



شیوع اختلالات روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی

محمد ناظر*، دکتر عزت‌آ... خالقی**، احمد رضا صیادی***

چکیده

هدف: در بررسی حاضر رابطه میان شدت اختلالات روانپزشکی و شدت وابستگی به مواد افیونی به عنوان یک پیش‌آگهی منفی در درمان افراد معتاد به مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفته است. روش: این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. آزمودنیهای پژوهش را ۲۴۰ نفر (۲۳۲ مرد، ۸ زن) تشکیل داده‌اند که به تصادف از میان بیماران معتاد به مواد افیونی مراجعه‌کننده برای درمان انتخاب شده‌اند. ابزار پژوهش، آزمون MMPI و مصاحبه روانپزشکی بوده است که به صورت انفرادی اجرا شده است. داده‌ها به کمک آزمونهای آماری خسی دو، تحلیل واریانس و روش توکس تحلیل گردیده است. یافته‌ها: شایعترین روش مصرف کشیان تریاک با سیخ و سنگ (۲۸/۸٪)، میانگین طول مدت مصرف ۵/۹۶ سال، میانگین سن شروع اعتیاد ۲۴ سالگی و میانگین دفعات ترک ۱/۱ مرتبه بوده است. ۵۰/۴٪ نمونه دارای یک یا چند تشخیص روانپزشکی بودند و به ترتیب اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ۲۵٪، افسردگی با ۲۰/۵٪ و اضطراب با ۱۸/۳٪ شایعترین اختلالاتها بوده‌اند. این بررسی نشان داد که با افزایش شدت وابستگی به مواد شدت اختلالات روانپزشکی بیشتر شده است. به طوری که مصرف‌کنندگان تریاک با وانور و سیخ و سنگ به ترتیب ۳۰/۵٪ و ۳۹/۲٪ و تدخین و تزریق‌کنندگان هروئین به ترتیب ۷۲/۷٪ و ۹۲/۳٪ داری تشخیص روانپزشکی بودند. نتیجه: بیمار بودن معتادان دور از واقعیت نیست در درمان باید به شدت اعتیاد و تشخیصهای روانپزشکی همراه توجه داشت. شدت اعتیاد نوعی پیش‌آگهی منفی در ترک ناموفق و بالاتر بودن همزمانی تشخیصهای روانپزشکی است.

کلید واژه: اختلالات روانپزشکی، وابستگی به مواد افیونی، اعتیاد، تریاک، تشخیص همزمان

Andeesh
Va
Rafiar
اندیشه و رفیار

۳۸

*کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان. رفسنجان، بیمارستان مرادی، بخش روانپزشکی.

**روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان. رفسنجان، بیمارستان مرادی، بخش روانپزشکی.

***کارشناس ارشد‌کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان. رفسنجان، بیمارستان مرادی، بخش روانپزشکی.

بیماری توأم^۱ 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 بیماری می‌گردند (گست فرند^۲، ۱۹۹۶؛ پانی^۳، تروسگ^۴، ۱۹۹۷). امروزه پرسشی که برای بسیاری از صاحب‌نظران کشور ما مطرح می‌باشد این است که آیا معتاد مجرم است یا بیمار؟ در بررسی‌های انجام شده شیوع همبودی اختلالات روانپزشکی و وابستگی به مواد افیونی بسیار متفاوت گزارش گردیده است. این تفاوت به روش پژوهش و نمونه مورد بررسی بستگی دارد، برای نمونه انجام پژوهش بر روی جمعیت عادی با جمعیت درمانگاه‌های روانپزشکی یافته‌های متفاوتی ارائه خواهند داد (میلر^۵، ۱۹۹۷). یک بررسی زمینه یابی گسترده نشان داد که ۷۶٪ مردان و ۶۵٪ زنان که سوء مصرف یا وابستگی به مواد داشته‌اند دارای یک تشخیص روانپزشکی می‌باشند و شایعترین اختلال، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ترسهای مرضی و اختلالات افسردگی به ویژه افسرده خوئی بوده است (برادی^۶ و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین بررسی یاد شده نشان داد که ۳۵٪ تا ۶۰٪ مبتلایان به سوء مصرف یا وابسته به مواد شخصیت ضد اجتماعی و ۳۰٪ تا ۵۰٪ آنان دچار افسردگی و تقریباً ۲۰ بار بیشتر از جمعیت عادی اقدام به خودکشی داشته‌اند (کاپلان^۷، سادوک^۸، ۱۳۷۵). ریچر^۹ و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از میلر، (۱۹۹۷) در پژوهشی شیوع اختلالات روانی را در سوء مصرف کنندگان به مواد و الکل به شرح زیر گزارش نمودند. اختلالات خلقی ۲۶/۴٪،

اختلالات اضطرابی ۲۸/۳٪، اسکیزوفرنیا ۶/۸٪، شخصیت ضداجتماعی ۱۷/۸٪، سایر اختلالات روانی ۵۳/۱٪. ریچر در بیماران روانپزشکی شیوع اعتیاد را بررسی و به شرح زیر گزارش نمود: شیوع سوء مصرف مواد در اختلالات خلقی ۱۹/۴٪، در اختلالات اضطرابی ۱۱/۹٪، در اسکیزوفرنیا ۲۷/۵٪، در اختلالات شخصیتی ۴۲٪ و در سایر اختلالات روانی ۱۴/۷٪ گزارش نمود (همان جا).

میلر و همکاران (۱۹۹۰) تشخیص همزمان مصرف مواد و الکل و وجود یک اختلال روانی را در جمعیت عادی بررسی نمودند و دریافتند که ۸٪ مردها و ۲۳/۴٪ زنها با افسردگی، ۰/۸٪ مردها و ۳/۱٪ زنها با اختلال دو قطبی، ۲/۴٪ مردها و ۷/۲٪ زنها با اسکیزوفرنیا، ۱۴/۶٪ مردها و ۱۰/۱٪ زنها با شخصیت ضد اجتماعی و ۲/۱٪ مردها و ۷/۹٪ زنها با اختلال آسیمگی، ۱۳/۵٪ مردها و ۳۳/۱٪ زنها اختلال ترس مرضی همراه داشتند.

برونر^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۷)، به نقل از سادوک و سادوک، (۲۰۰۰) در پژوهشی شیوع اختلالات شخصیتی در وابستگان به مواد افیونی را به شرح زیر گزارش کردند: کل اختلالات شخصیتی ۴۰٪، اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۳۳/۹٪، اجتنابی ۳/۴٪، مرزی ۱/۳٪، متفعل مهاجم ۳/۷٪، پارانوئید ۴/۵٪، نمایشی ۸٪، خودشیفته ۱/۶٪، وسواسی ۱/۱٪. همچنین وی و همکاران آمار اختلالات روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی را به شرح زیر گزارش کردند: اختلالات خلقی ۱۱/۴٪ در مردها و ۲۷/۵٪ در زنها، افسردگی اساسی ۸/۷٪

1- comorbidity	2- Gastfriend
3- Pani	4- Trosgu
5- Miller	6- Brady
7- Kaplan	8- Sadock
9- Regier	10- Brooner

در مردها و ۲۳/۷٪ در زنها، افسرده خوئی ۲/۴٪ برای مردها و ۴/۴٪ برای زنها، اختلالهای اضطرابی ۶/۱٪ برای مردها، ۱۰/۷٪ برای زنها، ترس مرضی ساده ۱/۹٪ مردها و ۵/۳٪ در زنها، فوبی اجتماعی ۱/۹٪ در مردها و ۳/۶٪ در زنها، آسیمیگی ۴/۱٪ در مردها و ۱/۸٪ در زنها، گزارش گردید.

له مان^۱؛ مه یر^۲، کورتی^۳، تامپسون^۴ (۱۹۹۴) نشان دادند که اعتیاد در بیماران روانی شدت بیشتری دارد، یعنی میزان مصرف، سریعتر افزایش می‌یابد و وابستگی به مواد در آنها زودتر رخ می‌دهد.

کولهو^۵، رینج^۶، راموس^۷، (۲۰۰۰) نشان دادند که بین میزان افسردگی و شدت مصرف مواد و اعتیاد رابطه وجود دارد و هرچه افسردگی شدیدتر باشد، اعتیاد مزمن‌تر خواهد بود. گلدشتاین و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که اعتیاد در مصرف‌کنندگان مواد و الکل دارای شخصیت ضداجتماعی زودتر مزمن می‌شود و اعتیاد آنها طولانی‌تر است.

افقه و خلیلیان (۱۳۷۵) نشان دادند که ۴۲/۴٪ از افراد معتاد پیش از گرایش به مواد افیونی دچار نوعی افسردگی بوده‌اند و ۱۳٪ پس از گرایش به این مواد دچار افسردگی شده‌اند.

طاهری و سمیعی (۱۳۷۶) نشان دادند که از کل مراجعان به مرکز ترک سرپایی بهزیستی تهران ۲۱٪ سابقه ناهنجاری روانی پیشین و ۲۸٪ سابقه خودکشی، همچنین در هنگام مراجعه ۲۰٪ آنان از اضطراب، ۱۸٪ از افسردگی رنج می‌برده‌اند.

۵۳/۸٪ هم اضطراب و هم افسردگی داشته‌اند و ۳۵٪ دارای سایر اختلالهای روانی بوده‌اند.

پژوهش‌گر روزی^۸، ورتین^۹، دکسویتز^{۱۰} (۱۹۹۹) در زمینه تشخیص همزمان اختلالهای روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی در پیگیری ۵ ساله نشان داد بیمارانی که نشانه‌هایی از افسردگی، اضطراب و رفتارهای ضداجتماعی دارند در طول

درمان دچار وابستگی دارویی می‌شوند. توبابن^{۱۱} (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان داد هنگامی که بیماری دارای دو تشخیص همزمان اختلالهای روانپزشکی و وابستگی دارویی یا الکل است، درمان هر دو اختلال با مشکلات بیشتری همراه است. آبراهام^{۱۲} و فاوا^{۱۳} (۱۹۹۹) نشان دادند که دلیل بالا بودن میزان اعتیاد دارویی در بیماران افسرده آن است که این بیماران با مصرف الکل یا کوکائین یا سایر مواد، نوعی خود درمانی انجام می‌دهند.

به طور کلی اعتیاد در بیماران روانی گونه‌ای درمان به شمار می‌رود (خانتزین^{۱۴}، ۱۹۸۵ به نقل از میلر، ۱۹۹۷). شاید این مسئله یکی از دلایل همزمانی آنها باشد. مینکوف^{۱۵} (۱۹۸۹)، به نقل از میلر، (۱۹۹۷)، گزارش کرد که درمان بیماران معتاد با تشخیص‌های روانپزشکی همراه نیاز به راهبردهای درمانی ویژه دارد. برومه^{۱۶} و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که تشخیص‌های روانپزشکی همزمان در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان معیاری برای ماندن در درمان و درمان موفق به شمار می‌رود. همچنین آنان نشان دادند که درمان مصرف‌کنندگان مواد با تشخیص روانپزشکی نسبت به مصرف‌کنندگان بدون تشخیص روانپزشکی موفقیت کمتری دارد. در پژوهش حاضر همزمانی وابستگی به مواد افیونی و اختلالهای روانپزشکی و برخی متغیرهای دیگر

- | | |
|--------------|--------------|
| 1- Lehman | 2- Myers |
| 3- Corty | 4- Thompson |
| 5- Coelho | 6- Range |
| 7- Ramos | 8- Krausy |
| 9- Verthein | 10- Deqxwitz |
| 11- Thobaben | 12- Abraham |
| 13- Fava | 14- Khantzan |
| 15- Minkoff | 16- Brome |

چون نوع ماده، روش مصرف، طول مصرف، سن و دفعات ترک مورد بررسی قرار گرفته اند.

روش

بررسی حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است. هدف اصلی بررسی تشخیص همزمان اختلالهای روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی بوده است. جامعه مورد بررسی را کلیه مراجعان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان رفسنجان تشکیل داده‌اند. نمونه مورد بررسی ۲۴۰ نفر (۲۳۲ مرد، ۸ زن) بودند که به روش تصادفی نظام دار از میان مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهزیستی رفسنجان در مدت ۶ ماه از خرداد تا آذرماه ۱۳۷۹ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها را یک پرسشنامه جمعیت شناختی دارای ۳۰ پرسش، پرسشنامه ۷۱ سؤالی MMPI و مصاحبه بالینی روانپزشکی تشکیل داده‌اند. مصاحبه بالینی روانپزشکی توسط روانپزشک یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام گردیده است. برای بررسی اعتبار و همبستگی میان نتایج این آزمون و نتایج مصاحبه روانپزشکی ضریب همبستگی محاسبه شد و ضریب ۰/۷۸ بدست آمد و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی، طی ۲ جلسه در یک هفته صورت گرفته است.

تحلیل داده‌ها به کمک آزمونهای آماری، مجذور خسی، تحلیل واریانس یک متغیری و روش توکی انجام شد. به دلیل محدودیت امکانات پژوهشی تنها ۸ تشخیص مطرح شده در آزمون MMPI مورد بررسی قرار گرفت. از ارائه سایر داده‌های بدست آمده در مصاحبه خودداری شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه مورد بررسی ۳۰ سال،

میزان تحصیلات ۳۷/۵٪ ابتدایی و ۳۷/۵٪ راهنمایی بوده است. ۷۴/۲٪ آزمودنیها متأهل و شغل ۳۰٪ آنها کارگر و بنا بود. با نگاهی به جدول شماره ۲ در میان ۸ روش مصرف، رایج‌ترین روش کشیدن تریاک با سیخ و سنگ و قلیان (۲۸/۷٪) و کشیدن تریاک با وافور (۱۹/۲٪) بود. کشیدن هروئین در ۱۵/۸٪ گزارش گردید. طولانی‌ترین مدت اعتیاد در تزریق شیره با میانگین ۱۵ سال و خوردن شیره با میانگین ۷/۹۳ سال و کشیدن شیره با ۷/۷ سال بود. کوتاهترین مدت اعتیاد در کشیدن تریاک با سیخ و سنگ با میانگین ۴/۷۹ سال و با وافور ۵/۱ سال بود. میانگین مدت مصرف در کل نمونه ۵/۹۶ سال بوده است که با تحلیل واریانس و روش تعقیبی توکی بین گروههای ۱ و ۷ (گروه ۲ و ۷) و ۲ و ۵ تفاوت معنی دار ($p < ۰/۰۵$) و سایر حالتها تفاوت معنی دار نداشتند. سن شروع میانگین کل نمونه ۲۴ سالگی بود، در تزریق کنندگان هروئین ۱۸/۹ سالگی و در مصرف کنندگان شیره ۱۶ سالگی بوده است. اما مصرف کنندگان تریاک با وافور با میانگین ۲۸/۵ دیرتر از همه مصرف این ماده را آغاز کرده‌اند. تحلیل واریانس بین گروه کشیدن تریاک با وافور و گروه تزریق هروئین با روش توکی تفاوت معنی‌دار نشان داد. اما تفاوت سایر گروهها از نظر آماری معنی‌دار نبود. میانگین ترک ناموفق قبلی در کل نمونه ۱/۱ مرتبه بوده است. ۶۰٪ آزمودنیها سابقه ترک پیشین داشتند. این بررسی نشان داد که با افزایش شدت اعتیاد شمار دفعات ترک ناموفق نیز افزایش می‌یابد بطوریکه میانگین ترک در مصرف کنندگان تریاک با وافور ۰/۶۷ دفعه و در تزریق کنندگان هروئین ۲/۳۸ مرتبه بوده است. در گروه اخیر ۱۶٪ بدون سابقه ترک بودند. ۵۹ نفر (۲۵٪) سابقه اعتیاد را در اعضای درجه اول

خانواده خود گزارش نمودند. جدول ۳ نشان می‌دهد که ۵۰/۴٪ آزمودنیها دارای یک یا چند تشخیص روانپزشکی هستند که در آن شخصیت ضداجتماعی با ۲۵٪، افسردگی با ۲۰/۴٪ و اختلالهای اضطرابی با ۱۸/۳٪ بیشترین فراوانی را داشته‌اند. نکته مهم این که با شدت پیدا کردن اعتیاد درصد اختلالهای روانپزشکی بیشتر

می‌شود. در مصرف‌کنندگان تریاک با وافر ۳۰/۵٪ و سیخ و سنگ ۳۹/۲٪ دارای تشخیص روانپزشکی بودند در حالی که در مصرف‌کنندگان هروئین به شیوه دود کردن و تزریق به ترتیب ۷۳/۷٪ و ۹۲/۳٪ دارای یک یا چند تشخیص روانپزشکی بودند. که این تفاوت به کمک آزمون خی دو ($X^2 = 27/2, p < 0/001$) معنی‌دار بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنس، سن و میزان تحصیلات

متغیر	فراوانی	درصد	
جنس	مرد	۲۳۲	۹۶/۶
	زن	۸	۳/۴
گروه سنی	۱۱-۲۱	۲۲	۹/۲۲
	۲۲-۳۱	۱۳۵	۵۶/۲
	۳۲-۴۱	۶۳	۲۶/۲
	۴۲-۵۱	۱۷	۷
	۵۲-۶۱	۲	۰/۸۳
	۶۲-۷۱	۱	۰/۴
میزان تحصیلات	۱- بیسواد	۱۵	۶۳
	۲- ابتدایی	۹۰	۳۷/۵
	۳- راهنمایی	۹۰	۳۷/۵
	۴- دیپلم	۳۵	۱۴/۶
	۵- دانشگاه	۱۰	۴/۲
وضعیت تأهل	۱- مجرد	۵۴	۲۲/۵
	۲- متأهل	۱۷۵	۷۴/۲
	۳- متارکه	۶	۲/۵
	۴- طلاق	۲	۰/۸
شغل	۱- بیکار	۳۴	۱۴/۲
	۲- کارمند	۲۴	۱۰
	۳- آزاد	۵۳	۲۲/۱
	۴- کارگروینا	۷۳	۳۵
	۵- سرباز	۱	۰/۴
	۶- خانه‌دار	۷	۲/۹
	۷- بازنشسته	۲	۰/۸
	۸- کشاورز	۴۶	۱۹/۲

جدول ۲- توزیع آزمودنیهای پژوهش بر حسب نوع ماده، روش و مقدار مصرف، سن اعتیاد، دفعات ترک و وجود معتاد در خانواده

متغیر	تریاک	تریاک	تریاک	شیره	شیره	شیره	هروئید	هروئید	هروئین	جم
	وافور	سیخ سنگ	قلیان	خوراکی	تدخین	خوردن	ن	تدخیه	توزیق	ع
تعداد افراد نمونه	۶۹	۳۴	۹	۲۹	۳۸	۲	۱۳	۲۴۰		
درصد	۱۹/۲	۲۸/۸	۱۴/۲	۳/۸	۱۲/۱	۰/۸۳	۵/۴	۱۰۰		
میانگین مقدار مصرف به گرم	۴/۶	۳	۳/۵	۴	۳	۲/۱	۲/۲			
حداکثر و حداقل مصرف	۱۸/۵	۷	۹	۷	۴/۶	۶	۷			
میانگین طول مصرف به سال	۰/۵	۰/۵	۲/۵	۲/۳	۰/۹	۱	۴/۶			
میانگین سن شروع	۵/۱	۴/۷۹	۶/۶۷	۷/۷	۷/۹۳	۵/۵	۷/۳			
میانگین سن شروع	۲۸/۵	۲۳/۹	۲۵	۲۲	۲۳	۲۱/۵	۱۸/۹			
افراد با سابقه ترک میانگین	۱۹	۳۷	۲۲	۷	۲۰	۲۷	۱۱			
دفعات ترک	$\bar{X} = 0/77$	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 2/4$	$\bar{X} = 1/4$	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 4/5$	$\bar{X} = 2/38$		
وجود معتاد در خانواده	۶	۲۳	۱۰	۱	۷	۹	۳			

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۳

جدول ۳- درصد تشخیص همزمان یک یا چند بیماری با توجه به نوع ماده و روش مصرف در وابستگان به مواد افیونی (n=۲۴۰)

روش مصرف	تریاک	تریاک	تریاک	شیره	شیره	شیره	هروئین	هروئین	هروئین	جمع
نوع اختلال	وافور (درصد)	سیخ سنگ (درصد)	قلیان (درصد)	خوراکی (درصد)	تدخین (درصد)	خوردن (درصد)	تدخین (درصد)	تدخین (درصد)	توزیق (درصد)	(درصد)
افسردگی	۴/۳	۱۳	۱۸/۹	۱۱/۱	۳۱	۲۸/۹	۵۰	۶۹	۲۰/۴	
هیومانی و مانیا	۲/۱	۱/۴	۸/۸	۱۱/۱	۳/۴	۵/۲	۰	۳۸	۵/۸	
اضطراب	۸/۶	۱۴/۴	۲/۹	۱۱/۱	۳۱	۲۱	۵۰	۷۶/۹	۱۸/۳	
خودبیمارانگاری	۶/۵	۲/۸	۵/۸	۴۴/۴	۱۷/۲	۱۸/۴	۵۰	۱۵/۳	۱۰/۴	
اسکیزوفرنی	۲/۱	۱/۴	۵/۸	۲۲/۲	۶/۸	۷/۸	۰	۳۸	۶/۶	
ضداجتماعی	۱۰/۸	۱۸/۸	۲۴/۴	۴۴/۴	۳۴/۴	۳۱/۵	۵۰	۴۶	۲۵	
هیستری	۱۰/۸	۱۳	۱۸/۹	۱۱/۱	۱۳/۷	۱۰/۵	۰	۷/۶	۱۲/۹	
افکار پارانویید	۲/۱	۷/۲	۱۱/۷	۳۳/۳	۲۷/۵	۳۱/۵	۵۰	۵۳/۸	۱۷/۱	
بی تشخیص*	۶۹/۶	۶۰/۸	۵۰	۴۴/۴	۴۱/۳	۶۲/۳	۵۰	۷/۷	۴۹/۶	
تشخیص**	۳۰/۵	۳۹/۲	۵۰	۵۵/۶	۵۸/۷	۷۳/۷	۵۰	۹۲/۳	۵۰/۴	

** با یک یا بیش از یک تشخیص روانپزشکی

* بی تشخیص روانپزشکی

بحث

این پژوهش نشان داد که میانگین سن نمونه مورد بررسی ۳۰ سال و ۵۶٪ آنان ۲۲-۳۱ ساله بوده‌اند. این یافته نشان می‌دهد که دهه سوم زندگی دهه پرخطری برای اعتیاد به شمار می‌رود. همچنین ۹۶٪ نمونه را مردان تشکیل می‌دهند. از این رو باید اعتیاد را مشکل مردان جامعه دانست. ۷۵٪ آزمودنیها تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و تنها ۴٪ تحصیلات بالای دیپلم داشته‌اند. این یافته ظاهراً نشان می‌دهد که افراد با تحصیلات پایین احتمال درگیری بیشتری با مشکل اعتیاد دارند. از سوی دیگر نسبت افراد بالای دیپلم در جامعه نیز کمتر است.

از نظر شغل ۱۴٪ نمونه بی‌کار و ۳۵٪ کارگر و بنا بوده‌اند که خود نشان دهنده وضعیت اقتصادی-اجتماعی ناپس‌امان معتادان است.

اصلی‌ترین مصرف دود کردن تریاک با سیخ و سنگ (۲۸٪) است و به دنبال آن دودکردن تریاک با وافور (۱۹٪) و سپس دودکردن هروئین با (۱۵٪) قرار دارد. این بررسی نشان داد که روش مصرف با وضعیت اقتصادی-اجتماعی و طول مدت اعتیاد تغییر می‌کند. معمولاً معتادان مصرف تریاک را به روش دود کردن به وسیله وافور شروع می‌کنند، سپس به شیوه زیر تغییر می‌دهند: تریاک با سیخ و سنگ، تریاک خوردن، تدخین شیره، خوردن شیره، تدخین هروئین، تزریق شیره و در نهایت به تزریق هروئین می‌رسند. میانگین مصرف در تریاک با وافور ۴/۶ گرم و در هروئین ۲/۱ گرم بود. میانگین مدت اعتیاد مصرف کنندگان با وافور ۵/۱ سال در مصرف کنندگان شیره به شکل تدخین ۷/۷ سال و به شکل خوردن ۷/۹ سال و تزریق شیره ۱۵ سال بوده است. این رقم در وابستگان به هروئین ۵/۵ سال و سن شروع اعتیاد در آنها ۲۱/۵ سال بوده

است. به بیان دیگر مصرف کنندگان هروئین بیشتر جوان بوده‌اند و زودتر با مواد آشنا شده‌اند. مصرف کنندگان تریاک با وافور در ۲۸/۵ سالگی با این ماده آشنا شده‌اند و تزریق کنندگان شیره و هروئین به ترتیب در ۱۶ سالگی و ۱۸/۹ سالگی با مواد آشنا شدند. این امر نشان می‌دهد که آشنایی زودتر با مواد یک عامل خطر به شمار می‌رود.

از نظر وجود اختلالهای روانپزشکی با اعتیاد، یافته‌های به دست آمده با پژوهشهای ریچر^۱ و همکاران (۱۹۹۰ به نقل از میلر، ۱۹۹۷)، برادی^۲ و همکاران (۱۹۹۱) و برونر^۳ و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از سادوک سادوک، ۲۰۰۰) هماهنگی دارد. به طور کلی در بررسیهای انجام شده بر افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی و اضطراب تأکید شده است.

میزان افسردگی در پژوهش حاضر ۲۰/۵٪ و در بررسی ریچر و همکاران (۱۹۹۰) به نقل از میلر، (۱۹۹۷) ۲۶/۴٪ و در پژوهش برونر و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از سادوک سادوک (۲۰۰۰) ۱۱/۴٪ در مردها و ۲۷/۵٪ در زنها و در بررسی طاهری و سمیمی (۱۳۷۶) ۱۸٪ گزارش شده است. شخصیت ضد اجتماعی در پژوهش حاضر ۲۵٪، در بررسی ریچر ۱۷/۵٪ و در بررسی برونر و همکاران ۲۳/۹٪ گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر اضطراب ۱۸/۳٪ در برابر ۲۸/۳٪ در بررسی ریچر و همکاران (۱۹۹۰) به نقل از میلر، (۱۹۹۷) ۶/۱٪ در مردها و ۱۰/۷٪ در زنها در بررسی برونر و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از سادوک سادوک، (۲۰۰۰) بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر افزایش

1- Regier

2- Brady

3- Brooner

- inpatient psychiatric sample, **American Journal of Drug & Alcohol Abuse**, 17, 389-399.
- Coelho, R., Range, I. R., Ramos, E. (2000): Depression and severity of substance abuse. **Psychopathology**, 33, 103-109.
- Gastfriend, D.R.(1996). When a substance use disorder is the cause of treatment resistance. In B.K. Pollak, H. Mark(Eds.). **Challenges in clinical practice: Pharmacologic and psychosocial strategies**. New York, Guilford press.
- Goldstein, R. B., Powers, S.I., Mccusker, J. (1999). Antisocial behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. **Drug & Alcohol Dependence**, 53, 171-187.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., Corty, E., & Thompson, J. (1994). Severity of substance use disorder among psychiatric in patients. **Journal of Nervous and Mental Diseases**, 182,104-107.
- Sadock, B. J., Sadock, V. B. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry (7thed.)**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Krausy, M., Verthein, V., Deqxwitz, P.(1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. **European Addict Researches**, 5, 55-62.
- Miller, N. S., Mahler, J. C., Belkin, B. M. (1990). Psychiatric diagnosis in alcohol and drug dependenc. **Annual of Clinical Psychiatry**, 3, 79-89.
- Miller, N.S. (1997). **The principles and practice of addiction in psychiatry**, Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Pani, P. P., Trosqu, E., & Contu, P. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment programme. **Drug and Alcohol, Dependence**, 48, 119-126.
- Thobaben, M. (1999). Dual disorders: Clients suffering from psychiatric disorders and alcohol or drug abuse disorders. **Home-Care Providing**, 12, 52-53.

درصد اختلالهای روانی با شدت یافتن وابستگی به مواد افیونی با یافته‌های پژوهشی له مان و همکاران(۱۹۹۴) و کولهو و همکاران (۲۰۰۰) هماهنگی دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر بررسیها می‌توان گفت که در درمان اعتیاد توجه به سایر اختلالهای روانپزشکی همراه ضروری است. از سوی دیگر توجه به شدت اعتیاد به عنوان عاملی برای شدت بخشیدن اختلالهای روانی و پیش آگهی منفی در درمان نیز اهمیت دارد. با توجه به بالا بودن میزان ترک ناموفق در معتادان شدید مانند مصرف کنندگان هروئین در مقایسه با مصرف کنندگان تریاک نیاز به توجه درمانگران به راهبردهای خاص در درمان این بیماران و جلوگیری از اعتیاد مجدد را نشان می‌دهد.

منابع

- افقه، سوسن؛ خلیلیان: علیرضا (۱۳۷۵). بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی در استان مازندران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، سال ۶ شماره ۱۲، ۲۹-۳۵.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ کرب، جک (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی؛ ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تهران: شهرآب.
- طاهری، حمیدرضا؛ سمعی، مرسده (۱۳۷۶). بررسی علل و عوامل شروع اعتیاد در سنین کودکی و نوجوانی. خلاصه مقالات سومین سمینار سراسری اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان. زنجان، ۲۳-۲۵ مهر.
- Abraham, H.D., Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. **Comperhensive Psychiatry**: 40, 44-50.
- Broome, K. M., Flynn, P. M., Simpson, D.D. (1999). Psychiatric comorbidity measures a predictors of retention in drug abuse treatment progroms. **Health Services and Researches**, 34, 796-806.
- Brady, K., Lydrard, R. B. (1991). Substance abuse in an