



بررسی همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در معنادان جویای درمان و افراد بهنجار

علی اکبر پرویزی فرد^{***}، دکتر بهروز بیرشک^{***}،
دکتر محمد کاظم عاطف وحید^{***}، دکتر جلال شاکری^{***}

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی همبودی مرضی اختلالات خلقی و اضطرابی در معنادان بستری و مقایسه آن با افراد بهنجار بود. **روش:** در این پژوهش، ۵۰ نفر معناد بستری در یک مرکز درمانی غرب کشور با ۵۰ نفر آزمودنی بهنجار که از نظر برخی ویژگیهای جمعیت شناختی با یکدیگر همتا شده بودند مورد مصاحبه و ارزیابی تشخیصی قرار گرفتند. ارزیابی و تشخیص همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در معنادان خود معرف دست کم دو هفته پس از بستری شدن بیمار و فروکش کردن علائم دوره ترک و در پایان دوره سم زدایی با به کارگیری ابزارهای BDI و STAI-Y به عنوان ابزار غربالگری و نیز فهرست و ارسی نشانه‌ها بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و قضاوت بالینی روانپزشک انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۷۲/۳٪ معنادان مورد بررسی به ترتیب واجد ملاکهای تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی (غیر از اختلال مصرف مواد) بودند. در میان اختلالات خلقی و اضطرابی، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر (به ترتیب ۶۶٪ و ۱۲٪) شایعترین اختلالات بودند.

کلید واژه: همبودی مرضی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اعتیاد، معنادان بستری

*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز آموزشی - درمانی فارابی، گروه روانشناسی، کرمانشاه، خیابان عشایر.
*** دکتری تخصصی روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
*** دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه.

مقدمه

۱۹۹۶). بررسی در زمینه میزان شیوع همبودی مرضی اختلالهای روانی در میان سوء مصرف کنندگان مواد افیونی همچنان ادامه دارد، زیرا میزان شیوع همبودی مرضی اختلالهای روانی در میان این بیماران بر پایه عواملی مانند دیدگاه گروه ارزیابی، موقعیت بالینی این بیماران و نیز ابزارهای تشخیصی بکار برده شده متفاوت است. بر اساس پژوهشهای انجام شده، میزان شیوع همبودی مرضی اختلالهای روانی در میان سوء مصرف کنندگان مواد، بالاگزارش شده است. این پژوهشها نشان می دهند که بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد، شواهدی از دست کم یک اختلال همراه را دارند (ران زویل^(۷) و همکاران، ۱۹۸۲، ۱۹۸۶، ۱۹۹۱؛ دکیس^(۸) و همکاران، ۱۹۸۳؛ بوکستین^(۹) و همکاران، ۱۹۸۹؛ هلن^(۱۰) و همکاران، ۱۹۸۸؛ کرانزولر^(۱۱) و همکاران، ۱۹۸۸؛ کوشنر^(۱۲) و همکاران، ۱۹۹۰؛ لیل^(۱۳) و همکاران، ۱۹۹۰؛ ریجر^(۱۴) و همکاران، ۱۹۹۰؛ میسر^(۱۵) و همکاران، ۱۹۹۳؛ مریکانگاس^(۱۶) و همکاران، ۱۹۹۶؛ ویتچن و همکاران، ۱۹۹۶؛ رابرت^(۱۷) و همکاران، ۱۹۹۷).

به نظر می رسد که بسیاری از بیماران روانپزشکی دارای ملاکهای تشخیصی برای تشخیص بیش از یک اختلال روانپزشکی هستند. در حال حاضر، به ویژه در کشورهایی که استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، تجدید نظر چهارم^(۱) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) متداول است، اصطلاح "همبودی مرضی"^(۲) به وجود همزمان دو یا چند تشخیص اطلاق می گردد که اغلب شامل دو یا چند تشخیص از یک محور طبقه بندی و همچنین تشخیصهایی از محورهای مختلف (مثلاً اختلال روانی و اختلال شخصیت، اختلال جسمی و اختلال روانی) می باشد (تایرر^(۳)، ۱۹۹۶، به نقل از دادفر، ۱۳۷۶). همبودی مرضی یک اصطلاح تازه در طبقه بندی روانپزشکی است که کاربرد گسترده ای پیدا کرده است (کسلر^(۴) و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از دادفر، ۱۳۷۶).

در بررسیهای انجام شده در زمینه همبودی مرضی، اختلالهای روانپزشکی بسیار متنوع هستند (ویتچن^(۵)، ۱۹۹۶). در مورد همبودی مرضی دو اختلال، تاکنون چهار الگو یا ساخت و کار سبب شناختی به شرح زیر ارائه گردیده است:

۱) یک اختلال معین فرد را برای ابتلاء به اختلال دیگری آماده می کند. به بیان دیگر اختلالهای اضطرابی ممکن است زمینه ساز ایجاد یک اختلال دیگر گردند.

۲) هر یک از دو اختلال اضطرابی و خلقی زمینه ساز یک اختلال می گردند.

۳) یک اختلال کلیدی پیشایند، زمینه ساز اختلالهای اضطرابی و خلقی می شود.

۴) هر یک از دو اختلال، پیشایند و یا عامل بروز اختلال دیگری می گردند.

در مورد هر یک از الگوها اطلاعات زیادی وجود دارد که به تنوع گسترده عوامل سبب شناختی مربوطه اشاره دارند (کلونینگر^(۶) و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از ویتچن،

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) (DSM-IV).

2-comorbidity

3-Tyrer

4-Kessler

5-Wittchen

6-Cloninger

7-Roun Saville

8-Dackis

9-Bukstein

10-Helen

11-Kranzler

12-Kusbner

13-Lail

14-Regier

15-Maser

16-Merikangas

17-Robert

18-Parke

همکاران، ۱۹۸۹؛ له پوت^(۱) و همکاران، ۱۹۸۱؛ لهمن^(۲) و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از لیل و همکاران، ۱۹۹۰). با توجه به اینکه، عدم موفقیت اثربخشی درمانهای سنتی در معتادان مواد افیونی معمولاً ناشی از اختلالاتی پزشکی و روانشناختی همبود در این بیماران و نیز هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی آن می‌باشد، بنابراین نتایج این بررسیها ممکن است اطلاعات ارزشمندی در اختیار متخصصان بهداشتی - درمانی در راستای بالا بردن اثر بخشی درمانهای سنتی اعتیاد بگذارد (ران زویل و همکاران، ۱۹۸۶).

این پژوهش با هدف کلی بررسی همبودی مرضی اختلالهای خلقی و اضطرابی در میان معتادان به مواد افیونی و مقایسه آن با افراد بهنجار انجام گردیده است. هدفهای اختصاصی در این بررسی به شرح زیر بوده است: بررسی توزیع اختلالهای خلقی و اضطرابی در نمونه پژوهش، بررسی نگرشهای ناکارآمد، بررسی رابطه بین نشانه‌های افسردگی و اضطراب، الگوی مصرف مواد و ویژگیهای جمعیت شناختی آنان.

فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

- ۱- میزان شیوع اختلالهای خلقی و اضطرابی در معتادان بستری بیش از افراد بهنجار است.
- ۲- شدت میزان افسردگی در معتادان بستری بیش از افراد بهنجار است.
- ۳- شدت میزان اضطراب در معتادان بستری بیش از افراد بهنجار است.
- ۴- میزان نگرشهای ناکارآمد در معتادان دارای اختلال همبود بیش از افراد بهنجار است.
- ۵- بین میزان افسردگی، اضطراب و ویژگیهای جمعیت شناختی معتادان بستری ارتباط معنی دار وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر، یک طرح گذشته نگر^(۳) (پس رویدادی) است. برای اجرای پژوهش، ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر

معتاد بستری و ۵۰ نفر افراد بهنجار)، بر اساس مصاحبه بالینی و فهرست نشانه‌های تشخیصی (که بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV تهیه شده بود) انتخاب گردیدند. آزمودنیها بر پایه ویژگیهای جمعیت شناختی مانند سن، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی با یکدیگر همتا شدند. معیارهای مورد نظر در انتخاب گروه معتادان بستری به شرح زیر بود:

۱- دربردارنده ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای سوء مصرف و یا وابستگی مواد در یک ماه گذشته و در یکسال گذشته باشند.

۲- برای نخستین بار بستری شده باشند و تاکنون درمان روانپزشکی و یا روانشناختی دریافت نکرده باشند.

۳- طی دوره بستری هیچگونه دسترسی به مواد نداشته و در پایان دوره سم زدایی نتایج آزمایش ادرار بیمار منفی باشد.

۴- دست کم تا دوره راهنمایی درس خوانده، دارای دست کم ۱۸ سال سن بوده و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند. بدیهی است با توجه به این شرایط و محدودیت زمانی پژوهشگر امکان نمونه‌گیری تصادفی را نداشته و شیوه نمونه‌گیری در دسترس را به کار برده است. دامنه سنی آزمودنیها بین ۲۰ تا ۵۰ سال

($M=30/7$ و $SD=7$) بود. ۵۸٪ آنها دارای تحصیلات دوره راهنمایی و ۴۲٪ دارای دیپلم بودند. ۴۰٪ آنها مجرد، ۵۲٪ متأهل و ۸٪ مطلقه بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۵۲٪ کارگر ساده و خدماتی، ۳۸٪ کارمند، ۸٪ بیکار و ۲٪ آنها دانش‌آموز بودند. بیش از نیمی (۶۰٪) از معتادان مورد بررسی تنها یک ماده افیونی به کار می‌بردند، در حالیکه (۴۰٪) آنان چند ماده افیونی مصرف می‌کردند. دامنه میزان درآمد آنان بین ۲۵ تا ۷۰ هزار تومان در ماه ($M=38/2$ و $SD=12/3$) بود. همچنین میانگین و انحراف معیار طول مدت اعتیاد گروه مورد بررسی به ترتیب ۶/۶،

۴/۷ سال بود. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که بین ویژگیهای جمعیت شناختی معنادان بستری و گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهایی به شرح زیر به کار برده شد:

۱- تشخیص قطعی روانپزشک

۲- مصاحبه بالینی ساخت یافته مطابق ضوابط DSM-IV

۳- فرم ویژگیهای جمعیت‌شناسی که مرتبط با اهداف پژوهش تهیه شده بود.

۴- فهرست واری‌علائم و نشانه‌ها بر پایه ضوابط DSM-IV: این فهرست علائم را که صادقی و همکاران (۱۳۷۶) به منظور غربالگری اختلالات روانی در جمعیت شهری کرمانشاه تهیه و تنظیم نمودند دارای بیست و نه اختلال روانی شایع است. اجرای آن ۴۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد. صادقی و همکاران (۱۳۷۶) میزان توافق تشخیص‌گذاران برای چهار مقوله تشخیصی افسردگی، اختلالات وابسته به مواد، اسکیزوفرنیا و مایا را بر پایه این فهرست علائم به ترتیب ۰/۵۵، ۱، ۰/۶۱ و ۰/۶۴ گزارش کردند.

۵- پرسشنامه افسردگی بک^(۱) (BDI): این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که با همفکری متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده است. برتری مهم این پرسشنامه این است که برای اندازه‌گیری شدت افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار دارای اعتبار است (ویلیامز، ۱۹۸۴ به نقل از ابراهیمی، ۱۳۷۱). پرسشنامه افسردگی بک از هنگام تدوین یعنی حدود ۳۰ سال گذشته تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته و در بیشتر پژوهش‌ها اعتبار و پایایی آن تأیید شده است (مارنات^(۲)، ۱۹۹۰). در ایران اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای اندازه‌گیری افسردگی تأیید شده است (مهیار و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از ابراهیمی، ۱۳۷۱؛ پورشهباز، ۱۳۷۲). در این پژوهش با توجه به بررسیهای گذشته (ران زویل و

همکاران، ۱۹۷۹) نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ در BDI به عنوان نقطه برش جهت سرند اختلالاتی خلقی تعیین گردید.

۶- پرسشنامه حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر^(۳) (STAI-Y): این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران ارائه گردید و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو مقیاس حالت و صفت اضطراب است که هر کدام دارای ۲۰ عبارت است و میزان اضطراب آزمودنی را در هر مقیاس (حالت - صفت) می‌سنجد. این پرسشنامه خودآزما است و در طی ۲۰ سال گذشته به عنوان متداولترین آزمون برای اندازه‌گیری اضطراب در پژوهشهای گوناگون به کار رفته و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار بوده است (پناهی شهری، ۱۳۷۲). این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شده و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار بوده است (همان‌جا). در این پژوهش همانند بررسی رابرت و همکاران (۱۹۹۷) نمره مساوی یا بالاتر از ۲۱ در STAI-Y به عنوان نقطه برش برای سرند اختلالاتی اضطرابی تعیین گردید. به منظور تعیین اعتبار و پایایی آزمونهای BDI و STAI-Y یک بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر آزمودنی (۱۰ معتاد بستری و ۱۰ فرد بهنجار) به روش آزمون - آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته اجرا شد. نتایج نشان داد ضریب پایایی برای هر یک از آزمونهای یاد شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ بود. برای تعیین روایی دو آزمون یاد شده روش روایی وابسته به ملاک یا اعتبار همزمان^(۴) به کار برده شد. نتایج نشان داد که همبستگی BDI با مقیاس درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی (HPRS) ۰/۸۱ و همبستگی مقیاس STAI-Y با مقیاس درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای اضطراب (HPRSA) ۰/۷۱

1-Beck Depression Inventory (BDI)

2-Marnat

3-Spielberger State - Trait Anxiety Inventory (STAI)

4-concurrent validity

بود.

۷- مقیاس نگرشهای ناکارآمد (DAS). این مقیاس توسط بک و همکاران، (۱۹۸۷) بر پایه نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شد. DAS دارای ۴۰ عبارت است که آزمودنی باید باور خود را در مورد آن بر مقیاسی که شامل "موافقت کامل" تا "مخالفت کامل" است، مشخص نماید. برای نمره گذاری آن، هر پاسخ نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌گیرد. بنابراین دامنه نوسان نمرات آن از ۴۰ تا ۲۸۰ خواهد بود. بر پایه بررسیهای انجام شده میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالا آسیب پذیری در برابر افسردگی را نشان می‌دهد (رحمانی، ۱۳۷۷). بک و همکاران، (۱۹۸۷) و رحمانی (۱۳۷۷) پایایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش کردند.

برای اجرای پژوهش کلیه معنادان بستری دارای شرایط که به صورت داوطلبانه برای ترک اعتیاد خود از آغاز آذرماه ۱۳۷۷ تا پایان فروردین ۱۳۷۸ به مرکز آموزشی - درمانی فارابی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه و بستری شده بودند در دو مرحله مورد مصاحبه و ارزیابی تشخیصی قرار می‌گرفتند. در مرحله نخست یک مصاحبه ساخت نیافته با معنادان انجام می‌گرفت که ضمن آن ویژگیهای جمعیت شناختی آنها ثبت می‌گردید. سپس با به کارگیری فهرست واریسی علامت بر پایه معیارهای DSM-IV و مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. این مصاحبه تشخیصی شامل اطلاعات بالینی و درمانی می‌شد که روانپزشک برای جمع‌بندی تشخیص‌های اساسی محورا در نظر می‌گرفت. برای هر یک از معنادان بستری بر پایه توافق بین دستیار پژوهشی در سطح کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و یک روانپزشک، تشخیص عنوان می‌گردید. میزان توافق تشخیصی بین ارزیابان (روانشناس بالینی و روانپزشک) بالا بود (۰/۹۷). در این مرحله تنها بیمارانی که دارای تشخیص قطعی بوده و واجد ملاکهای

تشخیصی DSM-IV برای سوء مصرف و یا وابستگی مواد در (طول عمر) بودند به عنوان آزمودنیهای پژوهش انتخاب شدند. در مرحله دوم پژوهش، به منظور کاهش تأثیر استرس‌های حاد موقعیتی و اثرات مواد روی نشانه‌های اختلالهای روانی همبود و نیز کنترل همپوشی نشانه‌های ناشی از دوره ترک مواد ابزار پژوهش (BDI, DAS, STAI-Y) دو هفته پس از بستری شدن بیمار و از میان رفتن نشانه‌های دوره ترک - یعنی زمانی که طبق ارزیابی روانپزشک، گزارش روانشناسی بالینی و مشاهدات رفتاری در بخش، بیمار هیچ‌گونه نشانه‌ای ناشی از دوره ترک نداشت و به تشخیص روانپزشک از بیمارستان ترخیص می‌گردید، اجرا گردید.

آزمودنیهایی که نمرات آنها در مقیاس‌های یاد شده متوسط تا شدید بود (نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس BDI و نمره ۲۱ و بالاتر در STAI-Y به عنوان نمره برش در زمینه سرند اختلالهای خلقی و اضطرابی مد نظر قرار گرفت) به کمک فهرست تشخیصی علائم بر پایه معیارهای DSM-IV توسط روانپزشک از نظر وجود یا عدم وجود همبودی اختلالهای خلقی و اضطرابی مورد مصاحبه و ارزیابی تشخیصی قرار گرفتند. همزمان گروه بهنجار نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند و مراحل یاد شده در مورد آنها اعمال گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک شیوه‌های آمار توصیفی، آزمون t و آزمون خی دو و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

یافته ها

در جدول ۱، توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان شیوع تشخیص اختلالهای خلقی و اضطرابی در آزمودنیهای پژوهش با یافته‌های بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در نمونه‌ای از جمعیت عمومی شهری کرمانشاه (صادقی و همکاران، ۱۳۷۶) مقایسه گردیده است.

همان گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود نسبت‌های

شیوع اختلالاتهای خلقی و اضطرابی در دو گروه مورد بررسی دارای تفاوت معنی دارند ($P < 0/001$). به بیان دیگر،

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان شیوع اختلالاتهای خلقی و اضطرابی در معتادان بستری و جمعیت عمومی کرمانشاه بر حسب ملاکهای DSM-IV

اختلالاتهای روانی	معتادان (n=50)		جمعیت عمومی* (N=501)	
	F	%	F	%
اختلالاتهای خلقی	۳۶	۷۲	۳۵	۶/۹۹
افسردگی اساسی	۳۳	۶۶	۸	۱/۶۰
افسرده خوبی	۳	۶	۲۵	۴/۹۹
مانیا	۰	۰	۲	۴/۹۹
اختلالاتهای اضطرابی	۱۴	۲۸	۸۳	۱۶/۰۵**
اختلال اضطراب منتشر	۶	۱۲	۲۰	۳/۹۹
اختلال هراس	۴	۸	۹	۱/۸
اختلال استرس پس از ضربه	۳	۶	۱۳	۲/۵۹
اختلال وسواس-جبری	۱	۲	۱۵	۲/۹۹
اختلال فوبی اجتماعی	۰	۰	۱۵	۲/۹۹
اختلال فوبی خاص	۰	۰	۱۱	۲/۱۹

* در این پژوهش از پرسشنامه SRQ-24 به عنوان ابزار غربالگری و از "فهرست واریس علائم و نشانه‌ها" بر پایه معیارهای DSM-IV برای مصاحبه تشخیصی روانپزشک استفاده شده است (صادقی و همکاران، ۱۳۷۷).

* $P < 0/001$

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالاتهای خلقی در معتادان بستری تقریباً هفت برابر بیشتر از میزان شیوع این اختلالات در جمعیت عمومی است. بدین ترتیب، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه "میزان شیوع اختلالاتهای خلقی و اضطرابی در معتادان بستری بیش از افراد عادی است" تأیید شد.

به منظور بررسی فرضیه دوم و سوم پژوهش مبنی بر اینکه "میزان شدت افسردگی و اضطراب در معتادان بستری بیش از افراد بهنجار است"، مقایسه میانگین نمرات افسردگی (BDI) و اضطراب (STAI-Y) دو گروه پژوهش به کمک آزمون t نشان داد که بین نمرات دو گروه در میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). در نتیجه فرضیه دوم و سوم پژوهش تأیید شد (جدول ۲).

در رابطه با فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر اینکه "میزان نگرشهای ناکارآمد در معتادان بستری دارای اختلالاتهای همبود بیش از افراد بهنجار است، نتایج آزمون t نشان داد (جدول ۳) که بین میانگین نمرات دو گروه

جدول ۲- مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t میزان افسردگی و اضطراب دو گروه مورد بررسی

گروهها	معتادان (n=50)		بهنجار (n=50)		آزمونها	میانگین انحراف	میانگین انحراف نمره t
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
افسردگی (BDI)	۲۸/۳	۸/۲	۹/۵۲	۴/۲	۱۴/۳*		
مقیاس حالت-اضطراب	۳۲/۵	۱۰/۶	۲۰/۱	۱۰/۴	۵/۶*		
مقیاس صفت-اضطراب	۳۵/۳	۹/۴	۱۹/۶	۹/۶	۸/۸*		

* $P < 0/001$

جدول ۳- مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t، مقیاس نگرشهای ناکارآمد دو گروه مورد بررسی

شاخصها	فراوانی میانگین	انحراف معیار	t
معتادان خود معرف	۵۰	۱۷۵/۰۴	۲۷/۱۵
پهنجار	۵۰	۱۲۸/۴۲	۲۵/۴۹

*p < ۰/۰۰۱

پژوهش در DAS تفاوت معنی داری وجود دارد (p < ۰/۰۰۱).

در رابطه با فرضیه پنجم پژوهش این بررسی نشان داد که بین میزان افسردگی و اضطراب در معتادان خود معرف بر حسب الگوی مصرف مواد آنها رابطه معنی داری وجود ندارد. به بیان دیگر، همان گونه که در جدول ۴ دیده می شود، گرچه بین میانگین های دو گروه در BDI و STAI-Y تفاوتی وجود دارد، یعنی معتادانی که به چند ماده افیونی اعتیاد داشتند، نمرات بالاتری را در آزمونهای یاد شده در مقایسه با معتادانی که به یک ماده افیونی اعتیاد داشتند، بدست آورده اند، اما نتایج آزمون t بین الگوی مصرف مواد و میزان افسردگی و اضطراب آزمودنیها تفاوت معنی داری نشان نداد (جدول ۴).

همچنین میزان افسردگی و اضطراب آزمودنیها بر حسب طول مدت اعتیاد آنها به مواد افیونی با استفاده از آزمون t مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین میزان افسردگی و اضطراب آزمودنیها و طول مدت اعتیاد آنها رابطه معنی داری وجود دارد (جدول ۵).

همچنین این بررسی نشان داد که میزان افسردگی در معتادانی که دارای تحصیلات پایین تری بودند بیشتر از معتادانی است که تحصیلات بالاتری داشته اند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است (P < ۰/۰۰۵). از سوی دیگر، نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین

جدول ۴- مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t میزان افسردگی و اضطراب معتادان بستری بر حسب الگوی مصرف مواد.

نمرات	الگوی مصرف مواد		اعتیاد به یک ماده افیونی (n=۳۰)		اعتیاد به چند ماده افیونی (n=۲۰)	
	SD	M	SD	M	SD	M
افسردگی	۲۷/۳۸	۷/۵۳	۲۹/۰۳	۸/۶۸	۲۷/۲۲*	۲۹/۰۳
مقیاس حالت-اضطراب	۳۱	۱۰/۴۳	۳۳/۶۲	۱۰/۸۴	۳۱/۸۶*	۳۳/۶۲
مقیاس صفت-اضطراب	۳۵/۰۵	۸/۹۷	۳۶/۵۹	۹/۸۴	۳۵/۰۵*	۳۶/۵۹

*N.S.

جدول ۵- مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t میزان افسردگی و اضطراب در معتادان بستری بر حسب طول مدت اعتیاد آنها

نمرات	طول مدت اعتیاد		۶ سال و کمتر		بیش از ۶ سال	
	SD	M	SD	M	SD	M
افسردگی	۲۴/۷۳	۶/۸۳	۳۱/۱۸	۸/۱۳	۲۳/۰۵*	۳۱/۱۸
میزان اضطراب	۳۱/۵۴	۸/۰۳	۳۹/۳۹	۹/۱۰	۳۱/۲۳**	۳۹/۳۹

*p < ۰/۰۵

**p < ۰/۰۱

ویژگیهای جمعیت شناختی معتادان بستری مانند وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد، الگوی مصرف مواد و طول مدت اعتیاد آنها رابطه معنی داری وجود ندارد.

در پژوهش حاضر، در زمینه بررسی شایعترین نشانه های افسردگی در معتادان بستری نتایج نشان داد که احساس شکست خوردگی و افکار خودکشی، انتظار تنبیه داشتن، کندی در انجام کارها، دوره های گریه کردن، بیخوابی، کاهش وزن، بیزاری از خود، اتهام بستن به خود، اشتغال ذهنی درباره بدن، نارضایتی، احساس گناه، پایین بودن سطح انرژی، احساس غمگینی و بدبینی، احساس خستگی، گوشه گیری، بی تصمیمی، تحریک پذیری و بی

اشتهایی به ترتیب از شایعترین نشانه‌های افسردگی در آنان بوده است.

بحث

این پژوهش به منظور بررسی همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در معتادان بستری و مقایسه آن با افراد بهنجار انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان همبودی اختلالات خلقی در معتادان بستری (۷۲٪) بالاتر از میزان همبودی به دست آمده در بررسی جیمز^(۱) و همکاران (۱۹۹۴)، (۱۷٪) ران زویل و همکاران (۱۹۹۱) (۴۴/۳٪)، ریجر و همکاران (۱۹۹۰) (۳۰/۸٪)، هلن و همکاران (۱۹۸۸)، (۲۷/۳٪)، رابرت و همکاران (۱۹۹۷)، (۳۶٪) می‌باشد. همچنین در گروه مورد بررسی میزان همبودی اختلالات اضطرابی (۲۸ درصد) پایین‌تر از میزانهای همبودی گزارش شده در بررسیهای ریجر و همکاران (۱۹۹۰)، (۳۱/۶٪) هلن و همکاران (۱۹۸۸)، (۴۵/۴٪)، جیمز و همکاران (۱۹۹۴)، (۳۰٪) و بالاتر از میزان همبودی به دست آمده در بررسیهای ران زویل و همکاران، (۱۹۸۲)، (۱۵/۸٪) رابرت و همکاران (۱۹۹۷)، (۱۵٪) می‌باشد. همچنین در گروه مورد بررسی میزان همبودی اختلالات اضطرابی (۲۸٪) پایین‌تر از میزانهای همبودی گزارش شده در بررسیهای ریجر و همکاران، (۱۹۹۰)، (۳۱/۶٪) هلن و همکاران (۱۹۸۸)، (۴۵/۴٪)، جیمز و همکاران (۱۹۹۴)، (۳۰٪) و بالاتر از میزان همبودی به دست آمده در بررسیهای ران زویل و همکاران (۱۹۸۲) (۱۵/۸٪) رابرت و همکاران، (۱۹۹۷)، (۱۵٪) می‌باشد. دلایل ناهمخوانی بین یافته‌های پژوهش حاضر با بررسیهای پیشین احتمالاً می‌تواند مربوط به روش و ابزارهای به کار برده شده، استفاده از نظام‌های طبقه بندی گوناگون برای تشخیص‌گذاری، متفاوت بودن زمان ارزیابی، تفاوت در روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، بود یا نبود گروه گواه و شرایط اقتصادی - اجتماعی نمونه مورد بررسی باشد.

وجود نشانه‌های افسردگی در سطح متوسط تا شدید بر اساس نمرات آزمودنیها در BDI در ۲۰ تا ۶۸ درصد معتادان بستری و وجود نشانه‌های اضطراب در سطوح متوسط تا شدید در ۳۰ تا ۵۸ درصد گروه مورد بررسی در آزمون STAI-Y با یافته‌های لهمن و همکاران (۱۹۷۲)، روبینز^(۲) و همکاران (۱۹۷۴)؛ ران زویل و همکاران، (۱۹۷۹)؛ وایسمن^(۳) و همکاران (۱۹۷۶)، ران زویل و همکاران (۱۹۹۱) همخوان است. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر بیشتر بودن میزان نگرشهای ناکارآمد در معتادان بستری دارای اختلالات همبود در مقایسه با افراد بهنجار، با دیدگاههای شناختی و یافته‌های پژوهشی چندی (بلک برن و همکاران، ۱۳۷۴) که نشان می‌دهند، طرحواره‌های شناختی، بیماران افسرده را از افراد عادی و سایر بیماران روانی متمایز می‌کند همخوان است. یافته‌های پژوهش در زمینه نبود رابطه معنی دار میان ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها (وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد) با الگوی مصرف مواد و طول مدت اعتیاد آنها با یافته‌های بررسی رابرت و همکاران (۱۹۹۷) ناهمخوان است که این امر احتمالاً ناشی از پایین بودن حجم نمونه و نیز شرکت مردان در پژوهش فعلی می‌باشد. از سوی دیگر نتایج آزمون ۱ نشان داد که بین میزان افسردگی و اضطراب آزمودنیها و متغیر طول مدت اعتیاد آنها به مواد افیونی رابطه معنی داری وجود دارد که این یافته پژوهش با یافته‌های سایر پژوهشهای مشابه مبنی بر اینکه مصرف طولانی مدت مواد افیونی ممکن است باعث افزایش میزان افسردگی و اضطراب در معتادان مواد افیونی شود (میرین و همکاران، ۱۹۷۹، به نقل از رابرت و همکاران، ۱۹۹۷) همخوان است.

در نهایت با توجه به بالا بودن میزان همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی، تدوین روشهای مؤثر و کارآمد برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانی همبود

1-James

2-Robins

3-Wiessman

برای کلیه معتادانی که در برنامه‌های ترک اعتیاد شرکت می‌کنند ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجا که در بررسی‌های پس رویدادی و توصیفی نمی‌توان متغیرهای مستقل را دستکاری نمود و عوامل مداخله‌گر فراوان هستند و نظر به اینکه در پژوهش حاضر بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته‌اند باید در استنباط روابط علت و معلولی و تعمیم‌پذیری یافته‌ها جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به بالا بودن میزان همبودی اختلالهای خلقی و اضطرابی نیاز به پیش‌بینی طرح درمانی گسترده‌ای که به اختلالهای روانی معتادان نیز بپردازد، احساس می‌شود.

سپاسگزاری

در پایان از استادان محترم انستیتو روانپزشکی تهران، آقایان: دکتر جعفر بوالهروی، دکتر سید اکبر بیان زاده، همچنین از کارکنان اداره کل مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر که به گونه‌ای ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

ابراهیمی، امرا... (۱۳۷۱). بررسی تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت اجتماعی در جانبازان قطع نخاعی افسرده و غیر افسرده مقیم منزل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

بلک برن، ایوی - ماری؛ دیویدسون، کیت ام. (۱۳۷۴). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب. ترجمه حسن تونده جانی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

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

پناهی شهری، محمود (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی روانی، اعتبار

و نرم‌یابی پرسشنامه حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر (STAI-Y). پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

رحمانی، فاتح (۱۳۷۷). مقایسه نگرشهای ناکارآمد بیماران افسرده درمان شده، بیماران افسرده غیر درمان شده و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

صادقی، خیرا...؛ صابری، سید مهدی؛ عصاره، مرضیه (۱۳۷۶). پیش‌آزمایی برنامه غربالگری برای شناسایی اختلالهای روانی در نمونه‌ای از جمعیت شهری کرمانشاه. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، معاونت پژوهشی.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D. C.: APA.

Bukstein, G. M., David, A., Drent, M.D., & Kamminer, M.D. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1131-1141.

Dackis, C.A., & Gold, M. (1983). Opiate addiction and depression: Cause of effect? *Drug and Alcohol Dependency*, 110, 105-109.

Helen, F., Ross, F. B., & Gluser, M.D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.

James, A. H., Ross, D. (1994); Psychiatric comorbidity in treatment - seeking cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 3, 25-35.

Kranzler, H.R., & Liebowitz, N.R. (1988). Anxiety and

- depression in substance abuse; Clinical implications, *Medicine Clinical North American*, 72, 867-885.
- Kushner, M.G., Sher, K.J., & Bietman, B.D. (1990). The relationship between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-694.
- Lehmann, W. X. (1972). Adolescents, methadone, and psychotherapeutic agents in narcotics addicts. *American Journal of Psychiatry*, 34, 574-580.
- Lial, K. (1990). The assessment of comorbid psychiatric illness and substance disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 50, 43-55.
- Marnat, G. G., (1990). *Handbook of Psychological Assessment*. (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Maser, J. D., & Dinges, N. (1993). Comorbidity meaning and uses in cross-cultural clinical research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 409-425.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorder and Substance abuse. *British Journal Psychiatry*, 168, (Suppl. 80), 58-68.
- Meyer, R. E. (1986). *Psychopathology and addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- Regier, D. A., Fakmer, M., D, Locke, B. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 262, 2511-2518.
- Robert, K., Bronner, V., & Kings, M. K. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Robins, P. R. (1974). Depression and drug addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 375-386.
- Rounsaville, B. J., Wiessman, M. M., Cristchrisop, K., & Wilber, C. (1982). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts course and relationship to treatment outcome. *Archives of General Psychiatry*, 39, 151-156.
- Rounsaville, B., Rosenberger, P., & Wilber, C., (1980). A comparison of the SADS/EDC and the DSM-III. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 90-97.
- Rounsaville, B., Kosten, T. R., & Wiessman, M. (1986). Prognostic significance of psychiatry disorders in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 43, 739-745.
- Rounsaville, B., & Susan, F. A. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment - seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.
- Rounsaville, B., Wiessman, M., & Rosenberger, P. (1991). Detecting depressive disorder in drug abusers. A comparison of screening instruments. *Journal of Affective Disorder*, 10, 255-267.
- Wiessman, M. M., Slohertz, F., & Prusoff, B. (1976). Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1434-1438.
- Witthen, H.U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, (Suppl. 30) 9-16.