

مقایسه صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی

علی محمدزاده^۱، سهراب آقائی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی صورت گرفت. **روش:** طرح پژوهشی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. حجم نمونه ۱۸۰ نفر از زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد زندان میاندوآب و افراد عادی (هر گروه ۶۰ نفر) بودند که گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تاسازی شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های شخصیتی خودشیفته NPI-16، مقیاس ضداجتماعی میلون^۳ و پرسشنامه شخصیت مرزی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در صفت خودشیفته بین زندانیان معتاد با افراد عادی، و زندانیان غیرمعتاد تفاوت وجود دارد، و بین زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت به دست نیامد. همچنین در صفات ضداجتماعی و مرزی بین سه گروه تفاوت معنادار به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** مقایسه گروه‌های فوق در بردارنده اطلاعات مهمی برای پیش‌گیری، درمان اعتیاد و وقوع جرم می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: شخصیت خودشیفته، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت مرزی، زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، پست الکترونیک: a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

اختلالات روانی در مقیاس‌های بالایی در اغلب کشورهای جهان وجود دارد. براساس یک برآورد ۴۵۰ میلیون نفر از ساکنین روی زمین از اختلالات روانی رنج می‌برند. این اختلالات مخصوصاً اختلالات شخصیت در جمعیت زندانیان و معتادان شایع‌تر است و شیوع این اختلالات بین ۳۰ درصد (دادستان، ۱۳۸۹) تا ۹۵ درصد (فاضل و دانش^۱، ۲۰۰۲) گزارش شده است. به طور کلی اعتیاد یا الگوی ناسازگارانه مصرف مواد به اختلال یا پریشانی‌ای می‌انجامد که اهمیت بالینی دارد. این الگو فراوانی زیاد رفتارهای ناسازگارانه، فقدان کنترل، بی‌توجهی به لذات و تمایلات دیگر به نفع مصرف ماده را مورد تأکید قرار می‌دهد. اعتیاد زمانی به وجود می‌آید که فرد برای به دست آوردن ماده مورد نظر رفتارهای اجباری در پیش می‌گیرد و کنترل استفاده از آن ماده را از دست می‌دهد (سلیگمن و روزنهان، ۱۳۹۰؛ گنجی، ۱۳۹۲).

اختلال شخصیت مجموعه الگوهای پایدار رفتار غیرانطباقی و انعطاف‌ناپذیر از رفتار و تجربه درونی است که در آن فرد انعطاف‌ناپذیر و از انتظارات فرهنگ منحرف است (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۵). بررسی‌های پژوهشگران در مقایسه صفات شخصیتی معتادان و افراد عادی نشان داده است که وجود شخصیت ضداجتماعی در زندانیان نسبت به افراد عادی بیشتر است (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸؛ نویدیان، دواچی و بشردوست، ۱۳۸۱). شخصیت ضداجتماعی با رفتارهای سابقه‌دار به صورت طیفی از رفتارهایی مانند پرخاشگری، بی‌مسئولیتی، بی‌ملاحظه بودن نسبت به اطرافیان، به خطر انداختن دیگران و ناتوانی در پرداختن به تعهدات مشخص می‌شود. این اختلال با عوامل تأثیرگذار مانند کاستی‌هایی در توانایی‌های یادگیری اجتماعی به ویژه در یادگیری اجتنابی، کم‌انگیزگی هیجانی، آمادگی ژنتیکی برای بزهکاری و نابهنجاری‌های مغزی مشخص می‌شود (سلیگمن و روزنهان، ۱۳۹۰). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که افراد مبتلا به شخصیت مرزی بعد از اختلال ضداجتماعی، بیش از هر اختلال روانپزشکی دیگر همزمان واجد معیارهای تشخیصی یک اختلال سوء مصرف مواد نیز هستند و این میزان را بیش از ۶۷

درصد اعلام می‌کنند (علیلو و شریفی، ۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی طبقه گسترده‌ای از خصوصیات شخصیتی است که ویژگی اصلی آن ناپایداری در انواع زمینه‌های شخصیت، از جمله روابط میان‌فردی، خودانگاره، عواطف و بی‌هدفی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تشخیص اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین تشخیص اختلال شخصیتی است که در مورد بیماران بستری و سرپایی صورت می‌گیرد (گروئیچ، ۱۹۹۲، به نقل از سلیگمن و روزنهان، ۱۳۹۰). در تحقیقی دربارۀ مقایسه افراد زندانیان و افراد عادی، میانگین نمرات زندانیان در اختلال خودشیفته بالاتر از افراد عادی بدست آمده است (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۱). مهم‌ترین ویژگی اختلال شخصیتی خودشیفته الگوهای بزرگ‌نمایی و خودنمایی برای تحسین شدن، فقدان همدلی و یکدلی با دیگران، گرایش‌های بهره‌کشی، خیالپردازی دربارۀ موفقیت نامحدود، قدرت و زیبایی است (سلیگمن و روزنهان، ۱۳۹۰).

بررسی‌های مختلف میزان بالای اختلالات شخصیت را در زندانیان معتاد و غیرمعتاد گزارش کرده‌اند. تحلیل‌های ۶۲ بررسی انجام شده در ۱۲ کشور با حجم نمونه ۲۲۷۹۰ نفر زندانی با میانگین سن ۲۹ سال، توسط فاضل و دانش (۲۰۰۲) نشان داد که ۹۵ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان زندانی دارای مشکلات روانی و اختلالات شخصیت هستند. همچنین ۴۷ درصد مردان و ۲۱ درصد از زنان مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند. یافته‌های دیگر تحقیقات نشان داد که در اکثر مقیاس‌های آزمون‌های نئو، مقیاس سبک حل مسئله (بخشی‌پور رودسری، علیلو و ایرانی، ۱۳۸۷) و آزمون میلون (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸) بین معتادان و افراد بهنجار تفاوت وجود داشت. همین‌طور تقدسی، صابری، قدوسی و مقصودلو (۱۳۸۱)؛ سپهرمنش، احمدوند، قریشی و موسوی (۱۳۸۷) و پهلویان، زرگر، فرهادی نسب و محجوب (۱۳۸۲) میزان اختلالات شخصیت را در معتادان بیشتر از افراد عادی ارزیابی کرده‌اند. در تحقیق مشابهی که توسط بیرامی، واحدی، اسمعلی و رضایی (۱۳۸۸) با عنوان مقایسه اختلالات شخصیتی در زندانیان وابسته با مواد غیر وابسته و افراد عادی در زندان تبریز روی ۱۵۰ نفر آزمودنی (در هر گروه ۵۰ نفر) بر اساس آزمون میلون انجام شد، نتایج نشان داد که بین سه گروه در مقیاس‌های شخصیتی

اسکیزوئید و نمایشی تفاوت وجود دارد. در مقیاس اجتنابی بین دو گروه معتاد و افراد عادی تفاوت وجود دارد. در مقیاس‌های خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگری، وابسته، منفعل، و خودآزارگر بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد تفاوت وجود داشت. پژوهش نویدیان و همکاران (۱۳۸۱) نشان داد که خصوصیات شخصیت مرزی، خودشیفته و ضداجتماعی به ترتیب شایع‌ترین خصوصیات شخصیتی معتادان بودند. شریفی و مدبر (۱۳۸۷) شایع‌ترین اختلالات شخصیت زندانیان را ضداجتماعی و مرزی گزارش کرده‌اند. نتایج تحقیقات و شواهد در کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهند که وجود اختلالات شخصیت در مجرمان و معتادان جهان شمول و قابل توجه است. در کشور یونان تحقیق انجام شده روی ۸۰ نفر زندانی مرد که محکومیت‌های مختلف از جمله اعدامی داشتند، نشان داد که زندانیان دارای سلامت جسمانی پایین و به لحاظ شخصیتی و عملکرد فکری پایین هستند و گرایش بیشتری به خودکشی دارند (فوتیادو، لیوادیتیس، مانوچ، کانیتود و اکسیتیدیس^۱، ۲۰۰۶).

در تحقیق انجام شده با عنوان مقایسه بین مجرمان جرایم عمومی و افراد عادی در مرلند آمریکا بر اساس آزمون نئو، نتایج نشان داد که شانس زندانی شدن افراد با نمرات خصومت، تکانشگری، و ابعاد هیجان خواهی افزایش می‌یابد. بین احتمال زندانی شدن و ابعاد اعتماد، صراحت، انطباق، حیا، خویشتن داری رابطه معکوس وجود داشت (ساموئلز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). ساموچوویس، کونوکا، لکا، و گری ویز^۳ (۲۰۱۳) روی معتادان به بنزودیازپین به این نتیجه رسیدند که اعتیاد به بنزودیازپین‌ها با روان‌آزردگی بالاتر، مکانیزم‌های دفاعی روانی ناپخته و همچنین با تجارب قبلی وقایع زندگی نامطلوب همراه است و درمان ناقص اعتیاد بیشتر احتمال بازگشت به مصرف را به همراه دارد. پژوهش درویشی‌زاده و دماوندی (۲۰۱۰) به منظور بررسی و مقایسه میزان بروز اختلالات شخصیتی در افراد معتاد و افراد غیرمعتاد در مردان، با مقیاس‌های آزمون میلون با حجم نمونه ۷۵ معتاد به مواد مخدر و ۷۵ نفر غیرمعتاد، نشان داد که میزان شیوع اختلالات

1. Fotiadou, Livaditish, Manouc, Kaniotoud & Xenitidise
 3. Samochowic, Konopka, Pelka-Wysiecka & Grzywacz

2. Samuels

شخصیت (به طور خاص، اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی) در افراد معتاد به طور قابل توجهی بالاتر از آزمودنی‌های غیرمعتاد بود. در همین حال، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در اختلال شخصیت خودشیفته به دست نیامد. با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق در این پژوهش سعی بر آن است تا تفاوت‌های مرضی شخصیتی در بین زندانیان معتاد و زندانیان غیرمعتاد و نیز افراد عادی بهنجار مورد مقایسه قرار گیرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد و در آن سه گروه زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی مشارکت داشته‌اند. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زندانیان مرد (معتاد و غیرمعتاد) زندان شهرستان میاندوآب تشکیل می‌دادند که در تابستان سال ۱۳۹۳، در یکی از بندهای زندان میاندوآب زندانی بودند. تعداد کل زندانیان ۳۰۰ نفر و در بین آنها ۲۰۰ نفر زندانی معتاد و ۱۰۰ نفر زندانی غیرمعتاد بودند. نمونه آماری این تحقیق شامل سه گروه زندانیان معتاد و غیرمعتاد و افراد عادی به تعداد هر گروه ۶۰ نفر می‌باشد. اعضای سه گروه مشارکت‌کننده از نظر تحصیلات، سن، وضعیت اجتماعی همسازی شدند. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش در دو گروه زندانیان معتاد و غیرمعتاد با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و در افراد عادی در سطح جامعه با روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت.

ابزار

۱- پرسشنامه شخصیت خودشیفته نسخه ۱۶ گویه‌ای: این پرسشنامه نسخه کوتاه شده پرسشنامه ۴۰ گویه‌ای شخصیت خودشیفته می‌باشد که به منظور سنجش ویژگی‌های مرتبط با شخصیت خودشیفته توسط آموز، روسه و اندرسون^۱ (۲۰۰۶) ساخته شده و متشکل از جفت گویه‌هایی است که پاسخ دهنده باید یکی از آنها را انتخاب نماید. نمره‌گذاری آن بصورت بلی=۱ و خیر=۰ بوده و از مجموع نمرات سوالات، نمره کل مقیاس به دست

می آید. ضرایب اعتبار به روش بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۸۵ در طول ۵ هفته می باشد. در اعتباریابی این مقیاس در ایران، محمدزاده (۱۳۸۸) روایی همزمان آن را از طریق اجرای همزمان مقیاس خودشیفتگی و پرسشنامه شخصیت چندمحوری بالینی میلیون ۳ برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است.

۲- مقیاس شخصیت ضداجتماعی پرسشنامه شخصیت چندمحوری بالینی میلیون ۳: پرسشنامه میلیون توسط تئودور میلیون در سال ۱۹۹۴ تألیف شده است. نسخه دوم این پرسشنامه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۳) و نسخه سوم آن توسط شریفی (۱۳۸۱) در ایران هنجاریابی شده و ویژگی های روان سنجی آن با یافته های گزارش شده توسط میلیون همخوانی دارد. با آنکه ابزار مذکور برای جمعیت های بالینی ساخته شده، در چند مطالعه با گروه های غیربالینی نیز به کار برده شده است (چوکا، وندنبرگ و شانلی، ۱۹۹۷). در پژوهش حاضر مقیاس شخصیت ضداجتماعی ۱۷ گویه ای که بصورت بلی=۱ و خیر=۰ جواب داده می شود، مورد استفاده قرار گرفت. جمع نمرات سوالات نمره کل ضداجتماعی را تشکیل می دهند. ضریب اعتبار همسانی درونی مقیاس ضداجتماعی آزمون میلیون ۰/۷۷ گزارش شده و در مطالعه شریفی (۱۳۸۱) ضریب اعتبار درونی آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۶ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه شخصیت مرزی: این پرسشنامه توسط لیشرنیگ (۱۹۹۹) به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه های بالینی و غیربالینی ساخته است. سوالات آن بصورت بلی=۱ و خیر=۰ جواب داده می شود. این پرسشنامه شامل عامل های آشفتگی هویتی (۸، ۱۵، ۲۶، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۲، ۴۷)، مکانیزم های دفاعی اولیه (۱، ۹، ۱۰، ۱۶، ۲۹، ۳۹، ۴۰، ۴۹ و ۵۲)، واقعیت آزمایی (۷، ۱۲، ۱۳، ۲۱، ۲۶، ۳۶ و ۴۱) و ترس از صمیمیت (۵، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸ و ۵۲) می باشد. از مجموع نمرات حاصل شده از عامل ها نمره کل شخصیت مرزی به دست می آید. نتایج چندین بررسی همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی یک هفته ای آن را بالا گزارش کرده اند (آلفای کرونباخ، ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب اعتبار بازآزمایی، ۰/۷۳ تا ۰/۸۹). این پرسشنامه در ایران توسط محمدزاده (۱۳۸۹)

ترجمه و هنجاریابی شده است. برای نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران، ضرایب روایی همزمان آن با مقیاس شخصیت مرزی و نیز روایی سازه‌ای آن مطلوب گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی و ترس از صمیمیت به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۶۲ به دست آمده است (محمدزاده، ۱۳۸۹). در این پژوهش به دلیل اینکه زیرمقیاس‌های پرسشنامه همپوشی بالایی دارند، از نمره کل شخصیت مرزی برای تحلیل‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها

آمار توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	زندانیان معناد		زندانیان غیرمعناد		افراد عادی	
	انحراف- میانگین	استاندارد	انحراف- میانگین	استاندارد	انحراف- میانگین	استاندارد
خودشیفته	۵/۴۵	۲/۶۳	۳/۵۳	۳/۰۲	۲/۸۸	۱/۷۸
ضداجتماعی	۱۳/۸۰	۳/۸۲	۱۱/۱۳	۳/۹۰	۶/۱۵	۳/۵۳
شخصیت مرزی	۲۶/۰۶	۷/۵۷	۲۲/۰۶	۱۰/۳۰	۹/۸۸	۵/۹۶

برای بررسی تفاوت متغیرها در سه گروه از تحلیل واریانس چند متغیری می‌بایستی استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم برقراری این پیش شرط داشت ($M=۴۲/۴۵$, $F=۳/۶۹۰$, $P<۰/۰۰۱$). در صورت تخطی از یکسانی واریانس و مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس، برای تفسیر آزمون چند متغیری استفاده از ضریب اثر بیلابی توصیه شده است (پلنت، ۱۳۸۹).

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از معناداری ترکیب خطی متغیرها در گروه‌ها داشت ($F=۱۹/۲۴۰$, $P<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۹$)=مجدور اتا. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در متغیرهای

مورد مطالعه

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
خودشیفته	۱۰۶/۸۳	۱۶/۶۱۰	۰/۰۰۰۵
ضداجتماعی	۹۰۴/۶۷	۶۳/۹۹۰	۰/۰۰۰۵
شخصیت مرزی	۴۲۶۳/۳۳	۶۴/۱۸۰	۰/۰۰۰۵

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج حکایت از آن داشت که زندانیان معتاد در مقایسه با گروه عادی و زندانیان غیرمعتاد تفاوت معنادار دارند ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به آمار توصیفی زندانیان معتاد از هر دو گروه در صفت خودشیفته نمرات بالاتری گزارش نموده‌اند اما بین دو گروه عادی و زندانیان غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود نداشت. در صفت ضداجتماعی و همچنین شخصیت مرزی نیز تفاوت معناداری بین میانگین‌های هر سه گروه به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به آمار توصیفی زندانیان معتاد از هر دو گروه عادی و زندانیان غیرمعتاد نمرات بالاتری گزارش نموده بودند. همچنین زندانیان غیرمعتاد نمرات بالاتری نسبت به گروه عادی گزارش نمودند.

۱۶۴

164

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی بود. نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس چندمتغیری از ترکیب خطی متغیرهای وابسته (خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی) در بین گروه‌ها معنی‌دار بود. نتایج تحلیل واریانس یکراهه حاکی از معنی‌دار بودن تفاوت گروه‌ها در صفت شخصیتی خودشیفته بود. نتایج نشان داد که بین زندانیان معتاد و غیرمعتاد و همچنین بین افراد عادی و زندانیان معتاد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج به دست آمده با نتایج مولوی و همکاران (۱۳۸۸)؛ نویدیان و همکاران (۱۳۸۱)، و بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) همسو است. با این حال بین افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد در صفت شخصیتی خودشیفته به لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار به دست نیامد و این رابطه با نتایج بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) همسو نیست. فرد دارای شخصیت خودشیفته تقریباً در همه

جوانب زندگی خود احساس خودبزرگ بینی دارد، نیاز به تعریف و تمجید دیگران دارد، و حس همدلی با دیگران ندارد. این وضعیت از اواخر نوجوانی و قبل از اوایل بزرگسالی شروع می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات در گروه‌ها در زندانیان معتاد بیشتر از زندانیان غیرمعتاد، و در زندانیان غیرمعتاد بیشتر از افراد عادی بود. این ویژگی‌های خودبزرگ‌بینانه و خودشیفته در زندانیان معتاد و زندانیان غیرمعتاد به احتمال زیاد باعث بروز رفتارهای استثماری و سوءاستفاده از دیگران و رفتارهای غیرمحطاطانه می‌گردد و این فرآیند احتمال رفتارهای مجرمانه در زندانیان و معتادان را تبیین می‌کند.

از جمله دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که بین گروه‌ها در صفت شخصیتی ضداجتماعیتفاوت معنی داری به دست آمد. نتایج آزمون توکینشان داد که بین همه گروه‌های زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج به دست آمده با نتایج مولوی و همکاران (۱۳۸۸)؛ فاضل و دانش (۲۰۰۲)؛ نویدیان و همکاران (۱۳۸۱)؛ بیرامی و همکاران (۱۳۸۸)؛ شریفی و مدبر (۱۳۸۷)؛ تقدسی و همکاران (۱۳۸۱)؛ سپهرمنش و همکاران (۱۳۸۷) و درویشی زاده و دماوندی (۲۰۱۰) همسو است. در نمونه مورد نظر میانگین نمرات گروه‌ها در شخصیت ضداجتماعی در زندانیان معتاد بیشتر از غیرمعتاد و افراد عادی به دست آمده است. میزان شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی در DSM-5 بین ۲ درصد تا ۳/۳ درصد تخمین زده شده است. بالاترین نرخ شیوع در مردانی است که اختلال مصرف الکل دارند و در کلینیک‌های ترک اعتیاد، زندان‌ها، و محیط‌های مرتبط با پزشکی قانونی هستند. همچنین این اختلالات تحت تاثیر شرایط نامطلوب اجتماعی و اقتصادی (به عنوان مثال، فقر) و یا فرهنگی اجتماعی (یعنی مهاجرت) شیوع بیشتری دارد. افراد دارای شخصیت ضداجتماعی تقریباً در همه جنبه‌های زندگی، به حقوق دیگران احترام نمی‌گذارند و حقوق آن‌ها را نقض می‌کنند و قانون‌شکن، بهره‌کش، بی‌احساس، خودخواه و بی‌مسئولیت هستند. آن‌ها از کارهای خود احساس پشیمانی نمی‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) این الگوهای رفتاری موجبات

مشکلات بین فردی و مسائل شهروندی می‌گردد و به مراتب مشکلات قانونی در سطح جامعه و ابتلا به اعتیاد در سطح فردی را در پی دارد.

نتایج پژوهش همچنین تفاوت معنی‌داری را در شخصیت مرزی نشان داد. بین هر سه گروه تفاوت نمرات از نظر آماری معنی‌دار بود. این نتایج با یافته‌های و همکاران (۲۰۱۳)؛ مولوی و همکاران (۱۳۸۸)؛ نویدیان و همکاران (۱۳۸۱)؛ شریفی و مدبر (۱۳۸۷) و سپهرمنش و همکاران (۱۳۸۷) همسو است. در نمونه مورد نظر میانگین نمرات گروه‌ها در شخصیت مرزی به ترتیب در زندانیان معتاد بیشتر از غیرمعتاد و افراد عادی به دست آمده است. مطابق نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، برای زندانیان معتاد و غیرمعتاد در نمونه مورد نظر بیشتر می‌توان ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت مرزی را مطرح کرد. فرد دارای شخصیت مرزی در همه جوانب زندگی، در روابط میان فردی، خود-پنداره (شناخت از خود)، احساسات و هیجان‌ها عدم ثبات نشان می‌دهد و بسیار تکانشی است و آشفتگی در هویت دارد. این افراد سابقه رفتارهای تکانشی و نیازهای شدید وابستگی به همراه ترس از ترک نشان می‌دهند. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف زندگی فرد حضور دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ مارکوویتز، ۱۳۹۳).

مطابق دیدگاه‌های روان‌پویشی، مصرف مواد وسیله‌ای برای جبران عملکرد معیوب خود است. دیدگاه‌های اولیه بر پایه نظریه روانکاوی فروید به تمرکز بر وابستگی‌های دهانی و سابق‌های لیبیدویی گرایش داشتند، فروید انسان‌ها را دارای فطرتی ضداجتماعی می‌دانست و بر این باور بود که از آغاز زندگی، تجسس لذت خودمیان بین و برانگیختگی‌های مخرب زیست‌شناختی، افراد را در تعارض با خواسته‌های گروه اجتماعی قرار می‌دهد. تضمین بقای جامعه، مستلزم آن است که افراد بتوانند این برانگیختگی‌ها را مهار کنند یا آن‌ها را در مسیر دیگری قرار دهند. دیدگاه‌های جدیدتر اعتیاد را بیانگر کمبودهای احساسی در رشد و عاطفه خود می‌دانند. داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزارنده یا به عنوان یک مکانیزم دفاعی در ارتباط با یک تعارض درونی مصرف می‌شوند (تریس و خانتزریان، ۱۹۸۶؛ دادستان، ۱۳۸۹). این راهبردهای روانی نامناسب

باعث تعارضات رفتاری فرد با جامعه می‌شوند. آلفرد آدلر تعدادی مشکلات همگانی مانند مشکلات مربوط به رفتار انسان در قبال دیگران، مشکلات شغلی و مشکلات عاطفی در زندگی انسان‌ها را مطرح کرد که انسان‌ها برای حل و فصل این مشکلات از سبک‌های زندگی مختلفی استفاده می‌کنند. سبک زندگی سلطه‌جو بیشتر با رفتارهای ضداجتماعی و اعتیاد مرتبط است. آدلر نگرش سلطه‌جویانه را با آگاهی اجتماعی ناچیز نشان می‌دهد، چنین فردی بدون توجه به دیگران رفتار می‌کند. نوع افراطی این تیپ به دیگران حمله کرده و آزارگر، بزهکار، یا جامعه‌ستیز می‌شود. و نوع کمتر خطرناک، معتاد به مواد مخدر شده یا دست به خودکشی می‌زند؛ آن‌ها باور دارند با حمله کردن به خودشان، به دیگران صدمه می‌زنند (شولتز و شولتز، ۱۳۹۰).

نظریه فرآیند متضاد هیجان اکتسابی، قویاً بر دیدگاه‌های مربوط به رفتار اعتیادآور تأثیر گذاشته است و بر این فرض استوار است که دستگاه‌های بدنی و روانی به وسیله مقابله کردن با آثار اولیه محرک‌ها به آن‌ها واکنش می‌دهد و با آن‌ها سازگار می‌شوند. این نظریه افزایش انگیزش برای ادامه مصرف مواد را توضیح می‌دهد که این افزایش بر اساس سه پدیده لذت عاطفی، تحمل عاطفی و ترک عاطفی قرار دارد (سولومون و کوربیت، ۱۹۷۴).

مطابق با رویکرد شرطی سازی و تقویت مثبت، مصرف دارو چه به ندرت روی دهد، چه به طور وسواسی، می‌توان رفتاری شمرد که با پیامدهای خود حفظ می‌شوند. الگوهای تقویت مثبت بر آثار لذت بخش و وجدآور داروها تأکید می‌کنند و اعلام می‌دارند که این آثار بسیار تقویت کننده، علت اصلی مصرف داروست. این الگوها در مکتب رفتارگرایی و روان‌شناسی کنشگر و پاسخگر به وجود آمده‌اند (سلیگمن و روزنهان، ۱۳۹۰). مصرف کننده‌های دارو به محرک‌های مرتبط با دارو با افزایش فعالیت در نواحی سیستم لیمبیک از جمله سینگولای قدامی و آمیگدال پاسخ می‌دهند. این فعالیت با انواعی از داروها، از جمله کوکائین، مواد افیونی و سیگار نشان داده شده است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۲). بر این اساس، زندانیان وابسته به مواد با توجه به داشتن الگوها و صفات

شخصیتی هیجانی و انعطاف ناپذیری که دارند اغلب با پیامدهای وجدآور و پاداش‌های روانی تقویت می‌شوند و موقعیت‌ها و شرایط محیطی نیز رفتارهای مرتبط با صفات شخصیتی فرد را بیشتر فراخوانی می‌کنند. در یک جمع‌بندی می‌توان نتیجه گرفت افراد زندانی و معتادان از میزان کمتری از ابعاد شخصیتی مثبت و بهنجار برخوردارند و الگوهای نابهنجار و نشانگان بالینی شدیدتری از اختلالات شخصیت را نشان می‌دهند. تحقیقات معدودی زندانیان معتاد و غیرمعتاد با سایر گروه‌ها را مورد بررسی قرار داده‌اند. نظر به اینکه پژوهش حاضر فقط روی مردان یک زندان و ابزار گردآوری داده‌ها فقط به روش پرسشنامه‌ای انجام گرفته است؛ لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی در زندان‌های مختلف در سراسر کشور روی زنان و مردان با نمونه آماری بیشتر انجام گردد. با توجه به وجود میزان بالای اختلالات شخصیت در معتادان و زندانیان و بنا به ماهیت تأمینی و تربیتی سازمان زندان‌ها و نهادهای آموزشی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های اجرایی آموزشی و روان‌درمانی در زندان‌ها جهت درمان اعتیاد و مشکلات رفتاری معتادان و زندانیان تنظیم گردد.

منابع

- اتکینسون، ری‌تال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای بم؛ داریل جی. و هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۵). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد*. ترجمه‌ی محمد تقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- بخشی پور رودسری، عباس. علیلو، محمود، مجید. ایرانی، سید سجاد (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلاهای شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خودم‌معرف و گروه بهنجار. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)؛ ۲۸۹-۲۹۷.
- بیرامی، منصور؛ واحدی، حسینغ اسمعلی، احمد و رضایی، رسول (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیتی در زندانیان وابسته به مواد و غیر وابسته و افراد بهنجار. *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۵(۱۵)، ۴۹-۷۰.
- پلنت، جولی (۱۳۸۹). *تحلیل داده‌های آماری با برنامه SPSS*. ترجمه‌ی اکبر رضایی. تبریز: انتشارات فروزش.
- پهلویان، احمد؛ امیرزرگر، محمدعلی؛ فرهادی نسب، عبدالله و محجوب، حسین. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد ساکن همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱(۲)؛ ۵۵-۶۲.

تقدسی نژاد، فخرالدین، صابری، سیدمهدی، قدوسی، آرش و مقصودلو، صفا (۱۳۸۱). مقایسه عوامل موثر در جرم زایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی. نشریه پزشکی قانونی، ۲۸(۵)، ۵-۹.

خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۳). *آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون-۲ (MCMI-II)*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی ایران. دادستان، پریخ (۱۳۸۹). *روان شناسی جنایی*. تهران: انتشارات سمت.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. (ترجمه نصرت الله پورافکاری). جلد ۲، تهران: انتشارات شهراب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).

سپهرمنش، زهرا، احمدوند، افشین، قریشی، فاطمه سادات و موسوی، سید غلام عباس (۱۳۸۷). بررسی ویژگی های شخصیتی معتادان تزریقی زندان کاشان در سال ۱۳۸۵. *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۲(۱)؛ ۶۹-۷۵.

سلیگمن، مارتین ای پی و روزنهان، دیوید ال (۱۳۹۰). *آسیب شناسی روانی*، ترجمه ی یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران، جلد دوم.

شریفی سقز، بیان. مدبر، آراسته (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنجند. *اصول بهداشت روانی*، ۴۰، ۳۱۶-۳۱۱.

شریفی، علی اکبر (۱۳۸۱). *هنجاریابی آزمون بالینی چند محوری میلیون-۳ در شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه اصفهان.

شولتز، دوآن و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۹۰). *نظریه های شخصیت*. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش.

علیلو، محمود و شریفی، محمدامین (۱۳۹۲). *اختلال شخصیت مرزی*. تهران: انتشارات کتاب ارجمند.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات نشر ساوالان.

مارکوویتز، هال (۱۳۹۳). *بیماری ها و اختلال های شخصیت*. ترجمه ی موسی کافی ماسوله و تمجید کریمی. تهران: انتشارات ارجمند.

محمدزاده، علی (۱۳۸۸). *اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت خود شیفته در جامعه ایرانی*. *اصول بهداشت روانی*، ۲۷۴-۲۸۱؛ ۴۴.

محمدزاده، علی (۱۳۸۹). *اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در دانشجویان دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی*. طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی.

مولوی، پرویز؛ صادقی موحد، فریبا؛ ابولحسن زاده، مسلم، مشعوفی، مهرناز، محمد نیا، حسین، دیلمی، پروان و عرب، روح اله (۱۳۸۸). *بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف موادمخدر*

مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل،

۳۲۵-۳۳۳؛(۴)۹

نویدیان، علی، دواجی، اقدس و بشردوست نصراله (۱۳۸۱). بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در مرکز بازپروری زاهدان. مجله حکیم، ۱(۵):۱۷-۲۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.

Ames, D. R., Rose, P., Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*; 40, 440-450.

Choca, J. P., Vandenberg, E., Stanley, L. A. (1997). *Interpretive guide to Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington DC: APA.

Darvishi Zadeh, M., Jilardi Damavandi, A. (2010). The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-784.

Fazel, S., Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners. a systematic review of 62 surveys. *European Psychiatry*. 359, 545-55.

Fotiadou, M., Livaditish, M., Manouc, L., Kaniotoud, E., Xenitidise, K. (2006). Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 1, 68-73.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.

Samochoiwiec, J., Konopka, A., Pełka-Wysiecka, J., Grzywacz, A. (2013). Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 40 (10), 229-235.

Samuels, O., Bienvenu, O., Cullena, b., Costa J, P., Eatona, W., Nestadta, G. (2004). *Comprehensive Psychiatry*. 45, (4) 275-280.

Solomon, R. L., Corbit, J.D. (1974). An opponent process theory of motivation. *Psychological Reviews*, 81(2)119-45.

Treece, C., Khantzian, E.J. (1986). Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Psychiatric clinics of North America*. 9.399-412