

اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد و ملاحظات درمانی

یوسف رنجبر سودجانی^۱، ام‌النبی خزائی^۲، زهرا سعیدی^۳، رضا عقیلی^۴

چکیده

همبودی اختلالات روان پزشکی و سوء مصرف مواد یک پدیده‌ی شناخته شده و بسیار پیچیده است. مشکلات و علائم روانی می‌توانند مرتبط با مصرف، غیر مرتبط با مصرف و یا ترکیبی از هر دو حالت باشند. به همین دلیل شناسایی و درمان اختلالات روان پزشکی همبود در بهبود پیامدهای درمانی اهمیت اساسی دارد. در این مطالعه اصول راهنمای تشخیص اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد و ملاحظات درمانی آن‌ها مرور شده است. واژه «اختلالات همبود» در اینجا به معنای اختلال یا اختلالات روان پزشکی است که همراه با اختلالات مصرف مواد در یک فرد وجود دارد. اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد می‌تواند «اولیه» باشند، یعنی مستقل از اعتیاد وجود داشته باشند یا «ثانویه» به مصرف مواد ایجاد شده و یک اختلال «القاء شده توسط مواد» باشند. بیماران ممکن است هنگام پذیرش، اختلالات همبود قابل شناسایی داشته باشند یا ممکن است علائم در طول درمان پدیدار شوند. در صورت عدم شناسایی دقیق اختلالات روان پزشکی همبود و پرداختن متناسب به درمان آن‌ها، این اختلالات سیر بهبودی بیماران را تحت تاثیر قرار داده و عامل مهم تعیین کننده در درمان اعتیاد می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روان پزشکی، همبودی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

پست الکترونیک: yusef137205@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی، زاهدان، ایران

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، خراسان رضوی، ایران

۴. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است که مهم‌ترین دغدغه فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. اغلب بیماران دچار سوء مصرف مواد به طور همزمان به بیماری‌های جسمی و روانی متعددی مبتلا هستند. همچنین، این افراد با احتمال مرگ و میر بیشتری مواجه هستند، به نحوی که افراد دچار سوء مصرف مواد به طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از دیگران عمر می‌کنند (نیک‌فرجام، ممتازی، جعفری و خسروی، ۱۳۹۱). دلایل مختلفی برای وابسته شدن فرد به مواد وجود دارد. برخی از افراد فقط به دلیل کنجکاوی، برخی به دلیل بهبود عملکرد ورزشی و یا کاهش استرس و یارهایی از احساسات ناخوشایند شروع به مصرف مواد می‌کنند (برگل^۱، ۲۰۱۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲، اعتیاد را به‌عنوان الگوی ناسازگار از مصرف یک ماده شرح می‌دهد که از لحاظ بالینی منجر به اختلالات یا افسردگی قابل ملاحظه‌ای می‌شود. این بیماری با مصرف یک ماده شروع شده و با گذشت زمان و به علت وابستگی بدن به آن ادامه می‌یابد، به گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و در هر زمانی و برای آن که بتواند شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به ناچار مجبور است که از آن استفاده کند. با گذشت زمان رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیدا می‌کند و به علت تأثیرات سمی طولانی مواد بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی ایجاد و مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۶).

پدیده سوء مصرف مواد، جدا از هزینه‌های سرسام‌آور اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی بر جامعه (گونزالز و سمبر^۴، ۲۰۰۸؛ دادفر، سالاریان، قضایی پور ابرقویی و کاظمی، ۱۳۹۴؛

1. Bergle
2. Diagnostic and statistical manual
of mental disorders (DSM)

3. Sadock & Sadock
4. Gonzalez, Cbemer

صابری زفرقندی و باقری یزدی، ۱۳۹۳) و درصد بالای جمعیتی که مصرف یک یا چند ماده غیرقانونی را در طول عمر خود گزارش کرده‌اند (فرنام، ۱۳۹۲)، برای پژوهش در مورد مغز و روان‌پزشکی بالینی مفاهیم ضمنی فراوانی دارد. به عبارت ساده، اعتیاد هم بر حالات روانی درونی (خلق) و هم بر فعالیت‌های مشهود بیرونی (یعنی رفتار) تأثیر می‌گذارد (حقیقتی و یاوریان، ۱۳۹۴). اختلالاتی نظیر شخصیت ضداجتماعی، انواع فوبیا، اختلال افسردگی عمده و دیس‌تایمی بیشترین ارتباط را با سوءمصرف و وابستگی به مواد دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). مواد می‌توانند نشانه‌های روانی-عصبی به وجود آورند که از نشانه‌های اختلالات روانی شایع بدون علت معلوم (مانند اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی) غیرقابل تفکیک است (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۳). بنابراین، می‌توان گفت که اختلالات روانی اولیه و اختلالات مربوط به مصرف مواد، احتمالاً با هم ارتباط دارند. در برخی از مطالعات میزان اختلالات روانی همزمان در بین معتادین ۵۰ درصد گزارش شده است (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵). حدود ۲۰ درصد از مراجعان روان‌پزشکی دچار سوءمصرف مواد هستند و از سوی دیگر در سوءمصرف کنندگان و وابستگان به مواد شبه‌افیونی، کوکائین و الکل، شیوع بالایی از اختلال‌های روان‌پزشکی دیده می‌شود. در مردان دچار وابستگی به مواد اختلال‌هایی همچون اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال‌های ترس (فوبی) و اختلال افسردگی اساسی دیده می‌شود. در زنان دچار وابستگی به مواد نیز اختلال‌های هراس (فوبی)، اختلال افسردگی اساسی و دیس‌تایمی به‌طور شایع دیده می‌شود. سوءمصرف مواد و خصوصاً الکل باعث افزایش میزان افسردگی می‌شود (بوهم و وادرهولزر، ۲۰۱۰). همچنین، سوءمصرف کوکائین باعث افزایش اختلال پانیک می‌شود. مصرف حشیش، کوکائین و آمفتامین‌ها باعث افزایش احتمال ابتلا به علائم جنون (شبه علائم اسکیزوفرنی) می‌شوند (وزیریان، ۱۳۸۴). بر اساس مطالعات متعدد، افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات همراه با سوءمصرف مواد هستند (لانگاز، مالت و اوپچر دسمائون، ۲۰۱۰؛ کوهن^۴ و

همکاران، ۲۰۱۱). اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی بالینی و حالات روان‌تنی با مصرف مواد و الکل رابطه معناداری دارند (آلگریا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). همراهی اختلالات روانی با سوء مصرف مواد باعث بروز مشکلات متعددی در فرد معتاد می‌شود (پیچیده شدن درمان اعتیاد، مختل شدن رابطه درمانی، کاهش همکاری در درمان و افزایش رفتارهای پرخطر حین درمان) (نوحه‌سرا، نصر اصفهانی و افخم ابراهیمی، ۱۳۸۵).

طبق نظام طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مشکلاتی که در اثر سوء مصرف مواد به وجود می‌آیند به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته اول شامل مسائل مربوط به خود مصرف مواد هستند که اختلال‌های مصرف ماده^۲ نامیده می‌شوند و شامل وابستگی به ماده و سوء مصرف ماده هستند. دسته دوم شامل اختلال‌های روان‌پزشکی خاصی هستند که در اثر مصرف مواد رخ می‌دهند و اختلال‌های ناشی از ماده^۳ نام دارند. این اختلال‌ها بسته به نوع ماده می‌تواند زوال عقل پایدار، فراموشی پایدار، جنون، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، کژکاری جنسی و اختلال خواب باشد که هنگام مصرف و یا ترک ماده رخ می‌دهند. چنانچه بیمار علائم روان‌پزشکی را به همراه علائم مسمومیت یا محرومیت یک ماده داشته باشد و واجد ملاک‌های اختلال‌های روان‌پزشکی یادشده (مانند اختلال خلقی) نباشد، تشخیص مسمومیت با ماده و یا ترک ماده داده می‌شود (هیلتون، تامپسون، مور-دمپسی و جانزن^۴، ۲۰۰۱).

با توجه به شیوع بالای مصرف مواد در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های اعصاب و روان، لزوم توجه به مصرف مواد همزمان با مشکلات روان‌پزشکی در شرح حال و درمان بیماران دارای اهمیت می‌باشد. با توجه به شیوع اختلال روان‌پزشکی در برخی از افرادی که جهت ترک مواد مراجعه می‌کنند می‌بایست تشخیص همزمان اختلال روان‌پزشکی را در نظر داشت تا ترک مواد با ضریب موفقیت بالا همراه باشد (حسینی، ضرغامی، موسوی، ناطقی و مسعودزاده، ۱۳۸۷). یکی از مشکلات مهم در تشخیص و درمان اختلالات روان‌پزشکی همراهی آن با سوء مصرف مواد است. با توجه به شیوع متفاوت در مطالعات

1. Alegría
2. Substance use disorders
3. Substance-induced disorders

4. Hilton, Thompson, Moore-
Dempsey & Janzen

مختلف ضروری است که علاوه بر شناسایی اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد، ملاحظات درمانی آن نیز در نظر گرفته شود تا تلاش‌های درمانی در معنادان و بیماران روان پزشکی با شکست مواجه نشود. بنابراین در این مطالعه سعی شده است با نگاه کلی بر مطالعات پیشین به بررسی اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد و نحوه درمان این اختلالات پرداخته شود تا علاوه بر فواید بنیادی، اطلاعات ارزشمندی در اختیار متخصصان بهداشتی- درمانی گذاشته شود تا در ترک اعتیاد این بیماران گامی مهم برداشته شود.

شیوع سوءمصرف مواد

موادمخدر در اغلب موارد به مقدار زیاد و در دوره‌ای طولانی مصرف می‌شود. تمایل مداوم یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد. زمان زیادی صرف فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن موادمخدر، استفاده از موادمخدر و یا برای بهبود یافتن از عوارض مصرف می‌شود. فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا تفریحی مهم به دلیل سوءمصرف افراطی مواد کاهش می‌یابد. وابستگی و اعتیاد به سوءمصرف موادمخدر به صورت قابل توجهی در جهان رو به گسترش است. مواد افیونی در ایران بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (مکری، ۱۳۸۰). در ایالات متحده در چند دهه گذشته مصرف مواد از قبیل مواد افیونی، مواد استنشاقی و داروهای استروئیدی به عنوان یک بیماری همه گیر معرفی شده است. در سال ۲۰۰۰ از میان گزارش‌های ثبت شده در زمینه سوءمصرف مواد، نزدیک به یک چهارم از گزارش‌ها مربوط به مصرف مشروبات الکلی بوده است. بیش از ۱۲ درصد از گزارش‌های دبیرستان‌های مهم ایالات متحده در سال ۲۰۰۰، مربوط به مصرف داروهای ممنوعه بوده است. بر طبق ۱۲ گزارش ثبت شده در سال ۲۰۰۰، الکل نسبت به داروهای ممنوعه دیگر، ۵۴ درصد بیشتر مصرف می‌شود. همچنین بر طبق ۸۰ گزارشی که داده شده است، ۲۷ درصد افراد الکل را همراه با داروهای ممنوعه به کار برده بودند (بارلو، ۲۰۰۶).

در پژوهش‌های مختلف انجام شده در ایران نشان داده شده است که سوءمصرف مواد شیوع نسبتاً بالایی دارد (سیام، ۱۳۸۵). نتایج بررسی سریع وضعیت سوءمصرف مواد و

وابستگی به مواد مخدر در ۱۲۸ استان کشور در سال ۱۳۸۳ نشان داده است که می توان رقم معتادان در ایران را بین ۱/۸۰۰ - ۱/۲۰۰ نفر اعلام کرد. لازم به ذکر است که این تخمین مربوط به معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و باز توانی هستند و این محاسبه شامل افراد مصرف کننده تفنی (سوء مصرف و مصرف نابجا) نمی شود (نارنجی ها، ۱۳۸۳). طبق گزارش نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نسبت مردان به زنان، برای هر وین ۳ به ۱، و برای سایر مواد، ۱/۵ به ۱ است. در کل اختلالات مصرف اوپوئید در مردان ۴ درصد و در زنان ۲۶ درصد است (گنجی، ۱۳۹۲). بررسی های انجام شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد، شیوع اعتیاد به مواد مخدر را در مردان تقریباً ۱۰ برابر زنان گزارش نموده اند. بررسی های انجام شده در مورد همه گیرشناسی اعتیاد در ایران، شیوع اعتیاد را در مردان اندکی بیشتر از زنان نشان داده اند (احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۸). شیوع اعتیاد نیز در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) که با مطالعات متعدد انجام شده (محمدپور، نظری، بهاروند و توکلی، ۱۳۹۵؛ امانی، صادقیه اهری، محمدی و اعظمی، ۱۳۸۴؛ رسولی آزاد، قنبری هاشم آبادی، شیرین زاده دستگیری، عالمی خواه، کاظمینی، ۱۳۹۰؛ عباسی، تازیکی و مرادی، ۱۳۸۵؛ رحیمی موقر، ۱۳۸۳؛ عصاریان، امیدی و اکبری، ۱۳۸۳) همخوانی دارد. می توان گفت که آمار اعتیاد طی حدود ۲ دهه اخیر در برخی مواد با شیب تقریباً ثابتی پیش رفته است. در یک نگاه کلی به آمار و ارقام ارائه شده در شیوع شناسی های مختلف، می توان به این نتیجه رسید که پس از سیگار و قلیان، بیشترین ماده مصرفی در بین دانشجویان الکل و پس از آن به ترتیب تریاک، حشیش، هرویین و سایر مواد در رتبه های بعدی قرار دارند (صرامی، قربانی و تقوی، ۱۳۹۲). روند مصرف مواد در بین قشر جوان و تحصیل کرده در حال افزایش است و الگوی مصرف در جوانان بیشتر به سمت مواد روان گردان از قبیل کوکائین، حشیش و اکستازی است (قجاوند و مظفری، ۱۳۸۹). برخی عوامل فردی مانند دوره نوجوانی، صفات شخصیتی، استعداد ارثی و اختلالات روانی و برخی عوامل اجتماعی مانند آشفستگی سازمان خانواده، دوستان، محل سکونت و قوانین، از جمله عوامل مؤثر بر پدیده اعتیاد تلقی می شوند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۵).

اختلالات روان‌پزشکی همبود

همبودی^۱ یا اختلال‌های همراه در مطالعات همه‌گیر شناختی^۲ و سبب‌شناختی^۳ اعتیاد و سوء‌مصرف مواد بیش از پیش مورد توجه محققان و صاحب‌نظران مسائل اعتیاد قرار گرفته است. همبودی به تشخیص همزمان دو یا چند اختلال روانی در یک فرد گفته می‌شود. وابستگی به مواد افیونی و در کنار آن وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی همچون افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیتی باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیمار می‌شود (سادوک و همکاران، ۲۰۰۵؛ گالانتر^۴، ۲۰۰۶). اختلال‌های سوء‌مصرف مواد مخدر در اغلب موارد بر اساس مشاهدات بالینی با برخی از اختلالات روانی، نابهنجاری‌ها و نابسامانی‌های روحی، عاطفی، خلقی و رفتاری نظیر اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال دوقطبی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطراب، ضربه و اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، احساس از خودبیگانگی، احساس بی‌قدرتی^۵ و نظایر آن همبستگی دارند (برون^۶، ۲۰۰۴؛ جاد^۷، ۱۹۹۸؛ سوئندسن^۸، ۱۹۹۸؛ کوهن^۹، ۱۹۹۳؛ کسلر^{۱۰}، ۱۹۹۶). مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهند که بیماران تحت درمان از میزان‌های بالاتر اختلالات همبود محور یک، دیس‌تایمی (افسردگی خفیف) و محور دو (اختلال شخصیت ضداجتماعی) در مقایسه با جمعیت عمومی رنج می‌برند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵؛ حیدری پهلویان، محجوب و رحیمی، ۱۳۹۰). برخی عوامل نیز شیوع اختلالات همبود را در بیماران مبتلا به اعتیاد افزایش می‌دهند که شامل سن بالا، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، اقامت در مناطق شهری، بی‌خانمانی و حبس می‌شود (اسکینر، اوگرادی، بارت‌ها و پارکر^{۱۱}، ۲۰۰۴). در برخی مطالعات همبودی اختلالات روان‌پزشکی در میان بیماران دارای سوء‌مصرف مواد تا حد ۸۰ درصد گزارش شده است که شایع‌ترین این اختلالات، اختلال شخصیت ضداجتماعی بوده است

1. Comorbidity
2. Epidemiological
3. Etiological
4. Galanter
5. Powerlessness
6. Brown

7. Judd
8. Swendsen
9. Cohen
10. Kessler
11. Skinner, O'Grady, Bartha & Parker

(هندریکس^۱، ۱۹۹۰). مطالعات انجام شده در جامعه ایسلند نشان داد که حدود سه چهارم سوء مصرف کنندگان مواد مخدر از اختلال روان‌پزشکی همبود در رنج هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). در برخی از مطالعات نیز نشان داده شده است که میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی در افراد معتاد ۶۶/۱ درصد بوده است (کو ککوی و استفانیز^۲، ۱۹۹۰). همچنین، میزان اختلال استرس پس از سانحه در بین افراد معتاد ۲۵ تا ۵۹ درصد گزارش شده است (پرکونیک^۳، کسلر، استورز^۴ و ویتچن^۵، ۲۰۰۰). در مطالعه انجام شده در یک بیمارستان روان‌پزشکی در آفریقای جنوبی نیز نشان داده شد که در ۵۱ درصد بیماران بستری شده، وابستگی یا سوء مصرف مواد وجود دارد (ویچ و پینار^۶، ۲۰۰۹). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که اختلالات همبود در بیماران معتاد انگیزه برای درمان ایجاد می‌کند. ارزیابی‌ها نشان داده است که در میان افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد، افراد مبتلا به اختلالات همبود با احتمال بیشتری به دنبال درمان می‌روند (بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶؛ چامپیون^۷ و همکاران، ۲۰۰۴). میزان اختلالات همبود بین زنان و مردان نیز متفاوت است. به‌عنوان مثال، نشان داده شده است که زنان معتاد به مواد افیونی با احتمال بیشتری نسبت به مردان، اختلالات خلقی و اضطرابی مثل اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی دارند، در حالی که شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی و وابستگی به مواد دیگر در مردان شایع‌تر است (شین^۸، ۱۹۹۴). ۳۵ تا ۶۰ درصد از سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای سایکوپات هستند. نزدیک به ۴۰ درصد از این افراد ملاک‌های افسردگی اساسی را دارند و نیز حدود ۲۰ درصد از آنان در معرض خودکشی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ فارل^۹ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهشی که توسط باتل^{۱۰} (۲۰۰۰) در انگلستان انجام شد، ۵۰ درصد همبودی برای اختلال اسکیزوفرنیا و اعتیاد به

1. Hendriks
 2. Kokkevi & Stefanis
 3. Perkonig
 4. Storz
 5. Wittchen
 6. Wiech & Pienaar

7. Champion
 8. Tschan
 9. Farrell, Howes, Bebbington,
 Brugha, & Jenkins
 10. Batel

موادمخدر گزارش شده است. توریکا و همکاران^۱ (۲۰۰۱) در پژوهشی در فنلاند با هدف بررسی ارتباط افسردگی و اعتیاد در نوجوانان در سال ۲۰۰۱ نشان دادند که ۳۷ درصد از سوء مصرف کنندگان موادمخدر سابقه ابتلا به افسردگی را داشتند. لیمبیک، ووترس، کاپلان، گیرلینگز و آلم^۲ (۱۹۹۲) در بررسی همبودی بیماری‌های روان‌پزشکی در میان معتادین به هروئین در آلمان به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین اختلالات همراه سوء مصرف مواد عبارتند از: افسردگی اساسی عودکننده، اختلال هراس و اختلال شخصیت ضداجتماعی. بخشی پور رودسری، علیلو و ایرانی (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان دادند که افراد معتاد در شاخص‌های آسیب شخصیت نمرات بالاتری را نسبت به گروه‌های بهنجار به دست می‌آورند. محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای به بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به موادمخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳ پرداختند. نتایج نشان داد که در بیماران وابسته به موادمخدر، فراوانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری ۳۱ نفر و فراوانی افراد بدون اختلال وسواسی جبری ۱۶۹ نفر از بین نمونه ۲۰۰ نفری بودند. غفاری‌نژاد، ضیاءالدینی و پویا (۱۳۸۲) در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین پرداختند. نتایج نشان داد که نمره مقیاس اختلال وسواس جبری-عملی از مقیاس فهرست نشانگان مرضی ۹۰ سوالی در افراد وابسته به هروئین از افراد وابسته به تریاک و جمعیت عمومی بالاتر بود. نتایج پژوهش ظهیرالدین، سیف‌الهی و ایرانپور (۱۳۸۶) روی افراد وابسته به مواد نشان داد که وجود همه اختلالات مورد مطالعه در آزمودنی‌ها بر حسب سن، تحصیلات، طول مدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی، وجود سابقه در خانواده و وضعیت تاهل بیشتر از عدم وجود آنها بود. بیگ‌دلی، رضائی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی به بررسی اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که ۸۹ درصد از افراد وابسته به مواد حداقل دارای یک نوع مقیاس بالینی برافراشته بودند. بر اساس بالاترین برافراشتگی

1. Torikka, Kaltiala, Heino & Rimpela

2. Limbeek, Wouters, Kaplan, Geerlings & Alem

اسکیزوفرنیا (۴۷ درصد) و پس از آن خودبیمارانگاری (۱۹ درصد) و ضعف روانی (۱۰ درصد) بودند. در بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد استان اردبیل که در سال ۱۳۸۷ انجام شد، نتایج نشان داد که فراوان ترین اختلال شخصیت همبود در گروه تحت مطالعه اختلال ضد اجتماعی بود (۵۴ درصد) و اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته در رتبه‌های بعدی قرار داشتند (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸). حیدری پهلویان و همکاران (۱۳۹۰) در مقایسه شیوع انواع اختلال‌های روانی در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد ساکن شهر همدان به این نتیجه دست یافتند که میزان و شدت انواع نشانه‌های اختلال‌های روانی در ابعاد ترس‌های مرضی، اضطراب، شکایات جسمانی، روان‌پریشی، افسردگی، افکار پارانوئیدی، پرخاشگری، حساسیت در روابط متقابل و وسواس فکری عملی معتادان به طور معنی داری بیشتر از افراد عادی بوده است. در سه بعد افسردگی، افکار پارانوئیدی و حساسیت در روابط متقابل شدت اختلال بیشتر از سایر ابعاد دیده شد. در مجموع ۶۳/۵ درصد از معتادان مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند، در حالی که رقم فوق برای جمعیت عادی ۲۸/۸ درصد بوده است. بین نوع ماده مخدر مصرفی و نیز مصرف مواد مخدر در سنین پایین تر و شدت اختلال روانی ارتباط معنی دار مشاهده شد. نکته مهم این است که اعتیاد امری قابل پیشگیری و قابل درمان است، اما درمان آن ساده نیست چرا که اعتیاد گوناگون دارد. پیشگیری، مؤثرتر و کم هزینه تر از درمان است و با شناخت عوامل، ویژگی‌ها و خصیصه‌هایی که افراد را در مقابل اعتیاد آسیب پذیر می کند، شروع می شود.

در متون مربوط به سوء مصرف و اختلالات روانی، سه الگو در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلال‌های همبود مطرح است: ۱) مصرف مواد نتیجه وجود یک اختلال روانی است (فرضیه خوددرمانی)، ۲) شیوع بالای اختلالات روانی، نتیجه تخریب ناشی از اثر مواد بر مغز مصرف کنندگان است، ۳) هر دوی این‌ها محصول عوامل مشترک ژنتیکی یا اجتماعی هستند (مک‌نیکولاس^۱، ۲۰۰۴). گلاتنر و هرتال^۲ (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن گفته‌اند که سه الگوی پیشین را به یکدیگر پیوند می دهد و برای هر یک از موارد

1. McNicolas

2. Glanz & Hartel

بروز بیماری‌های همبود توضیح و تفسیر دارد. طبق این الگو در برخی از افراد، سوء مصرف مواد و آسیب روانی خاص همراه یکدیگر رشد می‌کنند. از طرفی هریک گام‌های سبب‌شناختی دیگری را از طریق تعامل‌های چندگانه تشدید می‌کند، احتمال تداوم هر دو را افزایش می‌دهد و پیامد و عواقب هر دو را وخیم‌تر می‌سازد.

مطابق با نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، اختلالات روانی ناشی از مواد/دارو ممکن است به وسیله ۱۰ طبقه مواد یا انواع زیاد داروهای دیگر - که در درمان پزشکی استفاده می‌شوند و اختلالات مصرف مواد را به وجود می‌آورند- ایجاد شوند. تمام اختلالات ناشی از مواد/دارو ویژگی‌های مشترکی دارند. تشخیص دادن این ویژگی‌های مشترک برای کمک به شناسایی این اختلالات اهمیت دارد. این ویژگی‌ها به صورت زیر شرح داده شده‌اند:

۱) اختلال، جلوه بیمارگونه فراوانی بالینی اختلال روانی مربوط را نشان می‌دهد، (۲) شواهدی از سابقه، معاینه بدنی، یا نتایج آزمایشگاهی درباره هر دو مورد زیر وجود دارد(الف: اختلال ظرف مدت ۱ ماه مسمومیت یا ترک مواد یا مصرف دارو ایجاد شده است و ب: مواد/داروی درگیر توانایی ایجاد کردن اختلال روانی را دارد)، (۳) اختلال با اختلال روانی مستقل بهتر توجیه نمی‌شود (یعنی اختلالی که ناشی از مواد- یا دارو نیست). چنین شواهدی از اختلال روانی مستقل می‌تواند شامل اختلال قبل از مسمومیت شدید یا ترک یا مصرف کردن دارو ادامه یافته باشد. این ملاک در مورد اختلالات عصبی- شناختی از مواد یا اختلال ادراک باقیمانده از مواد توهم‌زا- که بعد از توقف مسمومیت حاد یا ترک ادامه می‌یابد- کاربرد ندارد، (۴) اختلال منحصراً در طول دوره دلیربوم روی نمی‌دهد، (۵) اختلال موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود.

به طور کلی، داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور، یا ضد اضطراب و الکل می‌توانند اختلالات افسردگی برجسته و قابل ملاحظه بالینی ایجاد کنند. در مدت مسمومیت، مواد تحریک‌کننده تر (مثل آمفتامین و کوکائین) احتمالاً با اختلالات روان‌پریشی ناشی از مواد و اختلالات اضطرابی ناشی از مواد ارتباط دارند، به طوری که دوره‌های افسردگی اساسی

ناشی از مواد هنگام ترک مشاهده می‌شوند. داروهای آرام‌بخش‌تر و تحریک‌کننده‌تر احتمالاً اختلالات خواب و جنسی قابل‌ملاحظه، ولی موقتی ایجاد می‌کنند. به‌طور کلی، برای اینکه یک اختلال روانی ناشی از مواد به حساب آید، باید شواهدی وجود داشته باشد مبنی بر اینکه آن اختلال با بیماری روانی مستقل بهتر توجیه نمی‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران، آمار متفاوتی از شیوع اختلالات روانی همراه با سوء‌مصرف مواد گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط پارسا و همکاران (۱۳۹۱) با هدف بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء‌مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که ۲/۷۵ درصد از بیماران معتاد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۴/۵۶ درصد اسکیزوفرنی، ۳/۷۰ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید و ۵/۵۴ درصد هیپومانیا بودند. در مطالعه‌ای که در سال ۹۰ بر روی معتادان بستری در بخش بیمارستان روان‌پزشکی ارومیه انجام شد، نتایج نشان داد که شایع‌ترین اختلال روانی همراه با اعتیاد، اختلالات سایکوتیک با ۶۱/۸ درصد و سپس اختلالات خلقی با ۱۵/۳ درصد بوده است (حقیقتی و همکاران، ۱۳۹۴). در مطالعه‌ای که در سال ۸۷ بر روی بیماران روان‌پزشکی در ساری انجام شد، نتایج نشان داد که در افراد با سابقه مصرف مواد، ۷۲ درصد اختلال هم‌زمان روان‌پزشکی داشتند که ۱۲ درصد اسکیزوفرنی، ۴۱ درصد اختلال خلقی، ۱۴ درصد اختلال شخصیت و ۴ درصد اختلال اضطرابی داشتند (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷). قلعه‌ای‌ها، فرهادی‌نسب، ضرابیان و متین‌نیا (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که افراد وابسته به مواد از علائم آسیب‌شناختی و اختلالات روانی بیشتری نسبت به افراد غیر وابسته برخوردار بودند. قریشی‌زاده و ترابی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که ۹۰ درصد معتادان علاوه بر مشکل وابستگی به مواد، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی همراه با اعتیاد داشتند که شایع‌ترین آن‌ها در محور یک، دیس‌تایمی (یا افسردگی خفیف) ۶۷ درصد و اختلال اضطرابی ۳۶ درصد و در محور دو اختلال شخصیت ضداجتماعی ۴۱ درصد بود. در مطالعه‌ای دیگر نیز، بیشترین ویژگی‌های

روان‌شناختی در بین وابستگان به تریاک و هرویین، اضطراب (۴۳ درصد) و افسردگی (۳۴ درصد) بود. بعد از این دو، ویژگی‌هایی نظیر صفات شخصیتی ضد اجتماعی (۳۱ درصد)، اسکیزوئید (۳۰ درصد) و ضعف روانی (۲۷ درصد) نرخ بیشتری نسبت به بقیه خصوصیات داشتند (عصاریان و همکاران، ۱۳۸۳).

سبب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی همبود

چهار مدل شایع برای توضیح رابطه بین اختلالات مصرف مواد و اختلالات همبود شناسایی شده است:

۱) اختلال مصرف مواد اولیه و اختلال همبود ثانویه: بر اساس این مدل که به آن «مدل بیماری» گفته می‌شود اختلالات مصرف مواد علت اکثر اختلالات همبود در بیماران است. بر اساس این مدل درمان باید بر مصرف مواد زمینه‌ای متمرکز باشد.

۲) اختلال همبود اولیه و اختلال مصرف مواد ثانویه: در این مدل اختلالات روانی قبلی عامل پیدایش اختلالات مصرف مواد هستند. افراد معتاد به مواد، موادی را برای مصرف انتخاب می‌کنند که احساسات دردناک ایجاد شده توسط اختلال روانی شان را کاهش می‌دهد.

۳) مسیر مشترک: بر اساس این مدل، عوامل ژنتیکی و محیطی مشترک می‌توانند باعث اختلال مصرف مواد و اختلالات همبود شوند. برای مثال، نشان داده شده است که بستگان بیماران معتاد به مواد افیونی میزان‌های بالاتری از افسردگی اساسی و اختلالات مصرف مواد دارند که نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی، آسیب‌پذیری به اعتیاد و اختلالات همبود را افزایش می‌دهند.

۴) مدل دوطرفه: بر اساس این مدل عوامل محیطی، اجتماعی و عوامل بین‌فردی مثل فقر، انزوای اجتماعی، دسترسی مواد یا فقدان رسیدگی مراقبان بزرگسال، از طریق یک تداخل پیچیده بین محیط و آسیب‌پذیری ژنتیکی، هم در مصرف مواد و هم در اختلالات همبود نقش دارند (سادوک و همکاران، ۲۰۰۷).

در اختلال‌های روانی همراه با اعتیاد، یک مسأله، افتراق اختلال روانی "اولیه" از "ثانویه به مصرف مواد" می‌باشد. هر چند در هر دو اختلال معیارهای تشخیصی یکسان

است، ولی در اختلال روانی ثانویه، اولاً علائم حین محرومیت یا ترک ماده یا طی یک ماه بعد از آن ایجاد شده است. ثانیاً مصرف مواد ارتباط سببی با علائم روانی دارد. در حالی که در اختلال روانی اولیه، علائم روانی بر شروع سوء مصرف مواد مقدم است و علائم پس از خاتمه ترک حاد یا محرومیت شدید، به مدت چشمگیری ادامه می‌یابد (سادوک و همکاران، ۲۰۰۳).

غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود

اهداف غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود در سطح مراکز درمان اعتیاد به شرح زیر است:

- شناسایی هر گونه خطر خودزنی، خودکشی یا خشونت نسبت به خود یا دیگران.
 - شناسایی علائم و نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی.
 - شناسایی سابقه هر گونه تشخیص و درمان روان‌پزشکی قبلی شامل داروهای روان‌پزشکی و سابقه بستری روان‌پزشکی.
 - سابقه روان‌پزشکی در بستگان درجه یک بیمار.
- اصول راهنمای غربال‌گری و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی همراه به شرح زیر است:
- توصیه می‌شود که در ارزیابی پایه و ارزیابی‌های دوره‌ای در جریان درمان نگهدارنده غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود انجام شود.
 - این غربال‌گری باید منجر به نتایج مثبت و منفی ساده، برحسب وجود یا عدم وجود نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی گردد.
 - نتیجه منفی معمولاً نیاز به اقدام آنی را بر طرف می‌کند و نتیجه مثبت باید با ارزیابی دقیق‌تر توسط روان‌پزشک پیگیری شود.
 - ارزیابی دقیق‌تر توسط روان‌پزشک می‌تواند از طریق مشاوره با روان‌پزشک در مرکز درمانی یا از طریق ارجاع به روان‌پزشک صورت پذیرد.
 - مطلوب است که غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود هنگام پذیرش بیمار در برنامه درمانی و برای اجتناب از دوباره کاری هم‌زمان با سایر ارزیابی‌ها انجام شود. با این وجود، در صورت محدودیت زمانی حداقل پرسش‌های غربال‌گری اصلی مرتبط

با ایمنی بیمار (قصد خودکشی، خودزنی و علائم روانپریشی) باید هنگام پذیرش پرسیده شود. غربال‌گری از نظر سایر اختلالات همبود باید حداکثر تا پایان هفته اول درمان تکمیل شود.

• غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود توسط روان‌شناس یا پزشک مرکز انجام می‌شود.

• هنگام انجام غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود و همچنین سایر مصاحبه‌های ارزیابی، بیمار باید از نظر شناختی بدون نقص باشد و به همین دلیل اگر بیمار به خاطر مسمومیت یا محرومیت مواد اختلال هوشیاری یا جهت‌یابی دارد، انجام ارزیابی باید تا زمان برطرف شدن اختلال شناختی به تأخیر انداخته شود.

• در ابزارهای ارزیابی جامع پیامدهای درمان اعتیاد نظیر «پروفایل سوء مصرف مواد اینکاس»، «اندکس شدت اعتیاد» پرسش‌هایی برای غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود یا ارزیابی وضعیت سلامت روان پیش‌بینی شده است (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ۱۳۹۳).

پس از شناسایی یک اختلال احتمالی روان‌پزشکی در طول غربال‌گری، باید ارزیابی بیشتر برای رسیدن به تشخیص توسط یک متخصص روان‌پزشکی انجام شود. پرکاربردترین سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها هستند. با تکامل این سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی در چندین ویرایش، مؤلفان آن تغییرات مهمی در تعاریف اختلالات مرتبط با مواد دادند. به‌عنوان مثال ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی این اختلالات را به دو نوع اختلالات مصرف مواد و اختلالات القاء‌شده توسط مواد تقسیم می‌کند (طاهرخانی، ۱۳۸۳). بنابراین، همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد اختلالات روان‌پزشکی همبود ممکن است اولیه و مستقل یا ثانویه و القاء‌شده توسط مواد باشند. دقت در تشخیص افتراقی از نظر درمانی مهم است، زیرا اختلالات همبود مستقل و القاء‌شده توسط مواد از نظر سیر بیماری با هم تفاوت دارند. اختلالات مستقل معمولاً از سیر معمول اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده شده پیروی

می‌کنند و نیاز به درمان اختصاصی و طولانی مدت (دارودرمانی و روان‌درمانی) دارند. اختلالات القاء شده توسط مواد معمولاً از سیر اختلال مصرف مواد پیروی می‌کنند و با شروع پرهیز فروکش می‌کنند. اختلالات پایدار القاء شده توسط مواد ممکن است از این توالی پیروی نکنند. علائم روان‌پزشکی القاء شده توسط مواد می‌تواند در شروع درمان شدید باشد، اما معمولاً این علائم نیاز به درمان روان‌پزشکی طولانی مدت نخواهند داشت. تشخیص دقیق اختلالات همبود مستقل در طول مراحل اولیه درمان نگهدارنده دشوار است. تشخیص قطعی اغلب باید تا زمان تثبیت بیمار بر روی درمان نگهدارنده برای حداقل ۲ هفته (اما ترجیحاً تا ۴ هفته) به تأخیر انداخته شود تا هر گونه مصرف مواد افیونی یا سایر مواد قطع شده باشد. ارزیابی روان‌پزشکی مجدد بعد از تثبیت بیمار بر روی درمان نگهدارنده می‌تواند دقت تشخیص را بالا ببرد. علائم اختلالات همبود شدید همچون تمایل به خودکشی و علائم روان‌پریشی نیاز به توجه فوری دارد و می‌تواند نیاز به مداخله دارویی یا بستری فوری داشته باشند. علائم اختلالات همبود دارای شدت کمتر نیز می‌تواند مانع تثبیت بیمار در درمان نگهدارنده شود، به همین دلیل شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در بهبود پیامدهای درمانی اهمیت اساسی دارد (بکمونند، میر، ایچنلاوب و اسپاتز، ۲۰۰۱ و فرنام، ۱۳۹۲). اختلالات شخصیت از جمله عواملی هستند که همبودی بالایی با اعتیاد دارند و باعث آسیب‌پذیری در برابر اعتیاد می‌شوند. با شناخت اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به موادمخدر می‌توان درمانی مناسب با شرایط این افراد انتخاب نمود که راه حل مؤثرتر و سازنده‌تری باشد. استفاده از خدمات روان‌پزشکی و روانشناسی در پیشگیری و درمان در کنار دارودرمانی در مراکز درمانی سوءمصرف مواد امری ضروری است (زارعی مته کلایی، ۱۳۹۵).

ملاحظات عمومی درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود با اعتیاد

بیماران مبتلا به اختلالات همبود در صورت دریافت درمان‌های روان‌پزشکی متناسب در کنار درمان نگهدارنده پیامدهای درمانی مطلوبی خواهند داشت، به همین دلیل درمان

روان‌پزشکی جامع و متناسب با اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده شده برای تمام اختلالات روان‌پزشکی همبود توصیه می‌گردد. نتایج درمان تا حد زیادی به درمان‌های تکمیلی ارائه شده برای این اختلالات بستگی دارد و بیمارانی که علائم شدیدتری دارند نیاز به درمان جامع‌تر دارند.

برای درمان اختلالات همبود در جریان ترک اعتیاد اصول کلی زیر توصیه می‌گردد:

• اختلالات روان‌پزشکی همبود نباید مانعی برای پذیرش بیماران در برنامه‌های درمان با داروهای آگونست باشد.

• در صورت حضور نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی حاد در ارزیابی‌های پایه مداخله متناسب باید از طریق ارجاع به روان‌پزشک یا معرفی جهت بستری روان‌پزشکی صورت پذیرد.

• در صورت عدم وجود نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی حاد توصیه می‌گردد که ارزیابی روان‌پزشکی پس از تثبیت درمان نگهدارنده (۲-۴ هفته بعد) مجدداً انجام شود و برنامه‌ریزی برای اجرای مداخلات روان‌پزشکی مورد نیاز صورت پذیرد.

• مطلوب است درمان اختلالات همبود به صورت ادغام یافته با درمان نگهدارنده و در مرکز درمانی صورت گیرد. در صورتی که شرایط ارائه برنامه درمانی ادغام یافته مهیا نباشد، لازم است بیمار برای دریافت خدمات روان‌پزشکی ارجاع شود.

• تجویز داروهای روان‌پزشکی باید تا زمان تثبیت بیمار روی درمان نگهدارنده (۲-۴ هفته) به تأخیر انداخته شود، مگر آن که بیمار تشخیص قبلی یک اختلال همبود مستقل بر اساس سوابق روان‌پزشکی قبلی داشته یا افت عملکرد قابل توجه در اثر علائم اختلال همبود وجود داشته باشد.

• پزشک و روان‌شناس درمان نگهدارنده باید پایبندی بیمار به رژیم دارویی روان‌پزشکی را ارزیابی و به بیمار در خصوص لزوم مصرف دارو و مراجعه روان‌پزشکی منظم آموزش دهند.

• روان‌پزشکان باید از تجویز داروهای دارای پتانسیل سوء مصرف اجتناب کنند. اگر چنین داروهایی تجویز شود، باید انواع داروهای دارای قابلیت سوء مصرف پایین تر

انتخاب شوند. برای مثال در میان بنزود یازپین ها داروهایی که شروع اثر کندتر و طول اثر بیشتر دارند بر داروهای سریع و کوتاه اثر ارجحیت دارند (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ۱۳۹۳).

نحوه درمان اختلالات روان پزشکی همبود

مطابق با پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون (۱۳۹۳) وجود علائم روان پزشکی زیر چه ناشی از مسمومیت یا محرومیت مواد باشد و چه در اثر یک اختلال همبود مستقل پدید آمده باشد، نشان دهنده وجود نیاز به مداخله اورژانسی است: فکر یا تهدید به خودکشی یا دیگرکشی، علائم روانپزشکی برای مثال توهم و هذیان که با ایمنی یا کارکرد مستقل بیمار تداخل کند و دلیریوم. هر چند این علائم ممکن است در مواردی کوتاه مدت باشند، اما در صورت پرخطر بودن درمان سرپایی و پذیرش در بیمارستان روان پزشکی ضرورت خواهد داشت. در صورت مثبت بودن مراجع در غربالگری اولیه از نظر این علائم، مشاوره روان پزشکی اورژانسی برای تعیین میزان خطر و نیاز به بستری روان پزشکی ضرورت خواهد داشت. بیماران تحت درمان نگهدارنده که در معرض خطر حاد نیستند، اما سابقه قبلی تشخیص و درمان اختلالات روان پزشکی شدید (مثل اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی) داشته‌اند باید در کنار درمان نگهدارنده زیر نظر یک متخصص روان پزشکی درمان‌های استاندارد روان پزشکی دریافت کنند. توصیه می‌شود داروهایی برای درمان روان پزشکی این بیماران به کار رود که پتانسیل سوء مصرف ندارند یا دارای حداقل پتانسیل سوء مصرف هستند (ریپلی، فابریتوس، کالسکا و الهو، ۲۰۱۲). توصیه می‌شود که بیماران تحت درمان نگهدارنده دارای علائم اختلالات محور یک اما فاقد تاریخچه اختلالات همبود اولیه، تا زمان تثبیت روی درمان نگهدارنده، داروهای روان پزشکی دریافت نکنند زیرا علائم آن‌ها ممکن است به صورت قابل ملاحظه‌ای بعد از تثبیت درمان فروکش کند. استثنای شامل بیماران دارای اختلالات حاد القاء شده توسط مواد مثل اضطراب یا بدبینی مفرط است که احتمالاً گذرا هستند و نیاز به دارودرمانی موقت دارند. در صورت تداوم علائم و نشانه‌های روان پزشکی پس از تثبیت بیمار بر روی

درمان نگهدارنده، درمان‌های استاندارد روان‌پزشکی شامل روان‌درمانی، دارودرمانی یا ترکیب هر دو برای درمان اختلال همبود باید در نظر گرفته شود (کومر، والکر و کالینز، ۲۰۰۵). درمان نگهدارنده برای شروع و پایش دارودرمانی روان‌پزشکی موقعیت منحصر به فردی به حساب می‌آید، زیرا بیماران (حداقل در مراحل اولیه درمان) به صورت روزانه مراجعه و پزشک و روان‌شناس مرکز می‌توانند پاسخ بیمار به داروی روان‌پزشکی و درمان اعتیاد را تحت نظر بگیرند. وقتی داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌شوند به نکات زیر باید توجه کرد:

- تداخلات دارویی داروهای تجویز شده با درمان نگهدارنده در نظر گرفته شود.
- رابطه درمانی نزدیکی بین روان‌پزشک تجویز کننده دارو و تیم درمان نگهدارنده وجود داشته باشد و پیشرفت در درمان اختلال روان‌پزشکی همبود به صورت منظم پایش شود.
- آموزش در خصوص اهمیت پایبندی به رژیم درمانی و مداخلات روانی - اجتماعی اختصاصی برای درمان اختلال همبود در مشاوره‌های معمول درمان نگهدارنده ادغام گردد.
- در انتخاب داروهای روان‌پزشکی دقت شود زیرا برخی داروها (مثل ترامادول، بنزودیازپین‌ها، آمی‌تریپتیلین) که در گروه‌های جمعیتی دیگر پتانسیل سوء مصرف اندکی دارند در این گروه جمعیتی خطر سوء مصرف بالایی دارند.
- باید به بیمارانی که داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌کنند در مورد منافع مورد انتظار، محدودیت‌ها و اشکالات بالقوه، عوارض جانبی، استفاده در بارداری و شیردهی و احتمال ایجاد تحمل و محرومیت آموزش داد.
- هنگام تجویز داروهای روان‌پزشکی، میزان کشندگی آن در صورت مصرف تکانشی یا عامدانه به قصد خودکشی باید در نظر گرفته شود (گیاکاموزی، تیل، ریمل، گاربر و ارتل، ۲۰۰۸).

علاوه بر این، در درمان اختلالات همبود در جریان درمان نگهدارنده یک رویکرد سلسله‌مراتبی در نظر گرفته شود. به طوری که مداخلات روانی-اجتماعی مثل مشاوره یا روان‌درمانی به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته شود، مگر آن که بیمار مبتلابه اختلالی باشد که به مداخله دارویی نیازمند است. اگر این مداخلات روانی-اجتماعی پاسخ‌دهنده درمانی کافی ایجاد نکنند، دارودرمانی با استفاده از داروهایی که حداقل پتانسیل سوء مصرف را دارند، باید افزوده شود (ریپلی و همکاران، ۲۰۱۲).

در جدول ۱، روش‌های درمانی سوء مصرف موادمخدر بر اساس تحقیقات انجام شده (اسکونول و ویور، ۲۰۰۳؛ پولوتاجکو، ۲۰۰۱؛ میسنر، کولز و کولوکا، ۲۰۱۱؛ هیونگ، کرنر، کاونگ و لیو-چنگ، ۲۰۰۱) که به کارایی این روش‌های درمانی بر وضعیت روان‌پزشکی بیماران دچار سوء مصرف مواد اشاره دارند، آورده شده است.

جدول ۱: مقایسه میزان کارایی و عوارض جانبی روش‌های درمان اعتیاد به موادمخدر

ردیف	نام روش درمانی	میزان کارایی یا آثار مفید	عوارض جانبی
۱	درمان با روش طب سوزنی (الکترواکو پونکتر)	افزایش ترشح اندورفین طبیعی	عوارض جانبی گزارش نشده
۲	درمان به روش خواب درمانی	کاهش اختلال و مشکلات روزمره	افزایش میزان خواب الودگی
۳	درمان با هیپنوتیزم (خواب مصنوعی)	تقویت سیستم ایمنی	عوارض جانبی گزارش نشده ولی محدودیت استفاده دارد
۴	درمان از طریق کار درمانی	کاهش میزان اضطراب، افسردگی	افت فیزیکی فرد معتاد
۵	درمان از طریق پلاسیبو	بهبود وضعیت روانی	عوارض جانبی گزارش نشده
۶	درمان از طریق سم‌زدایی	مقابله با طوفان ادرنرژیک در محرومیت از موادمخدر	عوارض محدودی مانند افت فشارخون، خواب الودگی
۷	درمان با کمک اتناگونست-های موادمخدر	درمان بدون ایجاد وابستگی و نشنگی	بروز سندروم محرومیت (عوارض رفتاری و گوارشی)
۸	درمان با گیاهان دارویی	سازگاری بهتر فیزیولوژیکی انسان در درمان اعتیاد	اثرات جانبی ملایم و محدود

بحث و نتیجه‌گیری

بحث سوء مصرف مواد از دیرباز مورد توجه بوده است. در گذشته بیشتر تلاش کشورهای دنیا بر جلوگیری از عرضه مواد مخدر بوده است ولی امروزه با توجه به این که جلوگیری از عرضه مواد چندان کارساز نبوده است، توجه مسئولین امر به تقاضا معطوف شده است. با مورد توجه قرار گرفتن مسأله تقاضا در پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی، روان شناسان، روان‌پزشکان و جامعه‌شناسان و دیگر رشته‌های مرتبط نیز به این حیطه بیشتر توجه کردند. زیرا برای جلوگیری از تقاضا، شناخت خصوصیات زیستی-روانی-اجتماعی ضروری است. از این رو تحقیقات مختلفی درباره علل گرایش به مواد، شناخت خصوصیات شخصیتی سوء مصرف کنندگان، عوامل اجتماعی و فردی و دیگر متغیرها صورت گرفته است. تمامی صاحب‌نظران و متخصصان اعتیاد در این نکته اتفاق نظر دارند که سوء مصرف مواد را نمی‌توان تنها یک مشکل فردی، جسمانی یا اجتماعی صرف دانست بلکه آن را بایستی یکی از بارزترین مشکلات زیستی-روانی-اجتماعی دانست که می‌تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه را سست نموده و در معرض فروپاشی قرار دهد (سیام، ۱۳۸۵). با توجه به شیوع روز افزون انواع مواد مخدر جدید و اینکه پیشگیری از اعتیاد به مراتب راحت‌تر از درمان است و انجام پیشگیری نیاز به دانستن و آگاهی از جنبه‌های شخصیتی، اجتماعی و علمی اعتیاد دارد، ضروری است که این پدیده از زوایای مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا بتواند به نحو مؤثری این هدف را تأمین کند (آسپلان لین، ۲۰۱۵؛ پارسانیا و همکاران، ۱۳۹۱). اختلالات شخصیت از جمله عواملی هستند که همبندی بالایی با سوء مصرف مواد دارند و می‌توانند زمینه‌ساز گرایش افراد به سمت مصرف مواد و اعتیاد باشند (زارعی مته کلابی، ۱۳۹۵). به‌طور کلی شخصیت فرد معتاد از دید روان‌پزشکی بسیار پیچیده است. معتادین به مواد مخدر و الکل از گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی بوده و به هیچ وجه یک گروه خاص و متجانس از نظر شخصیتی نیستند (میلانی فر، ۱۳۸۹). محققان در تحقیقات خود دریافته‌اند که بسیاری از معتادان مورد مطالعه آن‌ها علائمی از

ویژگی‌های روان‌نژندی و روان‌پریشی همراه با خصیصه رفتارهای ضداجتماعی دارند. سایر تحقیقات نیز نشان داده‌اند که ویژگی‌های ضداجتماعی در افراد معتاد بسیار بالاست. می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل است. یعنی فرد به علت وضع خاص شخصیتی، نیازها، شکست‌ها، فقدان مهارت‌های اجتماعی، ناتوانی در برخورد صحیح با مسائل زندگی، ناکامی‌های زندگی، عدم ثبات عاطفی، شخصیت نابالغ و از همه مهم‌تر وابستگی روانی به اعتیاد روی می‌آورد. اعتیاد نیز به نوبه خود موجب می‌شود که فرد انسجام روانی-عاطفی خود را از دست بدهد. به این ترتیب بین اعتیاد و شخصیت دور باطلی ایجاد می‌شود (باوی، ۱۳۸۸).

در میان اختلالات شخصیتی که با اعتیاد فرد ارتباط دارند سه نمونه شایع عبارتند از اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت مرزی. نمونه‌هایی از رفتارهای افراد با شخصیت ضداجتماعی مانند دروغ‌گویی، فریب‌کاری، کلاه‌برداری، ناسازگاری با موازین اجتماعی و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران، رفتارهای پرخاشگرانه و ضرب و شتم است. نمونه‌هایی از ویژگی‌های شخصیت وابسته عبارتند از ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، انزوا، تنهایی، عدم اعتماد به نفس، احساس حقارت، ناتوانی در دفاع از حق خود، نداشتن قاطعیت، عدم تحمل کافی، پذیرفتن هرگونه خفت و خواری و توهین از فردی که به او وابسته است. افرادی با داشتن این ویژگی‌های شخصیتی برای فرار از ناکامی و شکست و برای سرپوش گذاشتن بر نقاط ضعف و ناتوانی‌های خود، دست به مصرف موادمخدر می‌زنند و با مصرف ماده اعتیادآور به نشئه و احساس لذت دست پیدا می‌کنند و حاضر به پذیرفتن هر چیزی برای تکرار آن تجربه لذت‌بخش هستند. ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی عبارتند از عدم ثبات در روابط بین فردی و عواطف، تکانشی بودن، رفتارهای مکرر خودکشی، خودآسیبی مکرر، از دست دادن مکرر شغل، ترک تحصیل، ازدواج‌های ناموفق، سوءمصرف مواد، روابط جنسی نابهنجار، احساس مزمن پوچی و بی‌حوصلگی، مجادله طلبی و پرتوقع بودن (باوی، ۱۳۸۸).

بیماران مبتلا به اختلالات همبود عموماً در مقایسه با بیمارانی که صرفاً به یک اختلال مصرف مواد یا یک اختلال روانی مبتلا هستند پیش‌آگاهی ضعیف‌تری دارند. افراد مبتلا به

اختلالات همبود در معرض خطر بالاتر برای خودکشی، بستری روان پزشکی، مشکلات قانونی و حبس، بی خانمانی، عفونت اچ آی وی، خشونت خانگی، بیکاری و سایر مشکلات بین فردی هستند. درمان اختلالات همبود باید به صورت ادغام یافته یا در صورت در دسترس نبودن درمان برای اختلالات همبود در محل، باید با هماهنگی نزدیک با درمان سوء مصرف مواد انجام شود (فرنام، ۱۳۹۲). نکته مهم این است که صرف نظر از نوع اختلال روان شناختی، وجود بیماری توأم یا تشخیص دوگانه در تشدید اختلال روانی افراد وابسته به مواد تاثیر بسیار زیادی دارد و فرایند درمانی سوء مصرف مواد و اختلال روانی را مشکل می سازد. طبق مطالعات انجام گرفته، بیماران واجد تشخیص وابستگی یا سوء مصرف مواد توأم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، آسیب شناسی بیشتر و رضایت کمتری از زندگی دارند و تکانشگر، منزوی، و افسرده تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در مجموع با توجه به میزان بالای شیوع اختلال های روانی در کشور (احسان منش و همکاران، ۱۳۷۸؛ مدبرنیا، تهرانی، موسوی، ۱۳۸۷)، افسردگی و اضطراب در جوانان (مدبرنیا و همکاران، ۱۳۸۷) و نیز ارتباط پدیده های فوق با شیوع اعتیاد و افت عملکرد اجتماعی (حیدری پهلویان و همکاران، ۱۳۹۰) لزوم توجه به اختلالات همبود بیش از پیش آشکار می شود. لذا با بررسی مطالعات انجام شده در رابطه با درمان اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد، پیشنهادهای در ذیل شده است که می تواند راهنمای عمل مسئولان ستاد مبارزه بر مواد مخدر، درمانگران، روانشناسان، مشاوران، روان پزشکان و پزشکان در جهت ارتقاء همه جانبه بهداشت روانی در جامعه باشد.

✓ پزشکان باید درباره تجویز داروهای دارای پتانسیل سوء مصرف محتاط باشند. اگر چنین داروهایی تجویز شود، باید انواع داروهای با قابلیت سوء مصرف پایین تر انتخاب شوند.

✓ آموزش بیماران درباره اختلالات همبود کمک کننده است. درمان بیماران مبتلا به اختلالات همبود باید از بیماران بدون اختلالات همبود جامع تر باشد.

✓ در برخورد با درمان اختلالات همبود غیر اورژانسی هدف اولیه مداخله قطع

مصرف مواد است. توصیه می شود بیماران روی درمان های نگهدارنده دارای علائم اختلالات محور یک، اما فاقد تاریخچه اختلالات همبود اولیه تا زمان تثبیت روی درمان نگهدارنده هیچ گونه درمان دارویی روان پزشکی دریافت نکنند، زیرا علائم آن ها ممکن است به صورت قابل ملاحظه ای بعد از یک دوره درمان سوء مصرف مواد فروکش کند. استثناها شامل بیماران دارای اختلالات حاد القاء شده توسط مواد مثل اضطراب یا بدبینی مفرط است که احتمالاً گذرا هستند اما نیاز به آرام بخش دارویی موقت دارند.

✓ با توجه به شیوع نسبتاً بالای علائم و نشانه های روان پزشکی همبود در افراد مصرف کننده متامفتامین، اجرای غربالگری از نظر شناسایی مشکلات روان پزشکی اورژانسی و غیر اورژانسی اهمیت اساسی دارد. در صورتی که نتیجه غربالگری از نظر فوریت های روان پزشکی شایع در مصرف کنندگان متامفتامین شامل دلیریوم، سایکوز، افسردگی شدید همراه با قصد جدی برای خودکشی و قصد جدی برای آسیب به دیگران یا دیگرکشی مثبت باشد، بیمار نیاز به ارجاع فوری برای بستری روان پزشکی دارد. در این گونه موارد باید ابتدا بیمار از نظر طبی و روان پزشکی پایدار شده و سپس روان درمانی ساختاری متامفتامین برای او آغاز گردد.

✓ بیماران مبتلابه اختلالات همبود در صورت دریافت درمان های روان پزشکی متناسب در کنار روان درمانی ساختاری پیامدهای درمانی مطلوب تری خواهند داشت، به همین دلیل درمان روان پزشکی جامع و متناسب با اختلال روان پزشکی تشخیص داده شده برای تمام اختلالات روان پزشکی همبود توصیه می گردد.

✓ مطلوب است درمان اختلالات همبود به صورت ادغام یافته با برنامه درمان روانی - اجتماعی در مرکز درمانی صورت گیرد. در صورتی که شرایط ارائه برنامه درمانی ادغام یافته مهیا نباشد، لازم است بیمار برای دریافت خدمات روان پزشکی ارجاع گردد.

پزشک، روانشناس و درمان گر باید پایبندی مراجع به رژیم دارویی روان پزشکی را ارزیابی و به بیمار در خصوص لزوم مصرف دارو و مراجعه روان پزشکی منظم آموزش دهند.

منابع

احسان منش، مجتبی و کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۵(۳)، ۱۰۰-۶۲.

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

امانی فیروز، صادقیه اهری سعید، محمدی سعدا...، اعظمی احد (۱۳۸۴). الگوی تغییرات مصرف مواد مخدر در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، ۸۲-۱۳۷۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۵(۳)، ۲۲۴-۲۲۰.

باوی، ساسان (۱۳۸۸). *اعتیاد (انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان)*. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.

بخشی پور رودسری، عباس؛ محمود، علیلو؛ مجید و ایرانی، سجاد (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خودمصرف و گروه بهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۸۹-۲۹۷.

بیان زاده، سید اکبر، بوالهروی، جعفر، عاطف وحید، محمد کاظم، نوری قاسم آبادی، ربابه، فتحعلی لواسانی، فهیمه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۶). نقش درمان دارویی و مداخلات روان‌شناختی در کاهش آسیب مرتبط با مواد در معتادان زندانی. *مجله روان‌پزشکی ایران*، ۱۴(۵۵)، ۵۵-۴۷.

بیگدلی، ایمان الله؛ رضایی، علی محمد و رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۱). اختلالات روانی در سوء مصرف کنندگان مواد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲(۱)، ۱۰۸-۹۳.

پارسانیا، زینب؛ فیروزه، مهتری؛ تک فلاح، لیلا؛ محمدی سمنانی، سعید؛ جهان، الهه؛ امامی، عاطفه (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲(۲)، ۱۵۶-۱۵۲.

حسینی، سید حمزه؛ ضرغامی، مهرا؛ موسوی، سید ابراهیم؛ ناطقی، غلامرضا و مسعودزاده، عباس (۱۳۸۷). بررسی همبودی سوء مصرف مواد با اختلالات روان‌پزشکی در مراجعین سرپایی به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی زارع ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۸(۶۷)، ۷۴-۶۷.

حقیقتی، ماه منیر و یاوریان، رؤیا (۱۳۹۴). بررسی فراوانی اختلالات روانی در افراد با سوء مصرف مواد بستری شده در بیمارستان روان‌پزشکی ارومیه طی سال ۱۳۹۰. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۶)، ۵۶۲-۵۵۳.

حیدری پهلویان، احمد؛ محبوب، حسین و رحیمی، علیرضا (۱۳۹۰). مقایسه شیوع انواع اختلال‌های روانی در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد ساکن شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان*، ۱۸(۳)، ۲۸-۲۲.

دادفر، محبوبه، سالاریان، علیرضا، قضایی پور ابرقویی، فرزاد، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). شربت تریاک. تهران: انتشارات میر ماه.

رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۳(۱۲)، ۲۲۶-۲۰۳.

رسولی آزاد، مراد؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام‌علی؛ شیرین زاده دستگیری، صمد؛ عالمی خواه، مرجان و کاظمینی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه‌ی الگوها و اختلالات مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه زاهدان*، ۱۳(۱)، ۴۱-۳۶.

زارعی مته کلایی، الهه (۱۳۹۵). اختلالات شخصیت و اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۲)، ۳۹-۷۲.

سیام، شهره (۱۳۸۵). بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیاد آور بین دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف رشت. *مجله طب شرق*، ۸(۴)، ۲۸۵-۲۷۹.

صابری زفرقندی، محمد باقر و باقری زدی، هانیه سادات (۱۳۹۳). نگاهی به تاریخچه وضعیت تخت‌های روان پزشکی در ایران. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی بالینی ایران*، ۲۰(۲)، ۱۸۴-۱۷۹.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینویی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

طاهرخانی حمید (۱۳۸۲). طبقه‌بندی، همه گیرشناسی و هم‌ابتلائی اختلالات اعتیاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱(۳)، ۱۳۲-۱۰۹.

ظهیرالدین، علیرضا؛ سیف الهی، معصومه و ایرانپور، چنگیز (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. *پژوهش*

- در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۳۱(۳)، ۲۷۸-۲۷۳.
- عباسی، عبدالله؛ تازیکی، صادق علی و مرادی، عبدالوهاب (۱۳۸۵). الگوی سوء مصرف مواد مخدر بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی در معتادان خود معرف شهرستان گرگان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۸(۱)، ۲۷-۲۲.
- عصاریان، فاطمه؛ عبدالله، امیدی و اکبری، حسین (۱۳۸۳). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان، ۱۳۷۹. *نشریه فیض*، ۱۸(۱)، ۴۲-۳۷.
- غفاری‌نژاد، علیرضا؛ ضیاءالدینی، حسن و پویا، فاطمه (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین. *مجله علوم پزشکی هرمزگان*، ۷(۱)، ۲۷-۲۱.
- فرنام، رابرت (۱۳۹۲). خطر خودکشی در اعتیاد؛ مداخله و درمان. *فصلنامه طب اعتیاد*، ۲(۱)، ۵۶-۴۹.
- قجاوند، کاظم و مظفری، سیدرحمت‌الله (۱۳۸۹). بررسی شیوه‌ها و الگوهای مصرف مواد مخدر در میان جوانان دچار سوء مصرف مواد در شهر اصفهان، *فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۱۱(۲)، ۱۶۸-۱۵۹.
- قریشی‌زاده، سیدمحمدعلی و کتابیون، ترابی (۱۳۸۱). بررسی بیماری‌های روانی توأم با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مرکز معتادان خود معرف بهزیستی تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۶(۵۵)، ۵۳-۴۹.
- قلعه‌ای‌ها، علی؛ فرهادی‌نسب، عبدالله؛ ضرابیان، محمد کاظم؛ متین‌نیا، نسرين (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان*، ۱۵(۲)، ۴۷-۴۲.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: انتشارات نشر ساوالان.
- محمدپور سمانه، نظری هدایت، بهاروند پرستو، توکلی زهرا (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۱(۳)، ۳۳-۲۴.

مدبرنیا، هادی و موسوی، سید ابراهیم (۱۳۸۷). شیوع افسردگی در میان دانش آموزان دبیرستان و نوجوانان پیش دبستانی رشت. *فصلنامه دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان*، ۱۰(۲)، ۱۴۶-۱۴۱.

مکری، آذرخش (۱۳۸۰). مرور مختصر از مصرف موادمخدر در ایران. *مجله پزشکی ایران*، ۵ (۱۱)، ۱۸۴-۱۹۰.

مولوی، پرویز؛ صادقی موحد، فریبا؛ ابوالحسن زاده، مسلم؛ مشعوفی، مهرناز؛ محمدنیا، حسین؛ دیلمی، پروانه و عرب، روح اله (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف موادمخدر مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۹(۴)، ۳۳۳-۳۲۵.

میلاتی فر، بهروز (۱۳۸۹). *بهداشت روانی*. چاپ یازدهم. تهران: قومس.
نارنجی ها، هومان (۱۳۸۳). *ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران*. تهران: مؤسسه داریوش.

نوحه سراه، شبنم؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ افخم ابراهیمی، عزیزه (۱۳۸۳). مصرف مواد افیونی در بیماران بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص). *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۰(۳)، ۲۳۳-۲۲۷.

نیک فرجام، علی؛ ممتازی، سعید؛ جعفری، سارا و خسروی، ناصر (۱۳۹۱). *علم اعتیاد: مواد، مغز و رفتار*. تهران: نشر سپید برگ.

وزیریان، محسن (۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Alegría, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., Grant, B.F., Blanco, C. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(9), 87-95.

Aspelan lien, I. (2015). *Personality problems among patients with substance use disorders: assessment and clinical implications*. Unpublished Dissertation, university of Oslo.

Association Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing.

Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub D., Schutz. C. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin

- users, methadone substituted and codein substituted patients. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 64, 80-173.
- Barlow, D. (2006). *Clinical Hand book of psychological Disorders*. New York: University of Minnosota Press.
- Batel, P. (2000). Addiction and schizoprenia. *Journal of European Psychiatric*, 15 (2), 115 – 22.
- Bergle, T. H. (2015). *Patient in substance use disorder treatment: motivationfor behavioural change, co-occurring disordersandproblem domains*. Ph.D Unpublished dissertation, Norwegian universityofscience and technology.
- Bohme, K., & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-Compulsive Disorder: A Case Series. *Journal of Verhaltens Therapie*, 175-181.
- Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In *Handbook of Adolescent Psychology (2nd end) (Lerner, R.M. and Steinberg, L, Eds)*, 363–394.
- Champion, J. K, Taylor, A., Hutchinson, S., Cameron, S., McMenamin, J., Mitchell, A, Goldberg, D. (2004). Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: A cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 159(5), 514-519.
- Cohen, P. (1993). "An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood andAdolesence". *Journal of Child Psyohology and Psychiatry*, 24, 851-867.
- Cohn, A. M., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Jensen, N., Hunter-Reel, D., Green, K. E., Drapkin, M. L. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Study Alcohol and Drugs*, 72(1), 7-15.
- Comer, S.D., Walker, E.A., & Collins, E.D. (2005). Buprenophine/naloxone reduces the reinforcing and subjective effects of heroin in heroin dependent volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*, 181(4), 664–675
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G. et al. (2003). Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. International Review of Psychiatry, 15 drug-addict Dutch. *Turkish journal of physics*, 9(1), 43-52.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 57 (3), 307-309.
- Giacomuzzi, S. M., Thill, C., Riemer, Y., Garber, K., & Ertl, M. (2008). Buprenorphine-and methadone maintenance treatment: influence on aspects of cognitive and memory performance. *The Open Addiction journal*, 2 (1), 6-15.
- Glantz, M, Hartel, C. (2002). Drug Abuse, Origins and Interventions; *AmericanPsychological Association, W.D.*

- Gonzalez, R., & Cbemer, M. (2008). Co-factors in HIV neurobehavioural disturbances: Substance abuse. Bepatitis C and aging. *International Review of Psychiatry*, 20(1), 49-60.
- Hendriks VM. (1990). Psychiatric Disorders in a Dutch Addict Population: Rates and Correlates of DSM-III Diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), 158-165.
- Hilton BA, Thompson R, Moore-Dempsey L, Janzen RG. (2001). Theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 357-70.
- Huang, P., Kehner, G. B., Cowan, A., Liu-Chen, L. Y. (2001). Comparison of pharmacological activities of buprenorphine and norbuprenorphine: norbuprenorphine is a potent opioid agonist. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 297(2), 68-95.
- Judd, L., et al. (1998). Effective medical treatment of opiate addiction. *Journal of the American Medical Association*, 280 (22), 1936-1943.
- Kessler, R. (1996). *Epidemiology of Psychiatric Comorbidity*; New York: Wiley-Liss
- Kokkevi, A., Stefanis, C. (1990). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Journal of the Assembly, Legislature of the State of California*, 9(1), 43-52.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2010). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BioMed Central Psychiatry*, 12, 11-25.
- Limbeck, J. V., Wouters, L., Kaplan, C. D., Geerlings, P. J. & Alem, V.V. (1992). Prevalence of psychopathology in drug addicted. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(1), 43-52.
- McNicolas, L. (2004). Clinical Guidelines for the use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. U.S. *Department of Health and Human Services*.
- Meissner, K., Kohls, N., & Colloca, L. (2011). Introduction to placebo effects in medicine: mechanisms and clinical implications. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1572), 1783-9
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101(1), 46-59.
- Polatajko, H. (2001). The evolution of our occupational perspective: The journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (4), 203-207.
- Rapeli, P., Carola Fabritius, C., Kalska, H & Alho, H. (2012). Do drug treatment variables predict cognitive performance in multidrug-treated

- opioid-dependent patients? A regression analysis study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 45.
- Sadock B, Sadock V, Ruiz P. (2003). *Synopsis of Psychiatry*. Newyork: *Wolters Kluwer*.
- Sadock B, Sadock V, Ruiz P. (2015). *Synopsis of Psychiatry*. Newyork: *Wolters Kluwer*.
- Sadock B, Sadock V.A. (2007). *Synopsis of psychiatry behavioral Sciences/ clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: *Williams Wilkins*, 469.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2005). *Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. *New York: Lippincott Williams and Wilkins*.
- Sadock, B., Sadock. V. A. & Kaplan. (2016). *Synapses of psychiatry*. Philadelphia: *Lippincott the William and Willkins*.
- Sadock, B.J, & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. *Lippincott Williams & Wilkins Inc*.
- Schnoll, S. H & Weaver, M. F. (2003). Addiction and pain. *The American Journal on Addictions*, 12, 527-535.
- Skinner, W., O'Grady, C., Bartha, C., Parker, C. (2004). *Concurrer substance use and mental health dis-orders. An information guide*. Toronto on: *the centre for addiction and mental health*.
- Swendsen, J. D. (1998). "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities". *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 176-184.
- Swendsen, J. D. (1998). "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities". *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 39 (4), 176-184.
- Torikka, A., Kaltiala, L., Heino, R., Rimpela, A., Rimpela, M., Rantanen, P. (2001). Depression, drinking and substance use among 14 to year old finished adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(5), 70-153.
- Tschann J. (1994). Initiation of substance abuse in early adolescence. *Journal of Health Psychology: SAGE Journals*, 4 (1), 8-31.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2010), world drug report, *United Nations*.
- Wiech, L., Pienaar, W. (2009). Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland hospital in the Western Cape, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 2(3), 7-13.