

# اختلالات همراه با سوء مصرف مواد در نوجوانان

## سرنده برای اختلالات بیش فعالی و نقص توجه -

### سلوک - افسردگی

دکتر علیرضا جزایری

روان شناس بالینی - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مهرشاد ارشدی

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

#### چکیده:

هدف: سرنده اختلالات همراه (Comorbid) با سوء مصرف مواد در نوجوانان. سوء مصرف کننده از میان اختلالات مختلف، سه اختلال بیش فعالی و نقص توجه (ADHD) - سلوک (Conduct) و افسردگی (Depression) در نمونه‌ای خاص از نوجوانان ایرانی بررسی شد.

روش: تعداد ۳۳ نفر سوء مصرف کننده، ۳۵ نفر بزهکار سوء مصرف کننده، ۳۴ نفر بزهکار غیر سوء مصرف کننده دختر و پسر از میان نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تهران انتخاب و با تعداد ۳۳ نفر نمونه عادی (دختر و پسر) از مدارس جنوب شهر تهران، با استفاده از پرسشنامه خودسنجی آکنبک (YSR) (آکنبک ۱۹۹۱)، پرسشنامه دموگرافیک و تاریخچه مصرف دارو (طراحی توسط پژوهشگران شده) بررسی شدند.

نتایج: در اختلال بیش فعالی و نقص توجه، بین دو گروه سوء مصرف کننده با دو گروه غیر سوء مصرف کننده، تفاوت معنادار وجود داشت، اما بین پسران و دختران، تفاوت معنادار نبود. در اختلال سلوک، تفاوت معنادار بین دو جنس وجود داشت. در پسران، گروههای سوء مصرف کننده با عادی تفاوت معنادار داشتند. در دختران، بزهکاران سوء مصرف کننده با سه گروه دیگر تفاوت معنادار داشتند. در اختلال افسردگی، تفاوت بین دو جنس معنادار بود، در پسران، سه گروه انتخابی از کانون اصلاح و تربیت، با گروه عادی تفاوت داشتند؛ در دختران، سوء مصرف کنندگان با بزهکاران و گروه عادی تفاوت معنادار داشتند.

بحث: به نظر می‌آید سه اختلال، دارای الگوی جنسیتی متفاوتی در بین گروهها باشند. ADHD در هر دو جنس یکسان بود. در اختلال سلوک و افسردگی، بین دو جنس تفاوت معنادار وجود داشت. در هر دو جنس، اختلال ADHD با سوء مصرف مواد همراه (Comorbid) نبود. اختلال سلوک با سوء مصرف مواد در هر دو جنس همراه نبود و اختلال افسردگی تنها در دختران با سوء مصرف مواد همراه بود. به نظر می‌آید با توجه به تست خودسنجی نوجوانان آکنبک (YSR) پروفایل روانی خاصی برای سوء مصرف کنندگان وجود دارد که آنها را از غیر سوء مصرف کننده جدا می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد - اختلالات بیش فعالی - نقص توجه

## مقدمه

اصطلاح اختلال همراه (comorbidity) وقوع همزمان دو یا چند بیماری در یک فرد را گویند. اصطلاح اختلال همراه روانپزشکی (Psychiatric Comorbidity) به وقوع همزمان حداقل یک بیماری روانی و یک اختلال مربوط به اعتیاد اشاره دارد. (1994 Miller)

این اصطلاح اشاره به یک گروه همگن از افرادی دارد که ممکن است هم به تعداد زیادی از مواد وابسته باشند و هم از تعداد زیادی اختلال روانپزشکی رنج ببرند. ماهیت ارتباط بین بیماری روانی و اعتیاد در حاله‌ای از ابهام قرار دارد. بعضی معتقدند که بیماری روانی با سمپتوم هایش مشکلات بین فردی و فردی متعددی برای بیمار به بار می‌آورد که هر کدام می‌تواند به عنوان پیش آیند (Precursor) برای اعتیاد عمل کند (1994 Gonet). همین ایده از طرف عده‌ای، به صورت مشخص در مورد ADHD بکار رفته، بدین معنا که استفاده از مواد در حقیقت تلاشی است از سوی بیمار مبتلا برای آرام کردن ذهن و بدن ناآرام خود (1999 Richardson). از این دید، بیماری روانی یک عامل پیچیده کننده (Complicating Factor) یا یک علت دوام دهنده مصرف مواد است. از طرفی سوء مصرف مواد مخدر گاهی علائمی مانند اختلالات خلقی یا حتی سایکوز ایجاد می‌کند که نتیجه مصرف مواد است (Substance Induce). در بعضی نوجوانان استفاده از مواد مخدر منجر به رفتاری می‌شود که اختلالات روانپزشکی را تقلید می‌کند (1991 Nooshpitz). آنچه بر ابهام در تبیین نوع رابطه می‌افزاید، مطالعاتی است که در خصوص فرزندان معتادان انجام شده است، برای مثال در نیوزیلند مطالعه‌ای روی فرزندان والدین الکلی و اختلالات ADHD - سلوک - اختلال خلقی و اضطراب انجام شده و در آن ارتباط نزدیکی بین مشکلات والدین الکلی و اختلالات فرزندان آنها به دست آمده است (شیوع هر چهار اختلال از جامعه عادی بالاتر بوده است) (Linsky و همکاران 1994).

اگر چه تحقیقی از این دست واجد کاستی‌های بسیار است،

از جمله اینکه آیا والدین الکلی، برای تخفیف اختلالات خود اقدام به استعمال مواد و مصرف الکل کرده‌اند که در این صورت باید به عوامل زمینه ساز (Predisposition) اختلال در فرزندان اشاره کرد، اما از طرفی، این تحقیقات سؤالی اساسی را در خصوص رابطه بیماری روانی و مصرف مواد مطرح می‌سازد. شاید هر دو اختلال محصول علت دیگری باشند، به عبارت دیگر علت واحدی بوجود آورنده هر دو اختلال باشد، بدون اینکه لزوماً یکی بر دیگری تأثیری داشته باشد.

آنچه بر شمرده شد، بعلاوه محدودیت‌های مربوط به رشد (چنانچه فی المثل نوجوانان دوره‌های نوسان خلق (Moody) دارند که می‌تواند با مصرف مواد اشتباه شود (1991 Nooshpitz) و محدودیت‌های مربوط به ماهیت اختلالات روانی نوجوانی (فی المثل تفکیک اختلال سلوک و اعتیاد که در اکثر موارد بسیار دشوار است (Miller-1994 Goret و همکاران ۱۹۹۱) یافتن رابطه‌ای یک سویه بین اختلال روانی و مصرف مواد را بسیار دشوار می‌سازد. از طرفی، درگیر شدن با این پرسش‌های بی پاسخ در بسیاری از موارد منجر به حل مشکل فرد نمی‌شود (گزارش بالینی انستیتو ملی مصرف مواد ۱۹۹۴) آنچه هم تحقیقات بسیار و هم تجربه بالینی بر آن تأکید دارد، این است که مراجعانی که مشکلات جدی روانپزشکی علاوه بر مشکل سوء مصرف مواد دارند که به آنها دو تشخیصی (Dual Diagnosis) می‌گویند، اغلب در درمان‌های سنتی مواد مخدر، بدون توجه به کیفیت این درمانها پیشرفت اندکی دارند، مگر آنکه مشکل روانی آنها نیز حل شود (Wallen و همکاران ۱۹۸۹ - ۱۹۹۷Durst) از طرف دیگر، شواهدی وجود دارد که درمان مؤثر دارویی یا روان شناختی بیماری روانی مراجع به نحو مثبتی بر استفاده از مواد توسط بیمار تأثیر می‌گذارد. (Kleber و همکاران ۱۹۸۶ - ۱۹۸۹Kosten - ۱۹۹۷Durst) ارزیابی مطالعات پیشین نتایج پراکنده‌ای را نشان می‌دهند، در تبیین این تفاوتها باید به موارد زیر اشاره کرد.

۱- انتخاب جمعیت مورد مطالعه Po Pulection Selection

۳۳ نفر	۲۱ پسر	۱۱ دختر	گروه سوء مصرف کننده
۳۵ نفر	۲۳ پسر	۱۲ دختر	گروه بز هکار سوء مصرف کننده
۳۴ نفر	۲۱ پسر	۱۳ دختر	گروه بز هکار غیر سوء مصرف کننده
۳۳ نفر	۲۲ پسر	۱۱ دختر	گروه گواه (عادی)

گروهها در سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی، تعداد خواهر و برادر، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، مرگ والدین هم‌تا<sup>(۱)</sup> بودند. گروهها در سابقه مصرف مواد و دستگیری به خاطر مصرف مواد کاملاً تفاوت داشتند. برای تمام گروهها تست خودسنجی نوجوانان YSR (Achenbach ۱۹۹۱ نسخه فارسی) بکار برده شد. این پرسشنامه بر حسب هدف پژوهش (سرنده Screen) انتخاب گردید، همچنین پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک و مربوط به تاریخچه مصرف مواد که توسط پژوهشگران تنظیم شده بود بکار رفت. نتایج مورد تحلیل واریانس دو طرفه و نیز «Principal Component Analyzis PCA» قرار گرفت تا معلوم شود آیا فراوانی هر یک از سه اختلال به صورت مجزا در گروههای سوء مصرف کننده بیشتر از غیر سوء مصرف کننده است یا خیر. همچنین فراوانی هر یک از سه اختلال در گروه سوء مصرف کننده، بین آنها که والدیشان مواد مصرف می‌کنند و آنها که مواد مصرف نمی‌کنند بررسی شد. جهت تعیین اینکه آیا سوء مصرف کنندگان با توجه به ۸ مقیاس مرضی YSR پروفایل روانی خاصی دارند از PCA<sup>(۲)</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

در ADHD تفاوت بین گروهها معنادار است اما بین دو جنس تفاوت معناداری وجود ندارد، همچنین تعامل جنسیت و گروه نیز معنادار نیست (جدول ۱)

- ۱- وضعیت تحصیلی فقط در گروه عادی با سه گروه دیگر تفاوت داشت بدلیل اینکه نمونه عادی از مدارس انتخاب شده بود ولی نوجوانان کانون اکثراً ترک تحصیل کرده بودند.
- ۲- جهت تجزیه تحلیل آماری از Spss ورژن ۷/۵ و جهت PCA از برنامه Simca7 دانشگاه اوئو سوئد (Uemetri) استفاده شد.

۲- نگرش محقق یا متخصص بالینی

۳- ملاک‌های تشخیصی بکار برده شده

۴- مطالعات پیگیری Follow up

در این مطالعه، از میان اختلالاتی که در مطالعات پیشین به آنها اشاره شده است، سه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه - سلوک - افسردگی، در نمونه‌ای خاص از نوجوانان ایرانی بررسی می‌شود. آنچه بعنوان سرنده (Screen) در این پژوهش از آن نام برده شده در مقابل تشخیص (Diagnosis) قرار دارد.

### روش پژوهش

سه گروه نوجوانان سوء مصرف کننده (کسی که به جرم سوء مصرف مواد دستگیر شده) بز هکار سوء مصرف کننده (کسی که به جرمی غیر از سوء مصرف دستگیر شده و بعداً مشخص شده که سوء مصرف نیز داشته) بز هکار (کسی که به جرمی غیر از سوء مصرف دستگیر شده و سوء مصرف نیز ندارند) از کانون اصلاح و تربیت تهران و یک گروه عادی (از میان دانش‌آموزان مدارس جنوب شهر تهران که با گروههای فوق از نظر متغیرهای دموگرافیک هم‌تا (Match) شده بودند) انتخاب شدند. در گروههای سوء مصرف کننده و بز هکار سوء مصرف کننده، به علت کم بودن تعداد نمونه، از نمونه در دسترس استفاده شد. هرم سنی مورد نظر ۱۳ تا ۱۸ سال بود. در گروه سوء مصرف کننده ۱۶ نفر ریزش، در گروه بز هکار سوء مصرف کننده ۱۲ نفر ریزش، در گروه بز هکار ۶ نفر ریزش و در گروه گواه ۷ نفر ریزش وجود داشت. ریزش‌ها به دلیل عدم تمایل به همکاری - نوشتن غلط - پاسخهای سرسری - و تصادفی در هنگام پرکردن که توسط محقق مشاهده شده بود حذف بیش از ۸ آیتم مرضی (که طبق دستور تست تصحیح آنرا غیر ممکن می‌ساخت) بود.

در گروههای بز هکار غیر سوء مصرف کننده و عادی، به تعداد دو گروه اول، بصورت تصادفی تعدادی انتخاب شدند. بعد از احتساب ریزش‌ها نمونه اصلی به شرح ذیل به دست آمد.

(جدول ۱)

منبع متغیرها	SS	DF	MS	F	معناداری F
باقی مانده + بین گروهها	۵۲۳۵/۴۴	۱۲۷	۴۱/۲۲		
گروهها	۱۳۴۳/۴۲	۳	۴۴۷/۸۱	۱۰/۸۶	۰/۰۰۰
جنسیت	۱/۷۱	۱	۱/۷۱	۰/۴	۰/۸۳۹
گروه و جنسیت	۲۲۱/۱۰	۳	۷۳/۷۰	۱/۷۹	۰/۱۵۳
مدل	۱۶۶۳/۳۳	۷	۲۳۷/۶۲	۵/۷۶	۰/۰۰۰
کل	۶۸۹۸/۷۷	۱۳۴	۵۱/۴۸		

Rsquared=0.241

Adjusted R-squared=0.199

همان طور که مشاهده می شود، این مدل، ۱/۲۴٪ از پراکندگی نمرات ADHD در گروهها را توضیح می دهد. از آنالیز واریانس یک طرفه برای ADHD در گروهها و آزمون تعقیبی Scheffe استفاده شد. (جدول ۲)

جدول ۲ - تست Scheffe برای معناداری تفاوت بین گروهها. گروههای مشخص شده با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

۲	۱	۳	۴	گروه	میانگین	
				۴	۱۲/۵۷۳۵	۱ = سوء مصرف کننده
				۳	۱۳/۸۳۸۲	۲ = بزهکار سوء مصرف کننده
		*	*	۱	۱۹/۴۳۹۴	۳ = بزهکار غیر سوء مصرف کننده
		*	*	۲	۱۹/۸۹۷۱	۴ = عادی

در اختلال سلوک بین گروهها تفاوت معنادار وجود دارد. تفاوت بین دو جنس معنادار نیست، اما تعامل جنسیت و گروه معنادار است ( $F=۲/۹۷$  و معناداری  $F=۰/۳۴$ ). آنالیز واریانس یک طرفه در پسران، تفاوت بین گروههای سوء مصرف کننده با عادی را نشان می دهد. سایر گروهها تفاوت معنادار ندارند. (جدول ۳)

جدول ۳ - تست Scheffe (تفاوت در گروههای مشخص شده معنادار است)

۱	۲	۳	۴	گروه	میانگین	
				۴	۸/۰۷۱۴	۱ = سوء مصرف کننده
				۳	۱۲/۱۵۹۱	۲ = بزهکار سوء مصرف کننده
			*	۲	۱۶/۳۸۱۰	۳ = بزهکار غیر سوء مصرف کننده
			*	۱	۱۶/۵۴۵۵	۴ = عادی

در دختران، بین گروه بز هکار سوء مصرف کننده با سه گروه دیگر تفاوت معنادار وجود داشت. (جدول ۴)

جدول ۴ - تست Scheffe (تفاوت در گروههای مشخص شده معنادار است)

۲	۱	۳	۴	گروه	میانگین	
				۴	۸/۰۷۶۹	۱ = سوء مصرف کننده
				۳	۱۰/۸۳۳۳	۲ = بز هکار سوء مصرف کننده
				۱	۱۲/۷۲۷۳	۳ = بز هکار غیر سوء مصرف کننده
	*	*	*	۲	۲۱/۳۰۷۷	۴ = عادی

معناداری  $F = ۰/۵۶۳$  (آنالیز واریانس یک طرفه در پسران تفاوت را در گروههای مشخص شده در (جدول ۵) نشان می دهد.

در افسردگی آنالیز واریانس دو طرفه تفاوت بین گروهها را معنادار نشان می دهد. ( $F = ۲۱/۶۰$  معناداری  $F = ۰/۰۰۰$ ) تفاوت بین دو جنس نیز معنادار است ( $F = ۲۵/۲۴$  معناداری  $F = ۰/۰۰ = F$ ) تعامل جنسیت و گروه معنادار نیست ( $F = ۰/۶۸$ )

جدول ۵ - آزمون Scheffe برای معناداری تفاوت گروههای پسران در افسردگی - گروههای مشخص شده با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

۱	۲	۳	۴	گروه	میانگین	
				۴	۱۰/۱۴۲۹	۱ = سوء مصرف کننده
			*	۳	۱۶/۳۴۰۹	۲ = بز هکار سوء مصرف کننده
			*	۲	۱۹/۳۰۹۵	۳ = بز هکار غیر سوء مصرف کننده
			*	۱	۲۰/۶۳۶۴	۴ = عادی

جدول ۶ تفاوت گروههای مختلف دختران را در افسردگی نشان می دهد.

جدول ۶ - آزمون Scheffe برای معناداری تفاوت گروههای دختران در افسردگی - گروههای مشخص شده با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

۱	۲	۳	۴	گروه	میانگین	
				۴	۱۵/۴۲۳۱	۱ = سوء مصرف کننده
				۳	۱۹/۴۵۸۳	۲ = بز هکار سوء مصرف کننده
			*	۲	۲۶/۵۰۰۰	۳ = بز هکار غیر سوء مصرف کننده
		*	*	۱	۲۷/۴۰۹۱	۴ = عادی

والدینشان از مواد استفاده نمی‌کردند بررسی شد، تفاوت‌ها در هیچ یک از اختلالات معنادار نبود (جدول ۷)

فراوانی هر یک از سه اختلال در بین مصرف‌کنندگانی که والدینشان از مواد استفاده می‌کردند و آنها که

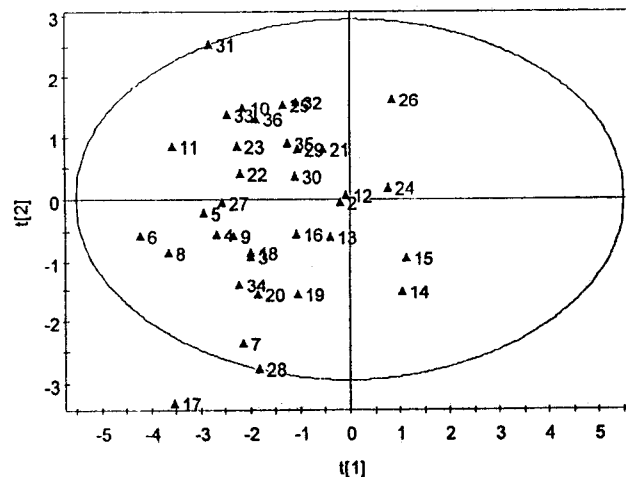
(جدول ۷)

اختلال در ADHD	$T=0/277$ معناداری دو دامنه
اختلال در سلوک	$T=0/491$ معناداری دو دامنه
اختلال در افسردگی	$T=0/274$ معناداری دو دامنه

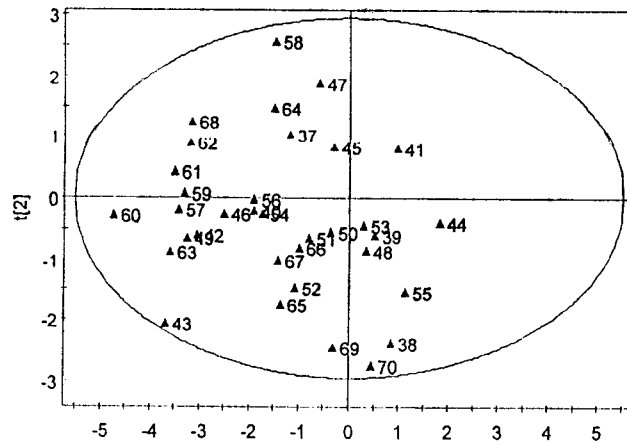
و بزهارک سوء مصرف کننده) را از یکدیگر تفکیک کند. (دیاگرام‌های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱). در دیاگرام ۶ قدرت تفکیک (Discriminant) هر یک از متغیرها در جداسازی سوء مصرف کنندگان از غیر سوء مصرف کنندگان مشاهده می‌شود.  $(R^2)$  همچنین قدرت پیش بینی برای داده‌های جدید نیز مشاهده می‌شود.  $(qx^2)$

هشت مقیاس بالینی تست YSR و همچنین تغییرهای سن و جنسیت توسط Pricpal Component Analysis بررسی شد. این برنامه توانست به خوبی گروه‌های سوء مصرف کننده را از گروه‌های غیر سوء مصرف کننده (بزهارک و عادی) تفکیک کند، اما نتوانست گروه‌های غیر سوء مصرف کننده (بزهارک و عادی) و نیز گروه‌های سوء مصرف کننده (سوء مصرف کننده

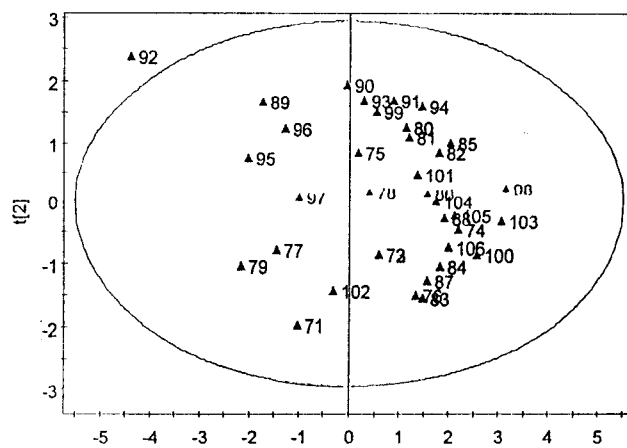
دیاگرام ۱ - در این دیاگرام تنها افراد سوء مصرف کننده دیده میشود اکثر این افراد در سمت چپ دیاگرام تجمع کرده‌اند و نسبت به گروه بزهارکان سوء مصرف کننده همگن ترند - در این گروه یک Outlier وجود دارد که در هیچ گروهی قرار نمی‌گیرد این گروه و بیشترین شباهت را به گروه بزهارکان سوء مصرف کننده دارد.



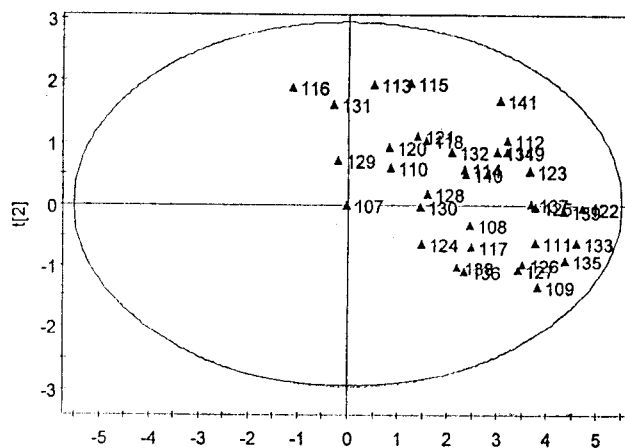
دیاگرام ۲ - در این دیاگرام تنها افراد بزهکار سوء مصرف کننده دیده می شود اکثر این افراد در سمت چپ دیاگرام جمع شده اند حداقل دو هسته تراکم (افراد شبیه به هم وجود دارد)



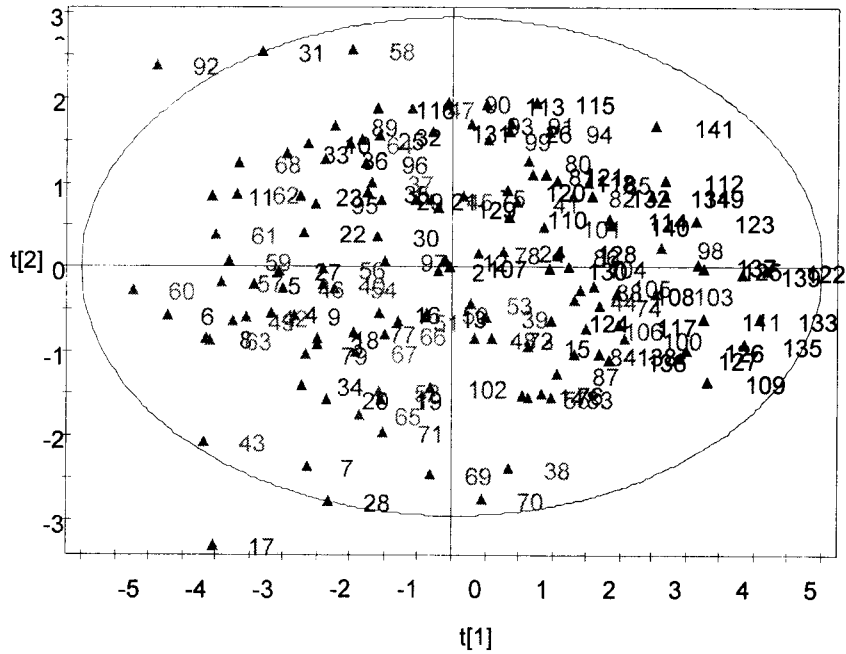
دیاگرام ۳ - در این دیاگرام تنها افراد بزهکار دیده می شود اکثر افراد در سمت راست قرار دارند و یک نفر کاملاً الگویی متفاوتی است ممکن است با صداقت به سئوالات پاسخ نداده باشد.



دیاگرام ۴ - تنها گروه عادی دیده می شوند، همان طور که ملاحظه می شود افراد بسیار همگن هستند و تقریباً یک گروه واحد را تشکیل داده اند، افراد در سمت راست دیاگرام جمع شده اند.

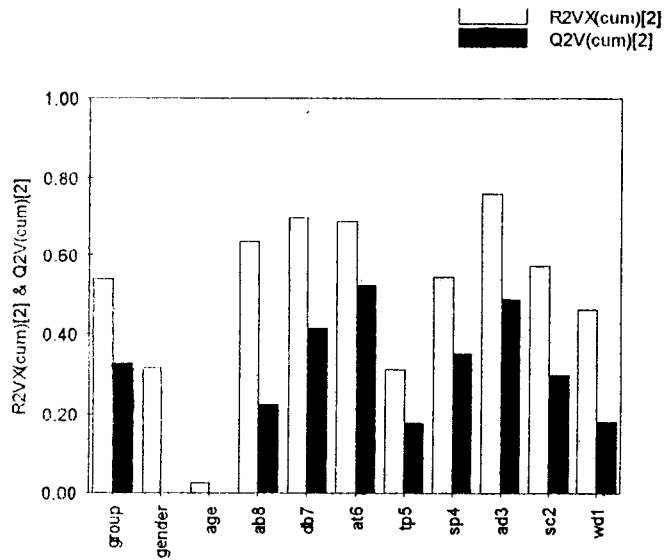


دیاگرام ۵ - در این دیاگرام هر چهار گروه ملاحظه می‌گردد. گروه‌های بزهاکار سوء مصرف کننده و سوء مصرف کننده در سمت راست و گروه‌های عادی و بزهاکار در سمت چپ دیاگرام تجمع کرده‌اند. تفکیک پروفایل روانی گروه‌های سوء مصرف کننده (سمت راست) از غیر سوء مصرف کننده (سمت چپ) کاملاً متمایز شده‌اند.



(دیاگرام ۶)

قدرت پیش بینی مقیاس‌های YSR برای چهار گروه



Simca-P 7.01 by Unetri AB 2000-02-29 17:49



## بحث و نتیجه گیری

به نظر می آید که سه اختلال، دارای الگوی جنسیتی متفاوتی در بین گروهها باشند، اختلال ADHD در بین دو جنس تفاوت معناداری ندارد، اما بین گروهها تفاوت معنادار است.

اختلال ADHD شیوع بیشتری در میان سوء مصرف کنندگان مواد دارد (سوء مصرف کنندگان و بزهکاران سوء مصرف کننده) اما میزان ADHD در بزهکاران با بزهکاران سوء مصرف کننده نیز تفاوت معنادار دارد، این بدان معناست که ADHD اگر در گروه بزهکاران سوء مصرف کننده نیز بالا است، ناشی از سوء مصرف مواد توسط آنهاست نه بزهکاری آنها، چرا که وجه تمایز گروه بزهکار با بزهکار سوء مصرف کننده، مصرف مواد است.

در پسرها، شیوع اختلال سلوک در بین سوء مصرف کنندگان مواد (هم در سوء مصرف کنندگان و هم در بزهکاران سوء مصرف کننده با تفاوتی بسیار اندک) بالاتر از دو گروه بزهکاران و عادی است.

در پسران اختلال سلوک همراه (Comorbidity) مصرف مواد نیست. در دختران یک تفاوت معنادار شدید بین گروه بزهکاران سوء مصرف کننده با سه گروه دیگر وجود دارد که شاید ناشی از نوع جرایم دختران باشد. کانون اصلاح و تربیت دختران نسبت به پسران سابقه اندکی دارد مصرف مواد، در دختران از نظر اجتماعی نامقبول تر از پسران است و شاید دختران بزهکاری که دست به سوء مصرف می زنند سایکوپاتولوژی عمیقتری داشته باشند، چنانچه در این گروه دختران، فراوانی ADHD نیز بالاتر از گروههای عادی بود. این یافتهها با یافتههای Forehand و همکاران (۱۹۹۱) که می گوید ADHD نقش اضافی مهمی در ایجاد و دوام بزهکاری دوران نوجوانی دارد هماهنگ است. افسردگی در دختران با مصرف مواد همراه (Comorbidity) است و در پسران خیر. همچنین شیوع افسردگی در هر ۴ گروه دختران، بالاتر از پسران است که با آنچه در بعضی مراجع روانپزشکی آورده شده مبنی بر شیوع بیشتر دیس تایمیا در زنان و نیز شیوع دو برابر افسردگی ماژور در آنها، هماهنگ است (برای مثال

رجوع کنید به کاپلان ۱۹۹۶)

یافتههای این تحقیق با تحقیقات مشابهی که معتقد به بیشتر بودن ADHD در بین سوء مصرف کنندگان مواد هستند، هماهنگ است (کارول و رزاویل ۱۹۹۳ - لوین و کلبر ۱۹۹۵ - بیدرمن و ویلنز ۱۹۹۸ - ویلنز ۱۹۹۸)

در خصوص اختلال سلوک رابطه معناداری با سوء مصرف به دست نیامد و ظاهراً یافتهها با آنچه در مطالعات قبلی انجام شده است (مثلاً دی میلر ۱۹۸۹ - میرز و همکاران ۱۹۹۵) هماهنگ نیست، اما امکان دارد این عدم هماهنگی مربوط به بالابودن شیوع اختلال سلوک در نوجوان کانون اصلاح و تربیت باشد، به عبارت دیگر، به دلیل احتمال سوگیر بودن (Bias) در نمونه، امکان بررسی دقیق همراهی این اختلال (سلوک) با مصرف مواد در این مدل تحقیق بسیار دشوار است.

چنانچه یافتههای این پژوهش با یافتههای پژوهش ویت مور و همکاران (۱۹۹۷) در خصوص الگوی جنسیتی اختلالات مقایسه گردد، محققان فوق به این نتیجه رسیدند که اختلال سلوک - افسردگی - ADHD همگی در استفاده از مواد در پسران مؤثرند اما در دختران، افسردگی تنها متغیر اصلی مربوط به سوء مصرف است. در این پژوهش ADHD در هر دو جنس همراه بود. اختلال سلوک محل بحث بسیار است و افسردگی تنها در دختران همراه بود.

Principal Component Analysis تفاوت معناداری را در گروههای سوء مصرف کننده و غیر سوء مصرف کننده مواد نشان می دهد.

دو گروه سوء مصرف کننده و بزهکار سوء مصرف کننده بسیار شبیه هم هستند. گروه بزهکار بیشتر شبیه گروه عادی است تا گروههای سوء مصرف کننده. تفاوت هایی بین زنان و مردان در کل وجود دارد، اما به نظر می رسد جدا کردن آنها با این مدل دشوار باشد.

گروه عادی بسیار شبیه به هم به نظر می رسند. گروه بزهکار سوء مصرف کننده احتمالاً دارای دو یا سه شکل برجستگی در پروفایل YSR است. گروه بزهکار نیز حداقل دو شکل برجستگی در پروفایل YSR دارد.

## محدودیت‌های تحقیق

۱- محدودیت مربوط به نمونه و روش نمونه‌گیری

الف - نوع نمونه (نمونه خاص از نوجوانان زندانی)

ب - حجم نمونه (کم بودن تعداد نمونه)

ج - روش نمونه‌گیری (نمونه در دسترس در دو مورد

استفاده شد)

موارد فوق تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد.

۲- محدودیت مربوط به ابزار

الف - یک نرم‌ملی وجود ندارد.

ب - تست قادر به تفکیک انواع افسردگی و انواع

ADHD نیست.

ج - تست برحسب DSM III R نوشته شده نه DSM IV،

ضمناً مستقیماً برای تشخیص‌های DSM نوشته نشده و به همین

دلیل برای تشخیص قدرت پیش‌بینی (Prediction) آن مطالعات

همبستگی با مصاحبه تشخیصی (Dica) انجام شده است.

۳- محدودیت اجرا

الف - اطلاعات صرفاً خودسنجی است.

ب - این تحقیق ماهیتاً نیاز به منابع مادی و انسانی متعدد

دارد، بعلاوه نمونه دیگری در مراکز قضایی غالباً با مشکلات

عدیده‌ای همراه است.

۴- محدودیت مربوط به متغیرهای کنترل نشده

تعداد زیادی متغیرهای کنترل نشده در تحقیق وجود داشت از

جمله تاریخچه سوء مصرف، تقدم بیماری بر سوء مصرف یا

بالعکس، اولین تجربه مصرف و دروازه‌های (gate) ورود به مواد مخدر، نوع ورود به کانون (خودمعرف، دستگیری و...)

## ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش

۱- محرمانه بودن (Privacy): از تک تک افراد

بصورت مجزا تست و مصاحبه به عمل آمد.

۲- رازداری (Confidentiality): کلیه اطلاعات

شخصی افراد حذف شد. محققان خود را در مقابل اطلاعات

افراد مسؤول دانسته و آنها را در اختیار هیچ مرکزی قرار

نخواهند داد.

۳- رعایت حق انتخاب توسط آزمودنی: با وجود کم بودن نمونه،

تنها از کسانی که مایل به همکاری بودند تست به عمل آمد.

## تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه سرورانی که ما را در انجام این پژوهش

یاری رسانیده‌اند از جمله مسئولین و پرسنل محترم مرکز

پژوهشی سازمان زندانها، مسئولین و پرسنل محترم آموزش و

پرورش، پروفیسور توماس آکنبک و دکتر دنیس ویگنوند به

خاطر راهنمایی ارزنده در خصوص تست، مرکز انفورماتیک

دانشگاه اومثوسوند، دکتر مهرداد ارشدی به خاطر مساعدت

در تحلیل اطلاعات، دکتر حیدر علی هومن و آقای عباس پورشهباز

سپاس و قدردانی می‌نماییم.

## References:

1-Achenbach T.M.(1991): Manual for the youth self report and 1991 profile,UOV,U.S.A

2-Miller,NS (1994): Psychiatric Comorbidity Occurance and treatment, Alcohol Health and Research Word.

3-Gonet,Marlene Miziker(1994): Counseling the Adolescent Substance Abuser, Sage, Ca, U.S.A

4-Richardson, wendy (1999): A.D.D. and Addiction, Electronic Essay, Internet Web site: <http://user.cybrzn.Com/Kenyonck/add/html>

5- -- (1994): Clinical Report Series - Mental Health Assessment and Diagnosis of Substance

Abusers,u.s. department of Health and Human Services, U.S.A

- 6-Durst - R(1997): ADHD, Facilitating alcohol and drug abuse in an adult, Harefuah, May.
- 7-Kaplan,H-Sadock.B(1996): Pocket Handbook of Psychiatry, williams Wilkins,U.S.A
- 8-Biederman, Jetall (1998): Depression in attention deficit hyperactivity disorder(ADHD) children - true depression of demoralization?, journal of Affective Disorders, jan.
- 9-Levin FR, Kleber HD(1995): ADHD and substance abuse : relationship and implication for treatment,Harward Review of Psychiatry,jan.feb.
- 10-Wilens,TE (1998): AOD use and attention deficit / hyperactivity disorder, Alcohol Health and Research Work, Vol22
- 11-Myers,MG (1995): Pve adolescent Conduct disorder Behaviours predict relaps and progression for adolescent alcohol and drug, Alcohol-clinical-exprience Researches,Dec.
- 12-Whitmore, EA(1997): Influences on adolescent Substance dependence,Conduct disorder, depression,attention deficit hyperactivity disorder and gender, drug Alcohol Dependence,Aug
- 13-Walen,J (1989): Alcoholism treatment in general hospitals, Journal of study of Alcohel, Jul 50(4):301-5
- 14-Kleber,HD (1986): A 2.5 year Follow up of treatment retention and recntry among opioid addicts, journal of substance - Abuse - Treatment,(3): 181-9.
- 15-Kostun TR-Rounsaville,BJ(1989):  
Inpatient vs. outpatient cocaine abuse treatments,NIDA-Res - monograph.95:312-3
- 16-Carroll - KM, Rounsaville-B.J(1993): History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers, comp-psychiatry,Mar-Apr;34(2):75-82
- 17-Lynshey,MT-Fergusson, DM - Horwood,ly(1994) : the effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders, Addicition, oct;89(10):1277-86