

مقایسه الگوهای شخصیت بالینی و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم

نویسندگان: محمد امین شریفی^{1*}، دکتر مجید محمودعلیلو²
و دکتر تورج هاشمی نصرت آباد²

1. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز
2. دانشیار دانشگاه تبریز

* E-mail: psychology.sharifi@gmail.com

چکیده

هدف این مطالعه، مقایسه الگوهای بالینی شخصیت و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم بود. نمونه این پژوهش شامل 100 نفر بود (50 بیمار مبتلا به عفونت HIV و 50 فرد سالم) که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه چند محوری بالینی میلون 2 (MCMI-II) و پرسشنامه‌های محقق ساخته شماره 1 (مربوط به بیمارانی که از طریق سرنگ آلوده، به عفونت HIV مبتلا شده‌اند) و شماره 2 (مربوط به بیمارانی که به واسطه رابطه جنسی محافظت نشده به HIV مبتلا شده‌اند) را تکمیل نمودند. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که تفاوت‌های معنی‌داری در برخی از الگوهای بالینی شخصیت (مثل اسکیزوئید، اجتنابی، ضداجتماعی، پرخاشگر، وسواسی، منفعل - پرخاشگر و خود-تخریبگر) و اختلالات شدید شخصیتی (نظیر اسکیزوتایپال و مرزی) در بین گروه‌های پژوهش وجود دارد. علاوه بر این، بیماران مبتلا به عفونت HIV میزان بالایی از رفتارهای پرخطر، سابقه اقامت در زندان، سابقه مصرف الکل و سابقه حجامت را گزارش کردند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که الگوهای شخصیتی خاصی - بویژه ضداجتماعی و مرزی - اشخاص را در معرض آسیب‌پذیری بالا جهت ابتلا به عفونت HIV قرار می‌دهند. همچنین ارزیابی دقیق آلودگی‌های محور II برای پیشگیری و درمان موثرتر این بیماران، از ضرورت بالایی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: عفونت HIV، الگوهای بالینی شخصیت، اختلالات شدید شخصیتی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رشته‌ار

• دریافت مقاله: 87/9/5

• پذیرش مقاله: 89/9/30

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Third Year, No.4
Apr.-May. 2011*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 4

اردیبهشت 1390

مقدمه

سندرم نقص ایمنی اکتسابی **Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)** یک اختلال مهلک عصبی - داخلی است که با عفونت ویروس‌های خانوادگی رترو ویروس (retro viruses)، مشهور به ویروس‌های نقص ایمنی انسان **Human Immunodeficiency Virus (HIV)** مرتبط است. هرچند ویژگی کلیدی عفونت HIV، افت تدریجی توانایی بدن برای بروز پاسخ ایمنی سلولی متناسب، همراه با عوارض طبی مربوطه است، اما پدیده‌های عصبی روانی نیز به طور بارز دیده می‌شوند [1]. مشخص شده است بیماران مبتلا به عفونت HIV که همزمان به نوعی اختلال روانی مبتلا هستند، نسبت به بیمارانی که فاقد هرگونه تشخیص روانپزشکی هستند، طول مدت بستری بیشتری را در بیمارستان تجربه می‌کنند. این تفاوت (6/6 روز یا بیشتر) مستقل از شدت بیماری جسمی است [2]. همچنین به نظر می‌رسد که شیوع عفونت HIV در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بیش از جمعیت عمومی باشد. برای مثال بیر و همکاران [3]، تمام بیمارانی را که از سال 2001 تا 2004 به کلینیک‌های مرکز پزشکی دانشگاه دوک مراجعه کرده بودند به طور کامل مورد ارزیابی قرار داده و شیوع عفونت HIV را در بین بیماران روانی 1/2 درصد برآورد کردند که این رقم تقریباً 4 برابر شیوع عفونت HIV در جمعیت عمومی آمریکا است. به دلیل اهمیت این موضوع، از زمان شروع HIV تا کنون، جنبه‌های روانی - اجتماعی و اختلالات روانشناختی - روانپزشکی خاصی که بر روی این عفونت تاثیر گذارند مورد توجه بسیاری از متخصصان بوده است [4] و پژوهش‌های بسیاری در این زمینه انجام گرفته است. برای مثال، ربکین و همکاران [5] با استفاده از ابزارهای متعددی چون **SCL-90-R** و مصاحبه نیمه ساختاری مبتنی بر **DSM-III-R**، پژوهشی بر روی 187 بیمار مصرف‌کننده داروهای تزریقی انجام دادند که طی آن زنان میزان بالاتری از علائم افسردگی و اضطراب، آشفتگی‌های

روان شناختی و تعارضات اجتماعی را نشان دادند. تورینا و همکاران [2] معتقدند تعداد زیادی از پژوهش‌هایی که برای شناسایی اختلالات روانی همراه با HIV صورت گرفته است غالباً بر روی اختلالات محور I متمرکز بوده که در این بین اکثر پژوهش‌ها میزان بالای اختلالات خلقی را گزارش نموده‌اند. برای مثال، جانسون و همکاران [6] مطالعه‌ای بر روی 187 بیمار مصرف‌کننده داروهای تزریقی انجام دادند که از این تعداد، 105 نفر **HIV+** و 82 نفر **HIV-** بودند. پژوهش آنان واضحاً نشانگر این بود که عفونت HIV با افزایش خطر اختلال افسردگی عمده، چه به صورت مزمن و چه به صورت عود کننده، در بین افرادی که از سرنگ مشترک استفاده می‌کنند همراه است. در همین راستا، جین و همکاران [7] پژوهشی بر روی 28 بیمار مبتلا به **HIV+** و 23 فرد سالم انجام داده و دریافتند که تقریباً 79% بیماران مبتلا به **HIV+** دارای تاریخچه مادام العمر افسردگی بودند، در حالی که این رقم برای افراد سالم 4% بود.

علائم اختلالات اضطرابی نیز در بسیاری از پژوهش‌هایی که بر روی علائم بیماران مبتلا به HIV انجام گرفته، گزارش شده است. اختلال فشار روانی پس از سانحه **Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)** در بسیاری از مشکلات پزشکی مانند جراحی قلب، سکته، سقط جنین و ... شایع است که در این بین، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و بیماران مبتلا به عفونت HIV، بیشترین درصد ابتلا را دارا هستند [8]. فریدمن و همکاران [9] در مطالعه‌ای بر روی یک زن جوان مبتلا به HIV، چهار اختلال روانپزشکی همزمان را تشخیص‌گذاری کردند که شامل افسردگی عمده، دمانس ناشی از HIV، دلیریوم و PTSD می‌شد. همچنین تخمین‌های اخیر نشانگر آنند که بیش از 12% بیماران مبتلا به HIV واجد ملاک‌های لازم برای حمله‌های وحشت زدگی هستند، که این رقم دو تا سه برابر جمعیت عمومی می‌باشد [9].

شوپر و همکاران در سال 2010 طی مطالعه‌ای مروری به بررسی روابط علی میان مصرف الکل و احتمال ابتلا به AIDS/HIV پرداختند و این‌گونه نتیجه‌گیری کردند که ارتباط کاملاً مستقیمی بین مصرف الکل و افزایش احتمال آسیب‌پذیری نسبت به عفونت HIV وجود دارد. ولی نکته جالب توجه این بود که اگرچه مصرف الکل به کاهش قدرت دستگاه ایمنی بدن و در نتیجه افزایش آسیب‌پذیری زیست‌شناختی نسبت به HIV ختم می‌شود، ولی آسیب‌پذیری زیست‌شناختی به خودی خود برای ابتلا به این عفونت کافی نیست؛ بلکه مولفه‌های رفتاری نیرومند، برخی عوامل شخصیتی خاص و اختلالات شخصیتی ویژه نیز برای سوق دادن شخص به مصرف بیش از حد الکل و در نتیجه افزایش رفتارهای پرخطر (مثل استفاده از سرنگ مشترک، بی آنکه فرد به عواقب زیانبار آن فکر کند و یا اقدام به رفتارهای جنسی بی‌پروا) باید وجود داشته باشد [10].

از میان پژوهش‌هایی که بر روی بیماران مبتلا به عفونت HIV صورت گرفته است، تعداد مطالعاتی که در جهت شناسایی آلودگی‌های محور II صورت گرفته باشد فوق العاده اندک است. پژوهش‌هایی که بر روی «صفات یا عوامل شخصیتی» این بیماران اجرا شده باشد، نسبتاً زیاد است {برای مثال (11)؛ (4)؛ (3)؛ (12)؛ (13)} اما مطالعات محدودی به بررسی «اختلالات شخصیت» در این دسته از بیماران پرداخته‌اند. جالب اینکه عوامل شخصیتی ویژه‌ای که در این پژوهش‌ها به آن‌ها اشاره شده است، ارتباط تنگاتنگی با برخی اختلالات شخصیتی، مثل ضداجتماعی و مرزی دارند. برای مثال، تورینا و همکاران [2] در پژوهش خود بر روی 127 بیمار HIV مثبت (78 نفر بیمار بستری و 49 نفر بیمار سرپایی) دریافتند که در 36 درصد از افراد مبتلا به این عفونت، خصیصه «تحمل کم ناکامی» دیده می‌شود که این خصیصه یکی از صفات شایع در اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی است. همچنین آنها اضافه کرده‌اند که این یافته کاملاً منطبق با توصیفات بالینی انجمن روانپزشکی آمریکا و تفکر سایکودینامیک

معاصر از این دو اختلال شخصیتی می‌باشد. در طی چند سال گذشته محققان کوشیده‌اند نظریه پنج‌عاملی شخصیت را به عنوان چارچوب پژوهش‌های مربوط به ارتباط شخصیت با سلامت مورد استفاده قرار دهند. برای مثال آیرونسون و همکاران [14]، پرسشنامه‌ی NEO-PI-R را در نمونه‌ای متشکل از 104 بیمار مبتلا به عفونت HIV اجرا کردند و در طول 4 سال پیاپی، هر 6 ماه یک بار با هدف شمارش سلول‌های CD4، از خون بیماران نمونه‌گیری کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که گشودگی به تجربه، برونگرایی و باوجدان بودن با پیشرفت کند عفونت HIV به سمت AIDS همراه بود. ابعاد شخصیتی برونگرایی و گشودگی به تجربه باعث می‌شوند افراد مبتلا به عفونت HIV خود را فعالانه درگیر روابط بین فردی گرم و صمیمانه (برونگرایی) و زندگی تجربی (گشودگی به تجربه) کنند و به راحتی اسیر عواطف و هیجان‌های منفی نشوند [14]. در پژوهش‌های مربوط به مدل پنج‌عاملی شخصیت، ابعاد روان رنجورگرایی و باوجدان بودن، به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها شناخته شده‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که نمرات بالا در مقیاس روان رنجورگرایی با رفتارهای پرخطر به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با حالت‌های خلقی منفی همبسته است [13]. در واقع بسیاری از پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که رفتارهای پرخطر از قبیل روابط جنسی بی‌محابا و استفاده از تزریق اشتراکی با نمرات بالا در بعد روان رنجورگرایی همبسته است [13]. تروپست و همکاران [12] استدلال کرده‌اند که رفتارهای پرخطر از نظر آلودگی به HIV، مثل روابط جنسی بی‌محابا در واقع تلاشی برای کاهش اضطراب و بدست آوردن تسکین موقتی و رهایی از درد و رنج هیجانی ویران‌ساز در افراد دارای روان رنجوری بالاست.

مهم‌ترین نکته‌ای که شاید در مورد رابطه HIV، شخصیت و اختلالات آن جلب نظر کند راه‌های عمده سرایت این ویروس است که شامل رابطه جنسی محافظت نشده و استفاده از داروهای تزریقی و سرنگ

درماتیس، (1994) که نقش اختلالات محور II را مورد بررسی قرار داده بودند. همان‌گونه که بسیاری از پژوهش‌گران یاد آورد شده‌اند - برای مثال برونر و همکاران (1993)، پرکینز و همکاران (1993)، جاکویس برگ و همکاران (1995)؛ به نقل از تورینا و همکاران [2]- هم ابتلائی عفونت HIV و یک اختلال شخصیتی کافی است تا خطر سرایت و پخش این عفونت‌کشنده را بالا ببرد و در نتیجه درمان‌های پزشکی را با مشکلات جدی همراه کند. بنابراین با توجه به ملاحظات فوق، خلاء اطلاعات در زمینه هم ابتلائی HIV و اختلالات شخصیتی (بویژه در جامعه ما) کاملاً محسوس است؛ لذا پژوهش حاضر - با تمرکز بر نظریه شخصیت میلون - در پی بررسی و مقایسه الگوهای بالینی شخصیت و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم بوده است. لذا با توجه به مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی، فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند:

- 1- بین الگوهای بالینی شخصیت در بیماران HIV+ و افراد سالم تفاوت وجود دارد.
- 2- بین اختلالات شدید شخصیتی در بیماران HIV+ و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

روش

در تحقیق حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر از طرح پژوهشی توصیفی-مقایسه‌ای استفاده شد.

الف) آزمودنی‌ها

جامعه آماری این پژوهش را بیماران مبتلا به عفونت HIV شهر تهران و افراد بهنجار تشکیل داده است. آزمودنی‌های پژوهش شامل 50 نفر از بیماران HIV مثبت بوده‌اند که همگی آنها مرد بوده و 46 نفر از آنها معتادان تزریقی بوده‌اند و از همین طریق به ویروس آلوده شده‌اند؛ این افراد در مرکز بهداشت غرب تهران دارای پرونده هستند و همگی زیر نظر پزشکان مربوطه

مشترک می‌باشد. جالب اینکه تابلوی بالینی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت مرزی در اکثر موارد نشانگر رفتارهای پرخطری است که شبیه رفتارهای پرخطر بیماران مبتلا به HIV می‌باشد؛ مثلاً «تکانشی بودن» بعنوان ملاک چهارم DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی و ملاک سوم آن برای اختلال شخصیت ضداجتماعی [1]. همان‌گونه که بسیاری از منابع - برای مثال کاپلان و سادوک [1]، هالجن و ویتبورن [15]، بارلو و دوراند [16]- خاطرنشان کرده‌اند، لابلایی گری جنسی و سوء مصرف مواد (یعنی راه‌های عمده ابتلا به ویروس HIV) دو مورد از رفتارهای تکانشی بسیار شایع در اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی هستند؛ به‌طوری‌که بیش از 67 درصد شخصیت‌های مرزی دست کم به یک نوع اختلال سوء مصرف مواد مبتلا هستند [16]. یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، احساس‌های مزمن کسالت و بی‌حوصلگی است که باعث می‌شود به دنبال تحریک و تجربه‌های هیجانی شدید برآیند [15]. لذا اختلال شخصیت مرزی بعنوان آمیزه‌ای از اختلال خلق و اختلال کنترل تکانه [17]، باعث می‌شود تا این افراد برای رفع کسالت به رفتارهای تکانشی مانند ولخرجی‌های نسنجیده، رانندگی بی‌پروا، پرخوری، دزدی از فروشگاه‌ها، بی‌قید و بندی جنسی و سوء مصرف مواد بپردازند [15]. نیازی به توضیح نیست که دو مورد اخیر، جزء رفتارهای پرخطر مرتبط با عفونت HIV هستند.

همان‌طور که پیش از این نیز اشاره شد، تورینا و همکاران [2] و همچنین ساین و اُچی‌تیل [18] معتقدند که تنها تعداد اندکی از مطالعات، اختلالات شخصیت را در بیماران مبتلا به HIV+ بررسی کرده‌اند و تمرکز پژوهش‌ها عمدتاً بر روی عوامل شخصیتی این بیماران، بر اساس مدل پنج عاملی بوده است. برای مثال، مید و سیکما [19] در مطالعه‌ای مروری، 63 مقاله از 52 مطالعه مستقل در این زمینه را بررسی کردند و تنها 2 مقاله را یافتند (ساکس و همکاران، 1990؛ ساکس و

در ایران، ضریب پایایی مقیاس به روش کودر ریچاردسون 0/85 و ضریب بازآزمایی آن 0/86 گزارش شده است [21].

در دو پرسشنامه محقق ساخته که در بالا به آنها اشاره شد و متن کامل آنها در قسمت پیوست آمده است، علاوه بر اطلاعات جمعیت شناختی معمول مثل سن، جنسیت، شغل و غیره، سوالات دیگری نیز گنجانده شده است. سوالاتی از قبیل آیا تا بحال سابقه حجامت داشته اید؟ آیا تا بحال سابقه خال کوبی داشته اید؟ آیا شریک جنسی شما سابقه اقامت در زندان داشته است؟ و...

برای شروع پژوهش در ابتدا 50 نفر در محدوده سنی حداقل 18 سال و تحصیلات سوم راهنمایی به بالا انتخاب شدند. قبل از ارائه پرسشنامه به بیماران، ضمن تشریح کامل علل و اهداف پژوهش، رضایت آنها مبنی بر پاسخ دادن به سوالات جلب شد. آزمودنی‌ها در پاسخ به سوالات پرسشنامه آزاد بودند و هر جا که تمایل به ادامه کار نداشتند به راحتی می‌توانستند همکاری شان را قطع کنند.

ج) روش تحلیل داده‌ها

طبقه بندی، پردازش و تحلیل داده‌های بدست آمده جهت بررسی فرضیه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (Version 11.5) انجام گرفته است. در توصیف داده‌ها از آمار توصیفی نیز استفاده شده است. همچنین در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چند متغیره (Manova) استفاده شده است.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در جداول زیر آمده است. داده‌های توصیفی مربوط به وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت شغلی و میانگین سنی گروه‌های پژوهش در جدول شماره 1 قابل مشاهده است.

تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند. 4 نفر دیگر که از یک موسسه خصوصی به نام «زندگی مثبت ایرانیان» انتخاب شده‌اند، از طریق رابطه جنسی با شرکای آلوده، مبتلا به عفونت HIV شده‌اند. همچنین 50 نفر از جمعیت عمومی تهران که مبتلا به عفونت HIV نبوده‌اند و تا حد امکان از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل با گروه بیماران HIV همساز شده‌اند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. تمامی این 50 نفر نیز مرد بوده‌اند.

ب) ابزارهای پژوهش

ابزارهای جمع آوری داده‌ها در پژوهش حاضر را موارد زیر تشکیل داده‌اند:

- 1- پرسشنامه بالینی چند محوری میلون 2 (MCMI-II)
- 2- پرسشنامه محقق ساخته‌ی شماره 1 برای مبتلایانی که علت عفونت آنها استفاده از سرنگ آلوده مشترک جهت تزریق و یا دلایل مشابه بوده است.
- 3- پرسشنامه محقق ساخته‌ی شماره 2 برای مبتلایانی که علت عفونت آنها رابطه جنسی محافظت نشده بوده است. MCMI-II که بر اساس نظریه زیستی، روانی، اجتماعی میلون ساخته شده است شامل 22 مقیاس است و در 4 گروه زیر دسته بندی شده است: الگوهای بالینی شخصیت، آسیب شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی، و نشانگان شدید. این پرسشنامه شامل 175 جمله کوتاه خود توصیفی با پاسخ‌های بله - خیر می‌باشد. همسانی درونی مقیاس‌های MCMI-II به روش کودر ریچاردسون 20 از 0/81 (اختلال هذیانی) تا 0/95 (افسرده خوبی) با متوسط 0/89 برای همه مقیاس‌ها گزارش شده است (20). MCMI-II اولین بار توسط خواجه موگهی در ایران معرفی شده است و یک مطالعه مقدماتی برای هنجاریابی آن در شهر تهران انجام شده است. طبق نتایج اعتباریابی مقدماتی مقیاس چند محوری بالینی میلون 2

جدول 1. داده‌های توصیفی برای آزمودنی‌های دو گروه HIV و سالم

| سالم | | HIV | | گروه | |
|--------------|---------|--------------|---------|-----------------|---------|
| درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | | |
| 60% | 30 | 66% | 33 | مجرد | تاہل |
| 38% | 19 | 26% | 13 | متاہل | |
| 2% | 1 | 8% | 4 | مطلقہ | |
| 66% | 33 | 68% | 34 | راہنمایی | تحصیلات |
| 10% | 5 | 4% | 2 | دبیرستان | |
| 24% | 12 | 28% | 14 | دیپلم فوق دیپلم | |
| 28% | 14 | 40% | 20 | بیکار | شغل |
| 46% | 23 | 48% | 24 | آزاد | |
| 26% | 13 | 12% | 6 | فنی | |
| 35/40 | | 35/98 | | میانگین سنی | |

همچنین بررسی اطلاعات این 46 نفر نشان داد که 30 درصد از آنان، مصرف مواد مخدر را برای اولین بار در مهمانی تجربه کرده بودند. به همین ترتیب، 8 درصد از آنان در پارک، 2 درصد در مدرسه، 21 درصد در سربازی، 6 درصد در محل کار، 19 درصد در منزل و 10 درصد در زندان یا بازداشتگاه، برای اولین بار مصرف مواد مخدر را تجربه کرده بودند. هیچ یک از آنان سابقه مصرف مواد در خوابگاه‌های دانشجویی را نداشتند. علاوه بر این 93 درصد سابقه مصرف هروئین، 65 درصد مصرف حشیش، 78 درصد مصرف تریاک، 15 درصد مصرف شیشه، 17 درصد مصرف کراک، 6 درصد مصرف کریستال و 2 درصد مصرف LSD را داشته‌اند.

نتایج مربوط به پرسشنامه شماره 2 (بیمارانی که به واسطه رابطه جنسی محافظت نشده به HIV مبتلا شده‌اند)

همان طور که پیش از این بیان شد، 4 نفر از 50 بیمار مبتلا به عفونت HIV، معنادار تزریقی نبوده و به دلیل رابطه جنسی با شرکای متعدد و آلوده، به این ویروس مبتلا شده‌اند. تکمیل پرسشنامه محقق ساخته شماره 2 توسط این 4 نفر، نشان داد که 75 درصد از

نتایج مربوط به پرسشنامه شماره 1 (بیمارانی که بدلیل استفاده از سرنگ آلوده به عفونت HIV مبتلا شده‌اند)

گروه بیماران مبتلا به HIV، مجموعاً 50 نفر بودند که از این تعداد 46 نفر معنادار تزریقی بوده و به واسطه استفاده از سرنگ مشترک آلوده، به عفونت HIV مبتلا شده‌اند. پرسشنامه محقق ساخته شماره 1 برای این گروه از بیماران در نظر گرفته شده است. 4 نفر دیگر از بیماران، از طریق رابطه جنسی با شرکای آلوده، به عفونت HIV مبتلا شده‌اند که پرسشنامه محقق ساخته شماره 2 برای آنان تهیه شده است (هر دو پرسشنامه در قسمت پیوست آمده است). اطلاعات مربوط به بیماران معنادار تزریقی که پرسشنامه محقق ساخته شماره 1 را تکمیل کرده‌اند، نشان داد که 34 درصد از بیماران مبتلا به عفونت HIV، سابقه حجامت، 100 درصد سابقه اقامت در زندان، 76 درصد سابق خالکوبی، 100 درصد سابقه استفاده از سرنگ یا سایر تجهیزات مواد مخدر و داروها بصورت اشتراکی و 91 درصد سابقه مصرف الکل داشته‌اند. همچنین 26 درصد از شرکای جنسی این بیماران، سابقه اقامت در زندان داشته‌اند و فقط 65 درصد از آنان در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.

شماره 4 نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای الگوهای بالینی شخصیت در دو گروه HIV+ و افراد سالم را نشان می‌دهد.

فرضیه دوم

در بررسی فرضیه دوم (بین اختلالات شدید شخصیتی در بیماران HIV+ و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد) یافته‌های توصیفی (جدول شماره 5) بیانگر آن است که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت وجود دارد. فرضیه دوم نیز با استفاده از آزمون مانوا مورد بررسی قرار گرفت.

جدول 2. داده‌های توصیفی برای الگوهای بالینی شخصیت در دو گروه HIV+

| ویژگی | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|------|---------|--------------|
| اسکیزوئید | HIV | 88/4 | 16/11 |
| | سالم | 75/62 | 15/92 |
| اجتنابی | HIV | 85/74 | 20/55 |
| | سالم | 67/22 | 20/34 |
| وابسته | HIV | 65/88 | 17/62 |
| | سالم | 60/50 | 25/02 |
| نمایشی | HIV | 66/20 | 10/60 |
| | سالم | 64/24 | 18/71 |
| خودشیفته | HIV | 79/08 | 13/94 |
| | سالم | 81/84 | 17/14 |
| ضد اجتماعی | HIV | 101/68 | 13/36 |
| | سالم | 67/60 | 18/56 |
| پرخاشگر | HIV | 88/28 | 16/77 |
| | سالم | 75/18 | 23/98 |
| وسواسی | HIV | 69/94 | 12/96 |
| | سالم | 77/42 | 15/36 |
| منفعل/پرخاشگر | HIV | 86/96 | 19/65 |
| | سالم | 70/22 | 20/99 |
| خود تخریبگر | HIV | 83/34 | 20/68 |
| | سالم | 68/20 | 21/03 |

آنان سابقه ابتلا به بیماری‌های مقاربتی (مانند سوزاک، سیفیلیس، تب‌خال تناسلی) داشته‌اند. همچنین 75 درصد رابطه جنسی دهانی و مقعدی و 100 درصد رابطه جنسی واژینال را گزارش کرده‌اند. هیچ یک از این بیماران با هم جنس خود رابطه جنسی برقرار نکرده‌اند. 75 درصد از آنان نیز چه در حال و چه در گذشته از کاندوم استفاده کرده‌اند.

فرضیه اول

فرضیه اول (بین الگوهای بالینی شخصیت در بیماران HIV+ و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد) با استفاده از آزمون تحلیل چند متغیره (مانوا) مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی فرضیه اول، همان طور که در جدول شماره 2 مشاهده می‌شود، نتایج آزمون MCMII-II حاکی از آن است که میانگین نمرات افراد مبتلا به عفونت HIV با نمرات گروه بهنجار در الگوهای بالینی شخصیت متفاوت است.

آزمون لامبدای ویلکز برای فرضیه اول

با توجه به اینکه مقدار F مشاهده شده آزمون لامبدای ویلکز در جدول شماره 3 (با درجه آزادی 10 و در سطح $P < 0/000$ معنی دار است) نتیجه می‌شود بین دو گروه در الگوهای بالینی شخصیت تفاوت معنی دار وجود دارد.

آزمون مانوا برای فرضیه اول

با توجه به نتایج جدول 4 ملاحظه می‌شود که بین برخی از الگوهای بالینی شخصیت، در میان دو گروه HIV+ و افراد بهنجار تفاوت معنی دار وجود دارد. به بیان دقیق تر بین شخصیت اسکیزوئید، شخصیت اجتنابی، شخصیت ضد اجتماعی، شخصیت پرخاشگر - دیگرآزار، شخصیت وسواسی، شخصیت منفعل - پرخاشگر و شخصیت خود تخریبگر در دو گروه HIV+ و افراد سالم تفاوت وجود دارد. همچنین بین شخصیت وابسته، شخصیت نمایشی و شخصیت خود شیفته در دو گروه HIV+ و افراد سالم تفاوتی مشاهده نشد. جدول

جدول 3. مقدار آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره برای الگوهای بالینی شخصیت

| آزمون | مقدار آماره آزمون | F | درجه آزادی اثر مورد بررسی | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|---------------|-------------------|--------|---------------------------|----------------|--------------|
| لامبدای ویلکز | 0/303 | 20/494 | 10 | 89 | 0/000 |

جدول 4. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای الگوهای بالینی شخصیت در دو گروه HIV+ و افراد سالم

| منبع | مقیاس | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری |
|------|-------------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| گروه | اسکیزوئید | 4083/21 | 1 | 4083/21 | 15/92 | 0/000 |
| | اجتنابی | 5874/76 | 1 | 5874/76 | 20/51 | 0/000 |
| | وابسته | 723/61 | 1 | 723/61 | 1/54 | 0/217 |
| | نمایشی | 96/04 | 1 | 96/04 | 0/415 | 0/521 |
| | خود شیفته | 190/44 | 1 | 190/44 | 0/780 | 0/379 |
| | ضد اجتماعی | 29036/16 | 1 | 29036/16 | 111/04 | 0/000 |
| | پرخاشگر | 4290/25 | 1 | 4290/25 | 10/02 | 0/002 |
| | وسواسی | 1398/76 | 1 | 1398/76 | 6/93 | 0/01 |
| | منفعل/پرخاشگر | 7005/69 | 1 | 7005/69 | 16/95 | 0/000 |
| | خود تخریبگر | 5730/49 | 1 | 5730/49 | 13/17 | 0/000 |
| خطا | اسکیزوئید | 25133/78 | 98 | 256/47 | | |
| | اجتنابی | 40962/20 | 98 | 417/98 | | |
| | وابسته | 45893/78 | 98 | 468/30 | | |
| | نمایشی | 22657/12 | 98 | 231/19 | | |
| | خود شیفته | 23916/40 | 98 | 244/04 | | |
| | ضد اجتماعی | 25626/88 | 98 | 261/5 | | |
| | پرخاشگر/دیگر آزار | 41959/46 | 98 | 428/16 | | |
| | وسواسی | 19787 | 98 | 201/91 | | |
| | منفعل/پرخاشگر | 40502/5 | 98 | 413/29 | | |
| | خود تخریبگر | 42629/22 | 98 | 434/99 | | |

اختلالات شدید شخصی در دو گروه HIV+ و افراد سالم در جدول شماره 7 قابل مشاهده است.

جدول 5. داده‌های توصیفی برای اختلالات شدید شخصیت در دو گروه HIV+ و افراد بهنجار

| ویژگی | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|--------------|------|---------|--------------|
| اسکیزوتایپال | HIV | 89/54 | 22/59 |
| | سالم | 68/08 | 7/02 |
| مرزی | HIV | 86/82 | 16/82 |
| | سالم | 61/14 | 13/25 |
| پارانویید | HIV | 73/86 | 15/86 |
| | سالم | 67/12 | 20/02 |

آزمون لامبدای ویلکز برای فرضیه دوم

با توجه به اینکه مقدار F مشاهده شده آزمون لامبدای ویلکز در جدول شماره 6 (با درجه آزادی 3 و در سطح $P < 0/000$ معنی دار است) نتیجه می‌شود بین دو گروه در اختلالات شدید شخصیتی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

آزمون مانوا برای فرضیه دوم

با توجه به جدول شماره 7 مشاهده می‌شود که بین اختلالات شخصیت اسکیزوتایپال و مرزی در دو گروه HIV+ و افراد بهنجار، تفاوت معنی دار می‌باشد. اختلال شخصیت پارانویید در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای

جدول 6. مقدار آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره برای اختلالات شدید شخصیتی

| آزمون | مقدار آماره آزمون | F | درجه آزادی اثر مورد بررسی | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|---------------|-------------------|--------|---------------------------|----------------|--------------|
| لامبدای ویلکز | 0/519 | 29/646 | 3 | 96 | 0/000 |

جدول 7. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای اختلالات شدید شخصیتی در دو گروه HIV+ و افراد سالم

| منبع | مقیاس | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| گروه | اسکیزوتایپال | 11513/29 | 1 | 11513/29 | 41/152 | 0/000 |
| | مرزی | 16486/56 | 1 | 16486/56 | 71/89 | 0/000 |
| | پارانوئید | 1135/69 | 1 | 1135/69 | 3/48 | 0/65 |
| خطا | اسکیزوتایپال | 27418/1 | 98 | 279/78 | | |
| | مرزی | 22473/4 | 98 | 229/32 | | |
| | پارانوئید | 31973/3 | 98 | 326/26 | | |

بحث و نتیجه گیری

با بررسی فرضیه اول پژوهش مشخص گردید، دو گروه مورد مطالعه، در 7 الگو از 10 الگوی بالینی شخصیتی با هم تفاوت معنی داری را نشان داده اند. به طوری که گروه بیماران مبتلا به عفونت HIV، نمرات بالاتری در الگوهای بالینی شخصیت اسکیزوتایپال، اجتنابی، ضد اجتماعی، پرخاشگر دیگرآزار، منفعل پرخاشگر و خودتخریبگر و همچنین نمرات پایین در الگوی شخصیت وسواسی کسب کرده اند.

بخشی از نتایج مربوط به فرضیه اول با برخی از مطالعات پیشین همسو است. در این مطالعه بیماران مبتلا به عفونت HIV در قسمت الگوهای بالینی شخصیت بالاترین نمره را در مقیاس شخصیت ضداجتماعی کسب کرده اند (نگاه کنید به جدول شماره 2). این نتیجه با یافته‌های جاکوبسبرگ و همکاران [22]، کلی و پتری [23]، هانسن و همکاران [24]، لاد و پتری [25] و مک کی و همکاران [26] مطابقت دارد. برای مثال، میزان تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نمونه کلی و همکاران [23] به قدری زیاد بود (42 درصد) که پیشنهاد کرده‌اند در برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد و عفونت HIV، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی از پیش غربال شوند. شناخت واضح از تابلوی بالینی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و پژوهش‌هایی که بر روی این بیماران انجام گرفته است، به خوبی

تبیین کننده این مسئله است که چرا اختلال شخصیت ضد اجتماعی در میان مصرف کنندگان مواد مخدر و بیماران مبتلا به عفونت HIV از نرخ بالایی برخوردار است. نقایص هیجانی و انگیزشی ویژه ای که زیربنای این اختلال را تشکیل می‌دهند (مانند خود-کنترلی ضعیف و تنظیم رفتاری ناکارآمد) الگوی سوء مصرف مواد و تداوم آنها را تسهیل کرده و در نتیجه باعث درگیر شدن در رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV و پاسخ ضعیف به برنامه‌های درمانی می‌شود [25]. از آنجا که 92 درصد (46 نفر) از نمونه پژوهش حاضر، معنادان تریقی تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده اند، پس کاملاً قابل انتظار است درگیر رفتارهایی شوند که منجر به افزایش نمره آنها در الگوی شخصیت ضد اجتماعی شده باشد. همچنین علاوه بر مشکلات مصرف و سوء مصرف مواد مخدر در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، حوزه دیگری از رفتارهای پرخط وجود دارد که بشدت در موازات خطر ابتلا به عفونت HIV قرار دارد و آن رفتارهای جنسی بی محابا و محافظت نشده در این افراد است. مشخص شده است که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با رفتارهای پرخطر جنسی مادام العمر، شامل شرکای جنسی متعدد و فراوانی بالای رابطه جنسی مقعدی (که خطرناک ترین نوع رابطه جنسی جهت ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و عفونت HIV می‌باشد)، کاملاً در رابطه است [23].

را که مثل رفتار با فردی «جذامی» است، تحمل کنند [28]. بنابراین محققان معتقدند دو دلیل افزایش نمرات در مقیاس‌های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی - که عمدتاً با انزوای اجتماعی یا گسلس اجتماعی مشخص می‌شوند [27] - مسئله «بی آبرویی و بدنامی» از یک سو و عدم «پذیرش» از جانب اطرافیان بیمار از سوی دیگر است، که به رشد تدریجی صفات اسکیزوئیدی و اجتنابی منجر می‌شود.

یکی از ایرادات و انتقادهای وارد بر MCMI-II همپوشی گسترده ماده‌های آن است. همپوشی میان مقیاس‌ها در MCMI-II بیش از نسخه‌های اول و سوم آن است، MCMI-I 773 کلید و MCMI-III 440 کلید دارد، اما MCMI-II دارای 953 کلید است که رقم بسیار بالایی به حساب می‌آید و چون بسیاری از ماده‌ها برای نمره گذاری مقیاس‌های متعدد به کار می‌روند، اغلب همبستگی مقیاس‌ها بالاست. مضاف بر اینکه وزن‌گیری یا درجه بندی ماده‌ها در MCMI-II بصورت 1، 2 و 3 می‌باشد درحالی که وزن‌گیری آن در نسخه سوم به 1 و 2 درجه کاهش یافته است. بنابراین بنظر می‌رسد که MCMI در تشخیص و تعیین آسیب شناسی بگونه‌ای افراطی عمل می‌کند [29]. شاید توجه به همپوشی گسترده در بین ماده‌ها و مقیاس‌های این آزمون، تا اندازه زیادی تبیین کننده برافراشتگی مقیاس‌های پرخاشگر دیگر آزار، منفعل پرخاشگر و خود تخریبگر در پژوهش حاضر باشد. در همین رابطه، کریچ [30] در پژوهش خود نشان داد که خشم یکی از هیجاناتی است که در MCMI-II در این سه مقیاس مشترک است و در نتیجه باعث برافراشتگی در هر سه آنها می‌شود.

درباره نمرات پایین تر گروه HIV+ (در مقایسه با گروه سالم) در مقیاس وسواسی باید اظهار کرد که این الگوی بالینی شخصیت، تقریباً تمامی مواردی را می‌سنجد که عکس آنها در مقیاس ضد اجتماعی (مقیاسی که گروه HIV+ بالاترین نمره را در آن بدست آوردند) مورد سنجش قرار می‌گیرد. توضیح اینکه، باوجدان بودن، پایداری عاطفی، خویشتن داری و عدم استقبال از

بنابراین عدم پیروی از هنجارهای اجتماعی و رفتار قانونی (ملاک الف-1 DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی)؛ الگوی دیرپایی از تکانشگری که بصورت ناتوانی در برنامه ریزی قبلی جلوه گر می‌شود (ملاک الف-3 DSM-IV-TR)؛ بی اعتنایی نسبت به امنیت خود یا دیگران که موجب می‌شود شخص به رفتارهای جنسی دست بزند و یا ماده ای مصرف کند که از لحاظ پیامدهای آسیب زا، با خطر زیادی همراه است (ملاک الف-5 DSM-IV-TR) و مسئولیت ناپذیری (ملاک الف-6 DSM-IV-TR) همگی در زمره رفتارهایی هستند که بیماران ضد اجتماعی را در خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت HIV قرار می‌دهد. همچنین ملاک هفتم DSM-IV-TR برای این اختلال یعنی «عدم احساس پشیمانی و یا دلیل تراشی برای آزار یا بد رفتاری با دیگران» موجب می‌شود تا اساساً رفتارهای پرخطر خود را با یک دلیل سطحی، توجیه کرده و یا اصولاً بی تفاوت باشند. مثال‌هایی از این توجیحات سطحی و بی تفاوتی‌ها عبارتند از: «زندگی پر از بی عدالتی است» (life is unfair)، «خلایق، هرچه لایق» (losers deserved to lose) و «خواه ناخواه چنین می‌شد» (he had it coming anyway). بویژه اینکه درون مایه عمده سبک شخصیت ضد اجتماعی در نظام میلون، داشتن این دیدگاه است که «جهان مکانی برای رقابت است» [27].

از آنجا که مطالعات بسیار کمی به بررسی اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به عفونت HIV پرداخته اند [22] لذا محققان حمایت پژوهشی مستقیم برای سایر الگوهای بالینی شخصیت پیدا نکردند. با این حال افزایش نمرات در سایر الگوهای بالینی شخصیت، بی دلیل و بدون تبیین نیست. تمام بیماری‌های همه گیر ترسناک است، اما زمانی که افراد درباره یک بیماری کشنده اطلاع ناچیزی دارند، واکنش‌های شدیدی برای محافظت از خود و نزدیکانشان نشان می‌دهند. مطمئناً بیماران مبتلا به HIV/AIDS نیز ترس دیگران را از خود تشخیص می‌دهند و مجبورند رفتار سایرین با خودشان

درباره اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز محقق حمایت پژوهشی خاصی پیدا نکرد. احتمالاً همپوشی بالای ماده‌های MCMI-II و کلید خوردن بیش از حد این آزمون نیز دلیلی برای برافراشتگی آن می‌باشد. مضاف بر اینکه چوکا و وندنبرگ یادآور شده‌اند که ترکیب آسیب‌شناختی مقیاس‌های اسکیزوتیپ و اجتنابی را مقیاس اسکیزوتایپال تشکیل می‌دهد [27]. نیازی به توضیح نیست که مقیاس‌های اسکیزوتیپ و اجتنابی، در گروه HIV+ دارای برافراشتگی بوده‌اند و در نتیجه باعث برافراشتگی در مقیاس اسکیزوتایپال شده‌اند.

به عنوان جمع‌بندی کلی باید خاطر نشان کرد که برای شناخت آسیب‌شناسی دقیق بیماران مبتلا به عفونت HIV به بررسی‌های بیشتری در حوزه اختلالات شخصیت نیاز است. برای مثال عدم توانایی شخصیت‌های وابسته در «نه گفتن» ممکن است باعث مشکلاتی به هنگام عدم تمایل شرکای جنسی آنها برای استفاده از کاندوم گردد [32]. در مقابل، شخصیت‌های خودشیفته که اساساً به بهره‌کشی از دیگران می‌پردازند، به واسطه احساس «استحقاق» (entitlement)، به راحتی به استثمار دیگران می‌پردازند. استثماری‌های آنها در حوزه مسایل جنسی می‌تواند به انتقال و پخش ویروس HIV دامن بزند. استفاده از پرسشنامه شخصیت خودشیفته (Narcissistic Personality Inventory) در بین بیماران مبتلا به این عفونت می‌تواند کمک شایانی به درک بهتر اختلالات شخصیت در جمعیت HIV نماید.

تجارب جدید از موارد مهمی هستند که مقیاس وسواسی در MCMI-II اندازه می‌گیرد و این در حالی است که گروه مبتلا به HIV+ اکثراً معتاد تزریقی با الگوی شخصیت ضد اجتماعی بودند؛ بنابراین طبیعی است که این مقیاس - با اهتمام به آیتم‌هایی که اندازه می‌گیرد - در آنها پایین باشد. همچنین لیف و همکاران (1991) به نقل از چوکا و وندنبرگ [27] بیان می‌کنند که برافراشتگی زیاد در مقیاس وسواسی، با حداقل واکنش منفی به حوادث زندگی در رابطه است که نشان دهنده یک امتیاز روانشناختی می‌باشد؛ در حالی که باز هم عکس این مسئله (یعنی تکانشگری) در اشخاصی که در مقیاس ضد اجتماعی نمره بالا می‌آورند، دیده می‌شود.

در بررسی فرضیه دوم نیز نتایج پژوهش نشان داد دو گروه بیماران HIV+ و افراد سالم در دو مورد از اختلالات شدید شخصیت، یعنی اختلالات اسکیزوتایپال و مرزی، با هم تفاوت داشتند. همچنین این دو گروه در مورد اختلال شخصیت پارانویید تفاوت معنی داری با هم نداشتند. نتایج این مطالعه (در مورد اختلال شخصیت مرزی) با یافته‌های جاکوبسبرگ و همکاران [22] و گلدینگ و پرکینز [31] همسو می‌باشد. آنها دریافتند که در بین مبتلایان به عفونت HIV، یکی از اختلالات شایع، اختلال شخصیت مرزی است. در تبیین همایندی HIV و اختلال شخصیت مرزی باید گفت که اختلال شخصیت مرزی اغلب با تکانشگری رابطه دارد. تکانشگری نیز با رفتارهای پرخطر مرتبط است. بنا به تعریف، توانایی افراد تکانشی برای فکر کردن به پیامدهای اعمال شان، پایین است. تغییرات ناگهانی هیجانات و اعمال تکانشی که شامل خوش گذرانی (بیلی تللی) و استفاده از مشروبات الکلی سنگین و مواد مخدر می‌شود، در بین شخصیت‌های مرزی کاملاً شایع و شناخته شده است [32]. علاوه بر این تکانشگری نیز با رفتار جنسی محافظت نشده و شرکای جنسی متعدد - یعنی یکی از راه‌های اصلی ابتلا به HIV - مرتبط می‌باشد.

منابع

13. محمود، علیلو، مجید و اسمعیلی کولانه، احمد (1386). بررسی عوامل شخصیتی بیماران HIV مثبت. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره 29، شماره 2، 125-130.
14. Ironson, G., O'Cleirigh, C., Weiss, A. (2008). Personality and HIV Disease Progression: Role of NEO-PI-R Openness, Extraversion, and Profiles of Engagement. *Psychosomatic Medicine*, 70, 245-253.
15. هالجنین، ریچارد؛ ویتبورن، سوزان (1384). آسیب شناسی روانی، دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. تهران: نشر روان.
16. Barlow, D. H., Durand, V. M. (2002). *Abnormal Psychology, An Integrative Approach*. Canada: Wadsworth Group.
17. Trull, T. J., Widiger, T. A. (2003). Personality Disorders. In Stricker, G., Widiger, T. A *Handbook of Psychology, Vol 8, Clinical Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
18. Singh, K., Ochitill, H. (2006). Personality disorders. In F. Fernandez., P. Ruiz (Eds). *Psychiatric aspect of HIV/AIDS* (pp.101-110). Philadelphia, PA: Lippincott Williams.
19. Mead, C., Sikkema, K. (2005). HIV risk behavior among adult with severe mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 25, 433-457.
20. شریفی، علی اکبر و کرمی، ابوالفضل (1386). راهنمای ام. سی. ام. آی. تهران: مرکز نشر روان‌سنجی.
21. خواجه موگهی، ناهید. (1373). آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه چندمحوری میلیون در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
22. Jacobsberg, L., Frances, A., Perry, S. (1995). Axis II diagnoses among volunteers for HIV and counseling. *Am J Psychiatry*. 152, 1222-1224.
23. Kelley, J. L., & Petry, N. M. (2000). HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19, 59-66.
24. Hansen, N. B., Cavanaugh, C. E., Vaughan, E. L. (2007). The influence of personality disorder indication, social support and grief on alcohol and cocaine use among HIV- positive adults coping with AIDS-related bereavement. *AIDS*, 83-93.
1. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (1384). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تهران: انتشارات شهرآب.
2. Turrina, C., Fiorazzo, A., Turano, A., Cacciani, P., Regini, C., Castelli, F., Sacchetti, E. (2000). Depressive Disorders and Personality Variables in HIV Positive and Negative Intravenous Drug-Users. *Journal of Affective disorders*. 65, 45-53.
3. Beyer, J., Taylor, L., Gersing, K. R., Krishnan, K. (2007). Prevalence of HIV Infection in a General Psychiatric Outpatient Population. *Psychosomatics*, 48, 31-37.
4. Gallego, L., Gordillo, V., Catalan, J. (2000). Psychiatric and Psychological Disorders associated to HIV infection. *AIDS Rev*, 2, 48-60.
5. Rabkin, J., et al. (1997). Psychopathology in male and female HIV-positive and negative injecting drug users. *AIDS*. 11, 507-5015.
6. Johnson, M. O. (2000). Personality correlate of HIV vaccine trial participation. *Personality and Individual Differences*. 29, 459-467.
7. Jin, H., Atkinson, J.H., Yu, X., Heaton, R. K., Shi, C. (2006). Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*. 94, 269-275.
8. Tedstone, J. E., Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 409-448.
9. Freedman, J., O'Dowd, M., Wyszynski, B., Torrer, J., Mckegney, F. (1994). Depression HIV dementia, delirium, PTSD. *Gen Hosp Psychiatry*. 16, 426-434.
10. Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., Rehm, J. (2010). Causal Considerations on Alcohol and HIV/AIDS-A Systematic Review. *Alcohol & Alcoholism*, 45, 159-166.
11. O'Cleirigh, C., Ironson, G., Smit, J. (2007). Does distress tolerance moderate of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior Therapy*, 38, 314-323.
12. Trobst, K. K., Herbst, J. H., Costa, P. T. (2002). Personality pathways to unsafe sex: personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of research in personality*, 36, 117-133.

29. گراث مارنات، گری (1384). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخواه. تهران: انتشارات سخن.
30. Craig, R. J. (2003). Use of Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 235-243.
31. Golding, M., Perkins, O. (1996). Personality disorder HIV infection. *Interpersonal Review of Psychiatry*, 8, 253-258.
32. Millon, T. (2004). *Personality disorders in modern life*. New Jersey: Wiley.
25. Ladd, G. T., Petry, N. M. (2003). Antisocial Personality in treatment-Seeking Cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of substance Abuse Treatment*, 24, 323-330.
26. McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Mulvancy, F. D., O'Brien, C. P. (2000). Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *Journal of Nervous and mental Disease*, 188, 278-296.
27. Choca, J. P., Van Denburg, E. (1997). *Interpretive Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (2nd ed)*. Washington, DC: American Psychological Association.
28. سارافینو، ادوارد پ. (1384). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی. تهران: انتشارات رشد.

پیوست

پرسشنامه محقق ساخته شماره 1 «سؤالات مربوط به HIV از طریق مواد مخدر و داروهای تزریقی»

سن..... شغل..... تحصیلات..... جنسیت..... تأهل یا مجرد.....

| بله | خیر |
|-----|-----|
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |

- 1- نوع ماده مصرفی را ذکر کنید؟
- 2- آیا تا به حال سابقه حجامت داشته‌اید؟
- 3- آیا سابقه زندانی شدن داشته‌اید؟
- 4- آیا سابقه خال کوبی داشته‌اید؟
- 5- چنانچه دارو یا مواد تزریقی مصرف می‌کنید، چه در حال چه در گذشته، آیا سرنگ یا سایر تجهیزات مواد مخدر و داروها را مشترکاً مصرف می‌کنید؟
- 6- آیا الکل مصرف کرده‌اید؟
- 7- آیا شریک جنسی شما سابقه اقامت در زندان را داشته است؟
- 8- آیا در روابط جنسی خود از کاندوم یا هر نوع وسیله پیشگیری استفاده می‌کنید؟
* در صورت منفی بودن پاسخ، لطفاً دلیل آن را ذکر کنید.
- 9- لطفاً مشخص کنید برای اولین بار مصرف مواد مخدر را در چه مکانی تجربه کرده‌اید؟

مهمانی پارک مدرسه سربازی محل کار منزل بوآبگاه دانشجویی

پرسشنامه محقق ساخته شماره 2 «سؤالات مربوط به HIV از طریق رابطه جنسی محافظت نشده»

سن..... شغل..... تحصیلات..... جنسیت..... تأهل یا مجرد.....

| بله | خیر |
|-----|-----|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |

- 1- آیا تا بحال به یک بیماری مقاربتی مبتلا شده‌اید؟
(مثل سوزاک، سیفلیس، تب خال تناسلی)
- 2- آیا تماس جنسی شما واژینال بوده است؟
- 3- آیا تماس جنسی از نوع دیگری (بجز رابطه جنسی واژینال) داشته‌اید؟
* در صورت مثبت بودن پاسخ:
- 4- آیا تماس جنسی شما مقعدی بوده است؟
- 5- آیا تماس جنسی شما دهانی بوده است؟
- 6- آیا از کاندوم تا کنون استفاده کرده‌اید؟
- 7- آیا تا بحال با همجنس خود رابطه جنسی داشته‌اید؟
- 8- آیا فاعل عمل جنسی بوده‌اید یا مفعول آن یا هر دو؟