اضطرابات الشخصية والادمان ، دراسة اكلينيكية

د. على على مفتاح
مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنها
استشاري الصحة النفسية بمستشفى أمل الدمام

مقدمـــــــة :

ان لدراسة العلاقة بين ادمان المواد المخدرة واضطرابات الشخصية ، أهمية خاصة ، ذلك لسببين رئيسين:

١ - ارتفاع نسبة حدوث تلك الاضطرابات بين المدمنين على هذه المواد من جهه ، وانتشار سوء استخدام وادمان المواد المخدرة بين من يعانون من اضطرابات الشخصية من جهه أخرى .

٢ - ان اصابة المدمن بأضطراب في الشخصية أو اكثر يخلق كما من المتاعب والمشاكل التشخيصية والعلاجية ، وتلك الخاصة بالتنبؤ بمسار حالة المدمن بصورة عامة .

تشير الدراسات المختلفة والتي سيتعرض لها الباحث في الجزء الخاص بالدراسات السابقة الى اصابة نسبة كبيرة من مدمني المخدرات بأضطراب أو اكثر في الشخصية وفق محكات الدليل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدل الامريكي لعام ١٩٨٧ والتي يدرجها ضمن محوره الثاني ، ويرى الباحث أن العلاقة بين اضطرابات الشخصية والادمان علاقة معقدة ، والسبب في ذلك أن اضطراب الشخصية بما يؤدي اليه من معاناة المريض ومن يحيطون به وصعوبة توافقه وخبراته الانفعالية السلبية ، يدفعه الى اللجوء الى تعاطي الخمر والمخدرات كوسيلة تسكينية أو تنشيطية ، ويتصور من يلجأ اليها بأنها ستساعده على تحقيق توافق أفضل أو تخفف آلامه النفسية أو كليهما . وهو التسلسل المعروف باسم المداواة الذاتية Self medication Hypothesis.

كما أن معظم المدمنين يبدأون التعاطي في سن مبكرة ، ومن المعروف أن للمواد المخدرة مضاعفات سلوكية ومزاجية قد تتخذ صورة السلوك المضاد للمجتمع والتقلبات الانفعالية وسرعة الشك بالغير ، الأمر الذي يجعل التفرقة بين اضطرابات الشخصية الأصيلة في المريض وتغيرات الشخصية الناتجة عن الادمان من الصعوبة بمكان.

ويجمل عبد الشافي (Abd Al Shafy 1994) أسباب صعوبة العلاقة بين سوء استخدام المواد المخدرة واضطرابات الشخصية في النقاط التالية :

١ - يختلف تشخيص اضطراب الشخصية في المدمن بصورة كبيرة ، حسب السن والنوع والاطار الاكلنيكي والحالة الاجتماعية والاقتصادية وطبيعة العينة التي تخضع للبحث .

٢ - ان الانكار الذي يستخدمه المدمن بكثرة والذي يعتبر سمة اصيلة في شخصيته ، تجعل تشخيص اضطرابات الشخصية أكثر صعوبة .

٣ - ان كل الاعراض التي يشملها تشخيص اضطراب الشخصية ، تظهر بصورة حادة أثناء وفور انتهاء فترة تعاطي المدمن من المخدر.

٤ – لقد تغيرت المحكات التشخيصية والتصنيفات الخاصة بأصناف المواد المخدرة واضطرابات الشخصية على حد سواء خلال السنوات الماضية .

٥ – يصعب اعتبار تشخيص اضطراب الشخصية في المدمنين نهائيا ، ويجب مراجعته من وقت لآخر .

ويلخص ماكس وجولد (Khantzian & Gold 1992) الى أن التوصل الى اضطراب الشخصية بصورة يعتمد عليها يتطلب وجود خصائص اضطرابات الشخصية المتفق عليها ، وأن تكون موجوده لفترة طويلة وليس بسبب نمط الحياة الادماني .

هدف البحث :

التوصل الى نسبة حدوث اضطرابات الشخصية في عينة عشوائية من المدمنين الذكور الذين يعالجون بالقسم الداخلي بمستشفى متخصص لعلاج المدمنين بالمملكة العربية السعودية مستشفى أمل / الدمام ، بالاضافة الى البحث عن علاقات بين متغيرات مختلفة كالحالة التعليمية والمادة المستخدمة ومدة التعاطي والحالة الاجتماعية وعدد مرات دخول المستشفى وطريقة التعاطي وبين اضطرابات الشخصية التي تم تشخيصها ، ثم البحث عن فروق في الخصائص الديموغرافية بين من يعانون من اضطرابات الشخصية ومن لا يعانون منها .

ونظرا لقلة الدراسات الخاصة بهذا الموضوع ، فقد رأى الباحث أن يعتمد الفرض الصفري في دراسته ، بمعنى أن احتمال وجود علاقات ذات دلالة بين المتغيرات السابقة والتشخيص الاكلينيكي يساوي عدم وجود علاقة بينهما .

أهمية البحث :

ان للبحث أهمية خاصة كتجاوز الاختبارات الاكلينيكية المحضة بكثير ، فعلاج الادمان يعتبر صعبا بصفة عامة ، لما يتطلبه من تعاون والتزام في البرامج العلاجية ذات الطابع النفسي أساسا كالعلاج النفسي الفردي والجمعي والعلاج السلوكي وبرامج المساعدة الذاتية تحت اشراف جماعة المدمن المجهول وغيرها ، ولاشك أن في وجود اضطراب مصاحب للشخصية ما يؤثر على تعاون المريض وطاعته في اتباع البرنامج ، أي أن اضطراب الشخصية يشكل عائقا معوقا يعيق التصدي له بفنيات علاجية خاصة ، اذا ما كنا نريد لعلاج الادمان النجاح . كما أن وجود اضطراب شخصية من عدمه يؤثر بصورة كبيره على تقييم مسار الحالة والتنبؤ بالاستجابة بما يترتب على ذلك من تدابير واجراءات قد تفصل القائمين بالعلاج في استبعاد بعض المصابين باضطرابات الشخصية الشديدة أو المعوقة في مرحلة مبكرة ، حفاظا على استقرار العلاج بالنسبة للمرضى الآخرين من جهة ، وتوجيه المصابين باضطرابات الشخصية للجهات المتخصصة في الطب النفسي العام لعلاجهم بواسطة تلك الجهات ، وذلك لتوفير الوقت والجهد والنفقات ، من جهة أخرى .وفي حدود علم الباحث انه ليست هناك دراسات في المجتمع العربي قد تعرضت لدراسة هذا الموضوع .

مصطلحات الدراسة :

تعريف الادمان (الاعتماد على المواد)

هو نمط غير متوافق من استخدام المادة الذي يؤدي الى اضطراب واضح اكلينكيا أو شعور بالمعاناة ، كما يتضح من وجود ثلاث محكات أو اكثر مما يلى في أي وقت في فترة ١٢ شهر (١) التحمل أي الحاجة الى زيادة الجرعة للتوصل الى التأثير المطلوب أو ضعف تأثير المادة المعنية مع الاستمرار لتعاطي نفس الجرعة . (٢) الانسحاب الذي يتصف بأعراض انسحابية مميزة لكل مادة أو استخدام نفس المادة أو مادة شبيهه لتخفيف أو تجنب الأعراض الانسحابية (٣) استخدام المادة بجرعات أكبر أو لفترات أطول من التي كان ينوي عليها أصلا . (٤) الرغبة الملحة أو المحاولات الفاشلة للتخفيف من استعمال المادة أو للتحكم في جرعتها . (٥) تضييع كمية كبيرة من الوقت في أنشطة لازمة للحصول على المادة أو في تعاطي المادة أو في التغلب على أثرها . (٦) التوقف عن أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترفيهيه هامة أو تخفيفها بسبب التعاطي . (٧) الاستمرار في التعاطي بالرغم من معرفة الشخص بوجود مشكلة جسمية أو نفسية نتجت عن التعاطي أو زادت بسببه (مثل الاستمرار في شرب الخمر برغم من معاناته من قرحه في المعدة .(Kaplan & Sadock, 1994)

تعريف اضطرابات الشخصية :

اضطرابات الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنه ولا متوافقه ، وتسبب لصاحبها خلل ملحوظ في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة . وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابته وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وادراكها وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذواتهم . ,Kaplan & Sadock) 1994,)

الدراسات السابقة :

لم يعثر الباحث على أبحاث في البيئة العربية تتعرض لدراسة اضطرابات الشخصية بين المدمنين ، ولذا سيعرض بعض الدراسات الأجنبية المتاحة :

قام كوستين وآخرون (Kosten & et al 1982)بدراسة اضطرابات الشخصية بين مدمني الأفيونات ، فوجد أن معدلات حدوثها بين ٣٨٤ مدمن قد بلغت ٨٦٪ وكان توزيعهم كما يلي : ٢٤٪ أكثر من اضطراب واحد ، ٣٩٪ مضادة للمجتمع ، ١٤٪ بينية ، ٩٪ نرجسية وكانت نسبة غير المتعلمين والعاطلين مرتفعة بشكل خاص في الشخصية البينية ، وارتفعت نسبة حدوث الهوس بين المصابين بأضطراب الشخصية النرجسي .

ويفيد كانتزيان وتريس (Khantzian & Treece 1985) من خلال دراستهما على ١٣٣ مريضا يستيون استخدام المخدرات أن ٦٥٪ كانوا يعانون من اضطراب واحد في الشخصية وكان أكثرها انتشارا اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

ووجد كالسين وساكسون (Calsyn & Saxon 1990)من خلال تطبيق اختبار ميلون الاكلينكي المتعدد المحاور على ٧٣ من مدمني مركبات الأفيونات ، ٣٧ من مدمني الكوكايين أن ٩٠٪ من المجموعة الأولى يعانون من اضطرابات الشخصية المختلفة ، بينما كانت النسبة المقابلة في المجموعة الثانية ٩٧٪ .

وأوضحت دراسات كل من رونسافيل وآخرون (Rounsaville et al 1982) ،كوستين وآخرون (Kosten et al)، (1989 ، بلوم (Blume 1989) أن نسبة اضطرابات الشخصية بين مدمني الخمر والمخدرات تتراوح من ٦٥ - ٩٠٪ مع بروز عدد المصابين بأضطراب الشخصية ضد الاجتماعية بصورة خاصة .

كما وجد مارش وآخرون (March et al 1988) في عينة مكونة من ١٦٣ مريضا من مدمني المخدرات أن أعلى نسبة اضطرابات في الشخصية كانت تقع في اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ثم النرجسية والهستيرية والبارانوية .

وفي دراسة مالو وآخرون (Malw et al 1989) وجد الباحثون في عينة مكونة من ١١٧ مدمنا على الكوكايين ومشتقات الأفيون أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية البينية اكثر الاضطرابات انتشارا.

وتعرض كريج (Craig 1988) في دراسته السكوميترية لانتشار اضطرابات الشخصية بين مدمني الأفيونات الذين يتلقون العلاج ، مستخدما اختبار ميلون ، على عينة مقدارها ١٢١ من الذكور ، فوجد أن ٢٧٪ من أفراد العينة يعانون من اضطرابات في الشخصية وكانت أكثر أنواعها انتشارا الشخصية المضادة للمجتمع ثم النرجسية وتليها البينية وأخيرا الاعتمادية .

ووجد نيس وآخرون (Nace et al 1991) أن نسبة اضطرابات الشخصية قد بلغت ٥٧٪ وذلك على عينة قوامها ١٠٠ مريض من القسم الداخلي لقسم متخصص في علاج الادمان بمستشفى طب نفسي عام بالولايات المتحدة ، وذلك بالاستعانة بالمقابلة الاكلينكية المقننة لتشخيص باضطرابات الشخصية وفق الدليل الاحصائي الثالث المعدل الامريكي بالاضافة الى اختبار مايسوتا . وكانت نسبة الشخصية البينية ٢٩ر٨٪ ، البارانوية ١٢ر٣٪ ، التجنبية ٣ر٥ ٪، الهازمة للذات ٨ر٧٪ ، النرجسية ٧٪ ، الاعتمادية ٧٪ ، الوسواسية ٥٪، العدوانية السلبية ٨ر٧٪ ، الهستيرية ١٠ر٥٪ .

وفي دراسة برونر(Brooner et al 1993)وآخرون وجد الباحثون أن نسبة اضطرابات الشخصية في عينة تتكون من ٢٠٣ مريضا قد بلغت ٣٧٪ ، وهي نسبة منخفضة بأعتراف الباحثين وكان توزيعهم كالتالي : ٣٦ر٨٪ يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، ٣١ر٥٪ يعانون من اضطرابين أو أكثر ، ١٠ر٥٪ من اضطراب الشخصية التجنبية ، ٦ر٦٪ من اضطراب الشخصية البينية ، ٦ر٦٪ من اضطراب الشخصية البارانوية ، ٢٪ اضطرابات أخرى .

منهج البحث والأدوات :

مستشفى أمل الادمان احدى ثلاث مستشفيات متشابهه ومتخصصة في علاج الادمان بالمملكة العربية السعودية . وطاقتها الاستيعابية ٢٨٠ مريضا وبها أربعة أجنحه ، جناح للدخول يتم فيه تقييم المريض في النواحي الطبية الجسمية ،الطبية النفسية ،النفسية والاجتماعية واخضاعه لبرنامج تطهير لمدة لاتقل عن ١٠ أيام ، وذلك بالوسائل الدوائية حتى يتخلص جسمه من المخدر ولتجنب ظهور الأعراض الانسحابية . وجناحين للتأهيل القصير المدى ولا تستخدم فيهما الوسائل الدوائية الا عند الضرورة القصوى ويطبق فيهما عدة علاجات نفسية فردية وجمعية وما يسمى بمجموعات التعافى التي تتبع برنامج الاثنى عشر خطوة الذى وضعته جماعة المدمن المجهول الاسم والذى يقوم بتطبيقه مرشدى تعافي متخصصون ومأهلون ، بالاضافة الى التأهيل الاجتماعي والذى يقوم به أخصائيون اجتماعيون ثم التأهيل الترفيهي الرياضى والمهنى في قسم متخصص وينتقل المريض بعد خروجه من المستشفى الى قسم الرعاية اللاحقة حيث يتم متابعته وهو خارج المستشفى وتزويده بالدعم النفسي عن طريق العلاج الجمعي بصورة أساسية والعلاج النفسي الفردي اذا لزم الأمر . وأخيرا في المستشفى جناح يتبع ادارة مكافحة المخدرات بوزارة الداخلية حيث يعالج فيه المتهمون بالتعاطي أو بقضايا أخرى ذات صلة بالمخدرات . وهو جناح مغلق يتلقى فيه المريض نفس الرعاية المقدمة للمرضى الآخرين

ويقوم بالاشراف على المرضى فريق علاجي يمثل كل التخصصات : الطب النفسي ، وعلم النفس الاكلينيكي والبحث الاجتماعي والتمريض وارشاد الادمان والتأهيل والتأهيل العام وفق التصور الحديث للادمان المطبق في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة والمعروف بالمدخل البيولوجي النفسي الاجتماعي . لكل هذه المواصفات تعتبر مستشفيات الامل مراكز متخصصة ذات مستوى عال يجعلها في مصاف نظيراتها من المراكز المتخصصة العالمية.

أولا:عينة البحث :

تكونت العينة من مائة (١٠٠) مريض تم اختيارهم من كل أجنحة المستشفى المختلفة بطريقة عشوائية .

وصف العينة :

جدول رقم (١)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض متغيرات عينة البحث

المتغير	مدة التعاطي	العمر	عدد مرات دخول المستشفى	عدد المشاكل القانونية	عدد مرات دخول السجن	العمر عند دخول السجن أول مرة
المتوسط الحسابى	٩ر٧٦	٣٢ر٥٧	٣ر٧٢	١ر٤٢	١ر٢١	٢١ر٣٩
الانحراف المعيارى	٦ر١١	٦ر٥٢	٣ر٤١	١ر٨٨	١ر٣٧	٥ر٤١

ن=١٠٠

الدخل : كان هناك ٣٢ فردا بدون دخل ، ٦٧ فردا كان متوسط دخلهم ٣٦٥٤ ريالا شهريا ، بانحراف معيارى قدره ٣٨٩٤ .

المواد المستعملة لأول مرة : كان الكحول أكثر المواد استعمالا حيث بلغت نسبة استعماله بين أفراد العينة ٧٨٪ ، يليه الحشيش ٧٨٪ ، ثم الهروين ٢٢٪ ، منشطات الأعصاب وكانت ٨٪ ، ثم المهدئات النفسية ٢٪ وأخيرا المواد الطيارة ١٪ .

المواد المستعملة قبل دخول المستشفى :اتضح أن الهروين كان أكثر المواد استعمالا وبلغت نسبته ٧٤٪ ، يليه الكحول ١٦٪ ، ثم الحشيش ٦٪ ، وأخيرا منشطات الاعصاب ٤٪ .

الحالة المدنية : بلغت نسبة الأفراد الذين لا يعولون ٤٩٪ بينما كانت نسبة الموظفون ٣٠٪ ، ثم من يشتغلون بالأعمال الحرة ١٧٪ وأخيرا كانت نسبة العاطلين ٤٪ .

الحالة الاجتماعية :بلغت نسبة غير المتزوجين ٦٥٪ ، المتزوجين ٣١٪ ، المطلقين ٣٪ ، الأرامل ١٪ .

الحالة التعليمية : بلغت نسبة الأفراد الذين أنهوا المرحلة الابتدائية ٢٣٪ ، المرحلة الاعدادية ٤٤٪ ، المرحلة الثانوية ٢٧٨ وبلغت نسبة من أنهوا المرحلة الجامعية ٥٪ .

ثانيا : أدوات البحث :

اختبار الاكلينيكية الثانية لتشخيص اضطرابات الشخصية وفق الدليل الاحصائي الثالث المعدل الأمريكي [redacted] تكونت من ١٢٣ سؤال تشمل اضطرابات الشخصية الآتية : الفصامية ، الاجتماعية ، البرسونية ، السلبية العدوانية ، الفوضى الذات ، البارانوية ، ضحالة النوع ، شبه الفصامية ، الحدية ، الهستيرية ، النرجسية ، المضادة للمجتمع . وقام بإعداد هذه الثنائية روبرت سبيتزر وآخرون (Spitzer 1980) من استاذة الطب النفسي بجامعة كولومبيا بأمريكا ، وقاموا بحساب الصدق والثبات على عينة قوامها ٦٠٠ وكانت النتائج تشير الى ارتفاعهما .

كيفية استخدام الثنائية :

١ – إلى الفاحص أن يسأل كل مفحوص من الثنائية ، أسئلة وتوجيهات (للفاحص) .

٢ – يتم قبل استخدام الثنائية تطبيق النسخة الخاصة بالأسئلة ، وبعدها يتم حصر الاسئلة التي أجاب عليها المفحوص بنعم وتوجه اليه من خلال كراسة الثنائية الاكلينيكية والتي تبدأ أسئلتها بالقد قلت أن .....

٣ – على الفاحص أن يسأل الاسئلة التي لا تكتب بين القوسين ، حرفيا ، لكل مفحوص .

٤ – الاسئلة التي بين قوسين ، اختيارية ، أي أن الفاحص يستطيع استخدامها اذا كان يعرف الجواب ولا يعني ذلك أن الطريقة التي يسأل فيها غير مهمة .

٥ – يوجد في كل سؤال خانتين يكتب في كل سؤال الرموز التالية : ؟ ، ١ ، ٢ ، ٣ ، وتشير؟ أن المعلومات غير كافية لإعطاء السؤال درجة وتوجه الدرجات الثلاثة الأخرى ، وتترك صفرا .

١ – غير موجود أو خفيف .

وغير موجود تعني أن العرض غير موجود ، وخفيف تفيد أن العبارة التي تجيب عليها العرض لا ينطبق عليها المفحوص .

٢ – دون المطلوب .

ويقصد بها أن الاجابات تشير أن العرض قد الحد المطلوب التشخيص ولكنها لا تنطبق عليه تماما .

٣ – فوق المطلوب .

٣ – المطلوب أو الصحيح .

ويعني ذلك أن يصل عدد الاجابات الى الحد الأدنى المطلوب للتشخيص .

٦ – في المعامل التشخيصي معايير لشدة المرض بحيث نصفه بأنه طفيف أو متوسط أو شديد .

٧ – في المقابلة المقننة جزء نسميه " لم يسبق تخصيصه " ، ويستعمل عندما تكون المعلومات المتوفرة متناقضة أو متضاربه ولكنها تسمح بوضع المريض في فئة تشخيصية معينة ، كأن نقول أن المريض يعاني من اضطراب الشخصية ولكننا لا نستطيع تحديد نوعه ، أو عندما يتضح وجود أكثر من اضطراب لدى المريض .(Spitzer et al 1990)

ثبات المقابلة الاكلينيكية المقننة :

قام الباحث بتطبيق المقابلة على عينة قوامها ٢٠ مريضا واستخدم لحساب الثبات اعادة تطبيق الاختبار وذلك بعد مرور ثلاثة اسابيع وبحساب معامل الارتباط بين درجات المرضى في المرتين تبين انه كالتالى :

الشخصية المتجنبة = ٨٨ر	الاعتمادية = ٩٠ر	الوسواسية =٩١ر
السلبية العدوانية = ٨٢ر	الهازمة للذات = ٨٤ر	البارانوية = ٨٥ر
فصامية النوع = ٨٦ر	شبه الفصامية = ٨٥ر	المستهوية = ٨٦ر
النرجسية = ٧٨ر	البينية = ٨٨ر	المضادة للمجتمع = ٩٣ر

الصـــدق:

تم ترجمة المقابلة الى اللغة العربية ، ثم تم عرض الترجمة على محكم من أساتذة اللغة الانجليزية والذى أفاد بدقة الترجمة وسلامة الصياغة ، ثم عرضت على أثنين من أساتذة الطب النفسي والذين اتفقت آرائهما على تمثيل البنود للجوانب التي تتعرض لها ، وحازت على اتفاق يتراوح ما بين ٩٥ – ١٠٠٪ ، وساعد في ارتفاع نسبة الاتفاق أن المقابلة صممت أصلا من الواقع الاكلينيكي وأن بنودها ترتبط بالأعراض والاضطرابات التي وضعت من أجل قياسها . هذا فيما يتعلق بصدق المحكمين وصدق المضمون .كما قام الباحث بحساب الصدق الذاتي للمقابلة على أساس حساب الجذر التربيعي لمعامل ثباته وكانت درجات الصدق الذاتي كالتالي :

المتجنبة = ٩٣ر	الاعتمادية = ٩٤ر	الوسواسية = ٩٥ر	السلبية العدوانية = ٩٠ر
الهازمة للذات = ٩٠ر	البارانوية = ٩١ر	فصامية النوع = ٩٣ر	شبه فصامية = ٩٢ر
المستهوية = ٩٢ر	النرجسية = ٨٨ر	البينية = ٩٣ر	المضادة للمجتمع = ٩٦ر

كما تم استخدام الصدق التميزى للمقابلة من خلال تطبيقها على مجموعة قوامها ٢٠ فردا ، مما لا يعانون من اضطرابات الشخصية ، وأخرى مساوية لها في العدد من المرضى المصابون بأضطرابات الشخصية ، بعد عدة تشخيصات من الأطباء والأخصائيين النفسيين بالمستشفى ، وتم حساب قيمة ت ، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠١ر في جميع المقاييس الفرعية للمقابلة ، مما يشير الى قدرتها على التمييز بين اللذين يعانون واللذين لا يعانون من اضطراب الشخصية .

جدول رقم (٣)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية التى لا تعاني من اضطراب والشخصية التى تعاني من اضطرابات مختلفة ، في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية التى لا تعاني من اضطراب ن = ١٩		الشخصية التى تعاني من الاضطرابات المختلفة ن = ٨١		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م ١	ع ١	م ٢	ع ٢		
العمر	٣٤	٨	٣٢	٦ر١٣	١ر٢٤	–
مدة التعاطى	٦ر٦١	٥ر٨٣	١٠ر٥	٦ر١٢	٢ر٦١	٠٥ر
العمر عند بدء التعاطى	٢٤ر٥	٧	٢١	٤ر٨٤	٢ر٨٢	٠١ر
عدد مرات دخول المستشفى	٢	١ر١	٤ر٢	٣ر٦٢	٢ر٢	٠٥ر
عدد المشاكل ٣القانونية	٦٣ر	٩ر	٢	٢	٣	٠١ر
عدد مرات دخول السجن	٦٣ر	٩ر	١ر٧	١ر٤١	٣ر٢٤	٠١ر
الدخل	٤٠٠٠	٣٦٦٨	٣٥٦٠	٣٩٦١	٤٥ر	–

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية لصالح الشخصية التى تعانى من اضطراب فيما يلى: مدة التعاطى حيث بلغت ٠٥ر ، عدد مرات دخول المستشفى وبلغت ٠٥ر ، عدد المشاكل القانونية فقد بلغت ٠١ر ، عدد مرات دخول المستشفى فقد بلغت ٠٥ر ، وكانت هناك فروقا لصالح الشخصية التى لا تعاني من اضطراب ، فيما يتعلق بالعمر عند بدء التعاطى بلغت ٠١ر .

جدول رقم (٤)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية البينية والشخصية ضد الاجتماعية في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية البينية ن = ١٥		الشخصية ضد الاجتماعية ن = ٢٧		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م ١	ع ١	ن ٢	ع ٢		
العمر	٣٢	٥ر٥١	٣٣ر٢٧	٥ر٨٧	١ر١٢	–
مدة التعاطى	٩ر٤٣	٤ر٥٣	١٣ر٧٢	٧ر٥٢	٢ر٢١	٠٥ر
العمر عند بدء التعاطى	٢١ر٦١	٤ر٨٢	٢٠ر٤٧	٥ر٨٤	٥٦ر	–
عدد مرات دخول المستشفى	٣	٢ر٥	٤ر٩٣	٢ر٣٢	٤٥ر	–
عدد المشاكل القانونية	٧٣ر	١	٣ر٢٢	١ر٨٥	٢ر٨٣	٠١ر
عدد مرات دخول السجن	٦٧ر	٩ر	٣	١ر٩١	٢ر٤٢	٠٥ر
الدخل	٣٧٤٥	٣٥٢٥	٤٢٠٠	٣٧٠٠	٤ر	–

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية لصالح الشخصية ضد الاجتماعية فيما يتعلق بمدة التعاطي حيث بلغت ٠٥ر ، وفيما يختص بعدد المشاكل القانونية فقد بلغت ١٠ر ، ثم عدد مرات دخول السجن وكانت ٠٥ر .

جدول رقم (٥)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية البينية والشخصية التي لا تعاني من اضطراب في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية البينية		شخصية لا تعاني من اضطراب		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ن = ١٥		ن = ١٩			
	م١	ع١	م٢	ع٢		
العمر	٣٢	٥ر٥١	٣٤	٨	٧٧ر	–
مدة التعاطي	٩ر٤٣	٤ر٥٣	٦ر٦١	٥ر٨٣	١ر٧٥	–
العمر عند بدء التعاطي	٢١ر٦١	٤ر٨٢	٢٤ر٥٠	٧	١ر٣٩	–
عدد مرات دخول المستشفى	٣	٢ر٥٠	٢	١ر١٠	٧٧ر	–
عدد المشاكل القانونية	٧٣ر	١	٦٣ر	٩٠ر	٣٥ر	–
عدد مرات دخول السجن	٦٧ر	٩٠ر	٦٣ر	٩٠ر	١٥ر	–
الدخل	٣٧٤٥	٣٥٢٥	٤٠٠٠	٣٦٦٨	٢٨ر	–

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في جميع المتغيرات .

جدول رقم (٦)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية البينية والشخصية المتعصبة في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية البينية		الشخصية المتعصبة		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ن = ١٥		ن = ١٩			
	م١	ع١	م٢	ع٢		
العمر	٣٢	٥ر٥١	٣٢	٥	صفر	–
مدة التعاطي	٩ر٤٣	٤ر٥٣	١٠ر٥٢	٥	٩٣ر	–
العمر عند بدء التعاطي	٢١ر٦١	٤ر٨٢	٢١	٤ر٥٨	٣٧ر	–
عدد مرات دخول المستشفى	٣	٢ر٥٠	٣ر٢٠	٢ر٤٤	٤٣ر	–
عدد المشاكل القانونية	٧٣ر	١	٩٧ر	١	٦٥ر	–
عدد مرات دخول السجن	٦٧ر	٩٠ر	٩٣ر	١	٧٨ر	–
الدخل	٣٧٤٥	٣٥٢٥	٤٠٠٠	٣٤٨٧	٣٣ر	–

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في جميع المتغيرات .

جدول رقم (٧)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية ضد الاجتماعية والشخصية التى لا تعاني من اضطراب في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية ضد الاجتماعية ن = ٢٧		الشخصية التى لا تعاني من اضطراب ن = ١٩		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
العمر	٣٣ر٢٧	٥ر٨٧	٣٤	٨	٥٧ر	–
مدة التعاطي	١٣ر٧٢	٧ر٥٢	٦ر٦١	٥ر٨٣	٣ر٤٣	٠١ر
العمر عند بدء التعاطي	٢٠ر٤٧	٥ر٨٤	٢٤ر٥٠	٧	٢ر٢١	٠٥ر
عدد مرات دخول المستشفى	٤ر٩٣	٢ر٣٢	٢	١ر١٠	٤ر٩٢	٠٠١ر
عدد المشاكل القانونية	٣ر٢٢	١ر٨٥	٦٣ر	٩٠ر	٥ر٥٣	٠٠١ر
عدد مرات دخول السجن	٣	١ر٩١	٦٣ر	٩٠ر	٤ر٩٥	٠٠١ر
الدخل	٤٢٠٠	٣٧٠٠	٤٠٠٠	٣٦٦٨	٢٧ر	–

بالنظر الى الجدول السابق يتضح أ، هناك فروقا ذات دلالة احصائية لصالح الشخصية ضد الاجتماعية فيما يتعلق بمدة التعاطي حيث بلغت ٠١ر ، عدد مرات دخول المستشفى حيث كانت ٠٠١ر ، وفيما يختص بعدد المشاكل القانونية وكانت ٠٠١ر ، وأخيرا عدد مرات دخول السجن وبلغت ٠٠١ر ، وكانت هناك فروقا دالة احصائيا لصالح الشخصية التى تعاني من اضطراب فيما يتعلق بالعمر عند بدء التعاطي وبلغت ٠٥ر.

جدول رقم (٨)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية ضد الاجتماعية والشخصية المتحنبة في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية ضد الاجتماعية ن = ٢٧		الشخصية المتحنبة ن = ١٩		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
العمر	٣٣ر٢٧	٥ر٨٧	٣٢	٥	٧١ر	–
مدة التعاطي	١٣ر٧٢	٧ر٥٢	١٠ر٥٢	٥	١ر٦٣	–
العمر عند بدء التعاطي	١٠ر٤٧	٥ر٨٤	٢١	٤ر٥٨	٤٤ر	–
عدد مرات دخول المستشفى	٤ر٩٣	٢ر٣٢	٣ر٢٠	٢ر٤٤	٢ر٣٥	٠٥ر
عدد المشاكل القانونية	٣ر٢٢	١ر٨٥	٩٧ر	١	٤ر٩٤	٠٠١ر
عدد مرات دخول السجن	٣	١ر٩١	٩٣ر	١	٤ر٣٢	٠٠١ر
الدخل	٤٢٠٠	٣٧٠٠	٤٠٠٠	٣٤٨٧	٣٩ر	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيا لصالح الشخصية ضد الاجتماعية فيما يختص بعدد مرات دخول المستشفى وبلغت ٠٥ر ، أما فيما يتعلق بعدد المشاكل القانونية وعدد مرات دخول السجن فقد بلغت ٠٠١ر.

جدول رقم (٩)

يوضح قيمة ت ودلالتها الاحصائية بين الشخصية التى لا تعاني من اضطراب والشخصية المتحنية في بعض المتغيرات

البيان	الشخصية التى لا تعاني من اضطراب		الشخصية المتحنية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ن = ١٩		ن = ١٩			
	م١	ع١	م٢	ع٢		
العمر	٣٤	٨	٣٢	٥	٩١ر	–
مدة التعاطي	٦ر٦١	٥ر٨٣	١٠ر٥٢	٥	٢ر٢٠	٠٥ر
العمر عند بدء التعاطي	٢٤ر٥٠	٧	٢١	٤ر٥٨	١ر٩٣	–
عدد مرات دخول المستشفى	٢	١ر١٠	٣ر٢٠	٢ر٤٤	٢ر١٧	
عدد المشاكل القانونية	٦٣ر	٩٠ر	٩٧ر	١	٩٠ر	–
عدد مرات دخول السجن	٦٣ر	٩٠ر	٩٣ر	١	٩٣ر	–
الدخل	٤٠٠٠	٣٦٨٨	٤٠٠٠	٣٤٨٧	صفر	–

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقا دالة احصائيا لصالح الشخصية التحنية في المتغيرات الآتية : مدة التعاطي ، عدد مرات دخول المستشفى وبلغت ٠٥ر .

خامسا : مناقشة النتائج :

أظهرت نتائج البحث الحالى أن نسبة انتشار اضطرابات الشخصية بين المدمنين ٨١٪ وهي تقترب بشكل عام مع نتائج رونسافيل وآخرون(١٩٨٢) ، كوستين وآخرون (١٩٨٢) ، كانتزيان وساكسون (١٩٨٥) ، كوستين وآخرون (١٩٨٩) ، بلوم (١٩٨٩) ، كالسين وساكسون (١٩٩٠) حيث بلغت ٦٥ - ٩٠٪ كما تقترب بشكل خاص مع نتائج كالسين وساكسون (١٩٩٠) والتى بلغت ٩٠٪ لمدمني مشتقات الأفيون .

وكان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يتصدر الفئات الأخرى في هذا البحث الحالى حيث بلغت نسبته ٢٧٪ وأتفق في ذلك مع نتائج جمهور الباحثين .

واختلفت نسبة حدوثها عما وجده نيس وآخرون (١٩٩١) ويرجح الباحث أن السبب في هذا الاختلاف هو تباين تركيب العينتين وطريقة اختيارها وطبيعة المواد المستخدمة في أفراد العينتين ، فلم تكن عينة نيس وزملائه عينة عشوائية حيث اختاروا أول ١٠٠ مريض وافقوا على الاشتراك في البحث وهي عينة غير ممثلة ، وشملت المواد المستخدمة ، الكوكايين ، إل.اس . دي وهي مواد لم يستخدمها أفراد عينة البحث الحالى .

يتضح من النتائج السابقة والتى أجريت على مدمنين امريكيين ، أن كلها بأستثناء دراسة نيس وآخرون تشير الى ارتفاع نسبة انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية البينية ، فتلتقي بالتالي مع نتائج البحث . ويأتي الاختلاف من ضألة نسبة حدوث الشخصية المتحنبة في العينات الامريكية ، وارتفاعها في البحث الحالى من جهه وانطباق العكس على الشخصية النرجسية والهستيرية والبارانوية من جهه أخرى .

ويحتاج تفسير هذا الاختلاف للرجوع الى الاصول السيكوباثولوجية والسببية لهذه الاضطرابات . الشخصية المتحنبة تتحاشى اقامة علاقات مع الغير خوفا من رفضها كما انها تشعر بالتردد وعدم الثقة بالنفس وتعجز في العادة عن تأكيد ذاتها وذلك لأسباب منها أسلوب التنشة والتربية ذاتها(Kaplan & Sadock 1994) فالابوة الصارمة والتى تلجأ الى الأساليب العقابية البدنية واللفظية الجارحة مع الطفل تخل بمرحلة الاستقلالية أو الخزى والشك التى وصفها اريكسون ضمن مراحل النمو النفسي الاجتماعي وتؤدى بالتالي الى ظهور سمات عدم الثقة بالنفس والشك في القدرات الذاتية وفي احتمال تقبل الآخرين للانسان . وقد لاحظ الباحث من تاريخ الحالات التى قام بفحصها أن هناك نسب عالية من اسر المدمنين في مجتمع الدراسة ولاسيما الآباء ، تتبع هذا النهج في تنشأة أولادها لما يتصف به هذا المجتمع من تركيبة قبلية معدلة تعطى الأب صلاحيات لا حدود لها ويجيزها العرف ، وينتج عن ذلك ارتفاع عتبة القلق الاجتماعي واللجوء الى وسائل دفاعية من ضمنها الكبت الذى صنفه فرويد ضمن الدفاعات العصابية والذى يشمل الحد من وظائف الأنا أو التنكر لها لتجنب القلق الناتج من الصراعات الغريزية أو الأنا الأعلى للتسلط أو القوى أو الرموز البيئية ذات التأثير السلبى ، بالأضافة الى التقمص واستدخال صفات الموضوع (الأب في هذه الحالة) ، أو مايسمى أحيانا بالتوحد مع المعتدى حين تقوم الضحية بامتصاص الصفات العقابية الخاصة بالموضوع كجزء من سمات شخصيتها ، والتى تتخذ صورة التجنب وضعف تقدير الذات الذى نراه في صورة عدم الثقة في النفس وسرعة الشعور بجرح المشاعر التى تختص بها صفات الشخصية المتحنبة (Kaplan &Sadock 1994) واذا اخذنا مفاهيم نظرية التعلم بعين الاعتبار ، نجد أن العقاب الذى لا يتناسب مع الفعل يشكل تعزيزا سالبا مجيرا يؤدى تكراره الى كف السلوك المؤدى الى الاحتكاك بالاخرين بصفة عامة لتعلم الشخص أن عواقب هذا الاختلاف غير مضمونة ، بل وتكون سلبية فى معظم الاحيان وما يترتب على ذلك من تعميم السلوك على المواقف المشابهه وذات الطابع الاجتماعى التعاملى بعد تجاوز مرحلة الطفولة .

وأخيرا فطبقا لنظرية التعلم الاجتماعى التى تؤكد أهمية القدوة في صياغة السلوك فان ذلك يؤدي الى تعلم المصابين بتلك الشخصية منذ صغرهم الاستسلام والخوف والتوجس من التعبير المشروع عن حقوق الذات واثباتها في المواقف الاجتماعية وما يؤدى اليه ذلك من اختلال في التعامل نصادفه في الشخصيات المتحنبة . والخلاصة أن هذا النمط تندر مصادفته في المجتمعات الغربية التى تتيح في معظم الاحيان في أغلبها للطفل والمراهق فرصا كثيرة للتعبير عن ذاته واستقلالية قد تتجاوز حدود المعقول والمقبول .

أما فيما يتعلق بكثرة اضطرابات الشخصية الهستيرية والنرجسية والبارانوية في العينات الغربية ، يرى الباحث التعرض لهما بحيث يتناول النرجسية والهستيرية معا لانتمائهما الى طائفة واحدة من اضطرابات الشخصية ، (DSM-III-R 1987)وتناوله الشخصية البارانوية على انفراد لانتمائها الى طائفة اخرى ولما لها من خصائص باثولوجية ودينامية مختلفة.

تتصف الشخصية المستوية والنرجسية بتصور مبالغ فيه عن أهمية الذات وبأنها تستحق معاملة خاصة كما أنها ترفض النقد ولا تكترث به، كما انها تهتم بلفت الانظار اليها ولا تطيق الغياب عن الاضواء ولا تتعاطف مع غيرها . ويرجح الباحث أن ظهور هذه الطائفة من السمات تعود الى الخصائص الاجتماعية والحضارية الى المجتمع الامريكي والى أسلوب التنشئة الذى تعرض له هؤلاء المرضى . أن الشخصية التحتية تنشأ في بيئة صارمة تقيد حرية التعبير عن الذات للمشروعة وتبالغ في استخدام العقاب . أما في البيئة الاسرية التى تنشأ فيها الشخصيات النرجسية والمستوية ، فأن الذى يحدث هو العكس . فالسماح للطفل والمراهق للتعبير عن ذاته بصورة مبالغ فيها بأسم الحرية وترك النمو يمضى على سجيته وما يسود في المجتمعات الغربية بصفة عامة من تأكيد على أهمية الفرد وأنجازه وتأكيد للقيم المادية ومشروعية التنافس للوصول بلا حدود ، يغذى استقلالية ضارية ورغبة قوية في تأكيد الذات ، وحواز الحصول على ما يريده الشخص بالأساليب التنافسية الشديدة التى تؤدى كلها في النهاية الى تضخم في الأنا على حساب الآخرين في أحيان كثيرة . وليس المقصود بهذا تعميم هذا النمط التربوى على المجتمع الغربي بأسرة ، ولكن المقصود منه التنويه بما قد تؤدى اليه تطبيقه بصورة غير صحيحة على أفراد لديهم الاستعداد للاصابة بأضطراب الشخصية . ومن الوسائل الدفاعية التى تتبعها تلك الشخصيات ، التبدين الذى يتخذ صورة التعبير عن الصراعات النفسية اللاشعورية مباشرة ، والتبرير ، والارتداد الى المرحلة النرجسية من النمو حيث تقتصر الشحنة الليبيدينية على الذات نفسها بدلا من امتدادها للمواضيع المحيطة بالشخص . ولاشك أن تهميش دور الاسرة في المجتمع الغربي والاهتمام المفرط بالفرد وبما ينجزه واعتلال الموضوع أو غيابه الذي يمنع الطاقة الغريزية الليبيدية لتشمله ، يؤدى الى احتفاظ الأنا بالقدر الأكبر من هذه الطاقة وما يترتب عليه من احساس مبالغ فيه بأهمية الذات وسرعة انجراح للمشاعر لأي نقد بسيط وعدم التعاطف مع الآخرين بالاضافة الى الحرص الشديد على استحواذ اهتمام وانتباه الآخرين وهو ما يندرج تحت أوصاف الشخصيتين النرجسية والمستوية . فمن المتوقع اذن أن نجد نسبة أكبر من هاتين الشخصيتين ممثلة في عينة من المدمنين الذين يعانون من اضطراب الشخصية .

واذا ما تناولنا الموضوع من وجهه نظر التعلم ، فأن التعلم الاجتماعى وتقديس الماديات والتمتع الحسية والانجازات الملموسة وسرعة الوصول تشكل نماذج يقتدى بها النشء ، فيندفع الى تقليد تلك الانماط السلوكية التى تشترك جميعا في الاتانية وتقديس الذات لتصبح نمطا سلوكيا مميزا تتصف به الشخصية ، والذى يؤدى الى صدام مع الغير ، وبسبب ضغوطا نفسية وشعورا بالاحباط يدفع صاحبه الى تعاطى الخمر والمخدرات للهروب منه . أن الشخصية البارانوية تستخدم الاسقاط كوسيلة دفاعية أساسية ، ويمثل ذلك أسلوبا دفاعيا مقبولا في حدود معينة في المجتمع الغربي حيث لاتشجع وسائل التربية الاسرية لوم الذات أو توبيخها لتركيبتها الخاصة كما ذكرنا من قبل ومن هنا ترى نسبة أكبر من هذا الاضطراب في الدراسات التى سبق لنا ذكرها .

ان مقارنة المدمنين الذين يعانون من اضطراب الشخصية ونسبتهم ٨١٪ ومن لا يعانون منها ونسبتهم ١٩٪ ، تشير الى فروق جوهرية فيما يتعلق بمدة التعاطى التى تزيد عن نظيراتها ممن لا يعانون من اضطراب ، وصغر السن عند بدء التعاطى في المجموعة الاولى ، وكثرة عدد دخول المستشفى والمشاكل القانونية ، وعدد مرات دخول السجن . وقد وجد نيس وزملاؤه أن مدة استعمال المادة المخدرة كانت اكبر فيمن يعانون من اضطراب الشخصية وهى نتيجة تتفق مع ماوجده الباحث .

أما فيما يتعلق بالمتغيرات الاخرى التى لم يتعرض لها نيس وزملاؤه (١٩٩١) ، فهى تشير في مجموعها الى اتصاف اضطراب الشخصية السيكوباثولوجية على الادمان ومضاعفاتها ، بحيث يزيد من شدتها سواء فيما يتعلق بمدة التعاطى أو سن بدايته أو مشاكله القانونية .

ويتبين من مقارنة الشخصية ضد الاجتماعية وممن ليس لديهم اضطرابا في الشخصية ، أن الشخصية ضد الاجتماعية تختلف عن المجموعة الثانية بصورة دالة . فمدة تعاطيها أطول والعمر عند بدء التعاطى أقل وعدد مرات دخول للمستشفى اكثر ، وينطبق نفس الشيء على عدد المشاكل القانونية وعدد مرات دخول السجن . وكل ذلك أمر متوقع فيما هو معروف عن الشخصية ضد الاجتماعية ، ومن الملاحظ أن الفروق بين الشخصية البينية وبين المدمنين الذين لا يعانون من اضطراب في الشخصية ، لم تكن ذات دلالة احصائية على الأبعاد السابقة التى تناولناها من قبل.

إن النظرة الأولى لهذه النتائج تثير الدهشة ، ولكن تدقيق النظر في صفات الشخصية البينية بصفة عامة من جهة وسلوك المدمنين الذين لا يعانون من اضطراب الشخصية بصفة عامة أيضا من جهة أخرى ، لابد وأن يلحظ تشابها ملحوظا، الأمر الذى يجعل ظهور فروق جوهرية بين الاثنين ضعيفا أو بعيد الاحتمال . وربما يدعم هذا الاستنتاج الفروق الدالة بين الشخصية ضد الاجتماعية والشخصية البينية ، وبين الشخصية البينية والشخصية النمطية التى تتخصص كلها في طول مدة التعاطى وصغر سن بدء التعاطى وكثرة عدد مرات دخول المستشفى وبالمشاكل القانونية وعدد مرات دخول السجن ، التى قد ترجح أن الشخصية البينية تقترب بشكل أكبر من صفات المدمنين غير المضطربين عن اقرانها من الفئتين الاخرتين من اضطراب الشخصية .

وتختلف الشخصية ضد الاجتماعية عن الشخصية النمطية على الابعاد السابقة بصورة دالة ، كما يدلل نفس الشيء على الفرق بين الشخصية النمطية وبين من لا يوجد لديهم اضطراب .

نخلص من ذلك كله الى أن اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية والشخصية النمطية على اختلاف خصائصهما ، تشكلان مجموعة باثولوجية متميزة عند مقارنتهما بالمدمنين الذين لا يعانون من اضطراب [redacted] الشخصية بعكس الشخصية البينية التى تقترب من الفئة الثانية.

إن النتائج السابقة أهمية كبيرة بالنسبة للعلاج والوقاية ، اذ يفيد مياز(Millon 1991) إن المريض السيكوباثى والمزعج يشكل تحديا بالنسبة للمعالج. فالمريض الفقير لا يستمر عادة في العلاج ويترك المستشفى قبل استكماله ، كما أن المريض غير الملتزم يقاوم الخطط العلاجية المنظمة التى تتيح في مؤسسات علاج المدمنين . والتعرف على ديناميات تلك الشخصيات من الاهمية بمكان فيما يتعلق بالتنبؤ بردود أفعال المريض للعلاج بصفة عامة ، وفي زيادة ادراك المعالج لابعاد المشكلة وتأهيله للاستجابة لسلوكيات المريض المعطلة بصورة مناسبة .

ان المدمنين الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية ، يشكلون تحديا خاصا سواء من ناحية البحوث أو سواء من ناحية الممارسة الأكلينيكية فالاضطراب الذى يعانى منه هؤلاء المرضى يزيد من مشكلة الادمان ، ويفرض على المعالج تعديل خططه العلاجية للتعامل مع هذا النوع من حالات التشخيص الثنائي. والقاعدة الناتجة هو علاج الادمان أولا بالوسائل المعروفة مع ضرورة اختيار تدخلات متخصصة في حالات اضطراب الشخصية التى لا يفيد فيها ارشاد الادمان التقليدى الا بصورة محدودة فتستفيد الشخصية النمطية من التدخلات السلوكية المعرفية كالعلاج المعرفي والقيام بالدور والتدريب على تأكيد الذات . أما فيما يتعلق بالشخصية ضد الاجتماعية فانها مشكلة عويصة سواء بالنسبة لمراكز علاج الادمان أو للطب النفسي بصفة عامة . فهذا النوع من المرضى قد يخرب البرنامج العلاجي

وتؤثر بصورة سلبية على غيره من المدمنين ، الأمر الذي قد يتطلب علاجهم كمجموعة منفصلة بالعلاج النفسي التدعيمي الجمعي في مجموعات لا تتكون من غيرهم . أما الشخصية البينية فتحتاج أحيانا الى علاج دوائي للتعامل مع نوبات الاكتئاب أو الأعراض الذهانية اذا ظهرت . كما قد تحتاج الى علاج نفسي تدعيمي مكثف بصورتيه الفردية والجمعية .

وقد يحتاج البعض منهم الى العلاج النفسي التحليلي ، اذا ما توفر مثل هذا العلاج . واستجابتهم بصورة عامة أفضل من الشخصية ضد الاجتماعية لامكان اشراكهم في البرامج الخاصة بالمدمنين غير المضطربين ، وفي نفس الجلسات التي تحضرها الفئة الثانية .

ومجمل القول أن الادمان مشكلة ، واضطرابات الشخصية مشكلة ، واجتماع الاثنين مشكلة مضاعفة ، تتطلب الوعي التشخيصي أولا لاكتشاف مثل هذه الحالات في مراحل العلاج الأولى ، ووضع الخطط العلاجية الخاصة بكل حالة الى جانب الاستراتيجيات العامة الثابتة في علاج الادمان .

المراجـــع

المراجع العربية :

عادل دمرداش : الادمان ، مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، ١٩٨٢ .

المراجع الأجنبية :

Abd Alshafy, A. H. : Dual Diagnosis in Psychoactive Substance use Disorder, Banha Faculty of Medicine , Zagazik University, 1994 .

Brooner , R.K., Herbst , J, H., Schmidt, C. W :Antisocial Personality disorder among drug abusers : Relations to other personality diagnoses & the five factor model of personality . Journal of Nervous & Mental Diseases 1993,181,313-319 .

Blume, S.B. : Dual Diagnosis : Psychoactive substance dependence & personality disorders . Journal of Psychoactive Drugs, 1989,21,139-144.

Calsyn,D.A & Saxon, A.J : personality disorder subtypes among cocaine & opioid addicts using MCMI . International journal of the addictions, 1990 Sep. Vol. 25 (9) 1037-1049.

Costa,P.T., Widiger, T.A.: Personality Disorders & the five - facter model of personality , American Psychological Association, Washington,DC 1993.

Craig, Robert J. : A Psychometic study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. International Journal of the addictions, 1988 Vol 23 (2) 115 - 124 .

Dackis C.A, Gold M.S : Psychiatric Hospitals for treatment of Dual diagnosis, In : Lowinson J.H, Ruiz P. Millman R.B ,Substance abuse a comperehensive text book, second edition, Maryland. William & Wilkins, 1992 p 467.

DSM-III-R : American Psychiatric Association , Washington , D.C 1987 p 337

Kosten,T.R & Rounsaville,B.J & Kleber,H.D : DSM-III Personality disordrs in opiate addicts, comprehensive Psychiatry, 1982 Nov - Dec Vol 23(6) 572-581 .

Kosten, T.A.,Kosten, T.R., & Rounsaville,P.J : Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity . Journal of Substance Abuse Treatment, 1989. 6, 163-168.

Kaplan, H.I., Sadock, V.J : Synopsis of Psychiatry, Williams & Wilkins, 7 th edition , 1994, p 387,731,743,250.

Khantzian , E. J., & Treece , C.: SDM-III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts . Recent findings. Archives of General Psychiatry 1985, 42, 1067 - 1071.

Malow, R.M., West , J.A., Williams, J.L : Personality disorders classification & Symptoms in cocaine & opioid addicts. Journal of consulting & clinical Psychology, 1989 Dec., 57 (6) 765 - 767 .

Marsh, D.T., Stille , S.A., Stoughton, N. L., : Psychopathology of opiate addiction : Comparative data frome the M.M.P.I & M.C.M.I, American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 1988, 14 (1) 17 27 .

Miller, T.R : The Psychotherapeutic utility of the five - factor model of Personality : A clinician's experience. Journal of Personality Assessment, 1991, 57,415 - 433.

Nace E.P., Davis C.W., Gaspari J.P. : Axis II comorbidity in substance Abusers, American Journal Psychiatry, 1991, 148: 1, 118 - 120 .

Rounsaville ,B.J. Weissman, M.M., Kleber, H.D., & Wilber, C.H : The heterogeneity of Psychaitric diagnosis in treated opiate addicts. Archives of General Psychiatry, 1982,39, 161 - 166.

Spitzer, R.L., Williams, J.B, Gibbon, M & First, M.B : User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, American Psychiatic Press Inc , 1990 pp 174 - 212 .