

## بررسی رابطه مصرف مواد استنشاقی بر افسردگی و افکار خودکشی

یاسمین سلمان نجی<sup>۱</sup>

### چکیده

مواد استنشاقی گروهی از مواد زیان‌بار هستند که از طریق استنشاق باعث ایجاد مستی استفاده‌کننده می‌شوند. محصولات شیمیایی خانگی مانند چسب، مایعات شوینده، و رنگ از رایج‌ترین مواد استنشاقی هستند که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. افرادی که با وجود اطلاع از تأثیرات منفی مواد استنشاقی قادر به عدم مصرف این مواد نیستند، معتاد به مصرف مواد استنشاقی به شمار می‌آیند. تشخیص اعتیاد به مواد استنشاقی دشوار است، چراکه تأثیرات آن کوتاه مدت می‌باشد. با توجه به مطالب مذکور سوال اصلی مقاله این است که چه رابطه‌ای بین مصرف مواد استنشاقی بر افسردگی و افکار خودکشی وجود دارد؟ که می‌توان برای این سوال این فرضیه را مطرح نمود که مصرف مواد استنشاقی مانند بنزین، لاک و چسب مایع به مرور زمان باعث اعتیاد در افراد می‌شود و همین امر منجر به افسردگی و گاهی اوقات دلیل بر افکار خودکشی در فرد استفاده‌کننده می‌شود. روش بکار گرفته شده در این مقاله بصورت تحلیلی می‌باشد و نتیجه حاصل از تحقیق این می‌باشد که بهترین راه درمان اعتیاد به مواد استنشاقی، ارتباط گرفتن با اشخاص باتجربه و خبره برای مشاوره است. اعتیاد به مواد استنشاقی، مشکلی است که تنها از راه صحبت و مشاوره حل می‌شود. و اگر این امر توسط شخص ماهر و متخصص انجام نشود، ممکن است فرد بیمار را دچار مشکلات بیشتری کرده و نتواند او را درمان کند.

واژگان کلیدی: مواد استنشاقی، تأثیرات منفی، اعتیاد، افسردگی، افکار خودکشی

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار [yasisalman@gmail.com](mailto:yasisalman@gmail.com)

## مقدمه

استنشاق کننده‌ها، بخارهای شیمیایی هستند که سریع در محیط پراکنده می‌شوند. استفاده از مواد استنشاقی در دهه ۱۹۶۰ در بین نوجوانانی که چسب‌های صنعتی و خانگی را بو می‌کردند رایج شد. از آن زمان، انواع دیگر مواد استنشاقی رایج شده است. مواد استنشاقی بیشتر در گروه کودکان، نوجوانان در سنین مدرسه استفاده می‌شود. اگرچه گاهی اوقات بزرگسالان نیز از آنها استفاده می‌کنند. مواد استنشاقی مواد فرآوری هستند که بخارهای شیمیایی تولید می‌کنند و با استنشاق آنها می‌توان یک اثر روان‌گردان یا تأثیرگذار بر ذهن ایجاد کرد. این تعریف شامل طیف وسیعی از مواد شیمیایی است که ممکن است اثرات دارویی متفاوتی داشته باشند و در صدها محصول مختلف یافت شوند. در نتیجه، طبقه‌بندی دقیق مواد استنشاقی مشکل است.

علاقه‌مندی به بوییدن محصول‌های شیمیایی که بوی تند و قوی دارند یکی از اختلال‌های شایع در عصر کنونی است که بیشتر میان نوجوانان و به مقدار کمتری میان بزرگسالان مشاهده می‌شود و نشان دهنده ابتلا به نوعی بیماری روانی است. محققان علاقه‌مندی به بوییدن یا خوردن محصول‌های شیمیایی، چون لاک ناخن، خاک، بنزین، چسب مایع، صابون و حتی رنگ‌های روغنی را از طیف اختلال پیکا دسته‌بندی کرده‌اند. اختلال پیکا بر اثر نوعی جهش ژنتیکی به وجود می‌آید و بیشتر میان کودکان، زنان باردار، افراد دچار استرس غیرقابل کنترل، افراد مبتلا به مشکل‌های روانی، چون کم‌توانی ذهنی، افراد دچار افسردگی، مبتلایان به وسواس اجباری کردن موی سر، مبتلایان به اسکیزوفرنی و ... دیده می‌شود.

علاقه‌مندی به بوییدن چسب مایع، بنزین، لاک ناخن و ... به دلیل افزایش ناگهانی جریان خون نوعی احساس شادی کوتاه‌مدت در فرد ایجاد می‌کند و البته پس از مدتی فرد دچار احساس سردرد، تهوع، گیجی، تاری دید و ... خواهد شد. از جمله آسیب‌های بوییدن چسب می‌توان به بروز آسیب مغزی، مشکل‌های شدید تنفسی، اختلال در عملکرد سیستم عصبی، ایجاد لکه‌های قرمز و کهیر روی بدن، سردرد، سرگیجه، تهوع، درد شکم، نوسانات خلقی، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری، احساس بی‌حسی یا سوزن سوزن شدن دست و پا، خستگی، از دست دادن شنوایی و سطح هوشیاری اشاره کرد. برای درمان این اختلال مراجعه به متخصص، شرکت در جلسه‌های مشاوره، یادگیری هنر و سرگرمی‌های جدید، رعایت رژیم خوراکی، انجام ورزش، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، ایجاد آرامش در محیط

خانواده، کمک به کودک در یادگیری درس‌های مدرسه و در برخی موارد مصرف داروهای ضد استرس زیر نظر متخصص برای بازه استاندارد می‌تواند اثربخش باشد.

## ۱- مبانی نظری

### ۱-۱- افکار خودکشی

افکار خودکشی عبارتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را دربرمی‌گیرد. تصمیم به خودکشی می‌تواند به علت احساس عدم قدرت مقابله با مشکلات خود و عدم پاسخ دیگران نسبت به احتیاجات او باشد.

افکار خودکشی یک اصطلاح پزشکی است که در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول و حوش خودکشی بکار برده می‌شود. این افکار و تصورات انواع گوناگونی را شامل می‌شوند. برخی از این افکار ممکن است در حد تصور و خیال‌پردازی بوده و آنچنان جدی نباشد که از آن جمله می‌توان به طرح و نقشه خودکشی با جزئیات، بازی نقش و تفکر درباره خودکشی ناموفق و نیمه خودکشی بگونه‌ای که افراد دیگر از رنج روحی فرد باخبر بشوند، اشاره کرد. اما برخی دیگر ممکن است کاملاً جدی و به قصد نابودی فرد در ذهن وی جریان داشته باشند. از آمارها چنین برمی‌آید که درست است که همه افرادی که به نوعی به خودکشی فکر می‌کنند یا قبلاً فکر کرده‌اند، اقدام به خودکشی نمی‌کنند، اما بیشترشان در نهایت این کار را به انجام خواهند رساند (Yovell and others, 2016).

مهمترین عاملی که می‌تواند در تفکرات و خیال‌پردازی‌های فرد درباره خودکشی نقش ایفا کند، افسردگی است. اما عوامل دیگری نیز همچون برخی بیماری‌های روانی، حوادث غیرقابل پیش‌بینی و اتفاقات درون خانواده می‌توانند سبب‌ساز شکل‌گیری افکار و خیالات خودکشی در فرد بشوند. تکرار افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌تواند یکی از نشانه‌های بارز اختلال شخصیت مرزی باشد. یک تحقیق نشان داد که ۱۳ درصد از اشخاص مبتلا به این اختلال اقدام به خودکشی کرده‌اند و متوسط اقدام به خودکشی در هر فرد مبتلا ۳ تا ۴ بار ذکر شده است. در حال حاضر راه‌های درمانی و داروهای خاصی برای درمان افرادی که اشتغال ذهنی شدیدی به خودکشی دارند، موجود است (Espelage and Holt, 2013).

درنهایت می‌توان بیان نمود که خودکشی عبارت است از هرگونه سعی و تلاش عامدانه و با آگاهی کامل فرد برای خاتمه زندگی به دلایل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی. فکر خودکشی یک پدیده ایستا نیست و ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد. تصمیم برای ارتکاب رفتار خودکشی ممکن است تکانشی و بدون دوراندیشی کافی بوده و یا نتیجه نشخوار ذهنی طولانی باشد. عوامل خطر ساز اضافی در خودکشی عبارتند از: سابقه خانوادگی رفتار انتحاری، قرار داشتن در معرض خشونت خانوادگی، تکانش‌گری، سوء مصرف مواد و دسترسی به روش‌های کشنده و در این راستا خصوصیات مختلفی شامل احساس نومییدی، تکانش‌گری، مصرف عود کننده مواد و سابقه رفتار پرخاشگرانه با افزایش خطر خودکشی ارتباط دارند.

مصرف الکل یا سایر مواد نیز ممکن است در نوجوانان آسیب‌پذیر، زمینه‌ساز رفتارهای انتحاری باشد. در برخی موارد، نوجوانی که پس از انجام رفتاری ممنوع، در انتظار مجازات از سوی پلیس یا سایر منابع قدرت اقدام به خودکشی می‌کند. یکی از چالش‌ها در پرداختن به خودکشی، شناسایی کودکان و نوجوانان دارای افکار خودکشی و به خصوص درمان آنهایی است که اختلالات روانپزشکی درمان نشده دارند؛ زیرا همانطور که خطر خودکشی موفق با افزایش سن بالا می‌رود، میزان شروع اختلال روانپزشکی درمان نشده نیز با افزایش سن کودک و نوجوان بیشتر می‌شود. کسانی که جزء گروه‌های پرخطر هستند باید تا زمانی که میل به خودکشی از بین برود، بستری شوند. افراد در معرض خطر عبارتند از: کسانی که سابقه اقدام به خودکشی دارند (بخصوص با روش‌های مرگبار).

پسرهای بالای ۱۲ سال که سابقه رفتار پرخاشگرانه یا سوء مصرف مواد دارند؛ استفاده از روش مرگبار؛ اختلال افسردگی اساسی شدید که واجد خصوصیات مردم‌گریزی، نومییدی و افکار خودکشی مستمر است. باتوجه به ماهیت هر دو رفتار، آسیب به خود و خودکشی که به نوعی هدفمند می‌باشند، سایکوپاتولوژی مشترکی دارند، از جمله اختلالات روانی، افسردگی، تعارضات خانوادگی، غفلت، اضطراب، سوء مصرف مواد.

واقعیت این است که افکار خودکشی در تمامی سنین وجود دارد، ژنتیک و داشتن سابقه خانوادگی رفتار خودکشی، عوامل بیولوژیک، عوامل روانی-اجتماعی از قبیل احساس ناامیدی، تکانش‌گری، مصرف مواد، سابقه رفتار پرخاشگرانه، در معرض تهاجم بودن، عوامل خطر خانوادگی برای رفتار خودکشی، بد رفتاری شامل کودک آزاری جنسی و جسمی و غفلت از مهمترین دلایل این مشکل است.

مطالعات نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد استنشاقی خطر خودکشی را در نوجوانان افزایش می‌دهد. مصرف در نوجوانی، به خصوص شروع استفاده در پیش از نوجوانی، عامل خطر مهمی برای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران و پسران نوجوان است (Espelage and Holt, 2013).

## ۱-۲- افسردگی

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است و اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است. افسردگی سرماخوردگی بیماری روانی است. تقریباً همه، حداقل بصورت خفیف احساس افسردگی کرده‌اند. احساس دمغی، بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی و ناخشنودی همگی تجربیات افسردگی رایج هستند. از آنجاکه احساس افسردگی را تقریباً همه داشته‌اند این احساس به تنهایی برای تشخیص اختلال خلق افسرده کافی نیست. افسردگی بالینی خیلی کمتر شایع است و نسبت به اندوه، موقعی که هریک از ما زمانی آن را تجربه کرده، مشکلات جدیدتر بوجود می‌آورد. اما مرز بین افسردگی عادی و افسردگی بالینی کجاست؟ بعضی محققین عقیده دارند افسردگی می‌تواند روی پیوستاری از اندوه تا طبقات بالینی شدید مطالعه شود و برخی فکر می‌کنند افسردگی و اندوه دو چیز کاملاً متفاوتند. بعنوان مثال: برخلاف اندوه، افسردگی بواسطه اطمینان بخشیدن و نصایح مفید دوستان خانواده

۱۲۳

تسکین پیدا نمی‌کند. در بین افرادی که بخاطر مشکلات روانی کمک می‌طلبند افسردگی مشکل شایعی است. هر سال چهارصد هزار نفر در پی درمان افسردگی بر می‌آیند و ۱۵ درصد آنها خود را می‌کشند. بین بیمارانی که به خاطر شکایت جسمانی به پزشک مراجعه می‌کنند، حداقل ۱۸ درصد افسرده هستند و یک سوم آنها دچار افسردگی متوسط یا شدید شدند (Hubley, 2014).

بررسی‌های اجتماعی نشان می‌دهد که ۶ تا ۱۹ درصد کسانی که بر حل مشکلاتشان کمک نمی‌خواهند افسرده‌اند. در یک بررسی در آمریکا مشخص شد که زنان دو برابر مردان افسرده هستند و افرادی که از نظر میزان درآمد در پایین‌ترین سطح قرار دارند احتمالاً سه برابر افسرده‌ترند. تعداد زنانی که افسرده تشخیص داده می‌شوند دو برابر تعداد مردان است، این اختلاف تقریباً در تمام دنیا یافت شده است. این یافته‌ها از بیماران تحت درمان با برداشت متخصص بالینی، بررسی‌های اجتماعی افراد خارج از جریان درمان، مطالعات خودکشی و تمایلات خودکشی، یا واکنش سوگ بدست آمده‌اند. دو ویژگی اختصاصی افسردگی عبارتند از: خلق ناشاد افسردگی، غم، اندوه، ناراحتی یا نگرانی، و فقدان علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌های عادی و سرگرمی‌های فرد، تشخیص افسردگی مستلزم وجود

حداقل یکی از این ویژگی‌ها است. بعلاوه، دست‌کم چهار مورد از رفتارها یا احساسات زیر باید وجود داشته باشد: کم‌اشتهایی یا تغییر وزن (اغلب کاهش ولی گاهی هم ازدیاد وزن)، اشکال در خوابیدن، فقدان نیرو، آشفتگی روانی- حرکتی یا افزایش کندی پاسخ (آنقدر مشخص که برای دیگران قابل مشاهده باشد)، خستگی یا فقدان انرژی، سرزنش خود، احساس گناه نابجا، شکایاتی از ناتوانی در تفکر بطور روشن یا تمرکز حواس و افکار دائمی مرگ یا خودکشی یا آرزوی مردن، زنان افسرده نسبت به مردان، علائم بیشتری دارند و علائمی مثل احساس بی‌ارزشی، فقدان علاقه و اختلال اشتها را بیشتر از مردان ذکر می‌کنند. به نظر می‌رسد افسردگی غالباً بعد از برخی رخداد‌های تنش‌زا، از قبیل ازدواج یا تولد فرزند واقع می‌شوند. در تمام این موارد ممکن است افسردگی رفتار فعلی فرد باشد که تحت شرایط تنش‌زا متناسب ایجاد شده است اما با گذشت زمان بجای اینکه به سمت طبیعی شدن رفتار حرکت کند ادامه یافته و شخص اغلب الگوهای فکری نامناسب نشان دهد. او معمولاً همه چیز را فاجعه‌آمیز انگاشته و به بدترین وجه ممکن به دنیا می‌نگرد. این نگرش به تصور از خود شخص سرایت می‌کند. و افراد افسرده خود را ناامید و درمانده می‌بینند (Kessler and Bromet, 2013).

## ۲- انواع اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی

اصطلاح اختلال مرتبط با استنشاق برای طیف وسیعی از مواد خطرناک و اعتیادآور استفاده می‌شود؛ از اکسید نیتروژن گرفته تا اسپری مو. برخی از مواد استنشاقی داروهایی هستند که مصارف پزشکی دارند، اما بسیاری از آنها مواد خانگی قانونی یا مواد شیمیایی مست‌کننده‌ای هستند که می‌توانند در مقیاس وسیع مورد سوءمصرف قرار بگیرند. این مواد شیمیایی بسیار خطرناک هستند و حتی می‌توانند کشنده باشند.

متأسفانه سه عامل وجود دارد که استفاده از این مواد را برای افراد مخصوصاً طبقه فقیر جامعه سهل و آسان می‌کند:

- قابل دسترس بودن؛

- قانونی و مجاز بودن؛

- ارزان بودن.

بعضی افراد مخصوصاً نوجوانان به علت تاثیرات ناشکی‌آور این مواد تمایل به استنشاق آنها دارند، که این اختلال در این دسته افراد معمولاً با مواردی چون اختلالات خلق، اختلال سلوک، اختلال شخصیت

ضداجتماعی، سوء رفتار جنسی و جسمی و افکار انتحاری همراه است. معمولاً افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد استنشاقی به مراکز پزشکی مراجعه می‌کنند به سن ۱۸ سال نرسیده‌اند (میانگین سنی استفاده از مواد استنشاقی در آمریکا ۱۳ سال است). عوامل خطر سازی که بعنوان پیش آگهی لازم است آنها را مدنظر قرار داد، در برگیرنده عوامل سرشتی مانند ابتلا به اختلال سلوک و یا اختلال مصرف مواد غیراستنشاقی و سابقه دریافت خدمات مشاوره و سلامت روان، عوامل محیطی مانند رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی، عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیک و مسائل فرهنگی هستند (Ahmadian, Akbari Shaye, 2011).

از دیگر عوارض و اختلالات مهمی که هنگام مسمومیت با مواد استنشاقی ممکن است رخ دهد می‌توان دلیریوم (روان آشفتگی)، دمانس پایدار (زوال عقل پایدار)، پارانوئا (سوءظن، که شایع‌ترین اختلال روان پریشی ناشی از مسمومیت با مواد استنشاقی است)، افسردگی و اختلالات اضطرابی (اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب فراگیر) را نام برد. مواد استنشاقی هیدروکربن‌های فراری هستند که استنشاق آنها اثرات روان‌گردان دارد و طبقه‌ای وسیع از مواد شیمیایی را دربر می‌گیرند که در صدها کالا و محصولات مختلف یافت می‌شوند و به آسانی در دسترس عموم قرار دارند. بعضی از این مواد شیمیایی عبارت‌اند از حلال‌های فرار (مایعاتی که در دمای اتاق بخار می‌شوند یا به گاز تبدیل می‌شوند) و

۱۳۵

آیروسول‌ها (اسپری‌های حاوی حلال‌ها و مواد پروپولانت). مواد زیر نمونه‌ای از مواد استنشاقی هستند:

- چسب‌های مایع (حاوی تولوئن یا استات اتیل)؛

- بنزین (حاوی سرب)؛

- تینر رنگ (حاوی استات استرژها)؛

- اسپری مو (حاوی بوتان یا پروپان)؛

- گاز فندک (حاوی بوتان یا ایزوپروپان)؛

- اسپری‌های رنگ (حاوی بوتان، سرب یا پروپان)؛

- پاک‌کننده لاک ناخن (حاوی استون)؛

- لاک غلط‌گیری مایع (حاوی تولوئن یا استات اتیل)؛

- سموم دفع آفات نباتی (حاوی سولفور یا مس)؛

- ماژیک‌های مخصوص نوشتن روی سی دی (حاوی تولوئن یا استات اتیل).

همه مواد استنشاقی از طریق تنفس وارد بدن می‌شوند. مواد استنشاقی خیلی زود اثر می‌گذارند زیرا از طریق شش‌ها به سرعت وارد جریان خون می‌شوند. نآشگی حاصل از مواد استنشاقی معمولاً بسیار زودگذر است و به همین دلیل مصرف‌کنندگان آنها را بطور مکرر و در عرض چند ساعت استفاده می‌کنند. این الگوی مصرف می‌تواند بسیار خطرناک باشد و به بیهوشی و حتی مرگ منجر شود (Ahmadian, Akbari Shaye, 2011).

اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی در گروه اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد قرار می‌گیرد.

(۱) اختلال مصرف مواد استنشاقی؛

(۲) مسمومیت با مواد استنشاقی؛

(۳) اختلالات دیگر ناشی از مواد استنشاقی؛

(۴) اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی نامشخص.

در ادامه هر کدام به تفصیل شرح داده می‌شود (Ahmadian, Akbari Shaye, 2011).

## ۲-۱- اختلال مصرف مواد استنشاقی

افراد مبتلا به این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی، مواد استنشاقی را طوری مصرف می‌کنند که هم مشکل زاست و هم از لحاظ بالینی به نابسامانی و رنج شدید منجر می‌شود و به‌رغم مشکلات اجتماعی یا میان فردی مستمر و مکرر که در اثر مواد استنشاقی به وجود می‌آیند یا به علت مصرف آنها وخیم‌تر می‌شوند، به استعمال مواد استنشاقی ادامه می‌دهند. مصرف مواد استنشاقی، عملکرد عصبی و رفتاری را مختل کرده و انواع مشکلات عصبی، معده‌ای و روده‌ای، قلبی و عروقی و ریوی ایجاد می‌کند (Abraheme, 2010).

**الف) شیوع اختلال مصرف مواد استنشاقی:** مواد استنشاقی به آسانی قابل دسترس، مجاز و ارزان هستند. این سه عامل در مصرف بالای مواد استنشاقی بین مردم فقیر و جوان نقش دارد. به گزارش DSM-5 این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی تقریباً بطور کامل فقط در مردان مشاهده می‌شود.

**ب) تشخیص افتراقی اختلال مصرف مواد استنشاقی:** ۱- مواجهه با مواد استنشاقی غیر عمدی ناشی از سوانح صنعتی یا سوانح دیگر: این عنوان زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که یافته‌ها از مواجهه مکرر یا مداوم با مواد استنشاقی حکایت داشته باشند ولی فرد درگیر و افراد مطلع دیگر، هرگونه سابقه مصرف هدفمند مواد استنشاقی را انکار کنند. ۲- مصرف مواد استنشاقی عمدی بدون برآورده کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد استنشاقی: مصرف مواد استنشاقی در بین نوجوانان رایج است ولی در اغلب این افراد، ملاک‌های تشخیصی این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی به تعداد و کیفیت موردنیاز برآورده نمی‌شود (Abraheme, 2010). ۳- مسمومیت با مواد استنشاقی بدون برآورده کردن ملاک‌های اختلال حاضر: این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی اغلب در مدت اختلال مصرف مواد استنشاقی روی می‌دهد ولی ممکن است در افرادی که ملاک‌های اختلال مصرف مواد استنشاقی را برآورده نمی‌کنند هم روی دهد. ۴- اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد استنشاقی بدون برآورده کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد استنشاقی: ملاک‌ها برای اختلال روان‌پریشی، اختلال افسردگی، اختلال اضطرابی یا عصب‌شناختی عمده برآورده می‌شوند و شواهدی مبنی بر اینکه نارسایی‌ها از لحاظ سبب‌شناختی با تأثیرات مواد استنشاقی ارتباط دارند، وجود دارد. با این حال، ملاک‌ها برای اختلال مصرف مواد استنشاقی ممکن است برآورده نشده باشند.

۱۲۷

**ج) اختلالات مصرف مواد دیگر:** برای متمایز کردن نشانه‌های این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی از اختلالات مصرف مواد دیگر، تحقیق درباره اینکه کدام نشانه‌ها در طول دوره‌هایی که برخی از مواد مصرف نشده‌اند ادامه یافته‌اند، مفید واقع می‌شود. اختلالات دیگر مسموم کننده، سوخت و سازی، آسیب‌زا، مرتبط با تومور یا عفونی که عملکرد دستگاه عصبی مرکزی یا پیرامونی را مختل می‌کنند. افراد مبتلا به این اختلال (استنشاقی) ممکن است نشانه‌های کم‌خونی، تحلیل رفتگی مغز، بیماری ماده سفید مغز و تعداد دیگری از اختلالات دستگاه عصبی را نشان دهند. سابقه مصرف کم یا هیچ، به منتفی کردن این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی بعنوان علت این مشکلات کمک می‌کند (Ashouri and others, 2008).

**د) اختلالات دستگاه‌های اندام دیگر:** افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد استنشاقی ممکن است نشانه‌های آسیب کبد یا کلیه، تجزیه رشته‌های عضلانی مخطط یا نشانه‌های بیماری‌های دیگر معده‌ای و روده‌ای، قلبی و عروقی یا ریوی را آشکار سازند. سابقه مصرف کم یا هیچ، به منتفی کردن این نوع

از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی بعنوان علت اینگونه مشکلات جسمی کمک می‌کند. فرد اخیراً عمدی یا غیرعمدی، در زمانی کوتاه در معرض دوزهای بالای مواد استنشاقی قرار گرفته است و در رفتار و حالت روانی فرد مبتلا به این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی تغییراتی غیرعادی و ناسازگارانه به وجود می‌آید. دو یا چند مورد از علائم زیر، به هنگام قرار گرفتن در معرض مواد استنشاقی یا مصرف آن یا اندکی بعد روی می‌دهند:

- سرگیجه؛

- ناهماهنگی حرکتی؛

- گفتار مبهم؛

- بی‌رمقی؛

- کند شدن بازتاب‌ها؛

- لرزش؛

- بینایی مبهم؛

- ضعف ماهیچه‌ای عمومی؛

۱۲۸

- کم‌حرکی روانی و حرکتی (Ashouri and others, 2008).

## ۲-۲- شیوع مسمومیت با مواد استنشاقی

اغلب مصرف‌کنندگان مواد استنشاقی در یک بازه زمانی مصرفی، ملاک‌های مسمومیت با مواد استنشاقی را برآورده می‌کنند؛ بنابراین شیوع مصرف مواد استنشاقی و این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی احتمالاً مشابه هستند.

- مواجهه با مواد استنشاقی عمدی بدون برآورده کردن ملاک‌های مسمومیت با مواد استنشاقی: فرد بصورت عمدی یا غیرعمدی مواد را استنشاق می‌کند، اما مقدار برای برآورده شدن ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد استنشاقی کافی نیست.

- مسمومیت و اختلالات دیگر ناشی از مواد یا دارو در اثر مصرف مواد دیگر: این نوع از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی و اختلالات دیگر ناشی از مواد یا دارو ممکن است علائم و نشانه‌های مشابه داشته باشند، اما مسمومیت ناشی از مواد مسموم‌کننده دیگر است که امکان دارد از طریق بررسی سم‌شناسی مشخص شود.

- اختلالات دیگر مرتبط با مواد استنشاقی: دوره‌های مسمومیت با مواد استنشاقی در مدت اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی دیگر، اما نه همانند آنها، روی می‌دهند. این اختلالات بوسیله ملاک‌های تشخیصی مربوط مشخص می‌شوند (Dein and others, 2012).

### ۲-۳- اختلالات دیگر ناشی از مواد استنشاقی

این نوع فقط در صورتی به جای مسمومیت با مواد استنشاقی تشخیص داده می‌شوند که نشانه‌ها به قدر کافی شدید باشند که توجه بالینی مستقل را موجه سازند.

- اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد استنشاقی: حالات پارانوئید احتمالاً شایع‌ترین سندرم روان‌پریشی در جریان مسمومیت با مواد استنشاقی هستند.

- اختلال خلقی ناشی از مواد استنشاقی و اختلال اضطرابی ناشی از مواد استنشاقی: این دو اختلال امکان طبقه‌بندی آن دسته از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی را فراهم می‌کنند که مشخصه آنها علائم خلقی و اضطرابی بارز است. اختلالات افسردگی شایع‌ترین اختلالات خلقی مربوط به مصرف مواد توهم‌زا، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلالات اضطرابی مربوط به آن هستند.

۱۲۹

- اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف ناشی از مواد استنشاقی و دلیریوم مسمومیت با مواد استنشاقی: دمانس و دلیریوم ممکن است از تأثیر خود مواد استنشاقی یا تداخل با سایر مواد ناشی شود. اگر دلیریوم به اختلالات رفتاری شدید منجر شود، درمان کوتاه‌مدت با هالوپریدول ممکن است ضرورت یابد. دمانس ناشی از مواد استنشاقی در تمام موارد احتمالاً برگشت‌ناپذیر است (Brazier and others, 2012).

### ۲-۴- اختلال مرتبط با مواد استنشاقی نامشخص

این طبقه در مورد نشانه‌های بالینی بکار می‌رود که در آنها نشانه‌های مخصوص اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی که موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شوند، غالب باشند ولی ملاک‌های کامل را برای هیچ‌یک از اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی یا هرگونه اختلالات در طبقه تشخیصی اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد برآورده نکنند.

### ۳- درمان اختلال مصرف مواد استنشاقی

باورهای غلطی در ارتباط با مصرف مواد مخدر وجود دارد. بسیاری از افراد بر این باور هستند که برخی از مواد مخدر اعتیاد ندارد و مصرف آنها در هر زمان امکانپذیر است. متأسفانه باید گفت این دیدگاه کاملاً اشتباه و سرپوشی برای سوء مصرف مواد مخدر است. تمامی ماده‌ها و داروها اعتیادآور هستند و فرد در سوء مصرف آنها نه تنها به انواع بیماری‌های جسمی و فیزیکی مبتلا می‌شود بلکه روح و روان نیز دچار اختلالات متعددی می‌شود.

از مهمترین معضلات جوامع امروز، اعتیاد افراد به مواد مخدر است. در چند دهه گذشته وقتی سخن از مواد مخدر می‌آمد نهایت چیزی که به ذهن افراد خطور می‌کرد تریاک و هروئین و این قبیل مواد بود اما اخیراً همگام با پیشرفت علم و فناوری، تنوع این نوع مواد شیمیایی رو به افزایش است. امروزه دسته‌ای از مواد مخدر به نام مواد استنشاقی در جامعه باب شده است. بیشتر افرادی که به استفاده از مواد روی می‌آورند در سن نوجوانی (۱۵ الی ۱۸) می‌باشند و حدود ۸۰ درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند. طبق تحقیقات انجام شده، هرگونه هیدروکربن فرار استنشاقی می‌تواند موجب مرگ ناگهانی بر اثر بی‌نظمی شدید فعالیت قلب، ناهنجاری الکتروسیستی یا کمبود اکسیژن شود.

تاریخچه مواد فرار (استنشاقی) به ۱۴۰۰ سال قبل از میلاد مسیح یعنی در زمان یونان قدیم باز می‌گردد که افراد برای کاهش فشار روانی، از این روش کمک می‌گرفتند. نیتروس اکسید معروف به گاز خنده، توسط دانشمندی انگلیسی به نام جوزف پریستلی در سال ۱۷۷۶ کشف شد. این گاز حاصل حرارت دادن آلومینیوم نیترات است (Julian, 2011).

در سال ۱۸۸۴ در آمریکا، یک دانشجوی پزشکی به نام گاردنر کلوتون به ارائه نمایش اثرات شادی اور نیتروس اکسید پرداخت. در این جلسه دندانپزشکی به نام هوراس ولز حضور داشت، وی بطور تصادفی متوجه شد یکی از حضار، نیتروس اکسید استنشاق کرده و باینکه زمین خورده و پایش زخمی شده اما دردی را احساس نمی‌کند!

ولز روز بعد، پس از استنشاق نیتروس اکسید از یکی از همکارانش خواست که دندان عقلش را بکشد. او درد ناشی از دندان در آوردن را به اندازه درد یک سوزن توصیف کرد. بدین ترتیب هوراس ولز «داروی بیهوشی» را کشف کرد.

سپس در سال ۱۸۳۳ کلروفورم کشف شد. خوشبختانه اثرات سمی آن بعنوان بیهوش کننده قبل از استفاده عمومی ثابت شد. در ادامه دی اتیل اتر برای اولین بار توسط مورها وارد اسپانیا شد. یکی از

شیمی‌دانان اسپانیایی به نام ریموندوس لیلیوس خاصیت اتر را از مورها یاد گرفت و پس از آن تا مدت‌ها برای درمان بیماری‌هایی از قبیل دردهای زمان قاعدگی، گوش درد و دندان درد، سنگ کلیه و کیسه صفرا استفاده شد.

در ۱۸۴۸ یکی از جراحان بیمارستان عمومی ماساچوست به نام ویلیام توماس گرین مورتون، با استفاده از اتر توده‌ای را از گردن یک بیمار بیرون آورد. این روز در تاریخ پزشکی به نام «روز اتر» مشهور است. به مواد شیمیایی که قابلیت تبخیر و استنشام بو آن از طریق بینی و دهان (تنفس) وجود دارد مواد استنشاقی می‌گویند. این مواد پس از ورود به ریه‌ها به خون و مغز جریان می‌یابند و منجر به بروز اثرات روان‌گردانی در فرد مصرف‌کننده می‌شوند. تغییراتی که در رفتار روانی ایجاد می‌شوند شامل پرخاشگری، اختلال شخصیتی و عملکردی، تهاجم، بی‌تفاوتی و ... است. در حقیقت این مواد هیدروکربن‌های فرار هستند از جمله آنها می‌توان به بنزین، بوتان، تولوئن، دی‌کلرومتان، تری‌کلرواتان، متیل بوتیل کتون و هگزان‌ها اشاره کرد. به مواد استنشاقی، داروی دروازه‌ای نیز می‌گویند. در حقیقت این داروها موادی هستند که احتمال سوء مصرف و روی آوردن به مواد سنگین‌تر از قبیل هروئین، شیشه، کوکائین و ... را افزایش می‌دهند. مواد فرار و یا همان استنشاقی به موارد زیر تقسیم می‌شوند (Hosseini and others, 2015).

۱۳۱

حلال‌های صنعتی و خانگی از قبیل تولوئن، اتیل استات، متیلن کلراید، چسب‌های مایع یا سریش، پاک‌کننده‌های رقیق‌کننده رنگ و واکس، تینر نقاشی، غلط‌گیر، لکه‌زداها، مواد محترقه (بوتان و پروپان)، گریس، مایع ماژیک‌ها، تمیزکننده‌های وسایل الکترونیکی مثل کامپیوتر از جمله این دسته از مواد استنشاقی هستند. به دلیل خطرات ناشی از سمی بودن مواد استنشاقی، کمک به افرادی که با این اختلال دست و پنجه نرم می‌کنند بسیار ضروری می‌باشد، لذا برای درمان و بهبود این دسته از افراد توجه به نکات زیر می‌تواند مفید واقع شود:

- حمایت کردن و توجه لازم به افرادی که گرفتار این اختلال هستند.
- درمان همزمان اختلالات همزمان مانند اختلال سلوک، بیش‌فعالی، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی و اختلال استرس پس از آسیب.
- توجه به زمینه رشدی فرد و سوء رفتار یا غفلت والدین.
- مشاوره فردی.

- گروه درمانی.
  - خانواده درمانی.
  - تشویق و دادن پاداش بابت پیشرفت در زمینه کاهش مصرف و یا اهداف تعیین شده عینی در راستای ترک.
  - دادن برنامه به فرد جهت ادامه ترک یا به اصطلاح پاک ماندن.
  - کمک به فرد برای داشتن تعامل سازنده با افراد خانواده و نزدیکان.
  - برقرار کردن روابط دوستانه با افراد غیربزهکار.
  - داشتن شغل مناسب و یا داشتن برنامه ادامه تحصیل.
- اگرچه دارو درمانی نیز می‌تواند با تجویز متخصص مربوطه در کاهش علائم اختلالات همراه مفید باشد اما روان درمانی از طریق کمک کردن به فرد برای شناخت و کشف دلایل اساسی روانشناختی رفتارهای اعتیادآور، یادگیری روش‌های جدید مقابله با استرس‌های زندگی و تغییر الگوهای رفتاری، می‌تواند بیشترین تأثیر را در این دسته از افراد داشته باشد (Gonçalves and others, 2015).

#### ۴- رابطه مصرف مواد استنشاقی بر افسردگی و افکار خودکشی

بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامت روان که انسان‌ها با آن روبرو می‌شوند، به نوعی به یکدیگر مرتبط هستند. رابطه مستقیمی بین افسردگی و مصرف مواد استنشاقی می‌تواند با هم همراه باشند. موارد بسیار زیادی وجود دارند که در آن‌ها مصرف مواد استنشاقی منجر به افسردگی می‌شود. علاوه بر این، افراد افسرده بیشتر مستعد مصرف مواد استنشاقی هستند؛ چراکه آن را بعنوان یک روش مقابله با احساسات منفی در نظر می‌گیرند (Ghorban, 1989). با این وجود، اعتیاد هرگز نمی‌تواند مشکلی را برطرف کند؛ در واقع، آن اوضاع را بدتر می‌کند و مسائل را تشدید می‌نماید. همیشه به یاد داشته باشید که افسردگی و اعتیاد در هر چرخه نادرست و معیوبی با یکدیگر همراه می‌شوند.

اکنون، این نکته برای همه بسیار اهمیت دارد که رابطه بین افسردگی و مصرف مواد استنشاقی را درک کنند. همچنین، دانستن نحوه اجتناب از این هر دو وضعیت نیز یک امر ضروری برای تمامی افراد محسوب می‌شود. با این وجود، پیش از آنکه چنین اتفاقی بیفتد، داشتن یک درک جامع و کامل از افسردگی و مصرف مواد استنشاقی به‌عنوان دو چیز مجزا ضروری است.

افسردگی از نظر بالینی بعنوان اختلال سلامت روانی تعریف می‌شود که به یک حال و هوای افسرده مداوم یا بی‌علاقگی در انجام فعالیت‌ها مربوط می‌شود و منجر به مشکلات در زندگی روزانه می‌گردد. متأسفانه، این مشکل نسبتاً رایج است و می‌تواند در اثر مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط رخ دهد. علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که عوامل ارثی و حالت روانی کنونی می‌توانند بر تشدید علایم افسردگی فرد تاثیر بگذارند (de Jager Meezenbroek and others, 2015).

در تمام موارد، فردی که با افسردگی دست‌وپنجه نرم می‌کند، دیرپازود نشانه‌هایی را از خود بروز می‌دهد. برخی از مهمترین نشانه‌های افسردگی شامل بی‌خوابی، انزوایابی و گوشه‌نشینی از دیگران، مشکل در تمرکز و افکار خودکشی است؛ اما محدود به این موارد نمی‌باشد. افرادی که مبتلا به افسردگی شده‌اند، ممکن است در عملکرد روزانه خود نیز با مشکل روبرو شوند. برخلاف باور عموم، افسردگی یک اختلال بالینی است و صرفاً خلاص شدن از غم و اندوه نمی‌باشد. غم و اندوه در مقایسه با افسردگی دارای شدت کمتر و زودگذری بیشتری است.

بنابراین، روش‌های درمان افسردگی شامل مشاوره و دارودرمانی می‌باشد. بسته به شدت افسردگی و شرایط کنونی، ترکیبی از هر دو درمان می‌تواند برای افراد مبتلا مؤثر باشد.

اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی از نظر بالینی بعنوان یک بیماری مغزی توصیف می‌شود که توسط ۱۳۳ درگیری و سواسی در محرک‌های ارزشمند علی‌رغم رویدادها و پیامدهای جانبی مشخص می‌شود. چیزهای بسیار زیادی در زندگی وجود دارند که می‌توانند باعث معتاد شدن یک فرد شوند. بعنوان مثال، موارد بسیار زیادی وجود دارند که در آنها، انسان‌ها از مکانیزم‌های مقابله‌ای ناسالم به منظور غلبه بر ضربه روحی استفاده می‌کنند و به اعتیاد روی می‌آورند که برای سلامتی و بهزیستی آنها مضر است. زمانی که فردی به یک ماده یا محرک خاص اعتیاد پیدا می‌کند، خیلی طول نمی‌کشد که این اعتیاد به مواد آشکار شود (Gomes-Oliveira and others, 2012).

اعتیاد به شکل علائمی که دارد، ظاهر می‌شود. علائم اعتیاد شامل امیال کنترل نشده، دروغ گفتن، دزدی کردن و مرتکب جرم شدن به منظور ارضای امیال، پنهان کردن منشأ اعتیاد از دیگران، بی‌احتیاطی و عدم توجه به بهداشت شخصی است؛ اما منافاتی با یکدیگر ندارند. همانطور که می‌توانید تصور کنید، اعتیاد خوب نیست و اگر به موقع و به‌درستی کنترل نشود، می‌تواند زندگی فرد را به نابودی بکشد.

گزینه‌های درمان به‌منظور رها شدن از اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی شامل مشاوره روانشناسی، رفتار درمانی شناختی و حتی دارو درمانی است. لازم به ذکر است که به دلیل ماهیت اعتیاد، اقدامات درمانی خاص براساس هر فرد متفاوت هستند. در بسیاری از موارد، اعتیاد می‌تواند مشتقی از یک مشکل عمیق‌تر و جدی‌تر باشد. ترک اعتیاد یک فرد ممکن است سال‌ها یا حتی دهه‌ها به طول انجامد و همیشه وسوسه برگشتن به اعتیاد و لغزش مواد وجود دارد.

در کشف ارتباط بین افسردگی و مصرف مواد استنشاقی لازم به ذکر است که عوامل تسریع‌کننده رایجی وجود دارند که منجر به چنین وضعیتی می‌شوند. به گفته بسیاری از افراد هنگامی افسردگی را تجربه می‌کنند یا رو به اعتیاد می‌آورند که مشکلی در زندگی‌شان به وجود می‌آید. این مشکل می‌تواند در شکست عشقی یا قطع رابطه عاشقانه، موانع شغلی مانند استرس بیکاری، مشکلات خانوادگی، مشکلات زندگی مشترک یا موضوع کاملاً متفاوت دیگری باشد. نکته مهم این است که افسردگی و اعتیاد به زندگی افرادی می‌آیند که حال‌شان خوب نیست و نمی‌توانند به شیوه درست و سالمی با مسائل روبرو شوند (Bolhari and others, 2012).

افسردگی و اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی می‌توانند یکدیگر را تشدید کنند و برای کسی که هر دو مورد را تجربه می‌کند، تصویر زیبا و خوشایندی نیست. بیایید یک مثال در این مورد بزنیم: فردی تصور کنید که در محیط کار خود مشکل دارد و دچار افسردگی متوسط شده است. به منظور حفظ آرامش این فرد هر هفته به سمت مصرف مواد استنشاقی می‌روند و در نهایت، این هفته به در طول روز تبدیل می‌شود؛ بنابراین، فرد به مصرف مواد استنشاقی معتاد می‌گردد.

بدون مداخله، این اعتیاد بدتر می‌شود و می‌تواند منجر به افسردگی شدید شود. موضوع مهمی که باید درک شود، این است که بسیاری از معتادان می‌خواهند اعتیاد خود را ترک کنند. با این وجود، به دلیل مؤلفه‌های روانی مرتبط با اعتیاد، ترک اعتیاد به آن سادگی که مردم دوست دارند باشد، نیست. این امر منجر به اجباری می‌شود که به تشدید اعتیاد، احساس ناامیدی، ناراحتی و البته، افسردگی می‌انجامد. متوجه شدن روش‌هایی که در آنها، افسردگی با اعتیاد همراه می‌شود، نمونه‌ای از سمیت بین این حالت است.

یکی از مهم‌ترین مسائلی که باید هم در مورد افسردگی و هم اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی بدان توجه کرد، این است که پیامدهای بعدی هر دو مورد به شدت مخرب هستند. این مورد نیز بعنوان یک ارتباط سمی دیگر بین افسردگی و اعتیاد در نظر گرفته می‌شود. هر وقت که فرد خود را در

موقعیتی می‌بیند که نمی‌تواند عملکرد موفقیت‌آمیزی در جامعه داشته باشد و مسئولیت‌هایش در زندگی را برآورده نمی‌کند، یک مشکل اساسی به وجود می‌آید. افسردگی درمان نشده، زندگی‌های بسیار زیادی را به هم‌ریخته و اعتیاد نیز موجب نابودی زندگی افراد بسیار زیادی شده است ( Agli and others, 2015).

یکی از رایج‌ترین رشته‌های ارتباطی بین افسردگی و اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی این است که هر دو مورد، سلامتی و بهزیستی عمومی فرد را مختل می‌سازند. فردی که با افسردگی دست‌وپنجه نرم می‌کند، ممکن است نتواند خواب راحت و خوبی داشته باشد که خود این موضوع بر کیفیت زندگی حرفه‌ای و روابط میان فردی او تاثیر منفی می‌گذارد. علاوه بر این، یک فرد معتاد ممکن است تنها به خاطر اعتیاد مصرف مواد استنشاقی از کار، دوره‌های خانوادگی و دیگر رویدادهای مهم کنار گذاشته شود و این امر بیشتر منجر به افسردگی و در نهایت افکار خودکشی می‌گردد ( Ano and Vasconcelles, 2005).

## نتیجه‌گیری

۱۳۵

اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان افسردگی حاد در بین معتادان به مصرف مواد استنشاقی چهار برابر بیشتر از دیگران است. برخی از مردم برای رفع عوارض و نشانه‌های افسردگی به مصرف مواد استنشاقی روی می‌آورند. پزشکان به این پدیده خود درمانگری می‌گویند مصرف مواد استنشاقی می‌تواند موقتاً احساس غمگینی گناه با بی‌ارزش بودن را کاهش دهد اما هنگامی که اثر آنها از بین رفت احساسات بد دوباره باز خواهند گشت این چرخه می‌تواند به استفاده مداوم و نهایتاً معتاد شدن بیانجامد.

پیامدهای افسردگی نیز می‌تواند شخص را به سوی اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی سوق دهد. افراد افسرده معمولاً از ارتباطات اجتماعی کناره می‌گیرند و حتی ممکن است در حفظ شغل خود نیز مشکل پیدا کنند. آنها در بیشتر اوقات گوشه‌گیر و تنها هستند و بدون داشتن یک شبکه اجتماعی پشتیبان، برای آسایش و راحتی به مصرف مواد استنشاقی متوسل می‌شوند برای اینگونه افراد وقت‌گذرانی با کسانی که آنها نیز سوء مصرف به مواد استنشاقی دارند راحت‌تر و آسان‌تر است زیرا انتظارات

اجتماعی از آنها کمتر است. حتی برای کسانی که مواد استنشاقی برای خود درمانگری استفاده نمی‌کنند و ارتباطات اجتماعی‌شان را از دست نداده‌اند افسردگی احتمال خطر ابتلاء به اعتیاد به مصرف مواد استنشاقی را افزایش می‌دهد. بسیاری از پزشکان فکر می‌کنند که همان چیزهایی که فرد را در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر ساخته است. آنها را بیشتر در معرض سوء مصرف مواد استنشاقی قرار می‌دهد کسانی که افسردگی ندارند می‌توانند مرتب به مصرف مواد استنشاقی روی آورند بدون آنکه با مشکلات بلندمدتی روبرو گردند اما انجام همین کارها برای کسانی که افسردگی دارند به احتمال زیاد به اعتیاد آنها منجر می‌شود.

کسانی که اضطراب، افسردگی و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی دارند بیشتر روی به مصرف اینگونه مواد می‌آورند سابقه اختلال سلوک در دوران کودکی یا نوجوانی بعنوان عامل مهم خطر ساز برای اختلال‌های مرتبط با مصرف مواد استنشاقی شناخته شده است.

افسردگی روانی یکی از بیماری‌های شایع عصر ماست که بر روی خلق و خوی و رفتار و احساس فرد اثر می‌گذارد. در نوعی افسردگی فعالیت و اراده و قابلیت حیاتی و جسمانی و اعتماد به نفس کاهش می‌یابد و نشانه‌هایی چون خستگی، بی‌میلی، بی‌علاقگی، کم‌خوابی، ناامیدی و حتی میل به خودکشی بروز می‌کنند. در این موارد نشاط و علاقه و همکاری جای خود را به نگرانی، ناخشنودی و انزواجویی می‌دهد و بیمار با از دست دادن علایق شغلی و اجتماعی و گاه فردی ممکن است به طرف مواد نیز گرایش یابد تا شاید آرامش و آسایش بیشتری احساس کند افرادی که برای گریز از تشویش و اضطراب و فشارهای روانی مصرف مواد استنشاقی را انتخاب می‌کنند کسانی هستند که از روبرو شدن با واقعیات عاجزند و به علت احساس عدم کفایت زندگی خود را از واقعیت جدا کرده و آن را بر اوهام و رویا بنا می‌کنند.

## فهرست منابع

- 1- Abraheme, A (2010). Comparison of the Affectiveness of integrated Psychotherapy Psychology of religious gray with cognitive Behavioral and drug People with depressed Khvii. Phd thesis, Department of Psychology, Faculty of letters, Department of educational Science, Psychology, University of Isfahan, Iran.
- 2- Agli O, Bailly N, Ferrand C (2015). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*.
- 3- Ano, G and Vasconcelles E (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*.
- 4- Ashouri, A. Mollazadeh, J. Mohammadi, N (2008). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on the Improvement of Coping Skills and Relapse Prevention in Addicted Individuals. *IJPCP*.
- 5- Brazier, J. Jones, N. Kind, P (2012). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*.
- 6- Bolhari, J. Nazari, GH. Zamanian, S (2012). Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Journal of the women and sociology*.
- 7- de Jager Meezenbroek, E. Garssen, B. van den Berg, M. Van Dierendonck, D. Visser, A (2012). Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of religion and health*.
- 8- Dein, S. Cook, CC. Koenig, H (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*.
- 9- Espelage, D and Holt, M (2013). Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *Journal of Adolescent Health*.
- 10- Ghorban, Hosseini (1989). *New Research in Addiction and Addictive substances*. Tehran: Sepehr.
- 11- Gomes-Oliveira, MH. Gorenstein, C. Neto, FL. Andrade, LH. Wang, YP (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

- 12- Gonçalves, JP. Lucchetti, G. Menezes, PR. Vallada, H (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*.
- 13- Hamid, N. Ahmadian, A. Akbari Shaye, Y (2011). Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Journal of hormozgan university of medical sciences*.
- 14- Hosseini, M. Abedsaeedi, Zh. Ghasemi, S (2015). Maternal experience in addict women: a metasyntesis. *J Qual Res Health Sci*.
- 15- Hubley, A (2014). Beck depression inventory. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*.
- 16- Julian, LJ (2011). Measures of anxiety: StateOTrait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression ScaleO Anxiety (HADSOA). *Arthritis care & research*.
- 17- Kessler, R. C and Bromet, E. J (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*.
- 18- Yovell, Y. Bar, G. Mashiah, M. Baruch, Y. Briskman, I. Asherov, J. (2016). Ultra-low-dose buprenorphine as a time- limited treatment for severe suicidal ideation: a randomized controlledtrial. *American journal of psychiatry*.