

بررسی همبودی سوء مصرف مواد با اختلالات روانپزشکی در مراجعین سرپایی به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی زارع ساری

سیدابراهیم موسوی^۳مهران ضرغامی^۲سیدحمزه حسینی^۱عباس مسعود زاده^۴غلامرضا ناطقی^۴

چکیده

سابقه و اهداف: یکی از مشکلات مهم در تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی همراهی آن با سوء مصرف مواد است. با توجه به شیوع متفاوت در مطالعات و نیز از آنجا که تاکنون کار مشابهی در ایران انجام نشده است این مطالعه جهت مشخص کردن فراوانی اختلال توأم سوء مصرف مواد با اختلالات مختلف روانپزشکی و نیز الگو و نوع مواد سوء مصرف شده در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان مرکز آموزشی- درمانی زارع ساری طراحی شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش با استفاده از طرح توصیفی، ۷۸۲ نفر از مراجعین به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان زارع در مدت یکسال با استفاده از پرسشنامه خود ساخته و مصاحبه تشخیصی نیم ساختاری D.S.M.IV مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه خود ساخته شامل مواردی چون زمان شروع، میزان و نوع مواد بود که توسط یک روانشناس به صورت انفرادی تکمیل شد و سپس جهت تشخیص نوع بیماری به روانپزشک ارجاع داده شد.

یافته ها: در مجموع نمونه ها، ۷۹/۱ درصد آنان مرد و ۲۰/۹ درصد زن و ۵۴/۴ درصد شهری و ۴۵/۵ روستایی بودند اولین مواد مصرفی در ۶۰/۸ درصد موارد تریاک، ۶/۴ درصد الکل، ۲۶/۴ درصد حشیش، ۴ درصد هروئین و ۲/۴ درصد سایر مواد بود. از نظر درصد فراوانی مصرف مواد، ۷۴/۴ درصد تریاک، ۴۳/۲ درصد الکل، ۴۲/۴ درصد حشیش، ۲۰/۸ درصد هروئین و ۷/۲ درصد سایر مواد استفاده می کردند. در افراد با سابقه مصرف مواد، ۷۲ درصد آنان اختلال همزمان روانپزشکی داشتند که ۱۲ درصد اسکیزوفرنی، ۴۱ درصد اختلال خلقی ۱۴ درصد اختلال شخصیت و ۴ درصد اختلال اضطرابی داشتند بین متغیرهای جنس، محل سکونت، شغل، تحصیلات، تاهل، سابقه مصرف سیگار و سن شروع مصرف سیگار با مصرف مواد ارتباط معنی دار وجود داشته است ($P < 0.05$).

استنتاج: با توجه به شیوع بالای مصرف مواد در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان، لزوم توجه به مصرف مواد همزمان با مشکلات روانپزشکی در شرح حال و درمان بیماران قابل اهمیت می باشد و از سوی دیگر با توجه به شیوع اختلال روانپزشکی در حدود $\frac{2}{3}$ از افرادی که جهت ترک مواد مراجعه می کنند می بایست تشخیص همزمان اختلال روانپزشکی را در نظر داشت تا ترک مواد با ضریب موفقیت بالا همراه باشد.

واژه های کلیدی: همبودی سوء مصرف، اختلالات روانپزشکی، اختلال توأم سوء مصرف مواد

مقدمه

همبودی یا بیماری توأم به تشخیص همزمان دو یا چند اختلال روانی در یک فرد گفته می شود یکی از موارد

همبودی، وابستگی مواد با سایر اختلالات روانپزشکی می باشد. وابستگی به مواد افیونی و در کنار آن وجود

این تحقیق طی شماره ۲۶-۷۹ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

مؤلف مسئول: دکتر سید حمزه حسینی: ساری، کیلومتر ۵ جاده نکا، مرکز آموزش درمانی زارع

Email: hamze_hoseini@yahoo.com

- متخصص روانپزشکی عضو مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری و دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- متخصص روانپزشکی عضو مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری و استاد دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- متخصص روانپزشکی استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۸۷/۷/۳

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۷/۳/۱

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۲۵

بیماران بستری از بیماران سرپائی بیشتر بوده است (۵). متأسفانه در کار بالینی واقعی فعلی، تشخیص اعتیاد در تمام جمعیت ها کمتر از واقع تخمین زده می شود. عکس این حالت نیز ممکن است صحیح باشد یعنی وجود اختلالات روانپزشکی در بین کسانی که اختلالات مصرف مواد دارند کمتر از مقدار واقعی گزارش می شود. این وضعیت گرچه شیوع کمتری دارد ولی طبق مطالعات متعدد معنی دار و با اهمیت است (۵).

از دلایل اهمیت بررسی تعیین همبودی اختلالات روانپزشکی مصرف مواد می توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- علایم هیجانی می تواند موجب افزایش مصرف الکل، داروها و هر دو به منظور خود درمانی و برانگیختگی شود (۶،۷).

۲- عدم شناسایی گستره مشکلات روانپزشکی در معنادان و بیماران روانپزشکی که مصرف مواد دارند تلاشهای درمانی را با شکست روبرو می سازد (۸).

۳- تشخیص های توأم در موقعیتهای بالینی می تواند در تصمیم گیری و اتخاذ تدابیر درمانی مفید باشد (۹).

۴- این درمان افراد درمان پر هزینه ای است زیرا اغلب در وضعیتهای اورژانس، خدمات پزشکی قانونی و اجتماعی نابجایی دریافت می کنند (۱۰).

۵- این افراد از درمان معمول روانپزشکی با برنامه های کنترل سوء مصرف مواد نتیجه ای نمی گیرند (۹).

۶- بررسی های مختلف نشان دهنده شیوع قابل ملاحظه و رو به افزایش این اختلال توأم به ویژه در دهه های اخیر است. در سال ۱۹۸۶، ۷ درصد، ۱۹۸۷، ۴۱ درصد، در سال ۱۹۸۸، ۵۳ درصد و در سال ۲۰۰۲، ۹۰ درصد گزارش شده است (۱۱،۱۲).

با توجه به موارد یاد شده و به ویژه شیوع متفاوت همزمانی اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد در جوامع و نژادهای مختلف (۱۴،۱۳) و ضرر و زیان ناشی از مصرف مواد برای فرد- خانواده و جامعه و همچنین نقش مهمی که تشخیص مناسب و به موقع همبودی این اختلال در پیش آگهی و درمان دارد، در این پژوهش

سایر اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیتی باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیماری می شود (۱،۲). در بررسیهای انجام شده در زمینه همبودی مرضی، اختلالات روانپزشکی بسیار متنوعی گزارش شده است (۳). در مورد همبودی مرضی دو اختلال تاکنون چهار الگو یا ساخت و کار سبب شناختی به شرح زیر ارائه گردیده است.

۱- یک اختلال معین فرد را برای ابتلا به اختلال دیگری آماده می کند به بیان دیگر اختلالهای اضطرابی ممکن است زمینه ساز ایجاد یک اختلال دیگر گردد.

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

۳- یک اختلال کلیدی پیشاپند، زمینه ساز اختلالهای اضطرابی و خلقی می شوند.

۴- هر یک از دو اختلال، پیشانید و یا عامل بروز اختلال دیگری می گردند.

در مورد هر یک از الگوها اطلاعات زیادی وجود دارد که به تنوع گسترده عوامل سبب شناختی مربوطه اشاره

دارند (۳). بررسی در زمینه میزان همبودی مرضی مصرف مواد با اختلالات روانپزشکی همچنان ادامه دارد زیرا میزان شیوع و نیز ابزارهای تشخیصی به کار برده

شده متفاوت است. ریچر و همکاران در پژوهشی شیوع مصرف مواد را در اختلالات روانی به شرح زیر گزارش کردند. حداقل ۲۰ درصد افراد با تشخیص بیماری روانی شدید و دائمی یک اختلال مصرف مواد دارند و تقریباً ۵۰ درصد آنها در طول زندگی تجربه اختلال مصرف را

دارند که درصد اختلال مصرف مواد به تفکیک تشخیص های روانپزشکی بدین شکل می باشند:

اختلالات خلقی ۱۹/۴ درصد، اختلالات اضطرابی ۱۱/۹ درصد، اسکیزوفرنی ۲۷/۵ درصد، در اختلالات

شخصیتی ۴۲ درصد و در سایر اختلالات روانی ۱۴/۷ درصد (۴). مطالعات متعدد شیوع اختلالات مصرف مواد

در بیماران عمومی را ۵۰-۲۵ درصد گزارش کرده اند. این رقم برای جمعیت بیماران روانپزشکی ۷۵-۵۰

درصد بوده است در هر دو گروه فوق میزان شیوع در

یافته ها

در مجموع، ۷۹/۱ درصد نمونه ها مرد و ۲۰/۹ درصد زن و ۵۴/۴ درصد شهری و ۴۵/۵ روستایی بودند و ۴/۸ درصد به علت ترک مواد و ۹۵/۲ درصد به علت مشکل روانپزشکی مراجعه کردند. و نیز ۲۸/۰ درصد نمونه ها سیگار می کشیدند و ۶۸/۴ درصد هرگز سیگار مصرف نکردند ۳/۶ درصد در گذشته سیگار مصرف می کردند. ۱۲/۷ درصد نمونه در حال حاضر، ۳/۳ درصد در گذشته سابقه مصرف مواد داشته اند و ۸۴ درصد سابقه مصرف مواد نداشتند. جدول شماره ۱ اطلاعات جمعیتی شناختی تمامی مراجعین و افرادی که سابقه مصرف مواد داشته اند به تفکیک نشان داده است. اولین مواد مصرفی در ۶۰/۸ درصد تریاک، ۶/۴ درصد الکل، ۲۶/۴ درصد حشیش، ۴ درصد هروئین و ۲/۴ درصد سایر مواد بود. از نظر درصد فراوانی مصرف مواد، ۷۴/۴ درصد نمونه ها تریاک، ۴۳/۲ درصد الکل، ۴۲/۴ درصد حشیش، ۲۰/۸ درصد هروئین و ۷/۲ درصد سایر مواد مصرف می کردند.

از نظر تشخیص های روانپزشکی در مجموع ۲۸/۷ درصد نمونه ها مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها، ۳۶/۷ درصد اختلال خلقی، ۹/۸ درصد اختلالات اضطرابی سوماتوفرم و تجزیه ای، ۷/۹ درصد اختلال شخصیت و بقیه مبتلا به سایر تشخیصهای روانپزشکی بودند. در افراد با سابقه مواد، ۷۲ درصد اختلال همزمان روانپزشکی دیده شد که ۱۲ درصد اسکیزوفرنی، ۴۱ درصد اختلال خلقی، ۱۴ درصد اختلال شخصیت و ۴ درصد اختلال اضطرابی داشتند بین متغیرهای جنس، محل سکونت، شغل، تحصیلات، تاهل، سابقه مصرف سیگار و سن شروع مصرف سیگار با مصرف مواد ارتباط معنی دار وجود داشته است. ($P < 0.05$) که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مسئله اساسی این است که شیوع مصرف مواد با اختلالات مختلف روانپزشکی به چه میزانی است و الگو و نوع مواد مصرف شده عمدتاً کدامند؟ تا با پاسخ دادن به این پرسش اساسی تحقیق، قدم مهمی در جهت شناسایی میزان همبودی سوء مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی در درمانگاه ارجاعی مرکز آموزش - درمانی برداشته شود.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است هدف اصلی بررسی مصرف مواد (وابستگی و یا سوء مصرف مواد) در بیماران روانپزشکی مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی مرکز آموزشی - درمانی زارع بوده است جامعه مورد بررسی را کلیه مراجعان به درمانگاه تشکیل داده اند، نمونه مورد بررسی در مدت یکسال ۷۸۲ نفر بودند. شیوه نمونه گیری، نمونه های در دسترس بوده است. ابزار گردآوری داده ها را یک پرسشنامه جمعیتی شناختی که شامل جنس، محل سکونت شهری یا روستایی و تاهل، تحصیلات، شغل و سن شروع مصرف سیگار و این که اولین بار مصرف مواد به پیشنهاد چه کسی در چه محلی و به چه انگیزه ای بود و نوع مواد (تریاک، حشیش، الکل، هروئین، سیگار) بوده است که توسط یک روانشناس بالینی آموزش دیده به طور انفرادی از اولین بار مصرف مراجعه کننده سوال می شده و تکمیل می گردید. بعد از تکمیل پرسشنامه، مصاحبه بالینی نیم ساختاری بر اساس DSMIV توسط روانپزشک انجام گردید. اختلال اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها، اختلال خلقی، اختلال اضطراب و سوماتوفرمو تجزیه ای، و اختلال شخصیت بررسی شده اند. تعداد کل نمونه ۷۸۲ بودند که ۱۲۵ نفر آنها سابقه مصرف مواد داشته اند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های توصیفی و تحلیلی (K^2 , t test) تحلیل شدند.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی مراجعین به درمانگاه اعصاب و روان

متغیر	کل نمونه		مصرف مواد		معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۶۱۸	۷۹	۱۱۸	۹۴/۴
	زن	۱۶۴	۲۰/۹	۷	۵/۶
محل سکونت	جمع کل	۷۸۲	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰
	شهری	۴۲۵	۵۴/۳	۸۳	۶۶/۴
شغل	روستایی	۳۵۷	۴۵/۷	۴۲	۳۳/۶
	کارمند	۶۸	۸/۷	۱۷	۱۳/۶
تحصیلات	کارگر و کشاورز	۱۰۴	۱۳/۳	۲۲	۱۷/۶
	بیکار	۳۳۷	۴۳/۱	۲۸	۲۲/۴
تاهل	نظامی و سرباز	۶۳	۸/۱	۱۰	۸
	فنی مهندسی	۷	۰/۹	۶	۴/۸
وضعیت مسکن	آزاد	۶۸	۸/۷	۳۵	۲۸
	خانه دار	۱۰۷	۱۳/۷	۴	۳/۲
وسيله نقلیه	محصل و دانشجو	۲۸	۳/۶	۳	۲/۴
	سواد خواندن و نوشتن	۲۷۲	۳۴/۸	۴۱	۳۲/۸
علت مراجعه	سیکل	۱۹۹	۲۵/۴	۴۱	۳۲/۸
	دیپلم	۲۶۳	۳۳/۶	۳۲	۲۵/۶
سن شروع مصرف سیگار	تحصیلات دانشگاهی	۴۸	۶/۱	۱۱	۸/۸
	متاهل	۳۵۰	۴۴/۸	۷۰	۵۶
سابقه مصرف سیگار	مجرد	۴۲۲	۵۴/۸	۵۲	۴۱/۶
	متارکه	۵	۰/۶	۲	۱/۶
هیچ وقت سیگار	مطلقه	۵	۰/۶	۱	۰/۸
	شخصی	۲۳۶	۳۰/۲	۳۲	۲۵/۶
سن شروع مصرف سیگار	استیجاری	۶۲	۷/۹	۲۷	۲۱/۶
	پدری	۴۸۴	۶۱/۹	۶۶	۵۲/۸
سن شروع مصرف سیگار	دارد	۲۷	۳/۵	۱۰	۸
	ندارد	۷۵۵	۹۶/۵	۱۱۵	۹۲
سن شروع مصرف سیگار	ترک مواد	۳۷	۴/۷	۳۶	۲۸/۸
	بیماری روانپزشکی	۷۴۵	۹۵/۳	۸۹	۷۱/۲
سن شروع مصرف سیگار	گذشته	۲۹	۳/۷	۱۲	۹/۶
	حال	۲۲۰	۲۸/۱	۱۰۲	۸۰/۸
سن شروع مصرف سیگار	هیچ وقت	۵۳۳	۶۸/۲	۱۱	۸/۸
	۱۰-۱۴	۵۰	۲۰/۱	۳۳	۲۸/۹
سن شروع مصرف سیگار	۱۵-۱۹	۱۱۳	۴۵/۴	۵۰	۴۳/۹
	۲۰-۲۴	۵۵	۲۲/۱	۱۶	۱۴
سن شروع مصرف سیگار	۲۵-۲۹	۱۶	۶/۴	۷	۶/۱
	۳۰-۳۴	۱۳	۵/۲	۶	۵/۳
سن شروع مصرف سیگار	۴۰	۲	۰/۸	۲	۱/۸

است. شیوع مصرف مواد در تشخیص های مختلف روانپزشکی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

اولین بار مصرف مواد به پیشنهاد دوستان ۵۴/۴ درصد در مهمانی دوستانه و ۵۰/۴ درصد و به منظور تفنن و کنجکاوی، ۶۱/۶ درصد و در سن ۲۰-۲۲ سالگی بوده

جدول شماره ۲: شیوع مصرف مواد در تشخیص های مختلف

نوع تشخیص	مصرف مواد		عدم مصرف مواد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
Schi & other psy	۱۶	۱۳/۵	۱۰۳	۸۶/۵	۱۱۹
Mood d	۵۱	۲/۹۵	۱۶۲	۷۶/۰۵	۲۱۳
Anxiety, soma	۵	۸/۷۸	۵۲	۹۱/۲۲	۵۷
Personality di	۱۸	۳۹/۱۴	۲۸	۶۰/۸۶	۴۶

بحث

در مطالعه ما ۷۲ درصد افراد با سابقه مصرف مواد، اختلال روانپزشکی همزمان داشتند که با مطالعه Kessler همخوانی دارد. هر چند مطالعه ما در میان مراجعین به مرکز روانپزشکی زارع که یک بیمارستان ارجاعی می باشد انجام شد و مطالعه Kessler در جامعه عمومی بوده است (۹). ولی با نتایج مطالعه Barba همخوانی ندارد (۱۵).

شیوع مصرف مواد در بیماران اسکیزوفرنی و سایکوزهای دیگر وابسته به آن، اختلالات خلق، اختلالات اضطرابی با سوماتوform و اختلالات شخصیت به ترتیب در کشورهای دیگر همخوانی ندارد برای مثال در وسیع ترین مطالعه هم ابتلای در جامع آمریکا، همه گیری شناختی جامعه تحت پوشش (ECA) Epidemiological catchments area در مرکز روانپزشکی، اسکیزوفرنیا، اختلال خلق، اضطرابی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی به ترتیب ۵۰ درصد، ۸۰ درصد، و ۵۳ درصد می باشد هر چند تعداد نمونه های در مطالعه ما کمتر بوده ولی اختلاف درصد به قدری بارز است که می توان به عوامل فرهنگی و اجتماعی به عنوان یکی از دلایل مهم اشاره کرد. هر چند توصیه می شود پژوهشی با نمونه بیشتر و در مراکز متعدد انجام گیرد (۱۶). در مطالعه ای دیگر تمامی بیماران مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی که تمامی مرد بودند و تشخیص اسکیزوفرنی اسکیزوافکتیو و خلقی دو قطبی داشتند میزان مصرف مواد ۷۳ درصد

بوده است و شیوع مصرف مواد به ترتیب الکل، حشیش، کوکائین، محرک، آرام بخش ها، تریاک و مواد توهم زا بوده است. در جمعیت مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی زارع شیوع مصرف مواد به ترتیب تریاک، الکل، حشیش و هروئین و سایر مواد بوده است همانطور که ملاحظه می شود شایعترین مواد مصرفی در نمونه ها تریاک بود. که با مطالعه Kate و همکاران کاملاً متفاوت است (۱۷) به نظر می رسد نژاد، فرهنگ و مذهب عوامل تاثیر گذار باشد (۱۳، ۱۴). همانطور که در قرآن کریم حرمت الکل به صراحت آمده است.

از طرفی نمونه های جمعیت بهداشت روانی جامعه در مراکز عمومی (دولتی) در مقایسه با مراکز خصوصی، بیماران روانی مزمن بیشتری دارند (قابل ذکر است مرکز روانپزشکی زارع یک مرکز عمومی دولتی است که بیماران روانی مزمن بیشتری دارد). شیوع تشخیص های اعتیاد هم ابتلاء در نمونه های روانپزشکی عمومی (دولتی) عبارت است از ۳۰ درصد برای اسکیزوفرنیا، ۵۰ درصد برای اسکیزوافکتیو، ۳۰ درصد برای اختلالات خلقی، ۳۵ درصد برای اختلالات شخصیتی، که با نتایج مطالعه ما در خصوص اختلالات شخصیتی و خلقی مطابقت دارد. مقادیر شیوع در مراکز روانپزشکی خصوصی سرپائی، با این اندازه مستند نیست ولی به نظر می رسد شیوع هم ابتلایی در بیماران روانی مزمن این مراکز کمتر باشد از طرفی از آنجا که هم ابتلایی باعث ناتوانی بیشتر می شود این موضوع ممکن است به

شیوع مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان، در افراد شهری بیشتر از روستایی، در افراد بیکار و مشاغل کارگری و کشاورزی و مشاغل آزاد بیشتر از موارد فنی و مهندسی بود. همچنین در افراد بی سواد بیشتر از افراد با تحصیلات بالاتر بود که با مطالعه ناظمی و مطالعه Wilson و همکاران همخوانی دارد (۲۲،۲۳،۲۴).

گرچه بررسیهای انجام شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد شیوع اعتیاد به مواد مخدر را در مردان تقریباً ۱۰ برابر زنان گزارش نموده اند اما بررسیهای انجام شده در مورد همه گیری اعتیاد در ایران، شیوع اعتیاد را در مردان اندکی بیشتر از زنان نشان داده اند. (۲۵) بنابراین شیوع بیشتر در مردان در این مطالعه بیشتر به جهت محل نمونه گیری می باشد. شیوع اعتیاد در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بوده که با مطالعات متعدد در ایران همخوانی دارد (۲۰).

با توجه به شیوع بالای مصرف مواد در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب روان، لزوم توجه به مصرف مواد همزمان با مشکلات روانپزشکی در شرح حال و درمان بیماران قابل اهمیت می باشد و از طرفی در افراد مراجعه کننده جهت ترک مواد می بایستی تشخیص همزمان روانپزشکی را در نظر داشت تا ترک مواد با ضریب موفقیت بالا همراه باشد.

یکی از محدودیت مطالعه حاضر عدم انجام آزمایش ادرار برای تأیید مصرف و نوع مواد است. که فقط بر اساس اظهار نظر فرد مراجعه کننده به درمانگاه بوده است.

صورت رانده شدن به پایین به سمت مرکز درمانی دولتی بازتاب پیدا کند (۱۹،۱۸).

- در مورد مصرف سیگار شیوع مصرف در کل جمعیت بررسی شده در گذشته و حال نزدیک به $\frac{1}{3}$ بوده است. مطالعات نشان داد که کمتر از نیمی از بیماران روانی و بیشتر از $\frac{3}{4}$ بیماران اسکیزوفرنی سیگاری هستند (۲۰). به نظر می رسد نیاز به بررسی شیوع مصرف سیگار در بیماران روانی به خصوص بیماران شدید در جامعه ما وجود دارد و این مساله که چه عواملی در شیوع کم سیگار در بیماران روانی جوامع دخیل می باشند و آیا شیوع گزارش شده واقعی است یا خیر؟

در مطالعه Hessel شایعترین اختلال روانپزشکی در افرادی که مصرف مواد دارند اختلال خلقی بخصوص افسردگی بود و در زنان اختلال روانپزشکی بیشتر از مردان بوده است که با مطالعه ما همخوانی دارد و همچنین در مطالعه ای مصرف همزمان دو ماده کوکائین و حشیش بیشتر از سایر موارد بوده است ولی در مطالعه ما هر چند شایعترین اختلال روانپزشکی اختلال خلقی بوده است اما مصرف دو یا چند ماده همزمان بترتیب فراوانی شامل تریاک + الکل + حشیش، تریاک + الکل و تریاک + حشیش بوده است. بررسی زمینه یابی گسترده نشان داده که ۷۶ درصد مردان و ۶۵ درصد زنان که سوء مصرف یا وابستگی به مواد داشتند مبتلا به یک تشخیص روانپزشکی نیز می باشند و شایعترین اختلالات اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ترسهای مرضی و اختلالهای افسردگی به ویژه افسرده خوبی بوده است (۲۱).

References

1. Gastfriend D R. 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; 1996.

2. Pani, P.P. Trosgu, E., & Contu, P. Psychiatric severity and treatment response in

- a comprehensive methadone maintenance treatment programme. *Drug Alcohol Depen* 1997; 48:119-126.
3. Wittchen, H. U, critical issues in the evaluatim of comorbidity of psychiatry disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 68 (30): 9-16.
4. Regier DA, Farmer M, Rae DS, lock BZ, Keith SJ, Judd I, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiological catchments Area (ECA) study. *JAMA*1990; 21:2511-2518.
5. Norman s.m; addiction psychiatry: curreut diagnosis and treat mant. 1st edition. Wilmington-Willey-liss; 1995.
6. Miller, N.S. The principles and practice of addiction in psychiatry, Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.
7. Abrham, H.D., Fava, M. Orther of onset of substance abuse and depression in a sample depressed outpatients. *Compr Psychiat* 1999; 40:44-50.
8. Broome , K. M., Flynn, P.M ., Simpson , D.D psychiatric comorbidity measures a predictors of retention in drug abuse treatment progrms. *Health Serv Res* 1999; 34: 796-806.
9. Kessler R.C, Nelson CB, Mc Gonagle KA, et al. The epidemiology of cooccurring addictive and mental disorders : Implacations for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:17-31.
10. Rounsaville, B, Kosten, T.R, Wisseman, M. prognostic significance of psychiatry disorder in treatment addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:739-745.
11. Danilo E. Ponce , Helene S. Jo, RN; Substance abuse and psychiatric disorders: The dilemma of increase incidence of dual diagnosis in residential treatment centers , *Res treat Child Youth* , Vol.8(2) 1990.
12. Goreishizaaeh M, torabi K; A stady of comorbidity of substance abuse and psycma try disorders in sell reterrea addicts to Tabriz wel tare centre. *J Tabriz Univ Med Sci* 2002;49-53(Persian).
13. Smith SM, Stinson FS, Dawson Da, Gold stein K, Huang B, Grant BF. Race ethnic different in the prevalence and co-occurrence of substance use disorder and independent mood and anxiety disorders: Result from the national epidemiologic surgery an alcohol and relate conditions: *Psychol Med* 2006; 36(7): 987-98.
14. Huang b, Grant BF, Dawson DA, stinson FS, chou SP m saha TD, et al . Race –ethnicity and the prevalence and co-occurrence of diagnostic and statistical manual of mental disorder , Four the edition alcohol and drug use disorders and axis I and II disorders: united states ,2001 to 2002. *Compr Psychiat* 2006;47(4):252-257.
15. Barbara EH, Jannifer A, Karilyn K. O, comparison of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry* 161: 139-145.
16. Regier OA, Farmer ME & Rae DS, et al. comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiological catchment area (ECA) study *JAMA* 1991; 264(19):2511-2518.

17. Kate B. Michael P. Jefreys correlates of substance use disorder among psychiatry out patients : focus on cognition, social role function and psychiatric status. *J.Nerv Ment Dis* 2003;191(5):300-308.
18. Caton CL, Gralmick A & Bender S etal. Young chronic patients and substance abuse. *Hosp Common Psych* 1989;40(10):1037-1049.
19. Sheets JL, Prevost JA & peihman J. Young adult chronic patients three hypothesized subgroups: *Hosp Commun Psych* (1982);33(3) :1107-203 .
20. Sadock Bj, Sadock V.A, Synopsis of psychiatry behavioral Sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams Wilkins; 2007 p 469.
21. Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Segal B. Schackit MA, Bucholz K. Ethnicity and psychiatry and psychiatric co morbidity among Alcohol Dependent persons who receive in patients treatment : African Americans, Alaska Natives, Caucasian , and his panics :*Alcohol clin. Exp Res* 2003; 27(8): 1368-1375.
22. Nazemi M, khalegi A, seiady A.R: prevalence psychiatric disorders in substance dependences, *Andeesheh Raf* 2001; (3): 38-46(Persian).
23. Wilson MC, yonette Ft, Frerich SS, Bridet FG; prevalence , correlate , Disability and co morbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the united status. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64: 566-576.
24. Haydari j, Jatarih H, Hossein Sh, janati y, Mohammad pour RA. Study on the psycho social conditions of addicts in sari townshipin 2004,2006(16):109-116.
25. ehsanmanesh M, karimi E,looking to his tay and some researchej ahat Addiction in Iran, *Andeesheh Raf* 1999; (3): 62-78(Persian).

Archive of SID