



Abnormal Personality Patterns and Their Clinical Symptoms in Psychiatric Patients and Those Diagnosed Both Psychiatric and Substance Use Disorders

Haniyeh Atashipour¹; Zeinab Khosrojerdi²; Ehsan Taheri³; Freshteh Momeni⁴

Abstract

The purpose of this research was to compare abnormal personality patterns and clinical symptoms of patients with psychiatric disorders and patients with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorders. To do the research, a post-hoc-comparative approach was applied to 200 convenient samples, including 100 patients with psychiatric disorders and 100 ones with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorder. The samples were chosen from patients admitted to psychiatric hospitals in Tehran, from April 2018 to March 2019. In order to collect the data, Demographic Information Questionnaire, Millon Clinical Multiaxial Inventory III. and Mental Status Examination based on DSM-V criteria were applied. The results which were analyzed by Multivariate Analysis of Variance showed a meaningful difference between the two groups in terms of abnormal personality patterns and Milon's clinical symptoms. According to the findings, it is recommended that the difference in the abnormal personality patterns and clinical symptoms of the two groups be taken into consideration in the pharmacological and psychotherapy interventions of psychiatric disorders and comorbid disorders with substance use. Therefore, considering this dimension of disorders can lead to choosing a more comprehensive treatment approach.

Keywords: Abnormal personality patterns, Clinical symptoms, psychiatric \ substance use disorder

¹ Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

² Corresponding Author: Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran ✉

³ Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد

هانیه آتشی پور^۱، زینب خسروجردی^{۲*}، احسان طاهری^۳، فرشته مومنی^۴

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع مقایسه ای-پس رویدادی است. برای انتخاب نمونه، از میان بیماران بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷، ۲۰۰ بیمار شامل ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و ۱۰۰ بیمار با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه چندمحوری میلون ۳ و معاینه وضعیت روانی بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در ارتباط با الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی میلون تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به یافته‌ها، توصیه می‌شود در مداخلات دارویی و روان‌درمانی اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات همبود با مصرف مواد، تفاوت در الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی دو گروه مورد توجه قرار گیرد. بنابراین لحاظ کردن این بعد از اختلالات، می‌تواند به انتخاب رویکرد درمانی جامع‌تری منجر شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال روان‌پزشکی، اختلال مصرف مواد، الگوهای ناهنجار شخصیت، نشانگان بالینی

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ✉

^۲دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

مقدمه

اختلالات روانی تهدیدی جدی برای سلامت روان و کیفیت زندگی فرد به شمار می‌روند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلال روانی را مجموعه علائمی می‌داند که با آشفتگی بالینی قابل توجه در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، بیولوژیکی یا رشدی را که زیربنای کنش‌وری ذهنی هستند، منعکس می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۵).

مسلماً ابتلای فرد به اختلال روانی پیامدهای ناخوشایند بسیاری برای وی به همراه خواهد داشت. این پیامدها زمانی به اوج می‌رسد که فرد به‌طور هم‌زمان دچار دو یا چند اختلال روانی باشد. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای تشخیص‌های دوگانه در مقایسه با افراد مبتلا به یک اختلال واحد، مشکلات بیشتر و شدیدتری داشته و نسبت به درمان مقاوم‌تر هستند. همچنین، این افراد در مقایسه با مبتلایان به یک اختلال روانی، در معرض خطر افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، خشونت بین فردی و بستری بیشتر در بیمارستان قرار دارند (یانگ، هافرمن، بورشمن، آگلوف و همکاران^۱، ۲۰۱۸، لئو، بتیس و برک^۲، ۲۰۲۰).

یکی از اختلالاتی که همبودی بالایی با سایر اختلالات روانی دارد، اختلال مصرف مواد است. منظور از اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده توسط فرد، به‌رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. تشخیص اختلال مصرف مواد برای تمامی طبقات مواد از جمله الکل، حشیش، توهم‌زها، مواد استنشاقی، مواد افیونی، داروهای رخوت‌زا، خواب‌آور، ضد اضطراب، مواد محرک و توتون قابل‌استفاده است (سادوک، سادوک و روئیز^۳، ۲۰۱۵). اختلال مصرف مواد می‌تواند مشکلات و آسیب‌های بی‌شماری را به فرد و جامعه تحمیل کند. به نظر می‌رسد اختلالات دوگانه‌ای که شامل اختلال مصرف مواد می‌باشند، مشکلات بیشتری به بار می‌آورند و از پیش‌آگهی ضعیف‌تری برخوردارند (استرگارد^۴، ۲۰۱۷). هم‌چنین بیماران بستری با تشخیص هم‌زمان اختلال مصرف مواد با افزایش عوارض ناشی از اختلال، مرگ و میر و هزینه‌های درمانی بالاتر همراه هستند (تروبریج، وینستین، کرنسکی، روی^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو، ابتلای فرد به اختلال مصرف مواد نیازمند توجهی ویژه است.

در بیماران روان‌پزشکی بستری، اختلال مصرف مواد به‌عنوان یک اختلال همبود قابل‌ملاحظه مطرح شده است؛ شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال مصرف مواد شامل اختلالات سایکوتیک، خلقی، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی است (هانت، لارج، کلری، لای و ساندرز^۶، ۲۰۱۸؛ هانت، مالهی، لای و کلری^۷، ۲۰۲۰؛ پارمر و کلویا^۸، ۲۰۱۸).

1 American Psychiatric Association
 2 Young, Heffernan, Borschmann, Ogloff
 3 Liu, Bettis & Burke
 4 Sadock, Sadock & Ruiz
 5 Østergaard
 6 Trowbridge, Weinstein, Kerensky, Roy
 7 Hunt, Large, Cleary, Lai & Saunders
 8 Hunt, Malhi, Lai & Cleary
 9 Parmar & Kaloiya

علی‌رغم همبودی نسبتاً بالای اختلال مصرف مواد با اختلالات روانی بعید به نظر می‌رسد که رابطه میان آن‌ها رابطه‌ای علت و معلولی باشد؛ به این معنا که اختلالات روانی نقش علی قطعی در بروز اختلال مصرف مواد داشته باشند؛ چون در آن حالت می‌بایست در تمامی موارد اختلالات روانی یا حداقل در برخی از آن‌ها شاهد حضور همیشگی اختلال مصرف مواد می‌بودیم. در حالی که به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل روانی و شخصیتی در کار باشند که موجب می‌شوند برخی مبتلایان به اختلالات روانی دچار اختلال مصرف مواد شوند و برخی مبتلا نشوند. مرور پیشینه پژوهش حاکی از آن است که بیشتر تحقیقات انجام شده در این زمینه بر صفات شخصیتی چون ثبات هیجانی (روان رنجور خوبی)، گشودگی به تجربه، درونگرایی-برونگرایی و ویژگی‌های روانی چون عزت‌نفس، تاب‌آوری، خودتنظیمی هیجانی، اعتماد به نفس متمرکز بوده‌اند (ترول، فریمن، وبارث، کوات^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و به متغیرهای مهمی چون الگوهای نابهنجار شخصیت و نشانگان بالینی توجه شایانی مبذول نداشته‌اند. در خصوص الگوهای نابهنجار شخصیت می‌توان به اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، اسکیزوتایپال، پارانوئید، نمایشی، ضداجتماعی، خودشیفته، مرزی، وابسته، وسواسی-جبری، اجتنابی و منفعل پرخاشگر اشاره کرد و در ارتباط با نشانگان بالینی نیز می‌توان مواردی چون اضطراب، افسردگی، وسواس، علائم جسمانی شکل، اختلال دوقطبی و اختلال استرس پس از سانحه را نام برد. در پژوهش‌های پیشین صرفاً به مواردی چون اختلالات سایکوتیک، خلقی، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی اشاره شده است (هله^۲، ۲۰۱۹). هم چنین مطالعات نشان می‌دهند اختلال شخصیت ضداجتماعی، پیش‌بین قوی مصرف مواد در آینده بوده و با شدت مصرف مرتبط است (برنان، هاید و سامرز^۳، ۲۰۱۷؛ جونز و مک کانز^۴، ۲۰۱۹). کاک و والتز^۵ (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی، همبودی بالایی با اختلال مصرف مواد دارند. شیویاری، صفاریانی و رستم زاده (۲۰۱۷) نیز در تحقیق خود نشان دادند که در افراد دارای اختلال مصرف مواد، اختلالات شخصیتی از جمله اختلال شخصیت افسرده، ضداجتماعی، پرخاشگر (دیگر آزار)، وسواسی-جبری، مرزی، اسکیزوتایپال و اسکیزوتایپال تشخیص‌های شایعی هستند. بر این اساس، پژوهش حاضر درصدد آن است که از طریق مقایسه الگوهای نابهنجار شخصیت و نشانگان بالینی در افراد مبتلا به یک اختلال روانی خاص و افراد با تشخیص دوگانه (اختلال روانی توأم با اختلال مصرف مواد) گامی مؤثر در جهت افتراق بالینی دقیق‌تر دو گروه مذکور بردارد. با توجه به پژوهش‌های پیشین، برای بررسی این موضوع که ویژگی‌های نابهنجار و نشانگان مرتبط با آن اختلالات چگونه با ابتلای هم‌زمان به مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی مرتبط هستند؛ می‌توان دو فرضیه مطرح نمود: ۱- بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران دارای تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد

1 Trull, Freeman, Vebares, Choate

2 Helle

3 Bernan, Hyde, Sommers

4 Jones, McCance

5 Köck & Walter

۳۴..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

از نظر الگوهای ناهنجار شخصیت با یک دیگر تفاوت دارند. ۲- بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران دارای تشخیص هم زمان اختلال روان پزشکی و اختلال مصرف مواد^۱ از نظر نشانگان بالینی با یک دیگر تفاوت دارند.

روش

طرح تحقیق در این پژوهش از نوع مقایسه ای-پس رویدادی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد که از طریق نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۰۰ بیمار (شامل ۱۰۰ بیمار برای گروه ۱ (طیف سایکوز و خلقی) و ۱۰۰ بیمار برای گروه ۲) که به مدت یک ماه در بیمارستان بستری بودند، انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مرتبط پیشین و به وسیله «فرمول تعیین حجم نمونه با استفاده از اختلاف میانگین‌ها» و با احتساب ۱۵٪ ریزش تعیین گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش برای شرکت‌کننده‌ها، حداقل ۱۸ سال سن، داشتن ۸ کلاس سواد (پرسشنامه در صورت نیاز، توسط ارزیاب برای افراد خوانده می‌شد) و همکاری و رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش بود. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا از دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران، معرفی‌نامه‌های لازم برای همکاری بیمارستان‌های روان پزشکی سطح شهر تهران اخذ شد، سپس به بیمارستان‌های موردنظر رفته و برای جلب مشارکت در تحقیق رایزنی‌های لازم صورت گرفت. در نهایت سه بیمارستان حاضر به همکاری شدند. بیماران موردنظر از بخش‌های بستری انتخاب می‌شدند، بنابراین پیش از شرکت در پژوهش حاضر، توسط روان‌پزشک و روانشناس بخش ویزیت شده بودند و تشخیص مربوطه توسط آن‌ها در پرونده درج شده بود؛ بنابراین، افراد بر اساس سوابق تشخیصی، پرونده پزشکی و تشخیص بالینی روان‌پزشک بر پایه ملاک‌های DSM-5² در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. از آنجاکه نمونه حاضر از بخش‌های بیماران طیف سایکوز و خلقی انتخاب می‌شدند، هم در گروه ۱ و هم در گروه ۲، طیف سایکوز و خلقی را داشتیم؛ بنابراین، دو گروه خود به خود از نظر نوع داروی مصرفی کنترل می‌شدند. پس از اجرای آزمون میلون، نتایج مورد بررسی قرار گرفت و تنها افرادی وارد مرحله تحلیل آماری شدند که حداقل در یکی از مقیاس‌های نشانگان بالینی یا الگو شخصیت نمره ۶۰ یا بیشتر را کسب کردند. با توجه به این که ۵ نفر از بیماران گروه ۲ و ۲ نفر از بیماران گروه ۱، اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه شخصیتی میلون را تکمیل نکردند و یا نمره کمتر از ۶۰ در مقیاس‌های آزمون داشتند، اطلاعات آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت. در نهایت، داده‌های ۹۵ بیمار از گروه ۲ و ۹۸ بیمار از گروه ۱ مورد بررسی قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از آزمون‌های زیر استفاده شد:

- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی می‌باشد. نمونه مورد بررسی، تنها مردان مبتلا به اختلالات را شامل شد.

۱ جهت جلوگیری از تکرار، در متن مقاله، افراد با تشخیص اختلال روان‌پزشکی گروه ۱ و افراد با تشخیص همزمان اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد گروه ۲ نامگذاری می‌شوند.

- پرسشنامه چند محوری بالینی میلون^۱ (MCMIII): این پرسشنامه برای بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر که حداقل توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. نسخه فعلی شامل ۱۷۵ گویه است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری^۲، الگوهای شخصیت بالینی^۳، آسیب‌شناسی شدید شخصیت^۴، نشانگان بالینی^۵ و نشانگان شدید^۶. شاخص‌های تغییردهنده شامل افشاگری^۷، مطلوب بودن^۸، تحقیر^۹ و روایی^{۱۰} است. الگوهای شخصیت بالینی شامل اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفعل پرخاشگر و خودناکام‌ساز است. آسیب‌شناسی شدید شخصیت شامل اسکیزوتیپی، مرزی و پارانویا است. نشانگان بالینی شامل اضطراب، جسمانی‌شکل، دوقطبی، افسرده خوبی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد و اختلال فشار روانی پس آسیبی می‌باشد. نشانگان شدید نیز شامل اختلال فکر، افسردگی عمده و اختلال هذیانی است. MCMIII برای کار با جمعیت‌های روان‌پزشکی است و نباید برای اشخاص بهنجار یا افرادی که تنها دچار آشفتگی‌های خفیف هستند به کار گرفته شود. نمره ۸۵ به‌عنوان وجود قطعی ویژگی‌های موردنظر، نمره پایین‌تر از ۷۵ نشان‌دهنده آن است که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند، نمره ۳۵ برای نشان دادن نمره میانه گروه‌های بهنجار یا غیر روان‌پزشکی و نمره ۶۰ میانه جمعیت‌های روان‌پزشکی است. اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی توسط میلون و همکارانش موردسنجش قرار گرفت و میزان آن ۰/۷۸ می‌باشد. پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶-۰/۸۲ و با استفاده از روش باز آزمون، برای گروه غیر بیمار ۰/۹۷-۰/۷۹ و برای گروه بیمار ۰/۷۹-۰/۶۱ به‌دست آمده است (مارنات^{۱۱}، ۲۰۱۶). در پژوهش سرابی و صادقی (۱۳۹۹)، آنالیز آماری داده‌ها نشان داد که پایایی MCMIII به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴ - ۰/۵۵) و پایایی به روش کودر - ریچاردسون، ۰/۹۴ می‌باشد. هم‌چنین، نتایج روایی ملاکی هم‌زمان MCMIII با پرسشنامه شخصیت (SCID-II)، از ۰/۴۹ برای اختلال شخصیت مرزی تا ۰/۱۳ برای اختلال شخصیت نمایشی قرار گرفت.

- معاینه وضعیت روانی^{۱۲} بر اساس ملاک‌های DSMV: مصاحبه‌ای که توسط روان‌پزشک و روانشناس بر اساس ملاک‌های DSMV با بیماران انجام می‌شود. فرم ارزیابی به‌صورت نیمه ساختاریافته در بیمارستان وجود دارد. قبل از اجرای آزمون میلون، جهت اطمینان از صحت تشخیص درج‌شده در پرونده و افزایش پایایی تشخیص، ارزیاب پژوهش نیز اقدام به انجام معاینه وضعیت روانی نمود (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

1 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

2 Modifying indices

3 Clinical Personality Patterns

4 Severe Personality Pathology

5 Clinical Syndrome

6 Severe Clinical Syndrome

7 Disclosure Scale

8 Desirability Scale

9 Debasement Scale

10 Validity scales

11 Marnat

12 Mental Status Examination

۳۶..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

یافته‌ها

مقایسه سن افراد دو گروه با استفاده از آزمون تی دو نمونه مستقل مورد ارزیابی قرار گرفت؛ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه ۲ و ۱ به ترتیب $32/13 \pm 9/33$ و $31/05 \pm 9/33$ سال بود (سطح معنی داری: $0/415$). در مورد سایر مشخصات همانطور که در جدول (۱) نشان داده شده است، در میان افراد گروه ۲، بیشترین فراوانی‌ها به این صورت بود؛ ۵۳ نفر زیر دیپلم، ۴۸ نفر بیکار و ۷۳ نفر مجرد بودند، در حالی که در میان افراد گروه ۱ بیشترین فراوانی‌ها به این صورت بود؛ ۵۲ نفر زیر دیپلم، ۵۳ نفر شاغل و ۷۱ نفر مجرد بودند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که در ارتباط با شاخص‌های جمعیت شناختی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱. مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی در دو گروه اختلال مصرف مواد و اختلال روان پزشکی.

سطح معنی داری	آزمون خی دو	اختلال روان پزشکی		اختلال مصرف مواد		
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت سواد						
		۵۲	۵۳/۱	۵۵/۸	۵۳	زیر دیپلم
		۴۱	۴۱/۸	۴۰	۳۸	دیپلم
۰/۵۷	۳/۸۱	۵	۵/۱	۴/۳	۴	دانشگاهی
وضعیت شغل						
		۵۳	۵۴/۱	۴۹/۵	۴۷	شاغل
		۴۵	۴۵/۹	۵۰/۵	۴۸	بیکار
		۲۰	۲۰/۴	۲۰/۰	۱۹	متأهل
۰/۴۴	۱/۶۰	۷۱	۷۲/۴	۷۶/۸	۷۳	مجرد
		۷	۷/۱	۳/۲	۳	مطلقه

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود نرمالیتی نشانگان میلون با استفاده از آزمون چولگی-کشیدگی مورد ارزیابی قرار گرفت و تأیید شد؛ به طوری که چولگی و کشیدگی آن‌ها ± 2 است؛ بنابراین، مفروضه تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تأیید است.

جدول ۲. بررسی نرمالیتی نشانگان میلون با استفاده از چولگی و کشیدگی

گروه ۱		گروه ۲		مقیاس های میلون
کشیدگی	چولگی	کشیدگی	چولگی	نشانگان میلون
-۰/۷۷	-۰/۵۹	-۰/۰۲	-۰/۷۵	الگو شخصیت اسکیزوئید
-۰/۵۱	-۰/۵۸	۰/۰	-۰/۹۳	الگو شخصیت اجتنابی
-۰/۴۱	-۰/۶۴	-۰/۵۷	-۰/۳۴	الگو شخصیت افسردگی
-۰/۹۹	۰/۴۷	-۱/۱۷	۰/۰۷	الگو شخصیت وابسته
-۰/۷۶	-۰/۴۲	-۰/۵۴	-۰/۷۷	الگو شخصیت نمایشی
-۰/۳۹	-۰/۱۲	۰/۰۲	-۰/۴۸	الگو شخصیت خودشیفته
-۱/۳۸	-۰/۴۱	۱/۰۸	-۰/۳۲	الگو شخصیت ضداجتماعی
-۰/۸۸	-۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۵۹	الگو شخصیت پرخاشگر
-۰/۰۹	-۰/۱۰	-۱/۲۱	۰/۰۷	الگو شخصیت جبری
-۱/۴۶	-۰/۴۵	۱/۳۸	-۱/۲۲	الگو شخصیت منفعل پرخاشگر
-۱/۳۷	-۰/۲۳	-۰/۸۵	-۰/۶۲	الگو شخصیت خود ناکام سازی
-۰/۷۹	-۰/۵۳	-۰/۰۳	-۰/۱۷	آسیب شناسی شخصیت اسکیزوتایپی
-۱/۰۷	-۰/۵۳	۱/۲۱	۰/۶۹	آسیب شناسی شخصیت مرزی
۰/۹۵	-۱/۰۱	۰/۳۷	-۰/۹۴	آسیب شناسی شخصیت پارانوئید
-۱/۳۶	-۰/۱۷	-۰/۰۵	-۰/۷۴	نشانگان بالینی اضطراب
-۱/۵۲	۰/۱۲	۰/۳۱	-۱/۰۴	نشانگان بالینی جسمانی شکل
-۱/۱۷	۰/۱۸	-۰/۱۶	-۱/۰۶	نشانگان بالینی دوقطبی مانیا
-۰/۵۳	-۰/۷۴	-۰/۱۶	-۰/۴۲	نشانگان بالینی دیس تایمی
-۱/۵۰	-۰/۰۷	۰/۷۸	-۱/۱۷	نشانگان بالینی وابستگی به الکل
-۱/۳۶	۰/۴۵	۱/۴۷	۰/۱۹	نشانگان بالینی وابسته به مواد
-۱/۶۱	-۰/۱۳	-۱/۱۸	-۰/۶۱	نشانگان بالینی استرس پس از سانحه
-۰/۴۲	-۰/۸۸	۰/۷۸	-۰/۴۶	سندرم شدید اختلال فکر
-۱/۴۳	-۰/۱۹	-۱/۰۸	-۰/۵۶	سندرم شدید افسردگی اساسی
-۱/۰۲	-۰/۰۴	۰/۲۸	-۱/۱۸	سندرم شدید اختلال هذیانی
۰/۱۵	-۰/۹۸	-۰/۸۲	-۰/۴۶	شاخص افشاگری
۰/۴۵	-۰/۷۲	-۰/۷۵	-۰/۳۳	شاخص مطلوب بودن
-۰/۵۲	-۰/۴۴	۰/۷۸	-۰/۹۶	شاخص تحقیر

۳۸..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

به‌طورکلی، در جدول (۳) نتایج بررسی اثر متغیر دو گروه اختلال مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی با استفاده از لامبدای ویلکز روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های نشانگان میلون نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنی‌دار ($\eta^2 = 0/843$ / $P < 0/001$) است. $F(27 و 165) = 32/88$

جدول ۳. اثرپذیری ترکیب خطی خرده مقیاس‌های نشانگان میلون از متغیر مستقل

ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
لامبدا ویلکز	۳۲/۸۸۹	۲۷	۱۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در جدول (۴) و (۵) نشان می‌دهد که بین دو گروه در ارتباط با ابعاد شخصیت میلون تفاوت‌هایی وجود دارد. برای مثال، گروه ۲ نمرات بیشتری را در الگوهای شخصیت افسرده، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت پرخاشگر، شخصیت منفعل پرخاشگر، شخصیت خود ناکام ساز، آسیب‌شناسی شخصیت مرزی، نشانگان بالینی اضطراب، نشانگان بالینی جسمانی شکل، نشانگان بالینی دوقطبی مانیا، نشانگان بالینی دیس تایمی، نشانگان بالینی وابستگی به الکل، نشانگان بالینی وابسته به مواد، نشانگان بالینی استرس پس از سانحه، سندرم شدید اختلال فکر، سندرم شدید افسردگی اساسی و دو شاخص افشاگری و شاخص تحقیر گزارش کردند و تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است. از طرف دیگر، گروه ۱ نمرات بیشتری را در الگو شخصیت جبری، آسیب‌شناسی شخصیت پارانویید و شاخص مطلوب بودن گزارش کردند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است. در نهایت در ارتباط با بقیه ابعاد شخصیتی بین دو گروه تفاوتی مشاهده نگردید.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در ارتباط با نشانگان شخصیت میلون در دو گروه اختلال روان پزشکی و

مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی

اختلال روان‌پزشکی		اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد		مقیاس‌های میلون
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	نشانگان میلون
۱۹/۶۰	۴۵/۹۹	۱۷/۹۰	۴۹/۸۰	الگو شخصیت اسکیزوئید
۲۱/۸۹	۴۸/۰۲	۱۳/۷۰	۴۶/۸۳	الگو شخصیت اجتنابی
۲۸/۰۴	۵۴/۸۰	۲۳/۲۲	۶۵/۶۵	الگو شخصیت افسرده
۲۶/۱۴	۳۷/۱۴	۱۹/۶۱	۴۳/۱۸	الگو شخصیت وابسته
۲۵/۸۴	۶۷/۳۳	۲۳/۷۲	۶۷/۵۸	الگو شخصیت نمایشی
۲۰/۸۵	۴۹/۳۷	۱۷/۴۵	۴۸/۰۶	الگو شخصیت خودشیفته
۱۹/۴۶	۴۴/۳۴	۱۸/۶۴	۶۰/۶۴	الگو شخصیت ضداجتماعی

۱۷/۷۲	۳۸/۵۳	۱۹/۶۳	۴۵/۵۳	الگو شخصیت پرخاشگر
۲۱/۳۸	۶۲/۴۹	۲۸/۲۵	۴۸/۵۳	الگو شخصیت جبری
۲۳/۸۸	۴۵/۶۸	۱۵/۸۴	۵۲/۹۵	الگو شخصیت منفی گرا
۲۱/۸۳	۳۵/۶۰	۱۶/۰۸	۴۴/۱۸	الگو شخصیت خودناکام ساز
۲۲/۲۳	۵۰/۲۱	۱۲/۰۹	۴۹/۰۲	آسیب‌شناسی شخصیت اسکیزوتایپی
۱۹/۷۴	۴۱/۳۲	۱۷/۶۷	۵۰/۸۳	آسیب‌شناسی شخصیت مرزی
۲۲/۸۴	۵۷/۲۳	۱۶/۶۳	۵۰/۷۳	آسیب‌شناسی شخصیت پارانوئید
۲۶/۲۰	۴۴/۱۵	۱۸/۰	۵۷/۰۷	نشانگان بالینی اضطراب
۲۱/۳۵	۳۳/۳۶	۱۶/۵۷	۵۱/۰۲	نشانگان بالینی جسمانی شکل
۲۶/۱۰	۳۶/۶۱	۲۲/۹۸	۴۹/۷۳	نشانگان بالینی دوقطبی-مانیا
۱۹/۳۹	۴۶/۷۲	۱۸/۵۸	۵۷/۰۳	نشانگان بالینی دیس تایمی
۲۰/۳۹	۳۱/۸۴	۱۸/۵۵	۴۶/۷۹	نشانگان بالینی وابستگی به الکل
۲۰/۸۹	۳۴/۹۳	۱۴/۸۰	۷۲/۰۱	نشانگان بالینی وابسته به مواد
۲۵/۰۳	۳۴/۹۹	۲۵/۶۶	۴۵/۱۲	نشانگان بالینی استرس پس از سانحه
۲۲/۸۳	۵۴/۱۴	۱۴/۳۲	۶۴/۵۳	سندرم شدید اختلال فکر
۲۴/۴۳	۴۳/۶۱	۲۰/۱۹	۵۶/۶۵	سندرم شدید افسردگی اساسی
۲۷/۹۰	۵۳/۹۰	۲۰/۴۹	۵۱/۳۷	سندرم شدید اختلال هذیانی
۸/۱۱	۷۲/۲۸	۵/۰۱	۷۵/۴۷	شاخص افشاگری
۱۸/۲۹	۶۰/۷۴	۱۷/۳۲	۵۴/۰۲	شاخص مطلوبیت
۲۵/۴۹	۵۱/۱۳	۱۸/۷۶	۶۴/۴۳	شاخص تحقیر

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در ارتباط با نشانگان شخصیت میلون در دو گروه اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	آزمون F Df=1	p	اندازه اثر
الگو شخصیت اسکیزوتایپی	۷۰۰/۳۰	۱/۹۸	۰/۱۶	۰/۰۱
الگو شخصیت اجتنابی	۶۸/۱۷	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰
الگو شخصیت افسرده	۵۶۸۵/۷۶	۸/۵۵	۰/۰۰	۰/۰۴
الگو شخصیت وابسته	۱۷۵۷/۵۳	۳/۲۷	۰/۰۷	۰/۰۱

۴۰..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۰۰	۳/۰۷	الگو شخصیت نمایشی
۰/۰۰	۰/۶۳	۰/۲۲	۸۲/۰۴	الگو شخصیت خودشیفته
۰/۱۵	۰/۰۰	۳۵/۲۶	۱۲۸۲۴/۸۹	الگو شخصیت ضداجتماعی
۰/۰۳	۰/۰۱	۶/۷۵	۲۳۶۰/۷۷	الگو شخصیت پرخاشگر
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۵/۰۴	۹۴۰۵/۴۵	الگو شخصیت جبری
۰/۰۳	۰/۰۱	۶/۱۵	۲۵۴۵/۱۱	الگو شخصیت منفی گرا
۰/۰۴	۰/۰۰	۹/۶۰	۳۵۴۸/۵۷	الگو شخصیت خودناکام ساز
۰/۰۰	۰/۶۴	۰/۲۱	۶۸/۶۸	آسیب‌شناسی شخصیت اسکیزوتایپی
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۲/۴۱	۴۳۶۷/۵۰	آسیب‌شناسی شخصیت مرزی
۰/۰۲	۰/۰۲	۵/۰۹	۲۰۴۳/۳۲	آسیب‌شناسی شخصیت پارانوئید
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۵/۸۴	۸۰۵۳/۰۲	نشانگان بالینی اضطراب
۰/۱۷	۰/۰۰	۴۱/۰۲	۱۵۰۵۱/۰۲	نشانگان بالینی جسمانی شکل
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۳/۶۸	۸۲۹۵/۹۷	نشانگان بالینی دوقطبی-مانیا
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۴/۲۰	۵۱۲۴/۶۵	نشانگان بالینی دیس تایمی
۰/۱۲	۰/۰۰	۲۸/۳۳	۱۰۷۸۵/۳۴	نشانگان بالینی وابستگی به الکل
۰/۵۱	۰/۰۰	۲۰۱/۲۵	۶۶۳۳۱/۱۶	نشانگان بالینی وابسته به مواد
۰/۰۳	۰/۰۰	۷/۶۹	۴۹۴۶/۱۵	نشانگان بالینی استرس‌سازساز
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۴/۲۱	۵۲۰۰/۸۷	سندرم شدید اختلال فکر
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۶/۲۸	۸۲۰۳/۰۱	سندرم شدید افسردگی‌ساز
۰/۰۰	۰/۴۷	۰/۵۱	۳۰۸/۶۵	سندرم شدید اختلال هذیانی
۰/۰۵	۰/۰۰	۱۰/۷۶	۴۹۳/۳۹	شاخص افشاگری
۰/۰۳	۰/۰۰	۶/۸۶	۲۱۸۰/۸۶	شاخص مطلوبیت
۰/۰۸	۰/۰۰	۱۶/۹۴	۸۵۳۱/۵۰	شاخص تحقیر

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد، انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که در اغلب ابعاد نشانگان بالینی و الگوهای شخصیتی تفاوت معناداری میان دو گروه مزبور وجود دارد، بنابراین فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. این تفاوت‌ها در بیشتر موارد آسیب‌شناسی بیشتری را در گروه مبتلا به اختلال روان‌پزشکی توأم با اختلال مصرف

مواد نشان می‌داد؛ در گروه مذکور نمرات الگوی شخصیتی افسرده، ضداجتماعی، پرخاشگر (دگرآزار)، پرخاشگر-منفعل (منفی گرا)، خودناکام‌ساز (خودآزار)، مرزی و نشانگان بالینی چون اضطراب، علائم جسمانی شکل، دوقطبی (شیدایی)، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد، استرس پس از ضربه، اختلال فکر و افسردگی اساسی بالاتر از گروه مبتلا به اختلال روان‌پزشکی بود و در گروه مبتلا به اختلال روان‌پزشکی نیز نمرات الگوی شخصیتی وسواسی- جبری و پارانوئید بالاتر از گروه مبتلا به اختلال روان‌پزشکی توأم با اختلال مصرف مواد بود. با بررسی مطالعات پیشین، پژوهش‌های کمی چه در داخل و چه در خارج کشور یافت شد که شباهت زیادی به پژوهش حاضر داشته باشد؛ با این حال، در تبیین نتایج به دست آمده در رابطه با فرضیه اول می‌توان گفت؛ در خصوص اختلال شخصیت ضداجتماعی در تمامی پژوهش‌ها اختلال مصرف مواد به عنوان یک تشخیص هم‌زمان شایع مطرح شده است و در مطالعات مختلف بین ۳۵ تا ۶۵ درصد سوء مصرف کنندگان مواد تقریباً واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی بوده‌اند (پارمر و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیین این یافته می‌توان به سه نکته اشاره کرد: نخست اینکه هسته مرکزی اختلال شخصیت ضداجتماعی، قانون‌شکنی و نقض جدی هنجارهای اجتماعی است و مصرف مواد نیز یکی از مصادیق بارز قانون‌شکنی و هنجارشکنی است. دوم این که افراد دارای شخصیت ضداجتماعی غالباً نسبت به اشتباهات و بدرفتاری‌های خویش احساس پشیمانی نکرده و درس عبرت نمی‌گیرند. لذا اشتباهات خود (از جمله مصرف مواد) را آنقدر تکرار می‌کنند که در نهایت تبدیل به اختلال می‌شود. سوم اینکه تحقیقات از جمله پژوهش برنان و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهند که مناطقی از مغز شخصیت‌های ضداجتماعی که مسئول برانگیختگی، لذت و پاداش است، دچار نقص و نارسایی است و به منظور تحریک این مناطق است که این افراد دست به اقدامات پرخطری چون مصرف مواد می‌زنند. در خصوص شخصیت‌های پرخاشگر (چه از نوع فعال و چه از نوع منفعل)، می‌توان گفت در چنین افرادی توانایی خودتنظیمی هیجانی دچار نقص و اختلال جدی است. چنین نقصی موجب می‌شود که فرد به راحتی دستخوش هیجاناتی چون خشم و عصبانیت شده، کنترل خویش را از دست دهد و رفتارهای افسارگسیخته‌ای چون مصرف مواد و الکل را از خود نشان دهد. افراد دارای الگوی شخصیتی خودناکام‌ساز (خودآزار) نیز عموماً با علائمی چون خودتحقیری، آسیب عمدی به خود و خوار کردن خود نزد دیگران مشخص می‌شوند و از آنجایی که مصرف مواد نیز غالباً با وقوع چنین مواردی همراه است، لذا می‌توان گفت که فرد خودآزار مصرف مواد را وسیله‌ای جهت آزار رساندن به خود و کوچک کردن خود نزد دیگران قرار می‌دهد. در شخصیت‌های مرزی نیز علائمی چون احساس پوچی، تکانش‌گری، تزلزل شخصیتی و بی‌ثباتی هیجانی زمینه را برای مصرف مواد و الکل فراهم می‌کند. ضمن آن که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در این افراد نیز همچون افراد ضداجتماعی مناطقی از مغز که مسئول برانگیختگی، لذت و پاداش است، دچار نقص و نارسایی است (هله، ۲۰۱۹). بالاتر بودن نمرات الگوی شخصیتی وسواسی- جبری و پارانوئید در گروه بدون اختلال مصرف مواد جای تأمل فراوان دارد؛ به عنوان یک تبیین احتمالی بر اساس ویژگی‌های تشخیصی این اختلال در کاپلان (۲۰۱۵) می‌توان گفت شخصیت وسواسی به واسطه برخورداری از ویژگی‌هایی چون کمال‌گرایی، مشغولیت ذهنی به مقررات، قواعد و نظم و ترتیب و محدود بودن هیجانات، کمتر خود را در معرض رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد قرار می‌دهد و شخصیت پارانوئید نیز به دلیل دارا بودن ویژگی‌هایی چون شکاکیت، بی‌اعتمادی

۴۲..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

دیرپا به همه افراد احتمالاً کمتر ریسک مصرف مواد را قبول می‌کند. از طرفی این افراد حالت عاطفی محدودی دارند و به نظر می‌رسد فاقد هرگونه احساس و هیجانی هستند. در هر دو گروه هیجان خواهی پایین می‌تواند تبیینی برای این موضوع باشد. در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌های به دست آمده با نتایج شیواری و همکاران (۲۰۱۷) و کاک و همکاران (۲۰۱۸) شباهت‌هایی نشان می‌دهد؛ افسردگی به واسطه راه‌اندازی علائمی چون ناامیدی و فقدان انگیزه، عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین، کمبود انرژی، افکار و احساسات منفی فرد را مستعد ابتلا به اختلال مصرف مواد می‌گرداند. به گونه‌ای که فرد افسرده برای مقابله با افکار و احساسات منفی، ایجاد انرژی، انگیزه، امید و احساسات مثبت در خود، مقاومت در برابر مشکلات و در نهایت ایجاد احساس عزت‌نفس و ارزشمندی، به مصرف مواد روی می‌آورد. نکته جالب توجه آن است که در تمامی انواع افسردگی (شخصیت افسرده، افسرده خویی و افسردگی اساسی) نمرات گروه مبتلا به اختلال روانی توأم با اختلال مصرف مواد به طرز معناداری بالاتر بود. اضطراب به واسطه راه‌اندازی علائمی چون اختلال تمرکز، اختلال خواب، اعتماد به نفس پایین، افکار و احساسات منفی و شکایت‌های جسمانی چون سردرد، سرگیجه، تهوع، تپش قلب و... فرد را مستعد ابتلا به اختلال مصرف مواد می‌گرداند. به طوری که فرد مضطرب برای خاموش کردن افکار و احساسات منفی، فائق آمدن بر مشکلات خواب، کاهش دردهای جسمانی، ایجاد تمرکز در خود، برطرف نمودن تردیدها و ایجاد اعتماد به نفس در خود، به مصرف مواد روی می‌آورد. در اختلالات جسمانی شکل نیز از آنجایی که دامنه گسترده‌ای از علائم و شکایت‌های جسمانی وجود دارد که مخل فعالیت‌های روزمره هستند، لذا مبتلایان به این اختلال به منظور تسکین دردهای جسمانی و کاهش شکایت‌های بدنی خویش به مصرف مواد و الکل روی می‌آورند. در اختلال مانیا فرد شدیداً تهییج شده و دچار حالت شعف، شیدایی و برانگیختگی افراطی می‌شود، لذا کنترل خویش را بر رفتارهایش از دست داده و به اقدامات افسارگسیخته و پرخطری چون مصرف مواد و الکل دست می‌زند. در اختلال استرس پس از ضربه نیز به واسطه وجود علائمی چون تجربه مجدد ضربه (فلش بک)، برانگیختگی و اجتناب از رویارویی با افکار و خاطرات مرتبط با ضربه، فرد دچار این اختلال ممکن است به عنوان یکی از راه‌های فرار از افکار، احساسات و خاطرات دردناک مرتبط با ضربه و تسکین خویش به مواد و الکل روی آورد.

یافته‌های پژوهش حاضر نقش مهم الگوهای ناهنجار شخصیتی و نشانگان بالینی را در ابتلای هم‌زمان به اختلال روانی و اختلال مصرف مواد نمایان می‌سازد. دقت بیشتر در یافته‌ها نشان می‌دهد که مشخصاً مشکلات خلقی از جمله افسردگی، شیدایی، به علاوه اختلالات شخصیتی خوشه B که ویژگی محوری آن‌ها ابراز شدید هیجان‌ات و بی‌ثباتی هیجانی است، نقش پررنگ‌تری در ابتلای هم‌زمان به اختلال روانی و اختلال مصرف مواد ایفا می‌کنند. بنابراین، می‌توان از این نتایج در راستای افتراق بالینی دقیق‌تر هر یک از گروه‌ها و انتخاب پروتکل‌های درمانی اختصاصی‌تر استفاده کرد.

مطالعه حاضر، با توجه به دسترسی محدود به افراد دارای اختلال مصرف مواد بر روی نمونه‌ای کوچک انجام گرفت، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مطالعه حاضر بر روی نمونه‌های زنان و تعداد بیشتر افراد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارد.

منابع

- سرابی، پیام و صادقی، خیرالله (۱۳۹۹). ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌سنجی. ۳۳(۹): ۱۴۳-۱۲۱.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۶). تهران: ارجمند.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Brennan, G. M., Hyde, L. W., & Baskin-Sommers, A. R. (2017). Antisocial pathways associated with substance use disorders: characterizing etiological underpinnings and implications for treatment. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.11.014>
- Groth-Marnat, G., & A Jordan Wright. (2016). Handbook of psychological assessment (6th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Helle, A. (2019). Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.05>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
- Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>
- Köck, P., & Walter, M. (2018). Personality disorder and substance use disorder – An update. *Mental Health & Prevention*, 12, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/s003329171900391x>
- Østergaard, M. L. D., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personal. *Addiction*, 112(7), 1250–1259. <https://doi.org/10.1111/add.13788>
- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(6), 517–527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Sarabi, P., Sadeghi, Kh. (2020). Assessment Characteristics Psychometric Millon Clinical Multiaxial Inventory – 3. *Journal of Psychometrics*, 9(33), 143-121.

- Shiviari, F., Safaryani, A., & Rostamzadeh, M. (2017). The comparison of prevalence of personality disorders among individuals with substance abuse, regression to abuse and ordinary people. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(special issue), 128-135.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., and Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences*. Farzin Rezaei. (1396). Tehran. Arjmand Publications.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-12.
- Trowbridge, P., Weinstein, Z. M., Kerensky, T., Roy, P., Regan, D., Samet, J. H., & Walley, A. Y. (2017). Addiction consultation services – Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.05.007>
- Young, J. T., Heffernan, E., Borschmann, R., Ogloff, J. R. P., Spittal, M. J., Kouyoumdjian, F. G., Preen, D. B., Butler, A., Brophy, L., Crilly, J., & Kinner, S. A. (2018). Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), e237–e248. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30052-](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30052-)

