

طبقه بندی، همه گیر شناسی و هم ابتلایی اختلالات اعتیاد^۱

دکتر حمید طاهرخانی^۲

چکیده

در حالی که راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM) انجمن روانپزشکی آمریکا طی ۲۸ سال یعنی از سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۸۰ تنها دو بار تجدید نظر شده بود، در عرض نصف مدت فوق یعنی ۱۴ سال دوبار دیگر نیز تجدید نظر شد. یعنی، (تدوین DSM-III-R در سال ۱۹۸۷ و DSM-IV در ۱۹۹۴). در همین زمان، برای طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها^۴ (ICD) که در خارج از آمریکای شمالی مورد استفاده قرار می‌گیرد نیز تعدیل شد. اختلالات اعتیاد یا به عبارتی اختلالات وابستگی یا سوء مصرف مواد روانگردان نیز برای ارائه دلایل و نتایج بهتر از این تغییر مصون نماند. برخلاف سایر اختلالات روانپزشکی که معیارهای اغلب مشابهی در DSM و ICD دارند، در اختلالات اعتیاد معیارهای موجود در ICD بیشتر بر اساس نشانگان وابستگی شکل گرفته است؛ در حالی که این ساختار تا انتشار DSM-IV در DSM اعمال نشده بود. در آخرین بازبینی DSM، معیارهای وابستگی به مواد با آنچه که در ICD-10 بود، منطبق شد و یک سیستم طبقه‌بندی برای اختلالات اعتیاد برای اولین بار پایه گذاری شد که می‌تواند در سراسر جهان مورد استفاده باشد. هدف این مقاله، بررسی سیر تکامل طبقه بندی اختلالات سوء مصرف و وابستگی به مواد، توصیف همه گیر شناسی اختلالات اعتیاد با توجه به تعاریف متفاوتی که از سوء مصرف و وابستگی به مواد شده است، توصیف همه گیر شناسی اختلالات اعتیاد با توجه به تعاریف متفاوتی که وجود دارد و همچنین معرفی سایر اختلالات روانپزشکی که به‌طور شایع با اختلالات اعتیاد همراه هستند، است.

کلید واژگان: اختلالات اعتیاد، طبقه‌بندی DSM و ICD، همه‌گیر شناسی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
مجله علمی علوم انسانی

۱- اثر حاضر ترجمه مقاله دکتر کانلین کی. بوچولز (Kathleen.K.Bucholz, PhD)؛ از جمله کلینیک‌های روانپزشکی آمریکای شمالی - بخش روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن است.

۲- دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

۴-International Classification of Diseases

توصیف و طبقه‌بندی سیستماتیک بیماری‌ها

الف) طبقه‌بندی **DSM-III**: بر اساس طبقه‌بندی **DSM-III**^۵ توصیف همزمان برای اختلالات سوء مصرف و وابستگی به مواد امکانپذیر است (جدول ۱)، هرچند که این موضوع از روی عمد توسط طراحان سیستم (طبقه‌بندی اختلالات) انجام نشده است. براساس **DSM-III**، تمام معیارها باید برای تشخیص وجود داشته باشد. برای تشخیص وابستگی به مواد روانگردان در **DSM-III**، نیاز است که علائم تحمل یا ترک همراه با استفاده بیمار گونه از مواد یا بروز اختلالات عملکرد شغلی یا اجتماعی در اثر مصرف مواد در فرد معتاد دیده شود. در حالی که برای تشخیص سوء مصرف مواد، تنها به وجود شواهدی دال بر استفاده بیمارگونه مواد و اختلال در عملکرد شغلی یا اجتماعی در اثر مصرف مواد برای تشخیص سوء مصرف مواد فقط به وجود شواهدی دال بر استفاده بیمارگونه و اختلال عملکرد نیاز است و احتیاجی به وجود علائم تحمل یا ترک نیست. اگر فردی هر سه شرط را داشته باشد، هم تشخیص وابستگی و هم تشخیص سوء مصرف مواد شامل حال او می‌شود؛ در نتیجه، در تخمین میزان اختلالات اعتیادی، سوء مصرف و وابستگی به مواد با هم ادغام می‌شوند. بویژه، بر این که سوء مصرف پیش درآمد وابستگی نیست، تأکید شده است. این موضوع نیز در طبقه‌بندی‌های بعدی لحاظ شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

جدول شماره ۱- معیارهای DSM - III برای سوء مصرف مواد و وابستگی به آن

وابستگی به مواد
<p>معیار الف: استفاده بیمارگونه از مواد که با هر کدام از موارد زیر مشخص شود:</p> <p>مسمومیت در طول روز، عدم توانایی برای قطع مصرف، تلاش‌های مکرر در کنترل مصرف به شکل خودداری موقت در مصرف یا محدود کردن استفاده در ساعات معینی در روز، ادامه مصرف مواد با وجود علائم فیزیکی جدی که شخص می‌داند با مواد تشدید می‌شود، نیاز به مصرف روزانه برای عملکرد کافی و دوره‌هایی از عوارض ناشی از مسمومیت مواد (مثل فراموشی ناشی از الکل یا مسمومیت با مواد مخدر).</p> <p>معیار ب: اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی که ناشی از مصرف مواد باشد؛ این اختلال با هر کدام از موارد زیر مشخص می‌شود:</p> <p>اختلال در ارتباط اجتماعی به دلیل ناتوانی در انجام مسؤولیت‌هایی که در رابطه با دوستان یا خویشاوندان دارد، رفتار غریب و تکانه‌ای، نشان دادن خشونت نامناسب، مشکلات قانونی یا رفتارهای جنائی برای تهیه و به دست آوردن مواد، از دست دادن کار یا ترک مدرسه، عدم توانایی برای انجام وظیفه مؤثر شغلی یا تحصیلی به خاطر مسمومیت یا غالب بودن استفاده از مواد در زندگی.</p> <p>معیار ج: تحمل یا وابستگی که به وسیله موارد زیر مشخص می‌شود: برای به دست آوردن اثر مطلوب، نیاز به استفاده بیشتری از مواد باشد یا برای کاهش اثرات مطلوب نیاز به استفاده بیشتری از مواد باشد و کاهش اثرات مواد با مصرف میزان قبلی (تحمل)، یا علائم ترک که به دنبال قطع یا کاهش مصرف مواد بروز می‌کند که با نشانگان خاص ماده آن همراه است. سوء مصرف به وجود معیارهای الف و ب نیاز دارد.</p> <p>وابستگی به وجود معیار ج علاوه بر الف یا ب نیاز دارد.</p> <p>سوء مصرف و وابستگی به مواد، معیارهای الف، ب و ج نیاز دارد.</p>

برگرفته از انجمن روانپزشکی آمریکا (APA): راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر سوم، واشینگتن دی سی، APA، ۱۹۸۰، صفحه ۱۶۴ تا ۱۶۵.

اجازه داده شد که پنج دسته از مواد، هر دو تشخیص سوء مصرف و وابستگی به مواد را داشته باشند که مواد زیر را شامل می‌شوند: ۱- الکل، ۲- آرام بخش‌ها، ۳- مخدرها، ۴- آمفتامین‌ها، (ولی نه سایر محرک‌ها مثل کوکائین) و ۵- حشیش. به سه دسته از مواد شامل: توهم‌زاهای، کوکائین و فن سیکلیدین (pcp)، تنها اجازه تشخیص سوء مصرف مواد داده شد؛ زیرا وابستگی فیزیولوژیکی این مواد، تا آن زمان برای آنها گزارش نشده بود. برای مصرف توتون وابستگی در نظر گرفته شد؛ چراکه اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی برای آن شناخته شده نبود. مطلب مهم دیگر این است که DSM III، مقطع

زمانی خاصی برای معیارها تعیین نکرده بود. بنابراین، این سیستم نشانگان^۱ وابستگی مواد را تثبیت نمی کند.

درباره حالت ترک، نیاز به توضیح بیشتری است، چرا که این مسأله تا مدت‌ها مورد بحث محققان بوده است که وجود آن تا چه اندازه‌ای برای تشخیص وابستگی به مواد اهمیت دارد. به عبارت دیگر، این حالت در DSM-III یکی از معیارهای اصلی برای تشخیص وابستگی به مواد و در DSM-III-R یکی از علائم نه‌گانه وابستگی بود. ولی در DSM-IV (همان‌طور که بعداً بیشتر توضیح داده خواهد شد بر این علامت تأکید بیشتری شده است. اخیراً مطالب جدیدی در تایید و اهمیت علائم ترک در تشخیص وابستگی به مواد، انتشار یافته است که حالت ترک را یکی از زیرگروه‌های احتمالی وابستگی به الکل در نظر گرفته اند و گزارشات بالینی مشخصی در این مورد ارائه شده است. گزارشات اخیر، از یافته‌های ژنتیکی درباره دو فنوتیپ مختلف از علائم ترک الکل نیز حاکی از در نظر گرفتن حالت ترک به عنوان یک زیر گروه احتمالی ژنتیکی وابستگی به الکل است.

حالت ترک در معیارهای DSM-III به عنوان یک نشانگان خاص مصرف مواد ذکر شده است که باید همراه باشد با یکسری علائم که بلافاصله بعد از قطع یا کاهش میزان مواد ایجاد می‌شود. DSM-III علائمی برای حشیش، کوکائین، پی سی پی یا توهم زها در نظر نگرفته است. برای نشانه‌های خاصی که با هم اتفاق می‌افتند نیز چند نشانگان تعیین شده است (به عنوان مثال): برای نشانگان ترک الکل، علائمی شامل لرز به همراه یکی دیگر از علائم و برای نشانگان ترک آمفتامین بروز خلق افسرده ذکر شده است.

ب) طبقه‌بندی DSM-III-R: در سال ۱۹۸۷، معیارها برای وابستگی و سوء مصرف تغییرات عمده ای کرد (جدول ۲). ماهیت کلی سیستم طبقه‌بندی متفاوت بود. دیگر لزومی نداشت همانند DSM-III همه علائم ویژه برای تشخیص وجود داشته باشند؛

۱- Syndrome

بلکه وجود تعداد معینی از علائم برای تشخیص کافی بود. همچنین، تشخیص وابستگی و سوء مصرف از یکدیگر مجزا شدند که این موضوع درباره سوء مصرف بیشتر از وابستگی صادق است. در DSM-III-R برای وابستگی به مواد و معیار در نظر گرفته شد و بعضی از علائمی که در DSM-III وجود داشت حذف شد. مثلاً نیاز به این که به واسطه مصرف مواد به‌طور مؤثری عملکرد روزانه فرد مختل شده باشد. وجود سه معیار از ۹ معیار برای تشخیص وابستگی به مواد کافی است. علائم ترک و تحمل که برای تشخیص وابستگی در DSM-III ضروری بود در اینجا تنها به ۲ معیار از ۹ معیار تبدیل شد. همه معیارها طوری بیان شد که نشان‌دهنده مکرر بودن علائم باشد و اتفاق افتادن یک علامت برای یک‌بار ارزشی ندارد. اگرچه در DSM-III-R، دیگر نیازی نبود که معیارهای تشخیص به عنوان یک نشانگان با هم اتفاق بیافتد ولی در معیار B ذکر شد که علامت ۳ علامت یا بیشتر باید در عرض یک دوره یک ماهه یا به صورت تکرار شونده در طی یک دوره طولانی تر زمانی وجود داشته باشند.

جدول شماره ۲- معیارهای DSM-III - R برای وابستگی و سوء مصرف مواد:

وابستگی
<p>معیارهای الف : حداقل ۳ تا از معیارهای زیر وجود داشته باشد:</p> <p>(۱) ماده با میزان بیشتر یا دوره طولانی‌تری از آنچه که خود شخص می‌خواسته استفاده شود</p> <p>(۲) تمایل پایدار یک یا چند کوشش ناموفق برای قطع یا کنترل مصرف مواد</p> <p>(۳) اختصاص دادن وقت زیاد برای تهیه مواد، استفاده از آن یا بهبودی از اثرات آن</p> <p>(۴) موارد متعدد علائم مسمومیت یا ترک، در حالی که شخص باید وظایف شغلی، تحصیلی یا خانگی اصلی را انجام دهد یا زمانی که مصرف مواد از نظر فیزیکی برای شخص خطرناک باشد</p> <p>(۵) از دست دادن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا استخدامی به‌خاطر مصرف مواد.</p> <p>(۶) ادامه مصرف مواد، با این که شخص می‌داند که مشکلات مداوم یا متعدد اجتماعی، روانی یا فیزیکی به دلیل مصرف مواد ایجاد می‌شوند یا به سبب مصرف مواد بدتر می‌شوند</p> <p>(۷) تحمل قابل توجه: برای مسموم شدن یا تأثیر نامطلوب، به افزایش مشخص (حداقل ۵۰ درصد افزایش) مصرف مواد نیاز دارد یا تأثیر مواد با مصرف مداوم مواد به میزان قبلی کاهش می‌یابد</p> <p>(۸) علائم ترک مشخص (ممکن است برای کانابیس، مواد توهم زاها و PCP صادق نباشد)</p> <p>(۹) مواد برای از بین بردن یا اجتناب از علائم ترک مصرف شوند (برای کانابیس، مواد توهم زا و PCP ممکن است صادق نباشد)</p> <p style="text-align: right;">سوء مصرف مواد :</p> <p>معیارهای الف : یک الگوی ناهنجار مصرف مواد روان‌گردان، به‌وسیله حداقل یکی از علائم زیر مشخص شود :</p>

(۱) ادامه مصرف در حالی که شخص می داند مشکلات مداوم یا تکراری اجتماعی، شغلی، روانی یا فیزیکی به دلیل مصرف مواد ایجاد می شوند یا وضعیت بدتری پیدا می کند
 (۲) مصرف مکرر در موقعیت هایی که مصرف از نظر فیزیکی خطرناک است
 معیار ب: بعضی از علائم اختلال، حداقل برای یک ماه وجود داشته باشند یا مکرراً در مدت زمان طولانی تری اتفاق افتاده اند
 معیار ج: هیچ وقت معیارهای وابستگی به مواد برای این ماده وجود نداشته باشد.

برگرفته از انجمن روانپزشکی امریکا: کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر سوم، بازبینی شده واشنگتن دی سی، APA، ۱۹۸۷، صفحه ۱۶۷ تا ۱۶۹.

همان طور که ذکر شد، در DSM-III-R سوء مصرف مواد به عنوان حالت ضعیف تر و پیش زمینه وابستگی در نظر گرفته شد. از توصیف هر دو بیماری با هم اجتناب شد (برخلاف DSM-III). ولی بعضی اوقات به صورت گمراه کننده ای اصلاح باقی مانده^۱، برای سوء مصرف به کار می رفت که حاکی از مواردی بود که از نظر کیفیتی امکان گذاشتن تشخیص وابستگی وجود نداشت. این موضوع چندان حائز اهمیت نبود؛ در عوض، در عمل سوء مصرف مواد به عنوان زیر مجموعه تشخیص وابستگی در نظر گرفته شد؛ زیرا معیارهای آن شامل ۲ مورد ویژه از معیارهای وابستگی بود. در نتیجه، سوء مصرف ساختار غیرمرتبطی با وابستگی نداشت. حاصل این که مجزا کردن دو علامت وابستگی و رد کردن ۷ معیار تشخیص دیگر، حالت غیر معمولی را ایجاد می کرد که باعث اختلالاتی در بعضی از تشخیص ها می شد. مثلاً مواقعی که یک یا دو معیار وابستگی به مواد وجود داشت، ولی امکان گذاشتن تشخیص به عنوان وابستگی یا سوء مصرف وجود نداشت، در واقع برای این گروه هیچ تشخیصی در نظر گرفته نمی شد (یتیم های تشخیصی). شواهد طولانی مدت نشان داد که گرچه تقریباً ۳۰ درصد بالینی که الکل زیاد می نوشند در این گروه قرار می گیرند (یتیم های تشخیصی)^۲ ولی بیشتر از گروهی که علائم وابستگی به الکل را ندارند به طرف وابستگی به الکل پیش نمی روند. به هر حال، به نظر می رسد برای گروه های خاصی مثل نوجوانان، مفهوم تشخیص های تحت کلینیکی ممکن است اهمیت بیشتری داشته باشد.

۱-residual

۲-diagnostic orphans

همانند DSM-III، معیار برای نشانگان‌های ترک ویژه هر ماده در نظر گرفته شد. نشانگان قطع کوکائین نیز به تعاریف اضافه شد؛ ولی برای کانابیس، توهم‌زها، PCP و مواد استنشاقی، همچون DSM-III علائم ترک ذکر نشد. در فهرست علائم همراه نیز تجدید نظر شد و علائمی به آن اضافه شد که نشان دهنده وجود افزایش اطلاعات درباره علائم ترک بود. همانند DSM-III، وجود لرزش برای تشخیص نشانگان ترک الکل ضروری بود که باید همراه باشد با یک علامت دیگری که در فهرستی قرار داشت و کمی طولانی‌تر از DSM-III بود. البته نسبت به DSM-III بسیاری از معیارها حفظ شد. در DSM-III-R کوکائین، PCP و توهم‌زها به فهرست وابستگی به مواد اضافه شدند و مواد استنشاقی نیز به دسته داروهای اضافه شد که هم سوء مصرف و هم وابستگی ایجاد می‌کنند و همانند وابستگی به توتون در DSM-III (نه سوء مصرف آن)، در نظر گرفته شد.

ج) طبقه‌بندی ICD-10: همان‌طور که گفته شد، سیستم ICD در اختلالات اعتیاد به مقدار زیادی تحت تأثیر تحقیقات ادواردز و گراس^۱ بر روی نشانگان وابستگی بوده است. ICD-10 همانند DSM-III-R، برای تشخیص وابستگی نیاز به وجود یک سری علائم دارد؛ ولی برخلاف آن، یک دوره زمانی یک ماهه مداوم یا ۱۲ ماهه همراه با علائم تکرار شونده در نظر گرفته شد (جدول ۳). بنابراین، یک نشانگان وابستگی شرح داده شد. در واقع به جای ۹ معیار DSM-III-R، فقط ۶ معیار را شامل شد و برای این‌که کم بودن تعداد معیارها جبران شود چندین مشابه در DSM-III-R، مثلاً A_۳ با A_۵، A_۱ با A_۲ و A_۸ با A_۹، در هم جمع شدند. اختلال عملکرد اجتماعی در ICD حذف شد و برای حفظ وفاداری به نشانگان وابستگی ادواردز - گراس یک عنوان به نام اشتیاق^۲ در نظر گرفته شد که در طبقه‌بندی DSM وجود نداشت.

۱- Edwards and Gross

۲- Craving

جدول شماره ۳: معیارهای ICD-10 برای وابستگی به مواد

نشانه‌گان وابستگی:

- الف) وجود سه مورد یا بیشتر از تظاهرات زیر که به طور همزمان ظرف حداقل یک ماه روی داده است یا اگر دوام دوره‌ها کمتر از یک ماه بوده است ظرف یک دوره ۱۲ ماهه چندین بار تکرار شده است:
- ۱- تمایل قوی یا احساس اجبار برای مصرف یک ماده.
 - ۲- عدم توانایی کنترل رفتار و مصرف مواد در زمینه شروع، خاتمه و میزان مصرف که به صورت‌های زیر تظاهر می‌کند. ماده مورد نظر اغلب بیش از میزانی که مورد نظر است، یا بیش از دوره‌ای که مورد نظر است، مصرف می‌شود یا تمایل قوی برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد و تلاش ناموفقی در این زمینه صورت گرفته است.
 - ۳- وجود حالت فیزیولوژیک ترک هنگام کاهش یا قطع مصرف که به یکی از صورت‌های زیر تظاهر می‌کند: علائم ترک مشخص آن ماده و مصرف همان ماده (یا ماده مشابه آن) به منظور تسکین یا اجتناب از نشانه‌های ترک.
 - ۴- شواهد تحمل نسبت به آثار ماده، نظیر نیاز به افزایش قابل ملاحظه میزان ماده برای رسیدن به آثار مسمومیت یا آثار مطلوب یا کاهش بارز اثرات آن ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن.
 - ۵- اشتغال ذهنی با مصرف ماده که با کاهش یا ترک علائق یا لذات مهم دیگر به دلیل مصرف ماده مورد نظر تظاهر می‌کند یا صرف زمان زیادی در فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن، مصرف یا بهبودی از آثار ماده.
 - ۶- مصرف مداوم ماده به‌رغم شواهد روشن، حاکی از پیامدهای زیانبار آن است، به این صورت که با وجود آگاهی شخص از ماهیت و وسعت صدمات حاصل از مصرف ماده (یا انتظار می‌رود که آگاه باشد)، باز به مصرف آن ادامه می‌دهد.

مصرف زیانبار:

- الف) وجود شواهد قاطعی مبنی بر این‌که مصرف مواد موجب بروز صدمه روانی یا جسمانی شده (نظیر اختلال در قضاوت یا رفتار مختل) یا در بروز آن نقش مهمی داشته است و این صدمه روانی یا جسمانی ممکن است منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای نامطلوبی برای روابط بین فردی در بر داشته باشد.
- ب) ماهیت صدمه باید کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد.
- ج) الگوی مصرف حداقل به مدت یک ماه دوام آورد یا به طور مکرر ظرف یک دوره ۱۲ ماهه روی داده باشد.
- د) اختلال واجد ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مربوط به همان دارو در همان دوره زمانی نیست (به استثنای مسمومیت حاد)

بر گرفته از سازمان بهداشت جهانی (WHO): ICD-10، ژنو، ۱۹۹۳، صفحه ۵۶ تا ۵۷.

اصطلاح استفاده زیانبار^۱ معادل سوء مصرف در DSM به کار رفت. (به جدول شماره ۳ مراجعه شود) مجدداً یک تفاوت عمده با DSM-III-R این بود که باید یک صدمه واقعی (نه تنها پتانسیل آن) برای تشخیص استفاده زیانبار وجود داشته باشد. در بیان معیار آمده است که «باید ماهیت صدمه کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد».

۱- harmful

بنابراین، در سیستم ICD توصیف همزمان برای وابستگی و مصرف زیانبار در مورد یک ماده مشابه طی یک دوره زمانی منع شده‌است. موادی که برای وابستگی و استفاده زیانبار در نظر گرفته شدند، مشابه DSM-III-R بودند. البته با اضافه کردن وضعیت ترک کافئین و در نظر گرفتن یک معیار آزمایشی برای حالت ترک کانابیس که در سیستم DSM-III-R وجود نداشت.

در طبقه بندی ICD-10 نیز همانند DSM برای تمام مواد بجز توهم زاها و استنشاقی‌ها، نشانگان ترک در نظر گرفته شد. تطابق این علائم در DSM و ICD مجادله برانگیز است، زیرا طرح‌های مختلفی برای علائم تشکیل دهنده در نشانگان در نظر گرفته شده است. وجود لرزش برای تشخیص نشانگان قطع الکل در ICD مطرح نشد ولی در DSM-III-R آمده بود. از طرفی، لزوم وجود تعداد کافی علائم در حال ترک در هر دو سیستم طبقه بندی ایجاد مشکل می‌کند زیرا معیارهای تشخیصی در هر کدام از طبقه‌بندی‌ها ممکن است کاملاً مفصل و طولانی باشد. برخلاف DSM-III-R در طبقه‌بندی ICD برای مواد محرک مثل کافئین نشانگان ترک در نظر گرفته شده است.

د) طبقه‌بندی DSM-IV: چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) در سال ۱۹۹۴ منتشر شد و برای نزدیکی بیشتر به سیستم طبقه‌بندی، بسیاری از معیارهای ICD را برای وابستگی به مواد پذیرفت (جدول شماره ۴). این طبقه‌بندی همانند ICD-10، همزمانی معیارهای تشخیصی برای یک دوره ۱۲ ماهه را برای تشخیص حالت ترک پذیرفت. تعداد معیارها از ۹ به ۷ کاهش یافت که قسمتی از آن مربوط به ادغام حالت ترک و برطرف شدن حالت ترک در یک معیار بود و قسمتی نیز به حذف اختلال عملکرد اجتماعی برای تشخیص وابستگی و اضافه کردن آن به معیارهای سوء مصرف مواد مربوط می‌شد. نویسندگان DSM-IV وجود تحمل یا حالت ترک را نیز در معیارهای تشخیص وابستگی به مواد در نظر گرفتند. تنها اختلاف

اساسی با معیار ICD در این است که در DSM-IV معیار اشتیاق وجود ندارد. ولی در نهایت هر دو سیستم طبقه بندی از نظر اختلالات اعتیاد با هم تطابق نزدیکی دارند. اگر چه در زمینه معیارهای سوء مصرف مواد تجدید نظر شد و حتی نسبت به DSM-III-R تغییر وجود داشت، ولی با تشخیص مصرف زیانبار که در طبقه بندی ICD ذکر شده بود تطابق پیدا نکرد. به عبارت دیگر احتمال مساعد بودن برای صدمه که در سوء مصرف DSM-IV مطرح شده با صدمه واقعی موجود در ICD متفاوت است. اختلال در روابط بین فردی و اجتماعی و شغلی و داشتن مشکلات قانونی ناشی از مصرف مواد در معیارهای سوء مصرف مواد ذکر شد ولی در معیارهای وابستگی وجود نداشت و مشکل وظیفه دو گانه ای که برای این معیارها وجود داشت در DSM-IV منتفی شد. تغییر قابل توجه نسبت به DSM-III-R این بود که در DSM-IV معیارهای تشخیصی سوء مصرف مواد، ارتباطی با وابستگی مواد نداشت. بنابراین، یک نشانگان برای سوء مصرف در نظر گرفته شد که در آن نیاز بود علائم به صورت تکرار شونده در عرض یک دوره ۱۲ ماهه وجود داشته باشند. موادی که در DSM-IV برای آنها وابستگی ذکر شد، مشابه مواد ذکر شده در DSM-III-R و ICD-10 بود و همانند طبقه بندی های قدیمی تر جایی برای سوء مصرف نیکوتین در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۴- معیارهای تشخیص (DSM - IV) برای وابستگی و سوء مصرف مواد

<p>معیارهای وابستگی به مواد:</p> <p>یک الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب چشمگیر بالینی یا ناراحتی می شود و با سه مورد از موارد زیر تظاهر می کند که در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه بروز می کنند:</p> <p>۱- تحمل که به یکی از دو صورت زیر تعریف می شود:</p> <p>(a) نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه</p> <p>(b) کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن</p> <p>۲- حالت ترک که به یکی از دو شکل زیر تظاهر می کند:</p> <p>(a) نشانگان ترک مشخص برای آن ماده</p> <p>(b) کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن</p> <p>۳- ماده غالباً با مقادیری بیشتر و برای دوره ای طولانی تر از آنچه مورد نظر است مصرف می شود</p> <p>۴- میل دائمی برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد یا تلاش های ناموفقی در این زمینه صورت می گیرد</p> <p>۵- زمان زیادی در فعالیت های لازم برای به دست آوردن مواد (مثلاً مراجعه به اطباء متعدد یا رانندگی های طولانی)، مصرف مواد (مانند تدخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده صرف می شود</p> <p>۶- فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به خاطر مصرف ماده کنار گذاشته می شود</p>

۷- ادامه مصرف به رغم آگاهی از مشکلات روان شناختی یا جسمانی مستمر یا عود کننده که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده یا در نتیجه آن تشدید می‌شوند (مانند ادامه مصرف کوکائین به‌رغم وجود افسردگی ناشی از آن، یا ادامه مصرف الکل با وجود شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می‌یابد)

معیارهای سوء مصرف مواد:

الف) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه روی می‌دهند، تظاهر می‌کند:

۱- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده؛ غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد؛ مسامحه نسبت به فرزندان و خانه)

۲- مصرف مکرر مواد در موقعیت‌هایی که در آنها، مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین‌آلات تحت تأثیر مواد)

۳- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مانند دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)

۴- مصرف مداوم ماده به‌رغم مشکلات پایدار، عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده‌اند (مواردی نظیر مشاخره یا همسر تحت تأثیر مسمومیت، نزاع فیزیکی)

(ب) نشانه‌های فوق هیچ‌گاه واجد ملاک‌های وابستگی به این خانواده از مواد نبوده‌اند.

برگرفته از انجمن روانپزشکی آمریکا: کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر چهارم، واشینگتن دی سی، APA، ۱۹۹۴، صفحه ۱۸۱ تا ۱۸۳

همانند DSM-III-R برای کافئین، کانابیس، استنشاقی‌ها، توهم زها و PCP علائم ترک ذکر نشد. بعضی از نشانگان ترک با ICD تطابق پیدا کرد، مثلاً در نشانگان ترک الکل طبق طبقه‌بندی‌های DSM-III و DSM-III-R، همراهی لرزش با سایر علائم ضرورت داشت، ولی در طبقه‌بندی DSM-IV لرزش فقط یکی از چندین علامتی است که برای تشخیص نشانگان ترک الکل نیاز است. همچنین، فهرست سایر علائمی که باید باهم باشند در هر دو سیستم به صورت محتوایی مشابه بوده‌است. برای سایر مواد نیز علائمی مطرح شده که مشابهت نزدیکی با ICD دارند.

همه‌گیر شناسی

طی سال‌های اخیر با استفاده از سیستم‌های طبقه‌بندی موجود، مطالعات زیادی در ارتباط با جمعیت عمومی انجام شد که تقریباً به نحوی همه‌گیر شناسی اختلالات اعتیاد را نشان داده است. اگرچه، اختلالات اعتیاد مجموعاً در نظر گرفته می‌شود ولی

وابستگی به الکل به دلیل همه‌گیرشناسی^۱ متفاوت، جدا از سایر اختلالات وابستگی به مواد مورد توجه بوده است. جزئیات مربوط به مطالعات در منابع دیگر به طور مفصل تری آمده است ولی در اینجا تنها به چند مورد برجسته اشاره می‌شود. همه‌گیرشناسی حوزه خدماتی^۲ ECA، یکی از پنج مطالعه محلی (البته نه در سطح ملی) بود که در آن جمعیت عمومی (نمونه‌های ساکن در منزل یا در مؤسسات) شامل بالغین ۱۸ ساله و بالاتر با تعداد نمونه ۱۹۱۸۲ نفر با فاصله یک‌سال دوبار مصاحبه شدند که این مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی و بر اساس معیارهای DSM-III برای تشخیص در طول عمر بود. مطالعه ملی هم ابتدایی^۳ (NCS) نیز یک مطالعه در سطح ملی بود که ساکنین شهرها را (غیر از مؤسسات) در بر می‌گرفت؛ نمونه‌های این مطالعه ۸۰۹۸ نفر بودند که بین ۱۵ تا ۵۴ سال سن داشتند و فقط یک‌بار مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-III-R انجام شد. در نهایت، مطالعه طولی همه‌گیرشناسی ملی الکل^۴، مطالعه‌ای (NLAES) بود که انجام شد و در آن ۴۲۸۶۲ فرد ۱۸ سال و بالاتر ساکن در منازل، یک‌بار تحت یک مصاحبه با ساختار (AUDADIS) قرار گرفتند و اختلالات مصرف مواد و افسردگی بررسی شد.

شیوع الکل در طول عمر: همان‌طور که انتظار می‌رفت شیوع مصرف الکل در طول عمر بر حسب سیستم طبقه بندی مورد استفاده بود. شیوع سوء مصرف یا وابستگی به الکل در طول عمر بر حسب DSM-III که در مطالعه ECA انجام شد، به طور کلی ۱۳/۷۶ درصد بود (جدول شماره ۵) در حالی که در مطالعه NCS که بر اساس DSM-III-R انجام گرفته بود ۲۳/۵ درصد ذکر شد. در مطالعه NLAES که از سیستم DSM-IV استفاده شد (جدول شماره ۶) شیوع ۱۳/۳ درصدی در طول عمر به دست آمد که بیشتر به مطالعه ECA نزدیک بود (جدول شماره ۷). اگر به علت تفاوت در تعاریف و معیارهای تفاوت در شیوع قابل انتظار بود ولی پراکندگی‌های دموگرافیک بیماری‌ها

۱-Epidemiology

۲-Epidemiologic Carchement Area

۳- National Comorbidity Study

۴ - National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

تقریباً ثابت بود. در هر سه مطالعه، شیوع وابستگی به الکل در مردان بالاتر از زنان بود و نسبت مرد به زن از حدود ۲ برابر در NCS و NCAES تا ۵ در ECA متغیر بود. شیوع در طول عمر در میان‌سالی بیشتر از افراد پیر بود. در حقیقت، تمام مطالعات، کاهش شیوع با افزایش سن را نشان می‌دهد. اوج شیوع در طول عمر، در گروه‌های سنی متفاوتی وجود داشت: در اوایل میان‌سالی، در مطالعه ECA مردان، NCS مردان و زنان و NLAES زنان ولی در سنین جوان‌تر در مطالعه ECA زنان و NLAES مردان.

در مطالعات NCS و NLAES، شیوع در طول عمر برای سیاه‌پوستان به طور قابل توجهی نسبت به سفید پوستان کمتر بود. ولی در مطالعه ECA چه در مردان و چه در زنان این شیوع مساوی بود. در ECA، شیوع برای مردان اسپانیایی تبار بیشتر از غیر اسپانیایی تبارها بود. ولی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌داد.

جدول شماره ۵- شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس DSM-III در مطالعه ECA

نسبت مرد به زن		سوء مصرف با/یا وابستگی به مواد		سوء مصرف با/یا وابستگی به الکل			
مواد	الکل	در طول عمر ۱۲ ماهه	در طول عمر ۱۲ ماهه	در طول عمر ۱۲ ماهه	در طول عمر ۱۲ ماهه	در طول عمر ۱۲ ماهه	در طول عمر ۱۲ ماهه
		۶/۲۷	۶/۱۹	۶/۸۰	۱۳/۷۶		
		۴/۰۹	۷/۷۲	۱۱/۹۰	۲۳/۸۳		
		۱/۳۷	۴/۷۸	۲/۱۶	۴/۵۷		
							سن (برحسب سال)
		گزارش نشده	۱۳/۴۶	گزارش نشده	گزارش نشده		۱۸ تا ۲۹ ساله
		گزارش نشده	۶/۶۸	گزارش نشده	گزارش نشده		۳۰ تا ۴۴ ساله

۱۲۲ اعتیاد پژوهی

				گزارش نشده	۰/۷۸	گزارش نشده	گزارش نشده	۴۵ تا ۶۴ ساله	
				گزارش نشده	۰/۰۸	گزارش نشده	گزارش نشده	بالای ۶۵ ساله	
مرد									
گزارش نشد	۱/۴۶	۴/۱۱	۳/۸۶	گزارش نشده	۱۵/۹۶	۱۷/۰۳	۲۶/۶۳	۱۸ تا ۲۹ ساله	
گزارش نشد	۱/۶۴	۶/۶۵	۵/۰۷	گزارش نشده	۸/۳۶	۱۴/۱۰	۲۷/۹۱	۳۰ تا ۴۴ ساله	
گزارش نشد	۰/۹۶	۷/۵۵	۶/۹۱	گزارش نشده	٪۷۷	۷/۸۵	۲۱/۱۵	۴۵ تا ۶۴ ساله	
گزارش نشد	۲/۰۰	۶/۷۴	۹/۰۶	گزارش نشده	۰/۱۲	۳/۱۰	۱۳/۴۹	بالای ۶۵ ساله	
زن									
				گزارش نشده	۱۰/۹۲	۴/۱۴	۶/۸۹	۱۸ تا ۲۹ ساله	
				گزارش نشده	۵/۰۹	۲/۱۲	۵/۵۰	۳۰ تا ۴۴ ساله	
				گزارش نشده	۰/۸۰	۱/۰۴	۳/۰۶	۴۵ تا ۶۴ ساله	
				گزارش نشده	۰/۰۶	۰/۴۶	۱/۴۹	بالای ۶۵ ساله	
مرد									
	۳/۱۶	۱/۵۵	۵/۵۴	۵/۱۸	۱۴/۱۵	۷/۸۰	۱۱/۶۸	۲۳/۴۴	سفید پوست
	۱/۳۳	۱/۸۰	۴/۶۰	۴/۳۳	۳/۱۱	۷/۲۲	۱۱/۵۱	۲۳/۷۱	سیاه پوست
	۳۴/۸۱	۲/۴۸	۶/۴۹	۷/۷۹	۳/۳۲	۶/۲۷	۱۵/۹۷	۳۰/۰۲	اسپانیایی تبار
زن									
				۱/۳۱	۵/۰۲	۲/۱۱	۴/۵۲	سفید پوست	
				۲/۳۳	۴/۰۰	۲/۵۰	۵/۴۷	سیاه پوست	
				۰/۶۹	۲/۵۳	۲/۴۶	۳/۸۵	اسپانیایی تبار	
یافته های دموگرافیک									
نژاد									
				۲/۶۷	۶/۳۵	۶/۶۹	۱۳/۵۸	سفید پوست	
				۲/۶۸	۵/۴۶	۶/۵۹	۱۳/۷۶	سیاه پوست	
				۱/۹۸	۴/۳۶	۹/۰۸	۱۶/۷۰	اسپانیایی تبار	

میزان تحصیلات	درکل	مردان در طول عمر	زنان در طول عمر
تا کلاس ۷	۱۶/۳	۲/۳۵	۰/۱۷
کلاس ۸	۱۱/۱	۲/۳۵	۱/۳۲
کلاس ۹ تا ۱۱	۱۸/۴	۹/۳۱	۴/۵۱
کلاس ۱۲	۱۲/۸	۷/۵۴	۳/۹۲
بالتر از دیپلم (کمتر از کالج)	۱۳/۸	۱۱/۱۷	۵/۶۸
کالج یا بالاتر	۱۰/۰	۶/۷۹	۵/۶۸
وضعیت تاهل			
ازدواج یا دوام	۸/۹	۲/۳۵	۰/۱۷
هرگز ازدواج نکرده	۱۵/۰	۱۱/۵۷	۹/۱۴
مطلقه یا جدا شده (یکبار)	۱۶/۲	۶/۳۱	۵/۰۶
چندین بار طلاق گرفته	۲۴/۲	۱۲/۰۴	۶/۶۶
زندگی بدون ازدواج رسمی	۲۹/۲	۳۰/۲۴	۱۹/۹۱

در مطالعه ECA، میزان شیوع برحسب نژاد (بویژه در مورد مردان سیاه‌پوست) با سایر مطالعات متفاوت بود. اوج شیوع در طول عمر برای مردان و زنان سفید پوست و همچنین زنان اسپانیایی تبار در جوان‌ترین گروه سنی بود، ولی برای مردان اسپانیایی تبار در گروه سنی میانسالان جوان (۳۰ تا ۴۴ سال) و برای مردان و زنان سیاه‌پوست ۴۵ تا ۶۴ سال (گروه سنی میانسالان مسن‌تر) بود. نسبت مردان به زنان در گروه‌های سنی و نژادی برای سفید پوستان و سیاه پوستان تقریباً مشابه بوده است. با این حال اختلاف جنسی بیشتر در اسپانیایی تبارها دیده می‌شود. به طوری که نسبت مرد به زن بر حسب گروه سنی خیلی بیشتر از غیر اسپانیایی تبارها است. این مسأله بویژه در گروه اسپانیایی تبارهای پیر بارزتر است به طوری که در تعداد کمی از زنان اسپانیایی تبار مسن‌تر، معیارهای تشخیصی وابستگی به الکل در طول عمر مصداق پیدا می‌کند.

	۰/۲۶	۲/۴۷		۲/۰۰	۸/۵۹	۳۵ تا ۴۴
	۰/۱۵	۰/۶۶		۱/۵۱	۶/۷۷	۴۵ تا ۵۴
	۰/۰۰	۰/۰۸		۰/۳۸	۱/۹۸	بالای ۵۵

در بررسی دموگرافیک دیگر، افزایش میزان وابستگی به الکل در افراد کم‌سواد و کم درآمد مشاهده شد (جدول‌های شماره ۵، ۸، ۹). در مطالعه ECA شواهد بیانگر شیوع بالا بین افرادی است که تحصیلات را شروع کرده‌اند ولی آنرا تکمیل نکرده‌اند (بدون در نظر گرفتن سطح تحصیلات). برای مثال، افزایش میزان شیوع در کسانی که مدرسه، دبیرستان و کالج را تمام نکرده‌اند بیشتر مشاهده شده است. شیوع در طول عمر برای کسانی که چند بار طلاق گرفته‌اند یا کسانی که با هم زندگی می‌کنند ولی ازدواج نکرده‌اند نیز، نسبت به افراد متأهل بیشتر بوده است. در هیچ کدام از این مطالعات ارتباطی بین شیوع و طول عمر و شهرنشینی یافت نشد.

درمان

مطالعه ECA از اولین مطالعاتی بود که نشان داد میزان درمان مشکلات مربوط به الکل پایین است (یافته‌ای که در مطالعات بعدی نیز تکرار شد). در ECA تنها ۱۵ درصد از کسانی که معیارهای سوء مصرف یا وابستگی به الکل را داشته‌اند درباره مشکلات مربوط به الکل با پزشک صحبت کرده‌اند. اطلاعات موجود بیانگر این موضوع هستند که تعداد قابل توجهی از بهبودی بدون اراده درمان برای فرد حاصل می‌شود. البته این نکته قابل بحث است که احتمال دارد در مورد بهبودی محاسبه بیش از اندازه صورت گیرد؛ زیرا یک سال مدت کافی برای نشان دادن بهبودی ثابت نیست.

جدول شماره ۸- یافته‌های دموگرافیک اختلالات اعتیاد: مطالعه NCS

متغیرهای دموگرافیک	اختلالات اعتیاد		وابستگی به مواد	
	OR*	OR+	OR‡	OR§
مرد	۱/۰۰	۱/۰۰	گزارش نشده	گزارش نشده
زن	۰/۴۰	۰/۳۷	گزارش نشده	گزارش نشده
سن بر حسب سال				
۱۸ تا ۲۴	۱/۳۶	۳/۶۵	گزارش نشده	گزارش نشده

۱۲۶ □ اعتیاد پژوهی

گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۶۵	۱/۹۹	۳۴ تا ۲۵
گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۰۰	۱/۵۸	۴۴ تا ۳۵
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۰۰	۱/۰۰	۵۴ تا ۴۵
نژاد				
۱/۰۰	۱/۱۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	سفید پوست
۳/۰۵	۰/۶۹	۰/۴۷	۰/۳۵	سیاه پوست
۲/۳۸	۱/۰۵	۱/۰۴	۰/۸۰	اسپانیایی تبار
۰/۲۲	۰/۹۷			بقیه نژادها
درآمد (بر حسب دلار)				
۱/۸۱	۲/۲۴	۱/۹۲	۱/۲۷	۱۹/۰۰۰ تا ۰
۱/۰۰	۱/۵۱	۱/۱۲	۱/۰۶	۳۴/۰۰۰ تا ۲۰/۰۰۰
۰/۸۴	۱/۲۹	۱/۱۱	۱/۰۶	۶۹/۰۰۰ تا ۳۵/۰۰۰
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۷۰/۰۰۰ یا بیشتر
تحصیلات (بر حسب سال)				
۲/۲۵	۲/۳۰	۲/۱۰	۰/۹۹	۱۱ تا ۰
۲/۱۱	۱/۶۹	۱/۸۰	۱/۲۵	۱۲
۱/۲۷	۱/۳۰	۱/۷۰	۱/۲۰	۱۳ تا ۱۵
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	بالای ۱۶
محل سکونت				
۱/۱۷	۱/۴۰	۱/۰۹	۱/۰۹	شهرهای بزرگ
۱/۲۸	۱/۳۸	۱/۱۲	۱/۱۰	شهرهای دیگر
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	روستا

دارند. OR (Odds ratio): این میزان به طور مطمئن تری تفسیر می‌شود؛ مثلاً زنان ۴ برابر مردان در طول عمر یک اختلال اضافی همراه

* بر اساس میزان در طول عمر
+ بر اساس میزان در ۱۲ ماه

‡ میزان در طول عمر بر حسب user subsample

§ میزان در ۱۲ ماه بر حسب Lifetime dependent subsample

شیوع سایر مواد (غیر از الکل) در طول عمر: میزان شیوع برای سوء مصرف و وابستگی به مواد یا برای هر دو) بر اساس DSM-III در مطالعه ECA ۶/۲ درصد بود، بر اساس معیارهای DSM-III-R در مطالعه NCS، ۷/۵ درصد ولی ۲/۹ درصد بر اساس معیارهای DSM-IV در مطالعه NCAES بود (جدول‌های شماره ۵ تا ۸). وارنر و

همکاران بر اساس دسته‌بندی نمونه‌های NCS بر حسب سال بررسی، سن وقوع و گروه سنی گزارش کردند که میزان‌ها، اساساً با آنچه در NCS آمده است شبیه است (یعنی این که بهبودی در زنان بیشتر از مردان است). در هر سه مطالعه، شیوع در طول عمر وابستگی به مواد در گروه سنی بالاتر از ۴۴ سال قابل اغماض بود. در دو مطالعه NCS و NALAES نیز با استفاده از مسن‌ترین گروه سنی، به عنوان گروه مرجع نشان داده شد که تشخیص وابستگی به دارو در طول عمر در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال از همه بیشتر بوده است. برای تشخیص در ۱۲ ماه گذشته شیوع در سنین ۱۵ تا ۲۴ ساله در مقایسه با گروه‌های مسن‌تر بیشتر بوده است.

چنانچه تجزیه اطلاعات تنها محدود به مصرف کنندگان مواد باشد، میزان وابستگی مردان و زنان در دو مطالعه ECA, NCAES یکسان ولی در مطالعه NCS خیلی بیشتر بوده است. شواهد در مطالعه NLAES نیز نشان داد که زنان در گروه‌های سنی مسن‌تر (۴۵ تا ۵۴ سال) احتمالاً وابستگی بیشتری در طول عمر نسبت به مردان همان گروه دارند. در NLAES، شیوع ۱۲ ماهه به طور قابل ملاحظه‌ای در سیاهان و اسپانیایی تبارها نسبت به سفیدپوستان بیشتر بود و در NCS وقتی تجزیه آمار محدود به کسانی که تا آن زمان وابستگی داشتند، شد سیاهان به‌طور قابل ملاحظه‌ای تشخیص ۱۲ ماهه بیشتری داشتند که این خود نشان می‌دهد وابستگی به مواد در این گروه ثبات بیشتری دارد؛ گرچه وجود وقوع بیشتر را نیز باید در نظر داشت. نسبت مرد به زن در ECA برای سفیدپوستان و سیاهپوستان برای شیوع در طول عمر و برای سیاهپوستان برای تشخیص ۱۲ ماهه ۱ بود.

همانند وابستگی به الکل (در مطالعه ECA)، مشاهده شد که وابستگی به مواد در کسانی که تحصیلات ناتمام داشته‌اند (نظیر کسانی که دبیرستان یا کالج را تمام نکرده‌اند) بیشتر دیده می‌شود. بیشترین شیوع در طول عمر، در افرادی که ازدواج نکرده‌اند یا کسانی که با هم زندگی می‌کنند (ولی تأهل رسمی ندارند)، هم برای مردان و هم برای زنان دیده می‌شود. شیوع در کسانی که کم درآمد بوده‌اند نیز بالا بوده است.

تحصیلات کم در مطالعه NCAES همراه با احتمال بیشتر در تشخیص ۱۲ ماهه، وابستگی به مواد بوده است و در هر دو مطالعه NCS و NCAES افزایش تشخیص در طول عمر را به همراه داشته است. درآمد کم در NCS، با افزایش تشخیص در طول عمر و طی دوره ۱۲ ماهه همراه بوده است، ولی مطالعه NCAES فقط افزایش در طول عمر را نشان می دهد.

جدول ۹ - یافته‌های دموگرافیک وابستگی به الکل و مواد بر اساس DSM-IV در مطالعه NLAES

وابستگی به مواد		وابستگی به الکل		دموگرافیک
OR †	OR *	OR †	OR *	
نژاد				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	سفید پوست
۲/۳۳ ⊖	۰/۹۷	۱/۶۱	۰/۷۹	سیاه پوست
۳/۵۰ ⊖	۰/۹۶	۱/۸۷	۱/۱۸	اسپانیایی تبار
درآمد (بر حسب دلار)				
۲/۰۵	۲/۱۵ ⊖	۲/۲۰	۱/۴۴	کمتر از ۲۰/۴۰۰
۱/۰۳	۱/۸۹ ⊖	۱/۳۲	۱/۲۲	۳۵/۹۸۸ تا ۲۰/۴۰۰
۰/۶۸	۱/۵۱ ⊖	۱/۲۱	۱/۱۸	۷۱/۹ تا ۳۵/۹۸۹
تحصیلات				
۱/۸۱ ⊖	۱/۵۴ ⊖	۲/۴۷	۱/۲۴	کمتر از ۱۲
۱/۰۷ ⊖	۱/۳۱ ⊖	۱/۸۱	۱/۰۸	۱۲
۰/۸۰	۰/۹۲	۱/۵۹	۱/۳۰	۱۳ تا ۱۵
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	بالای ۱۶
وضعیت تأهل				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	اخیراً ازدواج کرده
۰/۸۸	۱/۲۹	۱/۴۴	۱/۲۱	اخیراً ازدواج نکرده
۲/۹۷ ⊖	۱/۰۳	۳/۱۲	۲/۰۲	هرگز ازدواج نکرده
وضعیت سکونت				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	روستائی
۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۱۵	۱/۰۰	شهری

* وابستگی در طول عمر بر اساس life time user subsample

† وابستگی در ۱۲ ماه بر اساس وابستگی subsample قبل از سال گذشته

⊖ از نظر آماری قابل توجه است

اگر چه تمرکز این مقاله روی همه گیر شناسی وابستگی به مواد بوده است ولی اطلاعات موجود در NCAES و NCS نیز نشان داد که عوامل خطر متفاوتی همراه با مراحل مختلف پیشرفت سوء مصرف مواد وجود دارد؛ این عوامل شامل اولین مصرف مواد، وجود وابستگی در میان مصرف کنندگان و تداوم مصرف در کسانی که قبلاً وابستگی داشته‌اند، می‌شود. نژادهای غیر سفید به طور قابل ملاحظه‌ای مصرف مواد کمتری را نشان داده‌اند. ولی هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نژادهای مختلف، از نظر وابسته شدن به مواد وجود نداشت. ولی به هر حال، در میان کسانی که وابسته شده‌اند سیاه‌پوستان دوام بیشتری در وابستگی به مواد در هر دو مطالعه NCS و NLAES نشان داده‌اند. همچنان که برای اسپانیایی تبارها در مطالعه NLAES مطرح بوده است.

هم ابتلایی

در این مقاله، هم ابتلایی^۱ به معنی وجود سایر اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به وابستگی به الکل و سایر مواد است. هم ابتلایی بالایی که بین الکل و سایر مواد وجود دارد به راحتی در جدول شماره ۶ که به شیوع جداگانه‌ای برای الکل و سایر مواد و همچنین شیوع کلی برای اختلالات اعتیاد اشاره شده، قابل مشاهده است. وقتی همه اختلالات اعتیاد را در نظر داشته باشیم، شیوع در طول عمر سوء مصرف و وابستگی به الکل از ۲۳/۵ به ۲۶/۶ درصد افزایش می‌یابد؛ این موضوع حاکی از شیوع بالا در هر دو اختلال و همچنین وجود بخش زیادی از اختلالات اعتیاد مربوط به الکل است. بجز هم ابتلایی بالای مربوط به الکل و مواد، یک همراهی قوی نیز بین سایر اختلالات روانپزشکی با وابستگی به الکل و سایر مواد وجود دارد. انتشار یک گزارش از ECA نشان داد که اختلالات روانپزشکی همراه با الکلیسم یکی از اولین علل میزان هم ابتلایی بالا در نمونه‌های جمعیت عمومی است. به طوری که الکلیک‌ها سه برابر بیشتر نسبت به

۱- Comorbidity

کسانی که الکل مصرف نمی‌کنند به سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا می‌شوند. بعضی اختلالات روانپزشکی بر خلاف آنچه قبلاً فکر می‌شد ارتباط چندان قوی با وابستگی به الکل ندارند. قبل از مطالعه ECA بسیاری از مقالات مربوط به هم ابتلایی همراه با وابستگی به الکل و سایر مواد بر اساس نمونه‌های کلینیکی بوده است. نتایج ECA نشان داد که روابط بین نمونه‌های کلینیکی، نمایانگر تجربیات موجود در جمعیت عمومی نیست. در نمونه‌های کلینیکی که در مقالات همه گیر شناسی ذکر شده است، فردی که بیش از یک اختلال (روانپزشکی یا فیزیکی) دارد نسبت به فردی که تنها یک اختلال داشته، بیشتر تحت درمان قرار می‌گیرد (سوگیری و برکسون)^۲.

یافته‌های موجود در ECA، مبنایی برای NCS شد تا یک مطالعه اساسی در زمینه هم ابتلایی و دخالت آن در اختلالات روانپزشکی انجام گیرد. اطلاعات ECA نیز نشان داد که بیشترین همراهی الکلیسم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سایر وابستگی‌های به مواد، مانیا و اسکیزوفرنی است (جدول شماره ۱۰). به طور شگفت انگیزی میزان همراهی افسردگی در حد متوسطی ($\text{odds ratio} = 1/7$) که خیلی کمتر از آنچه که به‌طور تیپیک در نمونه‌های کلینیکی دیده می‌شد، بود. همراهی با اختلالات اضطرابی نیز در حد متوسط با نسبت حدود ۲ تا ۲/۵ بود. اختلال همراه در زنان شایع‌تر بود: ۶۵ درصد زنان ولی ۴۴ درصد مردان الکلی یک اختلال دیگر روانپزشکی در طول عمر داشتند. یافته‌های مربوط به ارتباط قوی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و وابستگی به الکل با گزارشاتی که بر پایه‌های کلینیکی بود، هماهنگی داشت. اطلاعات به دست آمده از NCS در بسیاری از موارد همراهی با وابستگی به الکل را، در ECA مشاهده شد، اثبات کرد. در NCS، همراهی با وابستگی به الکل خیلی بیشتر از موارد سوء مصرف الکل بود. بالاترین نسبت (بالاتر از ۶) برای مردان و زنان همراه با وابستگی به سایر مواد و اختلال شخصیتی ضد اجتماعی و برای مانیا در مردان مشاهده شد. همراهی وابستگی به مواد با اختلالات عاطفی (بجز مانیا) قابل توجه بود ولی از نظر اهمیت متوسط بود (حدود ۳ تا ۴).

^۲-Berk sons Bias

جدول ۱۰ - هم‌اتفاقی در طول عمر برای وابستگی به الکل با سایر اختلالات: مطالعات ECA و NCS

Odds Ratio			
NCS		ECA	
زن	مرد		
۱۷/۰۱	۸/۳۴	۲۱/۰	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۱۵/۷۵	۹/۸۱	۱۱/۲	وابستگی به مواد مانیا
۵/۳۰	۱۲/۰۳	۶/۲	اسکیزوفرنیا
گزارش نشده	گزارش نشده	۴/۰	اختلال پانیک
۲/۹۸	۲/۲۷	۲/۴	اختلال و سواسی - چری
گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۱	دیستایمی
۳/۶۳	۳/۸۱	۱/۸	افسردگی عمده
۴/۰۵	۲/۹۵	۱/۷	سوماتیزیشن
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۸	اختلالات فوبیک
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۴	اجتماعی
۲/۶۲	۲/۴۱	—	ساده
۲/۶۳	۳/۱۱	—	بی‌اشتهائی عصبی
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۲	نشانه‌های مغزی ارگانیک
گزارش نشده	گزارش نشده	۰/۴	اختلال اضطراب عمومی
۳/۰۱	۳/۸۶	گزارش نشده	بقیه تشخیص‌ها
۷/۳۸	۵/۸۵	۲/۸	

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

با وجود مقطع نگر بودن مطالعه NCS، بعضی از نتایج بر اساس وقوع قابل استنباط بود. از گزارش سن وقوع برای شناسایی اختلالاتی که قبل از وقوع وابستگی به الکل وجود داشته‌اند، استفاده شد. نسبت شیوع برای همه اختلالات روانپزشکی قابل توجه بود ولی آنهایی که بویژه نسبت بالایی داشته‌اند، شامل موارد زیر می‌شود: در مردان، اختلال اضطراب عمومی، کج خلقی، مانیا، اختلال سلوک، شخصیت ضد اجتماعی و در

زنان، اختلال پانیک، اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD)، افسردگی، کج خلقی، مانیا، سوء مصرف مواد، وابستگی به مواد، اختلال سلوک و شخصیت ضد اجتماعی. وقتی که یافته‌ها از جهات مختلف تجزیه و تحلیل می‌شود و اختلالات پیش زمینه‌ای مختلف به صورت منفرد یا با همدیگر در نظر گرفته شود، بیشترین میزان وابستگی به مواد (به تنهایی)، اختلالات عاطفی همراه با سایر اختلالات مربوط می‌شود، این میزان اضطراب در زنان بیشتر از مردان است. اگر چه تشخیص مواد به تنهایی یک پیش‌بینی کننده قوی برای وابستگی به الکل در مردان نسبت به زنان است، اختلال مواد همراه با سایر اختلالات روانپزشکی نیز به طور مشخص، میزان بیشتری در زنان نسبت به مردان دارد (به طور تیپیک ۲ برابر).

بر خلاف ECA و NCS که اختلالات روانپزشکی عمده را پوشش داده بود، NCAES شامل افسردگی اساسی همراه با اختلالات وابستگی به مواد می‌شد. یافته‌های NCAES همراهی سوء مصرف مواد و وابستگی به الکل را با افسردگی اثبات کرد. همراهی افسردگی با وابستگی به الکل و مواد، قوی‌تر از همراهی آن با سوء مصرف همین مواد است. در NLAES، الکلیک‌ها به طور کلی در طول عمر ۳/۸۲ برابر غیر الکلیک‌ها دچار افسردگی می‌شوند. نسبت احتمال^۲ در مردان (۴/۳۲) تقریباً برابر با زنان (۴/۲۸) و بیشتر از میزانی است که در NCS یافت شد. همچنین این میزان در غیر سیاه‌پوستان (۳/۸۱) نسبت به سیاه‌پوستان (۳/۱۶) بالاتر است و با افزایش سن افزایش می‌یابد (از ۲/۸۸ در جوان‌ترین گروه سنی تا ۱۰/۴ در گروه ۶۵ یا بالاتر).

یافته‌های مقایسه‌ای حتی نشان داد که همراهی افسردگی با وابستگی به مواد بیشتر از همراهی آن با وابستگی به الکل است. افراد وابسته به مواد تقریباً ۷ برابر بیشتر از افراد غیر وابسته، در طول زندگی دچار افسردگی می‌شوند. وقتی نسبت احتمال وابستگی خاص به مواد مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ارتباط قوی‌تری بین افسردگی با آمفتامین (۱۰/۲۶) و آرامبخش‌ها (۱۰/۰۶) برای مردان و با آمفتامین (۸/۰۰) و حشیش (۷/۹۸) و

۱- Post – traumatic stress disorder

۲- Odds ratio

وابستگی به داروهای تجویزی در زنان مشاهده می‌شود. عموماً میزان فوق‌بجز در مورد حشیش و کوکائین، برای سایر وابستگی‌های به مواد در میان مردان بیشتر از زنان است. وقتی یافته‌ها در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ ساله با گروه ۳۰ سال و بالاتر مقایسه می‌شود، این میزان به طور ثابتی در گروه سنی بالاتر، بیشتر است (۷/۰۲ در مقابل ۵/۵۲). این موضوع، بویژه درباره وابستگی به آمفتامین و توهم‌زاها بیشتر صدق می‌کند. در تحلیل آماری وابستگی‌های ۱۲ ماهه، نتایج مشابه است. تجزیه و تحلیل آماری بر حسب سن وقوع، همانند آنچه برای NCS انجام شد درباره یافته‌های NLAES ممکن است قابل انجام باشد که از نظر اثبات نتایج NCS مهم است.

بحث و نتیجه‌گیری

تکامل سیستم‌های طبقه‌بندی تشخیصی در حدی بوده است که هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 را تقریباً مشابه هم کرده‌است؛ و به همین خاطر، محققان و پزشکان در نقاط مختلف جهان تقریباً یک زبان مشترک در مورد تشخیص وابستگی به مواد دارند. گرچه وابستگی به الکل و مواد در تعریف با هم تفاوت دارند ولی از نظر دموگرافیک نسبتاً با هم هماهنگی دارند. شیوع ۱۲ ماهه و در طول عمر، عموماً در بین مردان نسبت به زنان، سفیدپوستان نسبت به غیر سفیدپوستان، گروه‌های سنی جوان‌تر نسبت به گروه‌های مسن‌تر، افراد با سطح درآمد پایین‌تر یا سطح تحصیلی پایین‌تر و کسانی که به طور با دوامی ازدواج نکرده‌اند (شامل کسانی که با هم زندگی می‌کنند ولی تأهل رسمی ندارند) بیشتر است. یافته‌های NCS عوامل الکلیک‌ها بیشتر از غیر الکلیک‌ها مبتلا به یک اختلال روانپزشکی دیگر هستند و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مانیا و سایر وابستگی‌های به مواد نیز از جمله اختلالاتی هستند که ارتباط قوی تری برای همراهی با وابستگی به الکل داشته است. اگر چه همراهی افسردگی و همراهی وابستگی به مواد به آن شدتی که در مطالعات کلینیکی به آن معتقد بودند، وجود نداشت ولی در تجزیه این نتیجه آماری NCS نیز مورد توجه قرار گرفت. نتایج

مقطع نگر NLAES نیز در رابطه با هم ابتلایی بین افسردگی و وابستگی به الکل و مواد آشکار کننده اهمیتی تازه برای همراهی بین جنس و سن و افسردگی بود. این نتیجه سبب شناسی گرایش به مواد را بیشتر روشن کند، وقتی که یافته‌های مربوط به سن نیز در نظر گرفته می‌شود.



References

۱. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۳. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۸۰.
۲. American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۳, revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۹۴
۳. American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۴. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۹۴.
۴. Anthony Jc, Helzer JE: **Syndromes of drug abuse and dependence**. In Robins LN, Regier DA (eds): *Psychiatric Disorders in America*. New York, The Free Press, ۱۹۹۱.
۵. Bucholz KK, Heath AC, Reich T, et al: **Can we subtype alcoholism?** A latent class analysis of data from relatives of alcoholics in a multi-center family study of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* ۲۰:۱۴۶۲-۱۴۷۱, ۱۹۹۶.
۶. Dawson DA: **Gender differences in the probability of alcohol treatment**. *J Subst Abuse* ۸:۲۱۱-۲۲۵, ۱۹۹۶.
۷. Edwards G, Gross MM: **Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome**. *BMJ* ۱:۱۰۵۸-۱۰۶۱, ۱۹۷۶.
۸. Foroud T, Bucholz KK, Edenberg HJ, et al: **Linkage of an alcoholism-related severity phenotype to chromosome ۱۶**. *ACER*, ۱۹۹۸; ۲۲:۲۰۳۵-۲۰۴۲
۹. Goate A, Edenberg H, Foroud T, et al: **A genome-wide search for genetic susceptibility to symptoms of alcohol withdrawal**. Presented at the ۲۰th Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, San Francisco, July ۱۹۹۷.
۱۰. Grant BF: **Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults**. *J Subst Abuse* ۷:۴۸۱-۴۹۷, ۱۹۹۵.
۱۱. Grant BF: **Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey**. *J Subst Abuse* ۸:۱۹۵-۲۱۰, ۱۹۹۶.
۱۲. Grant BF: **Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey**. *J Stud Alcohol* ۵۸:۴۶۴-۴۷۳, ۱۹۹۷.

۱۳. Grant BF, Harford TC: **Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey.** Drug Alcohol Depend ۳۹:۱۹۷-۲۰۶, ۱۹۹۵.
۱۴. Grant BF, Hasin DS: **The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule.** Rockville, MD, National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, ۱۹۹۲.
۱۵. Hasin D, Paykin A: **Dependence symptoms but no diagnosis: Diagnostic "orphans" in a community sample.** Drug Alcohol Depend ۵۰:۱۹-۲۶, ۱۹۹۸.
۱۶. Helzer JE, Przybeck TR: **The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment.** J Stud Alcohol ۴۹:۲۱۹-۲۲۴, ۱۹۸۸.
۱۷. Helzer JE, Burnham MA, McEvory L: **Alcohol abuse and dependence.** In Robins LN, Regier DA (eds): **Psychiatric Disorders in America.** New York, The Free Press, ۱۹۹۱.
۱۸. Herd D: **Subgroup differences in drinking patterns among black and white men: Results from a national survey.** J Stud Alcohol ۵۱:۲۲۱-۲۳۲, ۱۹۹۰.
۱۹. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ: **Psychopathology in hospitalized alcoholics.** Arch Gen Psychiatry ۴۲:۱۰۵۰-۱۰۵۵, ۱۹۸۵.
۲۰. Hesselbrock V, Meyer R, Hesselbrock M: **Psychopathology and addictive disorders: The specific case of antisocial personality disorder.** In O'Brien CP, Jaffe JH (eds): **Addictive States.** New York, Raven Press, ۱۹۹۲.
۲۱. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al: **Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey.** Arch Gen Psychiatry ۵۴:۳۱۳-۳۲۱, ۱۹۹۷.
۲۲. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: **Lifetime and ۱۲-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey.** Arch Gen Psychiatry ۵۱:۸-۱۹, ۱۹۹۴.
۲۳. Reich T, Cloninger CR, Van Eerdewegh P, et al: **Secular trends in the familial transmission of alcoholism.** Alcohol Clin Exp Res ۱۲:۴۵۸-۴۶۴, ۱۹۸۸.
۲۴. Robins LN, Regier DA: **Psychiatric Disorders in America.** New York, The Free Press, ۱۹۹۱.
۲۵. Schuckit MA, Hesselbrock V, Tipp J, et al: **A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-1۰ substance use disorders diagnosis in ۱۹۲۲ men and women subjects in the COGA study.** Addiction ۸۹:۱۶۲۹-۱۶۳۸, ۱۹۹۴.

۲۶. Schuckit MA, Smith RL, Daepfen JB, et al: **The clinical relevance of the distinction between alcohol dependence with and without a Physiological component.** Am J Psychiatry ۱۵۵:۷۳۳-۷۴۰, ۱۹۹۸.
۲۷. Warner LA, Kessler RC, Hughes M, et al: **Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Study.** Arch Gen Psychiatry ۵۲:۳۱۳-۳۲۱, ۱۹۹۵.
۲۸. World Health Organization: **The ICD-۱۰ Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research.** Geneva, World Health Organization, ۱۹۹۳.

