



روان‌پریشی‌گرایی در مصرف‌کنندگان حشیش

عزیزه افخم ابراهیمی*، دکتر مهرداد افتخار**، دکتر آرش وحدت***

چکیده

هدف: این بررسی با هدف تعیین فراوانی و شدت روان‌پریشی‌گرایی یا آسیب‌پذیری نسبت به روان‌پریشی در مصرف‌کنندگان حشیش انجام شده است.

روش: ۱۰۰ مصرف‌کننده‌ی حشیش (۹۸ مرد و ۲ زن) به روش نمونه‌گیری در دسترس برگزیده شدند و پرسش‌نامه‌ی شخصیت آیزنک را که بعد روان‌پریشی‌گرایی را افزون بر ابعاد روان‌نژندی‌گرایی و برون‌گرایی می‌سنجد اجرا نمودند. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها مانند سن، الگوی مصرف و به‌کار بردن سایر مواد نیز گردآوری شدند. داده‌های پژوهش به‌کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل و ارائه گردید.

یافته‌ها: این بررسی روان‌پریشی‌گرایی قابل توجه را در ۵۰ درصد از افراد نمونه نشان داد. میانگین نمره‌ی روان‌پریشی‌گرایی به‌دست آمده در این پژوهش از عددی که آیزنک در جمعیت ایرانی گزارش نموده بود، بیشتر بود.

نتیجه: با توجه به داده‌های به‌دست آمده در زمینه‌ی مصرف حشیش و روان‌پریشی‌گرایی به نظر می‌رسد که حشیش می‌تواند اثرات روان‌شناختی نامطلوبی بر مصرف‌کنندگان سنگین این ماده بگذارد و به عنوان یک عامل خطرزا در بروز روان‌پریشی به‌شمار رود.

:

این رو مصرف تفریحی و شیوع آن در بسیاری از کشورها

افزایش یافته است (استرنگ^۱، ویتون^۲ و هال^۳، ۲۰۰۰؛ هال

برخی افراد حشیش را یک ماده‌ی بی‌زیان می‌دانند، از

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، مجتمع آموزشی پژوهشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).

E-mail: afkhami@iums.ac.ir

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

*** پزشک عمومی، مشمول طرح نیروی انسانی، مرکز بهداشت اهر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان آذربایجان شرقی.

1- Strang 2- Witton 3- Hall

و بیسور^۱، ۲۰۰۰؛ سویفت^۲، هال و تیسون^۳، ۲۰۰۱؛ جانز^۴، ۲۰۰۱). امروزه ۴۰٪ تا ۶۰٪ جوانان ۱۸ تا ۲۵ ساله در انگلستان، آمریکا، استرالیا، نیوزیلند و برخی از کشورهای اروپایی مصرف حشیش را آزموده‌اند (اشتون^۵، ۲۰۰۱؛ فون سیدو^۶، لایب^۷ و پفیستر^۸، ۲۰۰۱؛ میلر^۹ و پلنت^{۱۰}، ۱۹۹۶). معمولاً مصرف حشیش از سال‌های نوجوانی آغاز می‌شود و سال‌ها ادامه می‌یابد، بنابراین بسیاری از افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله از مصرف‌کنندگان درازمدت حشیش به‌شمار می‌روند. افزون بر آن میزان مصرف حشیش در برخی از بخش‌های جامعه از جمله در میان دانش‌آموزان و نوجوانان انگلیسی و آمریکایی رو به افزایش گذاشته است. این الگوی مصرف، پیامدهای زیان‌بار ناشی از مصرف حشیش شامل افزایش سوانح رانندگی و مانند آن، اختلال در رشد دوران بلوغ و عملکرد تحصیلی، بیماری‌های تنفسی، تشدید روان‌پریشی و مصرف سایر داروهای غیرقانونی را افزایش می‌دهد (اشتون، ۲۰۰۲).

بررسی‌ها نشان می‌دهند که مصرف حشیش در بسیاری از مصرف‌کنندگان دایمی با پیامدهای روانی ناگواری همراه است. رایلی^{۱۱}، دیدکات^{۱۲} و سویفت (۱۹۹۸) این پیامدها را در افرادی که این ماده را دست‌کم به مدت ۱۰ سال به میزان دو نخ در روز دود کرده‌اند، گزارش نموده‌اند. شایع‌ترین آنها احساس اضطراب، پارانوئا، افسردگی و کاهش انگیزه بوده است. در ۱۶٪ افرادی که اقدام جدی خودکشی داشته‌اند، ملاک‌های سوءمصرف حشیش وجود داشته و نقش مستقیم سوءمصرف حشیش در آسیب به خود یا گسترش سایر اختلال‌های روانی گزارش شده است (بیوتریس^{۱۳}، جویس^{۱۴} و مولدر^{۱۵}، ۱۹۹۹). هم‌چنین مصرف حشیش می‌تواند برخی نشانه‌های بالینی زودگذر مانند مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، احساس از دست دادن کنترل، افکار پارانوئید و ترس از مردن را به دنبال داشته باشد (توماس^{۱۶}، ۱۹۹۳). بسیاری از این اثرات وابسته به دوز هستند اما نشانگان نامطلوب در افرادی که زمینه‌ی بیماری روانی شدید دارند، افزایش می‌یابد. شیوع مصرف حشیش در بیماران دچار

اسکیزوفرنیا و اسکیزوتیپال بالاست (جانز، ۲۰۰۱). حشیش می‌تواند یک روان‌پریشی شبه اسکیزوفرنیا در افراد عادی پدید آورد، موجب بروز اسکیزوفرنیا در افراد آسیب‌پذیر شود و نشانه‌های اسکیزوفرنیا را تشدید نماید (کلگهورن^{۱۷}، کاپلان^{۱۸} و سچمن^{۱۹}، ۱۹۹۱).

با توجه به پیامدهای زیان‌بار مصرف حشیش و برخی بررسی‌های انجام شده که گویای مصرف قابل توجه حشیش در نوجوانان و جوانان ایرانی است، هدف از بررسی حاضر، پژوهش در زمینه‌ی فراوانی و شدت روان‌پریشی‌گرایی^{۲۰} در نمونه‌ای از مصرف‌کنندگان حشیش در سطح شهر تهران می‌باشد. افزون بر آن با توجه به نقش متغیرهای زمینه‌ای چون سن، الگوی مصرف و مصرف سایر مواد در ارتباط‌های احتمالی میان مصرف حشیش و روان‌پریشی که در برخی بررسی‌ها به آنها اشاره شده است (لینسزن^{۲۱}، دینگمنز^{۲۲} و لنیور^{۲۳}، ۱۹۹۴)، توزیع این سه متغیر نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۱۰۰ فرد عادی (۹۸ مرد و ۲ زن) در دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۴۶ سال بودند که برای خرید حشیش به یک منطقه‌ی جنگلی در شمال شهر تهران مراجعه نموده و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. برای اجرای پژوهش و انتخاب نمونه‌ها در آغاز افرادی که اقدام به خرید حشیش می‌نمودند شناسایی و پس از برقراری ارتباط و توضیح هدف بررسی و جلب همکاری آگاهانه‌ی آنها،

- | | |
|---------------|------------------|
| 1- Babor | 2- Swift |
| 3- Teesson | 4- Johns |
| 5- Ashton | 6- Von Sydow |
| 7- Lieb | 8- Pfister |
| 9- Miller | 10- Plant |
| 11- Reilly | 12- Didcott |
| 13- Beautrais | 14- Joyce |
| 15- Mulder | 16- Thomas |
| 17- Cleghorn | 18- Kaplan |
| 19- Szechtman | 20- psychoticism |
| 21- Linszen | 22- Dingemans |
| 23- Lenior | |

پرسش‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سابقه‌ی اختلال روانپزشکی پیشین، تاریخچه‌ی مصرف، الگوی مصرف و مصرف سایر مواد به‌صورت شفاهی از آنها پرسیده و یادداشت می‌شد. سپس پرسش‌نامه‌ی شخصیت آیزنک^۱ (EPQ) اجرا می‌شد. گفتنی است که داشتن اختلال روانپزشکی پیشین از معیارهای حذف به‌شمار می‌رفت. با توجه به این‌که یکی از شروط همکاری مصرف‌کنندگان، پرسش شفاهی سئوالات پرسش‌نامه‌ها بود و آنها از نوشتن پاسخ‌ها و روش خود اجرایی خودداری می‌کردند، پرسش‌نامه‌ی آیزنک به شیوه‌ی شفاهی، توسط یکی از همکاران پژوهش اجرا شد. تنها یکی از افراد نمونه سابقه‌ی بستری در مراکز روانپزشکی را یادآور شد که از نمونه‌ی مورد بررسی کنار گذاشته شد.

برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های زیر به‌کار برده شد:

پرسش‌نامه‌ی شخصیت آیزنک- این پرسش‌نامه با هدف افزودن یک بعد دیگر شخصیت یعنی روان‌پریشی‌گرایی (P) به پرسش‌نامه‌ی EPI^۲ ساخته شد (به نقل از بلاک^۳ و هرسن^۴، ۱۹۸۸) و هدف آن اندازه‌گیری سه بعد اصلی شخصیتی (روان‌پریشی‌گرایی، برون‌گرایی و روان‌رنجوری‌گرایی^۵) است و هم‌چنین شامل یک مقیاس دروغ‌سنج برای سنجش فریبکاری می‌باشد.

مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی آیزنک بر پایه‌ی رویکرد بعدی ساخته شده‌اند و به بیان دیگر هدف تشخیص روان‌نژندی یا روان‌پریشی نیست بلکه هدف اندازه‌گیری زمینه‌های شخصیتی زیربنای اختلال‌های روان‌نژندی یا روان‌پریشی می‌باشد. از نظر بالینی مقیاس P نه‌تنها با روان‌پریشی ارتباط دارد بلکه افراد ضداجتماع، بزه‌کاران، می‌باره‌ها، مصرف‌کنندگان مواد یا کسانی‌که رفتار اسکیزوئید دارند، نیز نمره‌های P بالایی دارند (بلاک و هرسن، ۱۹۸۸). اعتبار EPQ به‌کمک مجموعه‌ای از پژوهش‌های تحلیل عامل تعیین شده و پایایی بازآزمایی مقیاس‌های آن از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران، پایایی این پرسش‌نامه

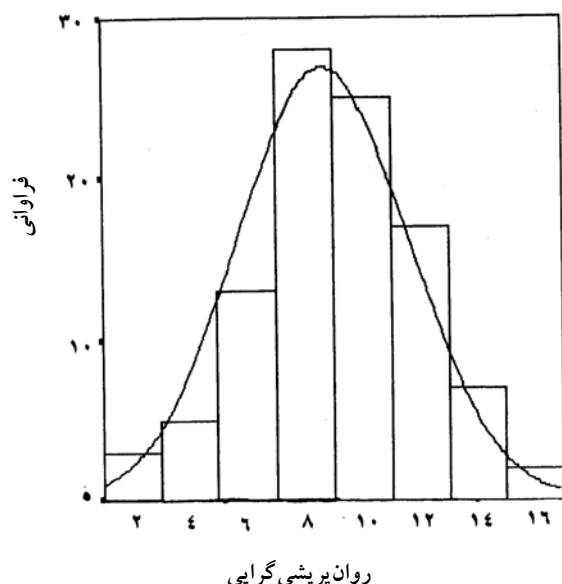
توسط براهنی و رحیمی‌نژاد (۱۳۷۲) و پورشهباز (۱۳۷۲) بررسی شده و برای مقیاس P که مورد نظر ما است، پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ و پایایی همسانی درونی ۰/۸۴ گزارش شده است.

پرسش‌نامه‌ی EPQ را آیزنک و بارت^۶ (به‌نقل از لین^۷ و مارتین^۸، ۱۹۹۷) در ۳۷ کشور از جمله ایران (رودسر) اجرا نموده و میانگین نمرات ۴ مقیاس آن را محاسبه کرده‌اند که برای مقیاس P میانگین ۵/۶۴ گزارش شده است.

داده‌های به‌دست آمده به‌کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل و ارایه گردیده است.

نمودار ۱ توزیع پراکندگی نمره‌های مقیاس روان‌پریشی‌گرایی (P) را در آزمودنی‌های پژوهش نشان می‌دهد.

نمودار ۱- توزیع فراوانی نمره‌های مقیاس روان‌پریشی‌گرایی در مصرف‌کنندگان حشیش



- 1- Eysenck Personality Questionnaire
- 2- Eysenck Personality Inventory
- 2- Bellack
- 3- Hersen
- 4- neuroticism
- 5- Barrett
- 6- Lynn
- 7- Martin

همان گونه که در نمودار دیده می‌شود، میانگین نمره‌های مقیاس P، ۸/۶۴ (انحراف معیار ۲/۹۶) و دامنه‌ی نمره‌ها از ۱ تا ۱۶ می‌باشد. ۵۱ نفر نمره‌ی بالاتر از میانگین را به دست آوردند (طرف راست نمودار) که نزدیک به ۵۰٪ از افراد نمونه را تشکیل می‌دهند. در جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب گروه سنی نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب گروه سنی

دامنه‌ی سنی (سال)	فراوانی (%)
۱۶ - ۲۰	۲۷ (۲۷)
۲۱ - ۲۵	۴۸ (۴۸)
۲۶ - ۳۰	۱۵ (۱۵)
۳۱ - ۶۴	۱۰ (۱۰)
کل	۱۰۰ (۱۰۰)

همان گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد بیشترین درصد مصرف حشیش در افراد ۲۱ تا ۲۵ ساله دیده شده است (۴۸٪) و پس از آن دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۲۰ سال قرار دارد (۲۷٪).

جدول ۲، توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش را برحسب الگوی مصرف نشان می‌دهد.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب الگوی مصرف

الگوی مصرف	فراوانی (%)
روزی چند بار	۷۰ (۷۰)
روزی یک بار	۱۳ (۱۳)
۳-۴ روز یک بار	۱۵ (۱۵)
هفتگی	۲ (۲)
کل	۱۰۰ (۱۰۰)

همان گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد، الگوی مصرف ۷۰٪ از مصرف کنندگان حشیش به صورت روزی چند بار است و مصرف هفتگی حشیش کمترین الگوی مصرف را به خود اختصاص داده است. از نظر فراوانی مصرف سایر مواد همراه با حشیش نیز الکل فراوانترین است (۸۹٪) و پس از آن به ترتیب تریاک، اکستازی و ال.اس.دی. قرار دارند (۵۲٪، ۴۷٪ و ۴٪).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که نیمی از افراد مورد بررسی کم و بیش تجارب غیرمعمول را که در مقیاس روان‌پریشی‌گرایی آیزنک نشان داده شده، گزارش نموده‌اند، هم‌چنین میانگین روان‌پریشی‌گرایی به دست آمده (۸/۶۴) از میانگین گزارش شده توسط آیزنک که در جمعیت ایرانی به هنجار گزارش شده (۵/۶۴) بیشتر است و مصرف کنندگان حشیش در مقایسه با گروه هنجار ایرانی گرایش بیشتری به روان‌پریشی نشان می‌دهند. این یافته با سایر پژوهش‌هایی که EPQ را به عنوان ابزار به کار برده‌اند (برای نمونه، منزورول^۱ و محمود^۲، ۱۹۹۴) هم‌سو می‌باشد. این پژوهشگران نشان دادند که این پرسش‌نامه به طور معنی‌داری معتادان را از آزمودنی‌های به هنجار تشخیص می‌دهد و مصرف کنندگان مواد در هر سه بُعد شخصیت، نمرات بالاتری از افراد عادی داشتند. بویز^۳، سائز^۴ و گنزالز^۵ (۲۰۰۲) EPQ را در سربازان اسپانیایی که MDMA^۶ و سایر مواد را مصرف می‌کردند، اجرا کردند و دریافتند که نمره‌های روان‌نژندی‌گرایی و روان‌پریشی‌گرایی این افراد به طور معنی‌داری از غیر مصرف کنندگان مواد بالاتر است. هم‌چنین مصرف کنندگان، سطوح بالاتری از حس‌جویی^۷ را نشان

1- Manzurul
2- Mahmud
3- Bobes
4- Saiz
5- Gonzalez
6- methylene dioxy methamphetamine
7- sensation seeking

دادند که بخشی از ساختار شخصیتی روان‌پریشی‌گرایی است و توسط آیزنک بیان شده است. آیزنک یک الگوی زیست‌شناختی از شخصیت‌ارایه کرده است که الگوهای گری^۱، کلونینگر^۲ و زاگرن^۳ را در پی داشت و در همه‌ی آنها به نقش متغیر تکانشگری، ویژگی‌ای که به عدم بازداری، نوگرایی و حس‌جویی مربوط می‌شود به‌عنوان یک زمینه‌ی سرشتی برای مصرف مواد و روان‌پریشی اشاره شده است (اکتون^۴، ۲۰۰۳).

ارتباط میان علایم روان‌پریشی و مصرف حشیش را از دیدگاه زیست‌شناختی می‌توان در یافته‌های پژوهشی داروشناختی امروزی نیز یافت (به نقل از لینسزن و همکاران، ۱۹۹۴).

یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دلتاتتراهیدروکانابینول^۵ ماده‌ی روان‌گردان اصلی حشیش به‌عنوان یک آگونیست دوپامین در برجستگی‌های دوپامینرژیک رشته‌های مغز جلویی مدیال عمل می‌کند و از آن‌جا که بیش‌فعالیت دوپامینرژیک عموماً همراه با علایم روان‌پریشی دانسته شده است حشیش را به‌عنوان یک عامل خطرزا در بروز روان‌پریشی مطرح می‌کند.

اسمیت^۶، بولیر^۷ و کویچرز^۸ (۲۰۰۲) با مرور ۵ پژوهش درازمدت درباره‌ی ارتباط میان مصرف حشیش و مشکلاتی که دامنه‌ی آنها از بروز علایم روان‌پریشی تا بستری‌شدن با تشخیص اسکیزوفرنیا گسترده است، فرضیه‌های چندی را آزمودند که می‌تواند ارتباط میان مصرف حشیش و روان‌پریشی را تبیین کند. فرضیه‌ی اصلی آنها این بود که مصرف حشیش ظاهراً به‌عنوان یک عامل خطرزا در بروز اسکیزوفرنیا، به‌ویژه در افراد آسیب‌پذیر و هم‌چنین در افراد بدون تاریخچه‌ی پیشین عمل می‌کند.

سایر یافته‌های این پژوهش نشان دادند که مصرف حشیش در دامنه‌ی سنی ۲۵-۱۶ سال بیشترین فراوانی را دارد. شایع‌ترین الگوی مصرف حشیش به‌صورت چند بار در روز است و مصرف‌کنندگان حشیش سایر مواد را نیز به‌طور گسترده مصرف می‌کنند.

فراوانی بیشتر مصرف حشیش در سنین نوجوانی و جوانی با یافته‌های گزارش شده در برخی پژوهش‌ها (اشتون، ۲۰۰۱) هم‌سو است. یکی از دلایلی که این یافته را تبیین می‌کند این است که در نوجوانی، که افراد با وظایف دوران بلوغ در کشمکش هستند و آرزو دارند که به بزرگسالی، استقلال و پختگی جنسی برسند، از دست دادن امنیت و نیازهای وابستگی که در خانواده از آنها برخوردارند آنان را دچار هراس می‌کند. این کشمکش‌ها می‌توانند مشکلات هیجانی در پی داشته باشند که نوجوانان را به سوی مصرف حشیش به‌عنوان یک عامل کاهنده‌ی هیجان‌های منفی می‌کشاند. هم‌چنین یک ارتباط قوی میان تجربه‌ی آشفتگی هیجانی، بی‌هدفی در زندگی و مصرف مواد به‌وسیله‌ی نیوکامب^۹ و بنتلر^{۱۰} (به نقل از جانز، ۲۰۰۱) گزارش شده است.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که مصرف "روزی چند بار" حشیش شایع‌ترین الگوی مصرف (۷۰٪) در نمونه‌ی مورد بررسی بوده است و بیشتر مصرف‌کنندگان، از مصرف‌کنندگان سنگین حشیش به‌شمار می‌رفتند. با آن‌که هیچ‌یک از آزمودنی‌های پژوهش تجربه‌ی روان‌پریشی را در تاریخچه‌ی زندگی خود گزارش نکردند، ۸۰٪ آنها نمرات روان‌پریشی‌گرایی بالای میانگین داشتند که گرایش آنها را به روان‌پریشی نشان می‌دهد. ماترز^{۱۱} و قدس^{۱۲} (۱۹۹۲) گزارش نمودند که مصرف دائمی و سنگین حشیش می‌تواند حالتی مانند روان‌پریشی مزمن پدید آورد که پس از پرهیز از حشیش هم‌چنان باقی می‌ماند. یافته‌ی سوم پژوهش، نشان دهنده‌ی مصرف گسترده‌ی سایر مواد در مصرف‌کنندگان حشیش بود. پژوهش‌های انجام شده درباره‌ی پیامدهای روان‌شناختی

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1- Gray | 2- Cloninger |
| 3- Zuckerman | 4- Acton |
| 5- delta-tetrahydrocannabinol | |
| 6- Smith | 7- Bolier |
| 8- Cuijpers | 9- Newcomb |
| 10- Bentler | 11- Mathers |
| 12- Ghodse | |

- cation for substance use. *Substance Use and Misuse*, 38, 67-83.
- Ashton, H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*, 178, 101-106.
- Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 247-253.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Cannabis abuse and serious suicidal attempts. *Addiction*, 94, 1155-1164.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1988). *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Pergamon Press.
- Bobes, J., Saiz, P. A., & Gonzalez, M. P. (2002). Use of MDMA and other illicit drugs by young adult males in northern Spain: A five years study. *European Addiction Research*, 8, 147-154.
- Cleghorn, J. M., Kaplan, R. D., & Szechtman, B. (1991). Substance abuse and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 26-30.
- Hall, W., & Babor, T. F. (2000). Cannabis use and public health: Assessing the burden. *Addiction*, 95, 485-490.
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 116-122.
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., & Lenior, M. E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychiatry*, 137, 369-373.

مصرف چند ماده نشان دهنده‌ی میزان بالاتر آسیب‌های روانی - اجتماعی و مشکلات بهداشت روان در مصرف‌کنندگان چند ماده می‌باشد (سانجو^۱ و موزلی^۲، ۲۰۰۳). از این رو به نظر می‌رسد که حشیش یک ماده‌ی بی‌خطر به‌شمار نمی‌رود، بلکه مصرف آن می‌تواند با پیامدهای روانی نامطلوبی در مصرف‌کنندگان دائمی آن همراه گردد و به‌ویژه نوجوانان ممکن است در برابر پیامدهای زیان‌آور آن آسیب‌پذیر باشند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مصرف حشیش می‌تواند در شرایط خاصی در اختلال‌های روان‌پریشی سهم داشته باشد اما در حال حاضر نمی‌توان یک رابطه‌ی علت و معلولی میان مصرف حشیش و اسکیزوفرنیا برقرار کرد و بهتر است که مصرف حشیش به‌عنوان یک عامل خطرزا برای این اختلال در نظر گرفته شود. آگاهی از این امر در کشور ما ضرورت اجرای سیاست‌های کنترل مناسب و کاهش شیوع این ماده را گوشزد می‌کند. افزون بر آن برنامه‌ریزی برای پیش‌گیری باید به‌کمک ارزیابی کامل سوءمصرف مواد و تعیین شیوع آن در کشور انجام گیرد. گفتنی است که به‌علت محدودیت‌های این پژوهش از نظر نبود گروه گواه، در دست نبودن آمار مصرف حشیش در جامعه و هم‌چنین درصد افراد روان‌پریشی که حشیش مصرف می‌کنند، و مقطعی بودن پژوهش، اجرای پژوهش‌های دراز مدت و کنترل شده‌تر پیشنهاد می‌شود.

براهنی، محمد نقی؛ رحیمی نژاد، عباس (۱۳۷۲). *استاندارد کردن پرسش‌نامه شخصیتی نوجوانان آیزنک روی دانش آموزان دختر و پسر ۱۲ تا ۱۸ ساله تهرانی*. تهران: دفتر تحقیقات آموزش و پرورش.

پورشهباز، عباس (۱۳۷۲). *رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان خون*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

Acton, G. S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Impli-

- Mathers,D.C.,& Ghodse,A.H. (1992). Cannabis and psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 161, 648-653.
- Manzurul,H., & Mahmud,S.H.(1994). Drug addicts and their personality traits. *Bangladesh Journal of Psychology*, 14,17-26.
- Miller,P.,& Plant,M.(1996). Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 64 years old in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 313, 394-397.
- Reilly,D.,Didcott, R., & Swift,W. (1998). Long-term cannabis use: Characteristics of users in Australian rural areas. *Addiction*, 93, 837-846.
- Sanju,G.,& Moselhy,H. (2003). Patterns and pathway of substance use in patients attending a community drug team. *Addictive Disorders and their Treatment*,2,151-156.
- Smit,F.,Bolier,L,& Cuijpers,P.(2002). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: A review. *Addiction*, 99, 425-430.
- Strang,J.,Witton,J.,& Hall,W.(2000). Improving the quality of the cannabis debate. *British Medical Journal*, 320,108-110.
- Swift,W.,Hall,W.& Teesson,M.(2001). Cannabis use and dependence among Australian adults.*Addiction*, 96, 737-748.
- Thomas,H.(1993). Psychiatric symptoms in cannabis users. *British Journal of Psychiatry*, 163, 141-149.
- Von Sydow,K.,Lieb,R.,& Pfister,H.(2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal community study of adolescents and young adults.*Drug and Alcohol Dependence*,64, 347-361.