

## بررسی مقایسه‌ای صفات شخصیتی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی با و بدون شکایت درد جسمانی مزمن

سید رضا سعیدیان<sup>۱\*</sup>، مهدی سیاح‌پورگرد<sup>۲</sup>، سیده‌ثریا اشرفی‌زاده<sup>۳</sup>، سیروس پاک‌سرشت<sup>۴</sup>، محمدرضا حق‌دوست<sup>۵</sup>، حاتم بوستانی<sup>۶</sup>، سید محمود لطیفی<sup>۶</sup>

### خلاصه

مقدمه: برخی از افراد برای درمان درد مزمن خود مواد مخدر مصرف می‌کنند. این افراد از نظر شخصیتی با افرادی که به دلایل دیگری به سوء مصرف مواد گرایش پیدا کرده‌اند، تفاوت دارند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه صفات و اختلالات شخصیتی این دو گروه صورت پذیرفت.

روش: در یک مطالعه مقطعی طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۸۵ کلیه افرادی که به مرکز ترک اعتیاد بیمارستان آموزشی امام خمینی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز مراجعه نمودند، از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی شدند. همچنین تحت معاینه جسمی، آزمون چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا و مصاحبه روانی قرار گرفتند. سپس این افراد به دو گروه تقسیم شدند که گروه اول شکایت درد همراه با مصرف مواد داشتند و گروه دوم مصرف کننده مواد بدون شکایت درد بودند. متغیرهای شخصیتی توسط آزمون t مستقل و  $\chi^2$  مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: مراجعین ۴۸۸ نفر شامل ۴۷۸ مرد و ۱۰ زن بودند. میانگین نمرات مقیاس‌های Pa، Pt در گروه دارای درد مزمن غیر سرطانی کمتر بود. همچنین شیوع اختلال شخصیت در این گروه به صورت معنی‌داری کمتر بود. گروه مبتلا به درد تحصیلات بالاتر داشته و در شروع به مصرف مواد افیونی بیشتر از گروه دیگر تحت تأثیر تلقین دوستان برای سوء مصرف مواد قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه افرادی که برای تسکین درد مواد افیونی مصرف می‌کرده‌اند، نیم‌رخ روانی و شخصیت سالم‌تری داشته و مصاحبه روانی آنها اعتبار و روایی بیشتری داشت. مشکلات روان‌پزشکی در این گروه کمتر و اعتیاد در آنان یک رفتار غیرانطباقی بود.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد، درد مزمن، اختلال روان‌پزشکی، صفات شخصیتی

۱- استادیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۲- استادیار روان‌پزشکی، مرکز توسعه مطالعات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۳- مربی بخش پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۴- استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۵- روان‌شناس بخش روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۶- مربی گروه آمارحیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

\* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: seyedrezasaedian@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۰ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۱۰/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۷

## مقدمه

آنها مثل جمعیت عادی شده است (۴). همچنین ذکر می‌شود که بعضی از خصوصیات روانی افراد مثل کمروبی و خجالتی بودن بیمارگونه، احتمال وقوع اعتیاد را افزایش می‌دهد. مثلاً افراد دارای اختلالات اضطرابی مثل هراس اجتماعی (social phobia) و شخصیت‌هایی که در مرز ضد اجتماعی شدن هستند، بیشتر از جمعیت عادی در معرض اعتیاد قرار دارند (۵).

بر اساس یکی از دیدگاه‌های روان‌شناسی، سوء مصرف مواد یک رفتار غیرانطباقی است، و رفتارهای اعتیادآور همانند سایر رفتارها آموخته می‌شوند، خواه این رفتارها غیراخلاقی بوده و گناه محسوب شوند، یا بیمارگونه و خارج از اراده فرد و به دلیل شرایط زیستی مانند زمینه‌های ژنتیکی وی، رخ داده باشند. در رابطه با عوامل گرایش به مواد، نظریه انتخاب منطقی مطرح شده که بر اساس این دیدگاه، افراد ممکن است به دلیل کسب احساس لذت و یا رهایی از درد و اثرات پاداشی که مواد به وجود می‌آورند، از مواد استفاده کنند. این اعتقاد که مصرف این مواد می‌تواند شرایط جسمی - روانی بهتری برای آنها به وجود آورد، باعث می‌گردد که آنها از عواقب خطرناک آینده غافل شوند (۶). دوران و بارلو به نقل از سایر منابع، این پدیده‌ها را تحت عنوان تقویت مثبت یک عمل، که به دنبال آن اثرات لذت بخش مواد می‌تواند یک عامل تقویت کننده برای ادامه دادن به انجام آن باشد، و تقویت منفی و به عبارتی فرار از احساسات منفی، نیز مطرح کرده اند (۷،۶).

رومان (Roman) و همکاران و سدک (Sadack) و همکاران نیز جداگانه اعلام نمودند که اطلاعاتی که انجمن روان‌پزشکان آمریکا در سال ۱۹۹۴ در مورد معیارهای DSM-IV، حداقل نیمی از معیارهای مشخصه اعتیاد را به مقاومت دارویی، وابستگی فیزیکی و علائم قطع دارو مرتبط می‌داند و اگرچه این علائم در مواردی مثل سوء مصرف تفنی الکل و کوکائین کاملاً تطابق دارند، ولی برای استفاده دارویی مواد مخدر در نظر گرفته نشده‌اند (۴،۵). به همین

تسکین درد مزمن جسمانی یکی از علل گرایش به مواد مخدر است و تعدادی از کسانی که به سوء مصرف مواد افیونی مبتلا می‌شوند در ابتدا به منظور کنترل درد به سوء مصرف مواد روی آورده‌اند و به تدریج به سمت مصرف غیرقانونی مواد منحرف شده‌اند (۱،۲). تجویز داروهای اپیوئید برای کنترل دردهای مزمن جسمانی پیوسته مورد بحث بوده است. یکی از موانع مهم در تجویز مؤثر داروهای اپیوئید برای کنترل درد، ترس تیم پزشکی از بروز اعتیاد در بیمار (Iatrogenic addiction) است (۳).

در رابطه با علل بروز اعتیاد امروزه علاوه بر تأثیر محض دارو، بر عوامل دیگری مثل حساسیت ژنتیکی بیمار (biogenetic predisposition)، خصوصیات روانشناختی فردی (individual psychological traits) و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بیمار (social-cultural context) نیز تأکید می‌شود.

در افراد مبتلا به اختلالات مصرف اپیوم به طور وراثتی ممکن است که سیستم افیونی بدن دچار کاهش فعالیت باشد. این کاهش فعالیت ممکن است در اثر کمتر بودن تعداد یا حساسیت کمتر گیرنده‌های افیونی بدن، کم بودن ترشح مواد افیونی درون‌زا یا غلظت بالای آنتاگونیست‌های فرضی باشد. استعداد بیولوژیک نسبت به اختلال مصرف مواد افیونی، ممکن است با کارکرد نا بهنجار در سیستم مترشح مواد محرکه عصبی دوپامینرژیک یا آدرنرژیک مرتبط باشد (۴).

در یک پژوهش بر روی معتادین به مواد افیونی در مجروحین جنگ ویتنام در سال ۱۹۷۴ مشخص شد که عوامل محیطی تأثیر قوی در ایجاد اعتیاد دارند؛ به گونه‌ای که در جبهه‌های جنگ به دلیل وجود عوامل تنش‌زای فراوان و همچنین در دسترس بودن فراوان مواد اپیوئید قاچاق، شیوع اعتیاد از میزان آن در جمعیت عادی آمریکا خیلی بیشتر بوده است. ولی بعد از گذشت ۲-۳ سال که این افراد به محل زندگی قبلی خود بازگشته‌اند میزان اعتیاد در

رابطه با تعیین میزان بروز رفتارهای ناشی از اعتیاد در افرادی که برای کنترل دردهای مزمن جسمانی غیر سرطانی مواد اپیوئید مصرف نموده‌اند، پرداخته و در هشت مورد مطالعه میزان این رفتارها را از صفر تا دو درصد گزارش کرده‌اند (۵).

البته با وجود این میزان پایین، هنوز این احتمال داده می‌شود که برای فردی که مبتلا به درد مزمن جسمانی است و تمایلات شخصیتی اعتیاد او به خوبی غربال نشده، سهواً اپیوئید تجویز شود و شخص گرفتار اعتیاد شود. در این موارد پیشنهاد می‌شود در یک مرکز درمانی جامع دردهای مزمن، ضمن آگاهی دادن به بیمار و تحت مراقبت پزشکی، داروی اپیوئید به‌طور آزمایشی تجویز شده و در صورت بروز علائم اعتیاد، شخص از نظر روانی به‌دقت بررسی و درمان شود (۹).

با بررسی متون مطالعات مختلف، تفاوت‌های شخصیتی و رفتاری بین افراد سالم مبتلا به سوء مصرف، و مبتلایان به دردهای مزمن که سوء مصرف مواد دارند، دیده می‌شود با تعیین این تفاوت‌ها در جمعیت‌های ایرانی می‌توان در انتخاب روش درمانی برای این افراد تجدید نظر کرد و گامی مهم در کاهش درد و از سوی دیگر جلوگیری از ابتلا به سوء مصرف مواد در آنها برداشت. بر این اساس بر آن شدیم تا این تفاوت‌های شخصیتی و رفتاری را بین افرادی که به دلیل درد مبتلا به سوء مصرف مواد شده‌اند با گروهی دیگر که بدون وجود درد دچار سوء مصرف مواد شده‌اند مورد مقایسه قرار دهیم.

### روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی، تمام افراد بالای هجده سال مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی که از اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۹ به مرکز ترک اعتیاد بیمارستان امام خمینی اهواز مراجعه نمودند بودند، و توان تکمیل پرسش‌نامه‌ها را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند.

دلیل در سال ۲۰۰۱ آکادمی درد آمریکا و آکادمی اعتیاد آمریکا طی بیانیه‌ای مشترک استفاده درمانی از داروهای اپیوئید جهت کنترل درد را لازم دانسته و بر آن اساس پیشنهاد کردند به‌منظور کنترل درد، دوز دقیق دارو و عوارض مربوطه، از جمله سوء مصرف، به خوبی کنترل شوند. حتی در شرایط مطلوب ممکن است تعدادی از بیماران به دلیل مقاومت جسمی (physical tolerance) نیاز به افزایش مقدار دارو داشته تا درد آنها به‌صورت مؤثری کنترل گردد. از آنجا که تنها با یک علامت نمی‌توان افرادی را که به‌منظور کنترل درد مزمن جسمانی تقاضای دارو می‌کنند، از افرادی که به‌منظور سوء مصرف تقاضای اپیوئید می‌نمایند افتراق داد، در بعضی از کشورها جزوه‌هایی برای راهنمایی پزشکان انتشار یافته است. مثلاً انجمن پزشکی اعتیاد کانادا در سال ۲۰۰۰ جزوه‌ای تهیه نموده که بسیاری از نکات مورد نظر آن با نکات بیانیه انجمن اعتیاد آمریکا در سال ۱۹۹۷ تطابق داشت (۲،۴،۵).

معمولاً نحوه مصرف مواد افیونی در افرادی که به واسطه ابتلا به درد معتاد شده‌اند با افرادی که فقط برای کنترل درد آن را مصرف می‌کنند، متفاوت است. افراد معتاد به مواد افیونی کنترلی بر میزان مصرف نداشته و علیرغم کنترل درد تقاضای میزان بیشتری دارو می‌نمایند، تا حدی که به عوارضی مثل سرخوشی (euphoria) یا اختلالات خواب، اضطراب و افسردگی و کاهش عملکرد مبتلا می‌شوند. طی مطالعه‌ای، مشخص شده که تعدادی از افراد مبتلا به دردهای سرطانی نوعی اشتیاق به مصرف مواد اپیوئید نسبت به گذشته دارند که داروی بیشتری تقاضا می‌نمایند. این تقاضای مشتاقانه، با کنترل مناسب درد کمتر می‌شود که به آن حالت اعتیاد دروغین (pseudo addiction) نام داده شده تا بتوان علائم این بیماران را از اعتیاد به مواد افیونی افتراق داد (۸).

رومان و جوی (Roman & Jovy) به بررسی مطالعات مورد-شاهدی انجام شده در بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ در

آنان نزد محققین محرمانه خواهد ماند و همچنین در هر زمان از تحقیق که تمایل داشته باشند می‌توانند از تحقیق خارج شوند. پس از توضیح در مورد روش تحقیق و امضاشدن رضایت‌نامه توسط افراد، آنها در گروه مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

### نتایج

جمعیت مورد مطالعه ۴۸۸ نفر، شامل ۴۷۸ مرد و ۱۰ زن بود. در مجموع ۴۲ بیمار ذکر کردند که در ابتدا برای تسکین درد به طرف مصرف مواد مخدر رفته‌اند و ۴۴۶ نفر سابقه بیماری دردزا نداشتند. میانگین سنی مبتلایان دارای درد  $35/3 \pm 11/24$  سال و بیماران بدون درد  $39/5 \pm 11/81$  سال بود و دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشتند.

از نظر وضعیت تأهل ۱۲۵ نفر از بیماران فاقد شکایت درد مجرد، ۳۰۰ نفر متأهل و ۲۱ نفر نیز متارکه کرده بودند. میزان سطح سواد در بین معتادین بدون درد پایین بود؛ به طوری که ۲۶۸ نفر آنان کمتر از دیپلم، ۱۵۸ نفر در سطح دیپلم، ۵۴ نفر فوق دیپلم و فقط ۸ نفر دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بودند.

در ارتباط با نحوه مصرف، در گروه دارای درد مزمن جسمانی، ۷ هفت نفر ( $16/8$  درصد) به صورت استنشاقی، نوزده نفر ( $44/4$  درصد) خوراکی، بیست نفر ( $33/8$  درصد) به صورت ترکیبی از روش‌های خوراکی-استنشاقی یا تزریقی مواد مصرف می‌کردند.

در گروه بدون شکایت درد، در ۲۳۱ نفر ( $51/9$  درصد) به صورت استنشاقی، ۱۳۲ نفر ( $29/6$  درصد) به صورت خوراکی، ۸۳ نفر ( $7/4$  درصد) به صورت ترکیبی و استفاده از سایر روش‌ها مواد مصرف می‌کردند.

تعداد ۶۸ نفر از مراجعین مبتلا به یکی از چهار گروه اختلال شخصیت براساس DSM-IV-TR بودند که فقط سه نفر از آنها در گروه بیماران درد مزمن قرار داشتند ( $P < 0/001$ ) (جدول ۱).

ابتدا علت گرایش اولیه آنان به مواد مخدر سؤال می‌شد و چنانچه ذکر می‌کردند که برای تسکین درد جسمانی به سمت مصرف مواد رفته‌اند، به منظور بررسی علل درد جسمانی، یافتن علل احتمالی درد در بیمار و رد مشکل جسمانی که ممکن بود برای بیمار خطرناک باشد و همچنین بررسی شدت درد و اثبات وجود درد مزمن و رد درد با منشاء روانی، توسط متخصص طب فیزیکی و توان‌بخشی، معاینه فیزیکی و بررسی لازم انجام و در صورت نیاز از آزمایشات پاراکلینیکی بر اساس نوع درد استفاده می‌شد.

پرسش‌نامه آزمون چند وجهی شخصیت مینه‌سوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI) که یک آزمون خود اظهاری است و قبلاً اعتبار آن چندین مرتبه در ایران تأیید شده ( $10-15$ )، توسط یک روان‌شناس بالینی در اختیار مراجعین قرار گرفت و نتایج آن همراه با اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد ثبت گردید.

دو پزشک متخصص روان‌پزشکی، تمام بیماران را بر اساس روش استاندارد تشخیص بیماری‌های روانی (DSM-IV-TR) مورد مصاحبه و ارزیابی قرار دادند، و انواع بیماری‌های روانی را در آنها ارزیابی کردند. برای جلوگیری از مغشوش شدن نتایج، اگر نظر دو روان‌پزشک در مورد ابتلا به نوع بیماری فرد تفاوت اساسی داشت، روان‌پزشک سوم به عنوان مرجع بیمار را مورد بررسی قرار می‌داد که یا نظر یکی از روان‌پزشکان قبلی مورد تأیید قرار می‌گرفت و یا در صورت تشخیصی مخالف تشخیص دو نفر قبل بیمار از مطالعه حذف می‌شد.

نتایج گردآوری شده در نرم‌افزار SPSS-17 و با استفاده از آزمون‌های  $t$  مستقل و  $\chi^2$  تجزیه و تحلیل شدند.

از تمامی بیماران رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه برای شرکت در پژوهش گرفته شد، و در ابتدا به تمامی افراد اطمینان داده شد که همکاری آنها به منظور انجام یک تحقیق در دانشگاه علوم پزشکی بوده و اطلاعات مربوط به

جدول ۱. مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه مورد بررسی

متغیر	با درد مزمن		بدون درد مزمن		سطح معنی‌داری
	تعداد (درصد)	$\chi^2$	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	
وضعیت تأهل	مجرد	(۰)۰	(۱۷)۱۲۵	۱۹/۶	*۰/۰۰۰۱
	متأهل	(۱۰۰)۴۲	(۴۰/۸)۳۰۰	۲	
	مطلقه	(۰)۰	(۴۲/۲)۲۱		
	جمع	(۱۰۰)۴۲	(۱۰۰)۴۴۶		
سطح سواد	زیر دیپلم	(۱۱/۹)۵	(۴۱/۳)۲۶۸	۳۶/۱۶	*۰/۰۰۰۱
	دیپلم و بالاتر	(۸۸/۱)۳۷	(۵۸/۷)۱۷۸	۱	
	جمع	(۱۰۰)۴۲	(۱۰۰)۴۴۶		
نحوه مصرف مواد	استنشاقی	(۱۶/۸)۷	(۵۱/۹)۳۳۱	۲۵/۷	*۰/۰۰۰۱
	خوراکی	(۴۴/۴)۱۹	(۳۹/۶)۱۳۲	۲	
	ترکیبی و یا سایر روش‌ها	(۳۸/۸)۲۰	(۱۸/۵)۸۳		
	جمع	(۱۰۰)۴۶	(۱۰۰)۴۴۶		
اختلال شخصیت	دارد	(۷/۱)۳	(۲۶/۷)۶۵		۰/۱۸
	ندارد	(۹۲/۹)۳۹	(۷۳/۳)۳۸۱	۱/۷۶	
	جمع	(۱۰۰)۴۲	(۱۰۰)۴۴۶		
سن	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۱/۸۱ $\pm$ ۳۹/۵	۳۵/۳ $\pm$ ۱۱/۲۴	$t=۲/۳$	*۰/۰۰۲

وجهی شخصیت مینه‌سوتا، میانگین نمرات در مقیاس‌های روایی L,F,K و معیارهای Ma, Sc, Hy در گروه دارای درد کمتر و میانگین مقیاس‌های بالینی Pa, Pt, Hs در گروه دارای درد بیشتر بود. همچنین مصاحبه روانی در افراد مبتلا به درد، دارای اعتبار و روایی بیشتری بود (جدول ۲). نتایج پس از اعمال تصحیح بانفرونی نشان داد که با وجود آنکه تمام مقیاس‌های بالینی در دو گروه با یکدیگر تفاوت داشتند، این تفاوت فقط در مقیاس بالینی Pa و Pt معنی‌دار بود ( $P<۰/۰۰۱$ ).

فقط یک بیمار، از زمان شروع درد برای کنترل به مواد افیونی روی آورده بود و بقیه مبتلایان به مدت طولانی ( $\pm 7$  ماه) از داروهای مسکن و روش‌های غیردارویی کنترل درد استفاده نموده بودند. هیچ بیماری به دلیل اختلاف نظر در تشخیص روان‌پزشکان از مطالعه حذف نگردید. در مقایسه دو گروه، آزمون مجذور کای نشان داد که در گروه بدون درد، افراد بیشتری تحت تأثیر پیشنهاد اطرافیان به سوء مصرف روی آورده بودند ( $P<۰/۰۰۱$ ). بر اساس نتایج حاصل از مقیاس‌های رفتاری آزمون چند

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات به دست آمده از مقیاس‌های نیم‌رخ روانی در گروه با و بدون درد

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	شاخص آزمون t	بدون درد مزمن (n=۴۶) میانگین ± انحراف معیار	با درد مزمن (n=۴۲) میانگین ± انحراف معیار	مقیاس
۰/۰۹	۴۸۶	۱/۶۹	۱/۸۱ ± ۲/۳۱	۱/۰۹ ± ۱/۸۳	L (دروغ‌سنجی)
۰/۳۵	۴۸۶	۰/۹۲	۲/۳ ± ۵/۰۱	۲/۸۱ ± ۴/۶۶	F (بسامد)
۰/۴	۴۸۶	۲/۸۵	۲/۹۱ ± ۶/۷۴	۱/۶۹ ± ۵/۴۴	K (اصلاح)
۰/۸	۴۸۶	۲/۶۵	۱/۹ ± ۵/۱۲	۲/۰۷ ± ۵/۹۴	HS (بیماری پنداری)
۰/۲۴	۴۸۶	۱/۱۶	۳/۵ ± ۹/۴	۳/۰۴ ± ۱۰/۰۵	D (افسردگی)
۰/۷۶	۴۸۶	۰/۳	۳/۰۴ ± ۱۰/۹۳	۳/۶۶ ± ۱۰/۷۸	HY (حمله عصبی)
۰/۰۲	۴۸۶	۲/۲	۳/۱۴ ± ۱۰/۰۱	۳/۲۷ ± ۸/۸۹	PD (انحراف روانی اجتماعی)
*۰/۰۰۲	۴۸۶	۳/۰۸	۱/۰۸ ± ۵/۷	۲/۵۲ ± ۶/۳۳	Pa (بدینی شدید)
*۰/۰۰۱	۴۸۶	۳/۱۲	۱/۹ ± ۸/۱	۲/۸۹ ± ۹/۱۱	Pt (ضعف روحی)
۰/۰۱	۴۸۶	۲/۵۵	۳/۱۹ ± ۱۰/۱۲	۴/۱۹ ± ۸/۷۷	SC (اسکیزوفرنی)
۰/۱۸	۴۸۶	۱/۳۲	۲/۳۴ ± ۵/۴۴	۲/۴۸ ± ۴/۹۴	Ma (شیدایی)

L: Lie assessment

Pa: paranoia

HS: hypochondriasis

Ma: Hypo mania

Pd: psychopathic deviate

K: Defensiveness

Sc: schizophrenia

F: Frequency

Pt: psychathenia

Hy: hysteria

## بحث و نتیجه‌گیری

عمومی از زندگی، بدینی، شکایت از دیگران، اضطراب، تشویش و دلهره‌های بیمار گونه در این گروه نسبت به سایر معتادین است. وجود تفاوت معنی‌دار در مقیاس‌های Pa و Pt در دو گروه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در گروه معتادین بدون درد بهتر خواهد شد. این امر خود می‌تواند نشان دهنده این باشد که با کنترل درد این بیماران، علاوه بر اینکه از ابتلاء به اعتیاد در آنها جلوگیری می‌شود، کیفیت زندگی آنها نیز با کنترل درد بهتر شده و خطر ابتلا به بیماری‌های روانی کاهش خواهد یافت. می‌توان این نکته را خاطر نشان کرد که کنترل درد در بیماران یکی از انواع پیشگیری‌های بهداشت روان می‌باشد (۱۶، ۱۷).

نمرات مقیاس‌های Pd، Hy، Sc، Ma در معتادین به مواد افیونی که فاقد درد مزمن جسمانی بودند، بیشتر بود ولی تفاوت در حد معنی‌دار نبود. تحقیقات مشابه دیگر به

مقایسه نتایج آزمون چند وجهی شخصیت در دو گروه مورد مطالعه نشان‌دهنده بالاتر بودن مقیاس L در گروه دارای درد مزمن جسمانی و مقیاس F در گروه بدون درد می‌باشد که حاکی از صداقت، قابلیت اعتماد، آرامی، سادگی و صمیمیت بیشتر گروه دارای درد مزمن جسمانی نسبت به گروه بدون درد است (۹). مقایسه مقیاس K در دو گروه، احساس ناامنی و مشکلات فراوان‌تر در روابط اجتماعی و کنش‌های متقابل خود با دیگران را در گروه بدون درد نسبت به گروه دارای درد مزمن جسمانی نشان می‌دهد (۱۶).

بالاتر بودن نمرات مقیاس‌های بالینی Pa و Pt در معتادین به مواد افیونی همراه با شکایت درد مزمن جسمانی، نشان‌گر رضایت کمتر از وضعیت جسمانی، نارضایتی

گرفته می‌شوند (۱۸). لذا با توجه به اینکه اختلالات روانی در این گروه خفیف‌تر است (۱۹)، انتظار می‌رود، پیش‌آگهی مداخلات دارویی و روان‌شناختی در گروهی که با شکایت اولیه درد جسمانی جهت تسکین به سمت سوء مصرف مواد افیونی منحرف شده‌اند، نسبت به مبتلایان گروه دیگر بهتر باشد (۱۹،۲۰).

در مجموع به نظر می‌رسد، که غربال‌گری روان‌شناختی بیمارانی که برای تسکین درد مزمن جسمانی و غیرسرطانی به سمت سوء مصرف مواد افیونی و بروز رفتارهای معتاد گونه منحرف شده‌اند، به همراه درمان مناسب از نظر تسکین درد و درمان‌های روان‌شناختی در مراکز درمانی، امری قابل توجه و ضروری باشد. بر اساس قوانین فعلی کشورمان تجویز مسکن‌های اپیوئید برای کنترل دردهای مزمن غیرسرطانی مجاز نمی‌باشد (۲۱). لیکن بر اساس نتایج این تحقیق، قانونی شدن درمان دردهای جسمانی مقاوم به داروهای معمولی، با داروهای مسکن اپیوئیدی، در جمعیت مورد مطالعه منطقی به نظر می‌رسد.

### سیاسگذاری

نویسندگان از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، پرسنل محترم درمانگاه ترک اعتیاد بیمارستان امام خمینی و بیمارانی که در اجرای این تحقیق همکاری نموده و جناب آقای مهندس لطیفی برای بررسی آماری این مقاله قدردانی می‌نمایند.

سلامت روانی نسبی و طبیعی‌تر بودن شاخص‌های نیمرخ روانی در گروه معتادان مبتلا به درد جسمانی نسبت به سایر معتادین تاکید نموده‌اند (۱،۲،۳،۴،۹،۱۸). لذا احتمال دارد چنانچه در این مطالعه حجم نمونه افزایش می‌یافت تفاوت معنی‌داری در مقیاس‌های فوق بین دو گروه به وجود می‌آمد. در مصاحبه روانی بیماران مطالعه حاضر، اعتبار و روایی پاسخ‌های مصاحبه در گروه معتادین به مواد افیونی فاقد درد کمتر بود و این بیماران در پاسخ‌های ارایه شده صداقت کمتری داشتند؛ به طوری که پاسخ‌های آنان بیشتر و یا کمتر از حد طبیعی بود. همچنین مشکلاتی که براساس نیمرخ روانی باید مورد توجه بالینی قرار گیرند، فراوانی بیشتری داشته و در مقایسه با گروه معتادین دارای درد مزمن جسمانی، شدیدتر و پایدارتر بودند (جدول ۱).

نتایج مصاحبه روانی نشان داد که اغلب معتادین به مواد افیونی مورد مطالعه، بدون داشتن درد جسمانی به مواد گرایش پیدا کرده و اختلال شخصیت به طور معنی‌داری در گروه بدون درد بیشتر از گروه دارای درد بود. یافته‌های این پژوهش با تحقیقات متعدد دیگری در کشورهای غربی مطابقت دارد. بر اساس این تحقیقات، افراد مبتلا به درد مزمن جسمانی برای تسکین درد به داروهای اپیوئید نیاز دارند و در مراکز درمانی، این داروها برای کنترل درد مزمن جسمانی غیرسرطانی تجویز شده و بیماران از نظر مقدار دارو و احتمال انحراف به سوء مصرف تحت نظر

## References

1. Saeidian SR, Ashrafi S, Pakseresht S, Saiiah Bargard M. Occurrence of Opium abuse among patients with chronic physical pain as a misleading cause in addiction treatment center of Imam hospital in Ahwaz University. *Journal of Mashhad Medical School* 2011; 54(2): 86-90 [Persian].
2. Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, Milani B, Schotten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2011; 25(1): 6-18.
3. Roman D, Jovy M. opioids, pain and addiction. Pain pathways and pathophysiology. 2<sup>nd</sup> ed., Toronto, Canada, Rogers Media, 2002; pp1-7.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9<sup>th</sup> ed., Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2009; pp321-24.
5. Roman D, Jovy M. Opioids, pain and addiction. in *Managing Pain*. 2<sup>nd</sup> ed., Toronto, Canada, Rogers Media, 2002; pp63-76.
6. Graham J. Guidance for MMPI-2 for personality evaluation and psychological pathology. 2<sup>nd</sup> ed., Translated by Yaghoobi H, Kafi M. Tehran, Iran, Arjomand, 2006; pp76-111 [Persian].
7. Schreckenberger M, Klega A, Gründer G, Buchholz HG, Scheurich A, Schirrmacher R, et al. Opioid receptor PET reveals the psychobiologic correlates of reward processing. *J Nucl Med* 2008; 49(8): 1257-61.
8. Roman D, Jovy M. Chronic non-cancer pain. *Managing Pain*. 2<sup>nd</sup> ed., Toronto, Canada, Rogers Media, 2002; pp113-29.
9. Mailis GA. Opioid Use And Abuse: Is There a Problem? *Clin J Pain* 2007; 23: 661-2.
10. Rajaie A. drug dependence, ethiology, treatment and prevention. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2000; 7-8: 90-99 [Persian].
11. Fox OD. Equations for prorating the symptom validity scale (FBS) for the 370-item MMPI-2. *Clin Neuropsychol* 2010; 24(7): 1238-42.
12. Zubeidat I, Sierra J, Salinas JM, Rojas A. Reliability and validity of the Spanish version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A). *J Pers Assess* 2011; 93(1): 26-32.
13. Mirzamani S, Besharat M. A study of the validity scales of the Persian form of mmpi. *Journal of Psychology and Educational Science* 1990; 31(2): 79-97 [Persian].
14. Sharifi, Pasha H. Principles of psychological evaluation. 10<sup>th</sup> ed., Tehran, Roshd, 2005. [Persian].
15. Kutsal E, Pasli F, Isikli S, Sahin F, Yilmaz G, Beyazova U. Preliminary Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Turkey. *J Interpers Violence* 2010; 26(14): 856-65.
16. Noorbala A, Fakhraie SA. Surveying the frequency of psychiatric symptoms among senior medical and non-medical



- students of Tehran University. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2002; 7(3(27)): 30-7 [Persian].
17. Kaviani H, Moosavi A, Moin A. psychological interview and tests. 2009; Fana 250-5 [Persian].
  18. Mailis-Gagnon A, Nicholson K. On the nature of nondermatomal somatosensory deficits. *Clin J Pain* 2011; 27(1): 76-84.
  19. Fishman SM. Strategies for selecting treatment and mitigating risk in patients with chronic pain. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(1): e02.
  20. Frei M. Opioid dependence - management in general practice. *Aust Fam Physician* 2010; 39(8): 548-52.
  21. Shahri G, Tahsildoost F, Samadi Ahari M, Kakai Afshar H, Rahimi Esfahani A. Psycho trope drugs. The Iranian penal code. Vol 2, Tehran, Vice chairman in judicature, 2009; pp1465-73 [Persian].

Archive of SID

## A Comparative Study on the Personality Traits of Opioid- Dependents with and without Somatic Chronic Pain Complaints

Saeidian S.R., Ph.D.,<sup>1\*</sup> Saiiah-Bargard M., M.D.,<sup>2</sup> Ashrafizadeh S.S., M.Sc.,<sup>3</sup> Pakseresht S., Ph.D.,<sup>4</sup> Haghdoost M.R., M.A.,<sup>5</sup> Boostani H., Ph.D.,<sup>4</sup> Latifi S.M., M.Sc.<sup>6</sup>

1. Assistant Professor of Physical Medicine & Rehabilitation, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
2. Assistant Professor of Psychiatry, Medical Education Development Center, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
3. Instructor, Dep. of Social Medicine, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
4. Assistant Professor of Psychiatry, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
5. Psychologist, Golestan Hospital, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
6. Instructor, Dep. Biostatistics, School of Health, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

\* Corresponding author; e-mail: seyedrezasaeidian@yahoo.com

(Received: 29 May 2011

Accepted: 27 June 2012)

### Abstract

**Background & Aims:** Some people use opioid substances to relief their chronic somatic pains. There are differences in the personality traits of this individuals and others who abuse opioid substances. The purpose of the present study was to compare these two groups in regard to their personality traits and disorders.

**Methods:** In a cross-sectional study between 2007 to 2011, all patients referred for drug quit to the outpatient addiction clinic of Imam Hospital affiliated to Jundishapur University were investigated demographically. In addition, all of them underwent physical examination, MMPI test and psychiatric interview. Then they were divided into two groups of "with pain complaint" and "without pain complaint". Their personality traits were compared using t-test and  $\chi^2$ .

**Results:** The total number of patients was 488, including 478 males and 10 females. Mean scores of Psychasthenia (pt) and paranoia (Pa) indexes in the patients who suffered from chronic non-cancer pain was lower in comparison to the patients without pain complaint. Based on the results of psychological interview, the prevalence of personality disorder was higher in the "without pain" group. Patients with chronic pain had higher educational degrees and they were more likely under the influence of their friends at the onset of opioid abuse.

**Conclusion:** In the present study those who used opioid for pain relief, had healthier psychiatric profiles and personalities. Their psychiatric interviews were more valid and reliable and their psychological problems were less than the other group and their addiction was a maladaptive behavior.

**Keywords:** Substance abuse, Chronic pain, Mental disorders