

## بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

زینب پارسانی<sup>۱</sup>، مهری فیروزه<sup>۱</sup>، لیلا تک فلاح<sup>۲</sup>، سعید محمدی سمنانی<sup>۳</sup>، الهه جهان<sup>۴</sup>، عاطفه امامی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

<sup>۲</sup> مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

<sup>۳</sup> عضو هیئت علمی، دانشگاه سمنان

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی پرستاری، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

<sup>۵</sup> دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

### چکیده

**سابقه و هدف:** مشکل اعتیاد به مواد مخدر، یک مشکل جهانی می باشد و بررسی های علمی نشان داده است که پیشگیری از اعتیاد به مراتب آسان تر از درمان است. لذا با توجه به اهمیت حیاتی این پدیده درصدد برآمدیم تا تحقیقی در زمینه خصوصیات شخصیتی افراد معتاد انجام دهیم، تا با شناخت بیشتر خصوصیات شخصیتی افراد معتاد بتوان اقدامات پیشگیری بهتری به عمل آورد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۲۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر سمنان با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسش نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش نامه مینی مالت بود که فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا می باشد.

**یافته ها:** ۷۵/۲ درصد از بیماران معتاد، مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۵۶/۴ درصد اسکیزوفرنی، ۷۰/۳ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید و ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف همزمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و اسکیزوفرنی ارتباط آماری معنی داری دیده شد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به نظر می رسد مداخلات روانپزشکی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارودرمانی کاملاً ضروری و لازم می باشد.

**واژگان کلیدی:** اختلال شخصیت، اختلال سوء مصرف مواد.

### مقدمه

مشکلی جهانی بوده و یکی از معضلات بهداشتی- درمانی جوامع مختلف محسوب می شود و کمتر کشوری را در دنیا می توان یافت که از این آسیب در امان باشد (۲). اعتیاد یکی از چهار بحران جهان است که گردش مالی آن بیش از ۱۶۰۰ میلیارد دلار در سال است. این پدیده ای است که حداقل از ۲۰۰ میلیون شهروند جهان گرفتار آسیب های جدی آن هستند (۳). بحران اعتیاد مثل بحران های دیگر مانند تخریب محیط زیست، فقر و قحطی، جنگ و خونریزی و ظهور بیماری های نوپدید سلامت جوامع بشری را تهدید می نماید و منجر به

اعتیاد مصرف تکراری مواد است، به صورتی که باعث شکست در کار، تحصیل، نقش های خانوادگی یا موقعیت های حساس مثل رانندگی با اتومبیل شده یا مشکلات قانونی مربوط به مصرف مواد ایجاد می کند (۱). مشکل اعتیاد به مواد مخدر،

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، زینب پارسانیا

(email: parsa\_7279@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۸/۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۷

جبری، اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوفرنی و هیپومانیا بودند. در مطالعه حاضر چهار اختلال که شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوفرنی و هیپومانیا بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی اعتبار بخش اول پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و در مورد اعتبار مینی مالت، نتایج پژوهش‌هایی که در سطح بین‌المللی منتشر شده موید اعتبار مقیاس‌ها در سطح معنی‌دار ۰/۰۱ بود. در مورد اعتماد علمی مینی مالت، کینکانن (kincannon) مینی مالت را بر روی بیماران روانی بستری مورد مطالعه قرار داد و رابطه آن را با فرم بلند MMPI مقایسه نمود و به این نتیجه رسید که در مینی مالت فقط ۹٪ کاهش در پایایی وجود دارد (۸). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران، توسط دکتر محمد تقی براهنی، دکتر جعفر بوالهروی، دکتر رضا زمانی و سایر همکاران ترجمه و بر روی گروهی از جمعیت عمومی شهر تهران مورد هنجاریابی قرار گرفت. روش نمره‌گذاری آزمون با استفاده از صفحه‌های نمره‌گذاری دستی که توسط سیستم ملی کامپیوتر Ncs (National computer system) عرضه می‌شود انجام شد. موسسه Ncs برگه مخصوص برای مقیاس‌های اعتباری و بالینی استاندارد و انواع مقیاس‌های تکمیلی ارائه کرده است. هر صفحه نمره‌گذاری بر روی ورقه پاسخنامه که مخصوص نمره‌گذاری دستی طراحی شده است، قرار داده می‌شود. تعداد خانه‌های سیاه شده شمرده می‌شود و به عنوان نمره خام مقیاس مورد نظر در نظر گرفته می‌شود. هر برگه نیمرخ دارای نمره T می‌باشد که در هر دو سمت برگه نیمرخ ثبت شده است. بنابراین می‌توان نمره‌های خام هر مقیاس را با نمایش دادن نمرات بر روی برگه نیمرخ به نمرات T تبدیل کرد. نمرات T دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است. بنابراین نمره T برابر ۵۰ در هر مقیاس حاکی از آن است که نمره فرد برابر با نمره متوسط یا میانگین آزمودنی‌های هنجاری هم‌جنس با آزمودنی است. نمره‌های بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های بالاتر از متوسط نمونه هنجاری و نمره‌های پایین‌تر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های پایین‌تر از متوسط نمونه هنجاری است. نمرات T بالاتر از ۷۰ موید وجود اختلال روانی می‌باشد (۹).

### یافته‌ها

بیشتر بیماران معتاد (۷۷/۷ درصد) مذکر، ۵۲/۵ درصد متأهل، ۶۰/۹ درصد دارای شغل آزاد، ۴۲/۶ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۴۰ درصد درآمد ماهیانه بین ۲۵۰ تا ۴۰۰ هزار تومان و ۴۸/۵ درصد بین ۲۵ تا ۳۰ سال سن داشتند. در

مشکلات و معضلات خانوادگی، فساد و جرایم و بی‌ثباتی سیاسی و اقتصادی جامعه می‌شود (۲). اهمیت موضوع اعتیاد در ایران به جهت شیوع گسترده آن در بین افراد جامعه است (۴). گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و متأسفانه همین گزارش ذکر می‌کند که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در رتبه‌های بعدی جای دارند (۵). تقریباً در تمام نوشته‌های مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیت به عنوان عاملی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد ذکر می‌شود که میان آمده است، به عبارت دیگر عده کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسایی‌ها و ناپختگی‌های شخصیتی بوده از طریق برخورد و ایجاد رابطه وابستگی با افراد معتاد دیگر به این راه سوق داده می‌شوند (۶). وارکاردلیس (۲۰۰۶) موارد روانشناختی در بروز وابستگی به مواد را عدم تحمل ناامیدی و درد، کمبود موفقیت در زندگی، کمبود ارتباطات پرمعنی و بامحبت، اعتماد به نفس پایین و تمایل طبیعی به ریسک کردن عنوان می‌کند (۷). بررسی‌های علمی نشان داده است که پیشگیری از اعتیاد به مراتب آسان‌تر از درمان معتاد است و انجام پیشگیری نیاز به دانستن آگاهی از جنبه‌های شخصیتی، اجتماعی و علمی اعتیاد دارد تا بتواند به نحو موثری این هدف را تأمین کند. لذا با توجه به اهمیت حیاتی این پدیده و تأثیر آن بر رشد همه جانبه درصد برآمدیم تا تحقیقی در زمینه فعلی انجام دهیم تا با شناخت بیشتر خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد بتوان اقدامات پیشگیری بهتری به عمل آورد.

### مواد و روشها

این مطالعه توصیفی-همبستگی به منظور بررسی اختلالات روانی در افراد معتاد انجام گردید. به این منظور، ۲۰۰ نفر از بیماران معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر سمنان با روش نمونه‌گیری آسان از بیماران در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه دو قسمتی بود. بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه مینی مالت (minimult) بود که فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا (Minnesota Multi phase personality Inventory) بود. مقیاس‌های بالینی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود شامل خود بیمارنگاری، افسردگی، اختلال شخصیت نمایشی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت وسواسی-

معنی‌داری دیده شد ( $p < 0.05$ ). با توجه به اینکه اختلال شخصیت ضداجتماعی از بالاترین درصد ابتلا در بین نمونه‌های پژوهش برخوردار بود، ارتباط مشخصات دموگرافیک با اختلال شخصیت ضداجتماعی در جدول ۲ خلاصه شده است.

**جدول ۲- توزیع فراوانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر سمنان بر حسب ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی**

p-value	شخصیت ضداجتماعی		جمع
	دارد	ندارد	
۰/۰۲	<b>جنس</b>		
	مونث	۲۷(۶۲/۸)*	۴۳(۱۰۰)
	مذکر	۱۳۷(۸۷/۳)	۱۵۷(۱۰۰)
	جمع	۱۶۴(۷۵/۱)	۲۰۰(۱۰۰)
۰/۰۱	<b>مدت استفاده</b>		
	کمتر از ۵ سال	۵۶(۶۳/۶)	۳۲(۳۶/۴)
	بیش از ۵ سال	۹۱(۸۱/۳)	۲۱(۱۸/۷)
	جمع	۱۴۷(۷۲/۴)	۵۳(۲۷/۶)
	جمع	۱۶۴(۷۵/۱)	۲۰۰(۱۰۰)
۰/۰۲	<b>وضعیت شغلی</b>		
	بیکار	۱۰۸(۸۷/۸)	۱۵(۱۲/۲)
	شغل آزاد	۴۷(۸۵/۶)	۸(۱۴/۴)
	کارمند	۹(۶۰)	۶(۴۰)
	بازنشسته	۴(۵۷/۱)	۳(۴۲/۹)
	جمع	۱۶۸(۷۲/۶)	۳۲(۲۷/۴)
۰/۰۳	<b>مصرف هم زمان از چند ماده</b>		
	۱ تا ۳ ماده	۶۶(۶۹)	۳۰(۳۱)
	بیش از ۳ ماده	۸۳(۷۹/۸)	۲۱(۲۰/۲)
	جمع	۱۴۹(۷۴/۴)	۵۱(۲۵/۶)

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

### بحث

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر شیوع بالای اعتیاد در میان مردان و افراد متاهل بود. این یافته‌ها با بررسی‌های انجام شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد هم‌خوانی دارد. بر اساس تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۷۰ درصد معتادان افراد متاهل می‌باشند (۱۰).

در مطالعه حجتی و همکاران، ۸۸ درصد از معتادان را مردان تشکیل می‌دادند و ۵۴ درصد از افراد معتاد متاهل بودند (۱۱).

۶۹/۳ درصد موارد سن شروع مصرف مواد مخدر کمتر از ۲۳ سال بود و ۵۶ درصد بیش از پنج سال از مواد مخدر استفاده می‌کردند. بیشتر معتادان (۵۲ درصد) بیش از سه نوع ماده مخدر تریاک، کراک، حشیش و شیشه استفاده کرده بودند.

**جدول ۱- مشخصات دموگرافیک بیماران معتاد**

جنسیت	تعداد	درصد
زن	۴۳	۲۲/۳
مرد	۱۵۷	۷۷/۷
سن(سال)		
کمتر از ۲۰	۴۱	۲۱/۳
۲۰-۲۵	۴۸	۲۳/۸
۲۵-۳۰	۹۸	۴۸/۵
بالاتر از ۳۰	۱۳	۶/۴
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۰۶	۵۲/۵
مجرد	۶۷	۳۳/۲
مطلقه و بیوه	۲۷	۱۴/۳
وضعیت شغلی		
بیکار	۱۲۳	۶۰/۹
شغل آزاد	۵۵	۲۷/۲
کارمند	۱۵	۷/۴
بازنشسته	۷	۴/۵

۶۰ درصد معتادان، مهم‌ترین عوامل را در شروع مصرف مواد مخدر رفتار نامناسب والدین به خصوص تنبیه و دشنام در دوران کودکی، دوستان ناباب و بیکاری بیان کرده بودند. اکثر آنها (۶۹/۸ درصد) بیان کردند که تهیه مواد مخدر برای آنها آسان و در دسترس بوده است. مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است.

هدف پژوهش، بررسی اختلالات روانی در بیماران معتاد و سنجش ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک بود. ۷۵/۲ درصد بیماران معتاد، مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۵۶/۴ درصد اسکیزوفرنی، ۷۰/۳ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید و ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف هم‌زمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و اسکیزوفرنی ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ( $p < 0.05$ ). همچنین بین وضعیت شغلی، مصرف هم‌زمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلال هیپومانیا ارتباط آماری

۵۶/۴ درصد دارای علائم اسکیزوفرنی و ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. پژوهشی نشان داده که ۸۰ درصد معتادان دارای خصوصیات اختلالات خلقی، انحرافات سایکوتیک و اسکیزوفرنی هستند (۲۰). مطالعه سالمن و همکاران بیانگر درصد بالای سایکوز در معتادان به خصوص سوء مصرف کنندگان حشیش بود (۱۵). تحقیق میلر و همکاران نیز بیانگر ۶۰ درصد اختلال شخصیت پارانویید در افراد معتاد بود (۲۱). از عوارض مصرف حشیش و سایر مواد توهم‌زا ایجاد اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، اضطراب و افکار پارانویید می‌باشد (۲۲). در مطالعه بال و همکاران بیش از ۵۰ درصد معتادان، مبتلا به مشکلات روانی و اجتماعی بودند. در آن مطالعه مهم‌ترین عاملی که با ایجاد و تداوم اختلالات روانی ارتباط معنی‌داری داشت، عدم انگیزه، علاقه و همکاری جهت تغییر شرایط ایجاد شده بود (۲۳). در مطالعه حاضر، ۶۰ درصد افراد معتاد، مهم‌ترین علل را در شروع مصرف مواد مخدر رفتار نامناسب والدین به خصوص تنبیه و دشنام در دوران کودکی، دوستان ناباب و بیکاری بیان نمودند. رایست و همکاران مهم‌ترین عامل اعتیاد به مواد را سوءرفتارهای جسمی، جنسی و عاطفی در دوران کودکی می‌دانند. طرد شدن و مورد توهین و ناسزا قرار گرفتن در دوران کودکی باعث ایجاد حس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، شرم، تردید و ناامیدی در دوران بزرگسالی می‌شود و منجر به کاهش اعتماد به نفس می‌گردد که این عوامل نقش مهمی در شروع اعتیاد دارند (۲۴). با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به نظر می‌رسد، مداخلات روانپزشکی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارو درمانی کاملاً ضروری و لازم می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش در زمینه بهداشت روان و پیش‌گیری اولیه و ثانویه کاربرد دارد. ضروری است کارشناسان قبل از دادن مشاوره، ارزیابی جامعی از شخصیت زمینه‌ای فرد معتاد به دست آورند تا تاثیر درمان و ترک مواد مخدر موثرتر و پایدارتر گردد.

### تشکر و قدردانی

لازم دانستیم که مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاران محترم مراکز ترک اعتیاد آفتاب، مهر و طلوع سبز در استان سمنان داشته باشیم.

### REFERENCES

- Fontain KL, Ed. Mental health nursing. 5<sup>th</sup> ed. London: Prentice Hall; 2007.
- Ghoreishizade MA, Torabi K. The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the referrals drug rehabilitation centers in Tabriz. Journal of Tabriz University of Medical Science 2003; 24: 49-53. [In Persian]

در مطالعه جانجی در هند نیز ۹۱ درصد از معتادان مرد و ۵۸/۷ درصد متاهل بودند (۱۲). در پژوهش حاضر، اکثریت (۴۸/۵ درصد) نمونه‌ها بین سنین ۲۵-۳۰ سال سن داشتند که با نتایج مطالعات حجتی، اختیاری و مولوی هم‌خوانی دارد (۱۱،۱۳،۱۴). بر اساس مطالعه سالمن و همکاران، وابستگی و سوء مصرف مواد که یکی از علل مهم مرگ و میر و صدمه مغزی می‌باشد، در آمریکای شمالی، اروپا و سایر مناطق به خصوص در بین جوانان افزایش چشم‌گیری پیدا کرده است (۱۵). با توجه به این که کشور ما دارای جمعیت جوان است، اعتیاد به عنوان خطرناک‌ترین معضل جامعه به خصوص برای جوانان بوده و این قشر را تبدیل به یک نیروی منفی و مخرب نموده و این امر لزوم برنامه‌های جامع مبارزه با مواد مخدر را مطرح می‌سازد (۲). اختلال شخصیت ضداجتماعی با فراوانی ۷۵/۲ درصد شایع‌ترین اختلال در بین نمونه‌ها بود. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف هم‌زمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضداجتماعی ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ( $P < 0/05$ ). در مطالعه مولوی، ۵۴ درصد از افراد معتاد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند و بین مصرف هم‌زمان از چند نوع ماده مخدر و اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۴). در مطالعه هندریک، شایع‌ترین اختلال در بین افراد معتاد، اختلال شخصیت ضداجتماعی با بروز ۸۰ درصد گزارش گردید (۱۶). تحقیق کاظمی و قربانی بیانگر اضطراب و آسیب‌پذیری فراوان و انعطاف‌پذیری و صفت باوجدان بودن کمتر در سطح معنی‌دار در افراد معتاد بود (۱۷). نتایج فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شایعی در بین زندانیان و وابستگان به مواد است. فقدان وجدان و زیر پا نهادن حقوق دیگران، عبرت نگرفتن از تنبیه و مجازات، ویژگی‌های مبتلایان به این اختلال است. برآورد شده ۳۵ تا ۶۰ درصد مبتلایان به سوء مصرف مواد دارای علائمی از اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند (۱۸). در مطالعه‌ای که بال و همکاران بر روی افراد بی‌خانمان سوء مصرف کننده مواد انجام دادند، ۷۴ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانویید، ۴۷ درصد اختلال شخصیت ضداجتماعی و ۵۶ درصد مبتلا به سایکوز بودند (۱۹) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه حاضر، ۷۰/۳ درصد نمونه‌ها دارای علائم اختلال شخصیت پارانویید،

3. Hashemi A, Ed. A new way in fighting against opioid drug .. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: commutate of fighting against opioid drug; 2004. [In Persian]II
4. Nemati F, Ed. Ways to avoid and treatment of addiction. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: conference of Social Pathology in Iran ; 2002. [In Persian]
5. Askari S, Amini F, Nadery GH, Ruzbehani R. Contact Addiction Risk Factors For Cardiovascular Disease. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009; 15: 40 -45. [In Persian]
6. Kaplan H, Sadock B, Eds. Synopsis of psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: lippincott Williams&wikins ;2007.
7. Varcarolis E. Foundation of psychiatric mental health nursing. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.
8. Fillenbaum GG, Pfeiffer E. The minimult: a Cautionary note. J Consult Clin Psychol 1970; 44: 698-708.
9. Graham J, Ed. MMPI-2 assessing personality and psychopathology. Yaghobi H, Kafee M, translator. Tehran: Arjmand Publishing; 2000. [In Persian]
10. Din Mohamadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. Social and environmental factors affecting this trend opium drug addicts to accept treatment and follow up introduction welfare organization of Zanjan. Journal of Zanjan Ud niversity of Medical Science. 2008; 15: 49-85. [In Persian]
11. Hojati H, Alestuni S. The relationship between mental health and quality of life in addict population. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences. 2010; 18: 207-14. [In Persian]
12. Sonali JH, Hem S. Demographic and clinical characteristics of opioid drug users in a community mobile clinic. The Canadian Journal of Addiction Medicine 2009; 1: 13-49.
13. Ekhtiari H. Qualitative study of garlic in the treatment of addiction related materials afyuni seekers women in Tehran. Journal of addiction 2009; 2: 40-47. [In Persian]
14. Molavi P, Sadeghi F, Abolhasanzade M, Mashofi M, Mohamadnia H, Deilami P, et al. Personal disorder in a addict population to the referrals drug rehabilitation centers in Ardebil. Journal of Ardebil University of Medical Sciences 2009; 9: 325-33. [In Persian]
15. Suleman A, Antonio P. Clinical Observation of the relationship between cannabis use and psychosis and alcohol use and depression. The Canadian Journal of Addiction Medicine 2009; 1: 13-49. [In Persian]
16. Hendrik VM. Psychiatric disorder in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM3 Diagnosis. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 158-65.
17. Kazemi H, Ghorbani M. A comparson of personal characteristic between addict and non addict population. J Psychiatry 2006; 11: 137-49.
18. Louisa MC, van Den B, Roel V. Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. Curr Opin Psychiatry 2007; 20: 67-71.
19. Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'neall TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Compr Psychiatry 2005; 46: 371-79.
20. Westermeyer J, Eames SL, Nugent S. Co-morbid dysthymia and substance disorder. Am J Psychiatry 1998; 155: 1556-60.
21. Miller S, Brown J, See C. A preliminary study identifying risk factor in drop out from a prison the rapeutic community. J Clin Sci Med 2001; 11: 189-97.
22. Hoover A. Cannabis- Marijuana: addiction treatment and recovery. Philadelphia, Pennsylvania: Caron treatment center; 2006. p.5-23.
23. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment, symptoms, personality and motivation. Addict Behav 2006; 31: 320-30.
24. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse Negl 2009; 33: 59-68.