاوتی به رفاه دیگران، بی‌قراری، تجاوز کاری و فقدان پشیمانی تعریف می‌شود [۱]. اختلال شخصیت ضد اجتماعی همواره مشکل جدی در جوامع انسانی بوده [۲] و در دو سطح فردی و اجتماعی مسأله برانگیز است. در سطح فردی، بزرگسالان ضد اجتماعی، تمایل به روابط ناپایداری دارند که با تعارض مشخص می‌شود. همچنین کمتر احتمال دارد ازدواج کنند و در صورت ازدواج، میزان بالاتری از خشونت خانگی، طلاق و بد سرپرستی فرزندان را تجربه می‌نمایند [۳]. در سطح اجتماعی، بزرگسالان ضد اجتماعی به احتمال بیشتری کارهای بی‌ثبات، دستگیری و توقیف و نیز فعالیت‌های تبه کارانه را تجربه کرده [۴] و نیز به احتمال بیشتری به نزاع پرداخته و در درگیری‌ها از اسلحه استفاده می‌کنند [۵]. اختلال شخصیت ضد اجتماعی شرایطی ناتوان کننده است و یک نگرانی عمده از لحاظ سلامت روان می‌باشد [۱] این افراد به مداخلات درمانی، خیلی ضعیف پاسخ می‌دهند [۶] و علیرغم سطوح بالایی از همبودی با دیگر نشانگان بالینی، اغلب از خدمات سلامت روان خارج می‌شوند [۱]. یک زمینه یابی گسترده برای بررسی بیماری توأم یا تشخیص دوگانه^۱ (تشخیص دو یا چند اختلال روانی در یک فرد) نشان داد که ۷۶ درصد مردها و ۶۵ درصد خانم‌های دارای سوء مصرف یا وابسته به مصرف مواد به طور همزمان از یک مشکل روان پزشکی نیز رنج می‌برند [۷، ۸]. بر اساس مطالعات، افسردگی و حالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات همراه با سوء مصرف مواد هستند [۹، ۱۰]، علاوه بر آن ۳۵ درصد تا ۶۰ درصد سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و حدود ۲۰ درصد آنان در معرض خودکشی هستند [۷، ۱۱]. در مطالعات دیگر بین ۲۷ درصد تا ۶۱ درصد بیماران مبتلا به

1- dual diagnosis

از این بین طبق نتایج آزمون میلون، ۵۰ نفر به عنوان افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی انتخاب و توسط روان‌شناس بالینی با استفاده از SCID-II^۶ جهت تشخیص معیارهای ضد اجتماعی مورد مصاحبه قرار گرفتند و به پرسشنامه اضطراب کتل نیز پاسخ دادند. همچنین تعداد ۴۰ نفر از مردان که سوء مصرف مواد داشته و برای ترک به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد (صبا، سینا و طلوع سبز) شهرستان سمنان مراجعه کرده بودند با در نظر گرفتن ملاک‌های سن (بالتر از ۱۸ سال) و تحصیلات (حداقل راهنمایی) انتخاب شدند. شیوه‌ی نمونه‌گیری در این مراکز به این صورت بود که ابتدا با توجه به ملاک‌های ورود به نمونه، با استفاده از جدول مورگان تعداد ۱۲۵ نفر معتاد به شیوه در دسترس انتخاب و به پرسشنامه شخصیتی میلون ۳ پاسخ دادند که از این بین طبق نتایج آزمون میلون، تعداد ۴۰ نفر به عنوان افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی انتخاب شدند و توسط روان‌شناس بالینی با استفاده از SCID-II جهت تشخیص معیارهای ضد اجتماعی مورد مصاحبه قرار گرفتند. و به پرسشنامه اضطراب کتل پاسخ دادند.

ابزار:

۱- پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۳: یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. این آزمون یکی از مهمترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت در محور دو DSM-IV است. روایی آزمون از طریق تحلیل عاملی تأیید شده و اعتبار آن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی، مناسب گزارش شده است، به نحوی که ضرایب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانگی ۰/۹۱ برای میلون ۳ گزارش شده است. دامنه‌ی فواصل زمانی بازآزمایی‌ها بین ۵ تا ۱۴ روز بوده است [۲۱].

۲- پرسشنامه اضطراب کتل: این مقیاس توسط ریموند کتل در سال ۱۹۵۷ طراحی شده و می‌تواند مکمل تشخیص بالینی باشد و نتیجه‌ای عینی با هدف‌های

اجتماعی را با سبب شناسی متفاوت شکل دهد، که نیاز به مداخلات درمانی متفاوتی دارد [۱۸]. نتایج مطالعات انجمن آمریکای شمالی نشان داده است که ۳۴ تا ۵۴ درصد از افراد با اختلال شخصیت ضد اجتماعی در طول زندگی اختلال اضطراب را نیز تجربه می‌کنند [۱۹]. که این همایندی با خطر افزایش سوء مصرف مواد و تلاش برای خودکشی همراه است. مطالعه توماس^۱ و واگلموم^۲ [۲۰] نشان داد که شیوع اختلال اضطراب در بیماران دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف الکل ۶۱ درصد می‌باشد و از این تعداد ۴۳ درصد اختلال وحشتزدگی^۳ و یا هراس از مکان‌های باز^۴ داشتند. اگرچه مطالعات قبلی همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال اضطرابی را نشان داده‌اند؛ ولی در این مطالعات روشن نیست که آیا اختلال شخصیت ضد اجتماعی نوع اضطرابی مستقل از نوع بدون اضطراب است، یا این که علائم اضطراب همراه با اختلال شخصیت ضد اجتماعی است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی و همبودی آن با اضطراب و سوء مصرف مواد می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: با توجه به ماهیت موضوع و اهداف

مطالعه، در این پژوهش از طرح همبستگی استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری در این پژوهش، زندانیان در

زندان مرکزی شهر سمنان و نیز معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد (صبا، سینا و طلوع سبز) بودند. نمونه مورد مطالعه ۹۰ نفر با اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند که از زندان مرکزی و مراکز ترک اعتیاد گزینش شدند.

تعداد ۵۰ نفر از زندانیان با در نظر گرفتن ملاک‌های سن (بالتر از ۱۸ سال) و تحصیلات (حداقل راهنمایی) انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری در زندان به این صورت بود که ابتدا با توجه به ملاک‌های ورود به نمونه، با استفاده از جدول مورگان تعداد ۱۲۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۳^۵ پاسخ دادند که

- 1- Thomas
- 2- Vaglum
- 3- Panic
- 4- Agoraphobia
- 5- Millon Clinical Multiaxial Inventory

6- Structured clinical Interview for DSM-II

اعتماد نیز اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که رضایت بخش به دست آمد [۲۲].

۳- مصاحبه ساختار یافته (SCID): مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) [۲۳]، ابزاری به منظور تشخیص گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد:

۱- SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (محور یک در DSM-IV) می‌پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران [۲۴] ترجمه و انطباق داده شده است.

۲- SCID-II که به ارزیابی اختلال‌های شخصیت (محور دوم در DSM-IV) می‌پردازد. بختیاری در سال ۱۳۷۹ این فرم را ترجمه و انطباق داده است [۲۳]. در پژوهش حاضر از این فرم استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوز ورود به زندان و مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان در خصوص اجرای طرح، با مراجعه به نمونه‌ها و توضیح هدف مطالعه و اخذ رضایت نامه شفاهی از آنها، کسانی که شرایط پاسخگویی به آزمون را داشتند یعنی دارای تحصیلاتی در سطح راهنمایی و بالاتر بودند و سن آنها بالاتر از ۱۸ سال بود وارد مطالعه شدند. با اجرای آزمون میسون، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی ثبت گردید. و سپس بر اساس مصاحبه ساختار یافته بالینی DSM-IV (SCID-II) توسط روان‌شناس بالینی، معیارهای مربوط به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، در خصوص هر فرد مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین اضطراب افراد، مقیاس اضطراب کتل اجرا گردید.

یافته‌ها

با استفاده از روش همبستگی پیرسون که نتایج آن در جدول ۱ آمده است، مشاهده گردید که شخصیت ضد اجتماعی با اضطراب رابطه مثبت معناداری دارد.

پژوهشی به دست دهد. مقیاس اضطراب را می‌توان در هر دو جنس، در همه سنین بعد از ۱۴ تا ۱۵ سالگی و در اکثر فرهنگ‌ها به کار بست. این مقیاس حاوی ۴۰ سؤال است که هر سؤال دارای نمره‌ای بین صفر تا دو می‌باشد. نمره‌ی به دست آمده بین (صفر تا ۸۰) است که این نمرات ابتدا به نمرات تراز شده بین (صفر تا ۱۰) تبدیل می‌شوند و سپس برای تعیین شدت اضطراب به ترتیب ذیل مورد استفاده قرار می‌گیرند: نمرات تراز شده بین (صفر تا ۳)، افراد آرام، بلغمی، راحت و تنش زوده؛ نمرات تراز شده بین (۴ تا ۶) افرادی که دارای درجات خفیف اضطراب هستند؛ نمرات تراز شده بین (۷ تا ۸) افرادی که به طور مشخص روان‌آزرده مضطرب هستند؛ و نمرات تراز شده بین (۹ تا ۱۰) افرادی که دارای درجات شدید اضطراب هستند. با استفاده از این پرسشنامه می‌توان سه سطح اضطراب را مورد بررسی قرار داد که به شرح زیر می‌باشد:

- نمره سطح کلی اضطراب که از مجموع نمرات کسب شده کل سؤال‌ها حاصل می‌شود.

- اضطراب پنهان که از حاصل جمع نمرات به دست آمده از ۲۰ سؤال اول پرسشنامه به دست می‌آید.

اضطراب آشکار که از حاصل جمع نمرات به دست آمده از ۲۰ سؤال آخر پرسشنامه؛ یعنی سؤال‌های ۲۱ تا ۴۰ به دست می‌آید. این مقیاس از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. اعتبار مقیاس که از طریق اجرای مجدد آن و به دفعات متعدد انجام گرفته همیشه بالاتر از ۰/۷۰ بوده است. پرسشنامه اضطراب کتل از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است و در پژوهش‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۷۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریابی شد. در پژوهش سالاری فر و پور

جدول ۱) همبستگی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال اضطرابی

اختلال شخصیت ضد اجتماعی			متغیر
تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸	اختلال اضطرابی

درصد از واریانس اضطراب توسط این معیار (فقدان پشیمانی) پیش بینی شد. در مدل دوم، با ورود متغیر بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی، ضریب همبستگی چند متغیری این دو متغیر با اختلال اضطرابی، $0/606$ شد و مقدار ضریب تعیین در مدل دوم برابر $0/367$ می‌باشد ($P < 0/01$); $F=25/270$ ؛ به این معنی که 36 درصد از واریانس اضطراب توسط متغیرهای فقدان پشیمانی و بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی پیش بینی می‌شود. سرانجام در مدل نهایی (گام ششم)، با ورود سایر متغیرهای پیش بین شامل تکانشگری، دزدی اشیای بی‌ارزش، استفاده از اسلحه و به زور وارد منزل دیگران شدن، مقدار ضریب همبستگی چند متغیری به $0/72$ و ضریب تعیین به 52 درصد افزایش یافت. به این معنی که 52 درصد از واریانس اضطراب توسط این متغیرها پیش بینی می‌شود.

نتایج نشان داد که 32 درصد (40 نفر) از معتادان مورد بررسی دارای شخصیت ضد اجتماعی می‌باشند. نتایج آزمون نسبت یک نمونه‌ای نشان داد که این نسبت ($p < 0/01$) معنی‌دار است. برای بررسی این سؤال که "آیا دو نوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد؛ با همراهی اضطراب و بدون اضطراب" از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پیش بینی اختلال اضطراب توسط نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارای 6 مدل می‌باشد و از میان 22 نشانه وارد شده در تحلیل، 6 معیار قوی‌ترین پیش بینی کننده اختلال اضطرابی بودند. در این مدل متغیری که بیشترین رابطه را با اختلال اضطرابی داشت، نشانه فقدان پشیمانی بود که در گام اول وارد معادله شد. ضریب همبستگی این متغیر با اختلال اضطرابی $0/542$ و مقدار ضریب تعیین $0/294$ بود ($F=36/634$; $P < 0/01$) که 29

جدول ۲) رگرسیون متغیر اضطراب بر نشانه‌های مربوط به معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب همبستگی چند متغیری	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده
۱	رگرسیون باقیمانده مجموع	۱ ۸۸ ۸۹	۲۶۲۵/۷۰۹ ۷۱/۶۷۴	۳۶/۶۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۲	۰/۲۹۴	۰/۲۸۶
۲	رگرسیون باقیمانده مجموع	۲ ۸۷ ۸۹	۱۶۴۱/۲۲۵ ۶۴/۹۴۹	۲۵/۲۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۰/۳۶۷	۰/۳۵۳
۳	رگرسیون باقیمانده مجموع	۳ ۸۶ ۸۹	۱۲۲۳/۵۵۱ ۶۱/۱۹۰	۱۹/۹۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۴۱۱	۰/۳۹
۴	رگرسیون باقیمانده مجموع	۴ ۸۵ ۸۹	۹۸۴/۸۵۴ ۵۸/۷۴۸	۱۶/۷۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۴	۰/۴۴۱	۰/۴۱۵
۵	رگرسیون باقیمانده مجموع	۵ ۸۴ ۸۹	۸۶۱/۰۴۸ ۵۵/۰۹۲	۱۵/۶۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۴	۰/۴۸۲	۰/۴۵۱
۶	رگرسیون باقیمانده مجموع	۶ ۸۳ ۸۹	۷۷۱/۸۴۸ ۵۱/۸۳۰	۱۴/۸۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۰	۰/۵۱۸	۰/۴۸۴

دیده می‌شود. علاوه بر آن ضریب β برای معیارهای تکانشگری و استفاده از سلاح مثبت است که نشان می‌دهد اختلال اضطراب در افراد دارای شخصیت ضد اجتماعی تکانشگر و کسانی که از سلاح استفاده می‌کنند بیشتر دیده می‌شود.

در جدول ۳ ضرایب استاندارد شده (β) و استاندارد نشده (b) رگرسیون ارائه شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود ضریب β برای معیارهای فقدان پشیمانی، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی، دزدیدن اشیاء بی‌ارزش و به زور وارد منزل دیگران شدن منفی است که نشان می‌دهد اختلال اضطراب در افراد دارای نشانه‌های مذکور کمتر

جدول ۳) ضرایب پیش بینی اختلال اضطراب بر حسب ۶ نشانه از معیار اختلال شخصیت ضد اجتماعی

متغیرها	ضرایب استاندارد نشده b	خطای استاندارد b	ضرایب استاندارد شده B	t	سطح معناداری
عرض از مبدا	۴۱/۲۴۶	۱/۸۰۸		۲۲/۸۱۷	۰/۰۰۰۵
فقدان پشیمانی	-۶/۹۷۷	۱/۷۰۰	-۰/۳۴۸	-۴/۱۰۵	۰/۰۰۰۵
بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی	-۳/۹۵۲	۱/۶۱۰	-۰/۱۹۷	-۲/۴۵۵	۰/۰۱۶
تکانشگری	۴/۸۸۹	۱/۶۵۹	۰/۲۴۵	۲/۹۴۸	۰/۰۰۴
دزدیدن اشیاء بی‌ارزش	-۶/۲۶۲	۲/۰۳۹	-۰/۲۴۶	-۳/۰۷۱	۰/۰۰۳
استفاده از سلاح	۶/۳۶۱	۲/۳۵۹	۰/۲۱۷	۲/۶۹۶	۰/۰۰۸
به زور وارد منزل دیگران شدن	-۶/۷۶۹	۲/۷۰۰	-۰/۱۹۳	-۲/۵۰۷	۰/۰۱۴

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی زیر گونه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی و ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شخصیت ضد اجتماعی با اضطراب مرتبط است و با سوء مصرف مواد همبودی دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش توماس و واگلوم [۲۰]، گودین و هامیلتون [۱۹]، جانسون و همکاران [۲۵] و یولریچ و کوید [۱] همسو می‌باشد. مطالعه توماس و واگلوم [۲۰] نیز نشان داد که شیوع اختلال اضطرابی در بیماران دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف الکل ۶۱ درصد می‌باشد و از این تعداد ۴۳ درصد اختلال وحشتزدگی و یا هراس از مکان‌های باز داشتند و نسبت به اختلالات خلقی، همبودی اختلال‌های اضطرابی با اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر است. جانسون و همکاران [۲۵] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که صفات شخصیت ضد اجتماعی در میانگین سنی ۲۲ سالگی به طور معناداری با افزایش خطر برای هراس از مکان‌های باز در میانگین سنی ۳۳ سالگی مرتبط می‌باشد. گودین و همیلتون [۱۹] در پژوهش خود با

عنوان همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی در طول زندگی در بین بزرگسالان جامعه، نشان دادند که اختلال‌های اضطرابی به طور معناداری با احتمال افزایش اختلال شخصیت ضد اجتماعی در میان بزرگسالان جامعه مرتبط هستند. خصوصاً اختلال استرس پس از سانحه و هراس به طور معناداری با احتمال افزایش اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی مربوط هستند به گونه‌ای که ۳۴ تا ۵۴ درصد از افراد با اختلال شخصیت ضد اجتماعی در طول زندگی اختلال اضطرابی نیز دارند و بیش از نیمی از افراد با اختلال شخصیت ضد اجتماعی حداقل یکی از اختلالات اضطرابی را در طول زندگی داشته‌اند. نتایج پژوهش یولریچ و کوید [۱] نشان داد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با اختلال اضطرابی همبودی دارد و یک سوم افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی، دارای یک تشخیص اختلال اضطرابی نیز بودند. در تبیین همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال اضطرابی، طبق نظریه شخصیت فروید می‌توان بیان نمود که تعارض ناهشیار بین تکانه‌های جنسی و پرخاشگری فرد، مقرراتی که جامعه برای کنترل کردن این تکانه‌ها وضع کرده است و مکانیزم‌های دفاعی فرد که این تکانه‌ها

می‌کند که فقط جامعه ستیزهای اولیه اضطراب ندارند، در حالی که جامعه ستیزهای ثانویه اضطراب مرتبط با تعارضات و خصایص روان رنجورخویی را تجربه می‌کنند. هودین [۱۸] پیشنهاد می‌کند که زیرگونه‌ی مضطرب از اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد که با سبب شناسی و پاسخ به درمان متفاوت، در مقایسه با دیگر انواع اختلال شخصیت ضد اجتماعی مشخص می‌شود. در پژوهش مشابه دیگری که توسط یولریچ و کوید [۱] با عنوان زیرگونه‌های باثبات و بی‌ثبات اختلال شخصیت ضد اجتماعی صورت گرفت، نتایج نشان داد که تقریباً یک سوم از بزرگسالان با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، معیار بی‌ثباتی را تکمیل نکردند، آنها کمتر پرخاشگر بودند و در فعالیت‌های جنایی بیشتری درگیر بودند؛ اما پشیمانی کمتری برای رفتارهایشان ابراز می‌کردند. مفهوم جامعه ستیز ثانویه شباهت‌های زیادی با زیرگونه‌ی بی‌ثبات دارد. لذا بی‌ثباتی می‌تواند با زیرگونه‌ی مضطرب اختلال شخصیت ضد اجتماعی مرتبط باشد. نتایج پژوهش یولریچ و کوید [۱] نشان داد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی به همراه اختلال اضطرابی زیرگونه مجزایی از اختلال شخصیت ضد اجتماعی را تشکیل می‌دهد، به صورتی که افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اضطراب در مقایسه با افراد صرفاً ضد اجتماعی، الگوی متفاوتی در معیار ضد اجتماعی نشان دادند به گونه‌ای که شکست برای تأیید هنجارهای اجتماعی، فریبکاری، تکانشگری و بی‌قراری/ پرخاشگری در میان افراد ضد اجتماعی/ اضطرابی به طور معناداری شایع‌تر بود و فقدان پشیمانی و بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی در بین افراد ضد اجتماعی/ بدون اضطراب به طور معناداری شایع‌تر بود. در خصوص معیار اختلال سلوک نیز شیوع دو معیار استفاده از سلاح و حمله فیزیکی به افراد به طور معناداری در افراد ضد اجتماعی/ اضطرابی شایع‌تر بود و سایر معیارها (انحراف جدی از مقررات، تخریب اموال و تقلب) به طور معناداری در افراد ضد اجتماعی/ غیراضطرابی شایع‌تر بود. به طور کلی بر اساس نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت رابطه علائم اضطراب با نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی به شکل ارتباط منفی با فقدان پشیمانی، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی، دزدی و به زور وارد منزل دیگران شدن و ارتباط مثبت با تکانشگری و استفاده

را به گونه‌ای کنترل می‌کنند که اجازه مقداری ارضای بی‌خطر و غیر مستقیم را به آنها می‌دهند و در عین حال اضطراب و احساس گناه را در کمترین سطح نگه می‌دارند [۲۶] می‌تواند تبیین کننده این ارتباط باشد. در شخصیت‌های روان رنجور تعارض‌های ناهشیار به قدری شدید و عذاب آور است و مکانیزم‌های دفاعی آن چنان محدود کننده، که نشانه‌های روان رنجور پدیدار می‌گردند و فرد دچار اضطراب می‌گردد. بر اساس دیدگاه‌های اجتماعی- فرهنگی در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی که بر عوامل موجود در خانواده، محیط اولیه و تجربیات اجتماعی شدن در پرورش سبک زندگی جامعه ستیز تأکید می‌کنند، می‌توان این گونه تبیین نمود که سبک زندگی جامعه ستیز، منجر به سطوح بالایی از تأثیرات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی می‌گردد که با تأثیر بر کل موقعیت اجتماعی افراد منجر به افزایش اختلال عاطفی و اضطرابی می‌گردد و ممکن است که رفتار ضد اجتماعی افراد منجر به اختلال اضطرابی آنها گردد. بنابراین می‌توان سبک زندگی نابسامان را در همراهی اختلال اضطراب و ضد اجتماعی دخیل دانست. راتر، گیلر و هاگل^۱ [۲۷] نیز در پژوهش خود نشان دادند که جنبه‌های سبک زندگی جامعه ستیزی و تأثیرات آن بر کل موقعیت اجتماعی افراد تا حدی منجر به سطح بالایی از تأثیرات منفی اکتسابی از قبیل اضطراب و افسردگی می‌گردد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برخی از نشانه‌های مربوط به معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی (فقدان پشیمانی، بی‌اعتنایی نسبت به ایمنی، تکانشگری، دزدی اشیای بی‌ارزش، استفاده از سلاح و به زور وارد منزل دیگران شدن) پیش بینی کننده اضطراب هستند. به گونه‌ای که افرادی که معیارهای فقدان پشیمانی، بی‌اعتنایی نسبت به ایمنی، دزدی و به زور وارد منزل دیگران شدن را دارند، اضطراب کمتر و افرادی که معیارهای تکانشگری و استفاده از سلاح را دارند، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. پس می‌توان با احتمال این طور نتیجه گرفت که دو گونه اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد یک گونه اضطرابی و یک گونه بدون اضطراب. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کارپمن [۱۵]، هودین [۱۸]، یولریچ و کوید [۱] همسو می‌باشد. کارپمن [۱۵] پیشنهاد

1- Rutter, Giller & Hagell

منابع

- 1- Ullrich S, Coid JW. Antisocial personality disorder-Stable and unstable subtypes. *J Personal Disord.* 2010; (24): 171-187.
- 2- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A system rev 62 surv. 2002; (50): 545-359. [Persian].
- 3- Cloninger CR, Bayon C, Przybeck T. Epidemiology and Axis comorbidity of antisocial personality. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 12-21). New York, NY: John Wiley & Sons; 1997.
- 4- Cloninger CR. mechanisms in alcoholism. *Neurogenet adapt Sci.* 1987; (236): 410-416.
- 5- Farrington DP. The twelfth Jack Tizard memorial lecture. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *J Child Psychol Psychiatr.* 1995; 36(6): 929-964.
- 6- Dolan B, Coid J. Psychopathic and antisocial personality disorders: Treatment and research issues. London: Gaskell; 1993.
- 7- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins Inc; 2007.
- 8- De Oliveira LG, Barroso LP, Wagner GA, Ponce JdC, Malbergier A, Stempluk VdA, et al. Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(3): 227-239.
- 9- Langas AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatr.* 2011; (12): 11-25.
- 10- Cohn AM, Epstein EE, McCrady BS, Jensen N, Hunter-Reel D, Green KE, et al. Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *J Stud Alcohol Drug.* 2011; 72(1): 151-157.
- 11- Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P, Jarvis M, Brugha T, Gill B, Meltzer H. Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatr.* 2003; (15): 43.
- 12- Ybrandt H. Risky alcohol use, peer and family relationships and legal involvement in adolescents with antisocial problems. *J Drug Educ.* 2010; 40(3): 245-264.
- 13- Bigdeli I, Rezae AM, Rahimain E. Prevalent mental disorders in drug abusers. *biannu res clin psychol couns.* 2012; 2(1): 92-108. [Persian].
- 14- Shakibae F, heidari A. Prevalent mental disorders in opioid and derivatives dependent person. *j Ghazvin Univ med sci.* 2000; 4(3): 52-55. [Persian].

از سلاح واضح می‌باشد، به نحوی که فقدان اضطراب با فقدان پشیمانی، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی، دزدی و به زور وارد منزل دیگران شدن همراه است؛ در حالی که وجود اضطراب با افزایش تکانشگری و استفاده بیشتر از سلاح همراه می‌باشد. لذا بر اساس نتایج تحقیق حاضر نتیجه گرفته می‌شود که دو زیرگونه از اختلال شخصیت ضد اجتماعی وجود دارد که عبارتند از اختلال شخصیت ضد اجتماعی فاقد اضطراب (با نشانه‌های بالا بودن دزدی اشیاء بی‌ارزش و به زور وارد منزل دیگران شدن و پایین بودن احتیاط، پشیمانی، تکانشگری و استفاده از سلاح) و اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارای اضطراب (با نشانه‌های پایین بودن دزدی اشیاء بی‌ارزش و به زور وارد منزل دیگران شدن و بالا بودن احتیاط، پشیمانی، تکانشگری و استفاده از سلاح). در پایان ذکر این نکته نیز ضروری است که اگرچه فقدان اضطراب با فقدان پشیمانی، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی، دزدی و به زور وارد منزل دیگران شدن، و وجود اضطراب با افزایش تکانشگری و استفاده بیشتر از سلاح همراه می‌باشد؛ اما به دلیل ماهیت تحقیق همبستگی استنباط روابط علی امکان پذیر نبوده و مشخص نیست که آیا اضطراب باعث کاهش دزدی و به زور وارد منزل دیگران شدن و افزایش احتیاط، پشیمانی، تکانشگری و استفاده از سلاح می‌شود یا بالعکس. این نکته همچنین در مورد همبودی اختلال شخصیت ضد اجتماعی با سوء مصرف مواد مخدر صادق است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۳۲ درصد از افراد معتاد، همزمان مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیز می‌باشند، اما مشخص نیست که اختلال شخصیت ضد اجتماعی باعث روی آوردن افراد به مصرف مواد مخدر شده است یا اعتیاد زمینه ساز بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی در آنان شده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مسئولان زندان مرکزی و مراکز ترک اعتیاد شهرستان سمنان و همچنین کلیه پاسخگویان به پرسشنامه‌ها که با همکاری صادقانه و صرف وقت گرانبه‌ای خود انجام تحقیق حاضر را میسر ساختند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

- 15- Karpman B. On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *J Criminol Psychopathol.* 1941; (8): 112-137.
- 16- Skeem J, Johansson P, Andershed H, Kerr M, Loudon JE. Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *J Abnorm Psychol.* 2007; (116): 853-1853.
- 17- Ullrich S, Coid J. Antisocial personality disorder: Co-morbid Axis I mental disorders and health service use among a national household sample. *Personal Ment Health.* 2009; 3(3): 151-164.
- 18- Hodgins S. Persistent violent offending: What do we know? *British J psychiatr.* 2007; (190):12-14.
- 19- Goodwin RD, Hamilton SP. Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatr Res.* 2003; (117): 159-166.
- 20- Tomasson K, Vaglum P. Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome. *European psychiatr.* 2000; (15): 443-449.
- 21- Marnat GG. The guidance of mental disorders for clinical psychologist, counselors and psychiatrists. Translate: Pashasharifi, Nikkhou, volume 1. Tehran: Sokhan; 2005. [Persian].
- 22- Salarifar MH, Pooretamad HR. The relationship between metacognitive beliefs with anxiety and depression disorders. *J Lorestan Univ med sci.* 2011; 13(4). [Persian].
- 23- Bakhtyari M. Investigation mental disorders in patients with body dimorphic disorder [dissertation]. Tehran, Iran: Iran University of medical sciences: Tehran psychiatry institute; 2000. [Persian].
- 24- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari R, Hakim M, Sedigh A, Jalali M. Reliability and applicability Persian version of structured interview for DSM-IV (SCID). *Adv cogn sci.* 2004; 6(22): 10-22. [Persian].
- 25- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord.* 2006; (20): 408-426.
- 26- Prochaska JO. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis 4th edition. Translate: seyed Mohammadi. Tehran: Roshd. [Persian].
- 27- Rutter M, Giller H, Hagell A. Antisocial behaviour by young people. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.