

بناام خدا

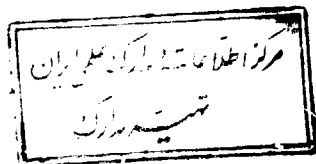
۳۴۱۱۷

۱۳۸۰ / ۹ / ۲۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دانشکده پزشکی



پایان نامه

جهت اخذ درجه دکتراي حرفه ای پزشکی

موضوع :

بررسی اپیدمیولوژیک اعتیاد به مواد مخدر در بیماران افسردگی
اساسی بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه
در سالهای ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷

استاد راهنما :

آقای دکتر جلال شاکری - استادیار 011946

استاد مشاور :

آقای مهندس منصور رضایی - هیئت علمی

نگارش :

بهزاد کرمی

۳۴۸۸۷

اردیبهشت ۱۳۷۹

**تقدیم به تمام کسانی که در راه پزشک شدنم
مرا یاری نمودند**

تقدیر و تشکر :

با تشکر و تقدیر فراوان از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر شاکری بخاطر راهنمایی ایشان در نگارش پایان نامه و سپاگزاری از جناب آقای مهندس منصور رضایی مشاور محترم آمار و تقدیر از خانم لیسا رضایی کارشناس ارشد کاردرمانی که در انجام این تحقیق از راهنماییهای بی دریغ ایشان بهره مند گشتم.

صفحه		
۱	.....	فهرست مندرجات :
۲	.....	خلاصه به فارسی
۳	.....	خلاصه به انگلیسی
۴	.....	فصل اول
۷	.....	کلیات
۸	.....	افسردگی اساسی
۸	.....	تاریخچه
۱۰	.....	همه گیری
۱۰	.....	جنس و سن
۱۱	.....	اتیولوژی
۱۲	.....	عوامل زیست شناختی
۱۳	.....	سایر عوامل نورو شیمیایی
۱۴	.....	مطالعات خانوادگی
۱۴	.....	عوامل روانی اجتماعی
۱۶	.....	عوامل شخصیتی قبل از بیماری
۱۷	.....	تشخیص
۱۸	.....	دوره‌های افسردگی
۱۸	.....	افسردگی در کودکان و نوجوانان
۱۹	.....	معاینه وضعیت روانی
۲۰	.....	دوره‌های افسردگی
۲۱	.....	خلق، عاطفه و احساسات
۲۲	.....	نظام حسی و شناخت
۲۳	.....	تشخیص افتراقی
۲۳	.....	سیر
۲۶	.....	پیش آگهی
۲۷	.....	درمان
۳۰	.....	تاریخچه وابستگی مواد
۳۱	.....	کلیات
۳۱	.....	ملاکهای تشخیص وابستگی مواد
۳۱	.....	ایدمیولوژی سوء مصرف مواد

۳۱	.....	ملاکهای سوء مصرف مواد
۳۲	.....	ملاکهای تشخیص مسمومیت مواد
۳۲	.....	ملاکهای تشخیص محرومیت مواد
۳۲	.....	اختلالات وابسته به مواد افیونی
۳۳	.....	همه گیری شناسی
۳۴	.....	نور و فارماکولوژی
۳۵	.....	تحمل و وابستگی
۳۶	.....	سبب شناسی
۳۶	.....	بیماری توأم (تشخیص دوگانه)
۳۶	.....	عوامل زیست شناختی و ژنتیک
۳۷	.....	نظریه روانکاوی
۳۷	.....	وابستگی افیون
		تشخیص و سیر طبیعی سوء مصرف و
۳۸	.....	وابستگی به شبه افیونها
۴۰	.....	سوء مصرف افیون
۴۱	.....	ملاکهای تشخیص مسمومیت افیون
۴۱	.....	ملاکهای تشخیص محرومیت افیون
		ملاکهای تشخیص دلیریوم مسمومیت
۴۲	.....	با مواد افیونی
		ملاکهای تشخیص اختلال پسیکوتیک
۴۲	.....	ناشی از مواد
		ملاکهای تشخیص برای اختلال
۴۳	.....	خلقی ناشی از مواد
		ملاکهای تشخیص اختلال اضطراب
۴۴	.....	ناشی از مواد
		ملاکهای تشخیص اختلال جنسی
۴۵	.....	ناشی از مواد
		ملاکهای تشخیص اختلال خواب
۴۶	.....	ناشی از مواد

۴۶	.....	ویژگی های بالینی
		علائم مربوط به جنس، سن و
۴۸	.....	فرهنگ خاص
۴۹	.....	شیوع
۴۹	.....	سیر
۴۹	.....	تشخیص افتراقی
۵۱	.....	درمان
	.....	فصل دوم
	.....	اهداف و فرضیات
۵۲	.....	هدف اصلی
۵۲	.....	اهداف فرعی
۵۲	.....	سئوالات پژوهشی
	.....	فصل سوم
	.....	روشها و مواد
۵۳	.....	فصل چهارم
	.....	نتایج، جدولها و نمودارهای
	.....	آماري
۵۴	.....	فصل پنجم
	.....	بحث و نتیجه گیری
۶۹	.....	پیشنهادات
۷۱	.....	منابع
۷۲	.....	ارزیابی پایان نامه

خلاصه به زبان فارسی

بعلت نبود اطلاعات کافی در مورد هم بودی وابستگی به مواد مخدر و بیماری افسردگی اساسی شیوع وابستگی به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی در بیمارستان فارابی (سال ۷۷ & ۱۳۷۶) مورد بررسی قرار گرفت .

اعتیاد یکی از مقوله‌های بسیار مهم در جامعه امروزی و همچنین در روانپزشکی است از طرفی بیماری افسردگی اساسی نیز از نظر شیوع در رتبه سوم بیماریهای روانپزشکی است. همانطور که گفته شد هدف اصلی از این مطالعه بررسی اپی‌دمیولوژی و شیوع اعتیاد به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی است. و اهداف فرعی نیز تعیین توزیع فراوانی اعتیاد در بیماران افسرده اساسی بر حسب متغیرهایی چون سن، جنس، تأهل، تحصیلات و شغل است .

روش اجرای این طرح به این صورت بود که با مراجعه به پرونده بیماران افسرده اساسی بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه در سالهای ۷۷ & ۱۳۷۶ اطلاعات لازم بصورت چک لیست استخراج و با استفاده از روشهای آماری این اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت و در نهایت بصورت نمودارهای ستونی و جداول فراوانی ترسیم شد - فصل چهارم -

نتیجه تحقیق به این صورت بود که شیوع اعتیاد به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی بستری شده در بیمارستان فارابی ۲۸ درصد بود.

که این شیوع بالایی تواند بعلت این باشد که بسیاری از بیماران افسرده بعلت عدم آگاهی دست به دامن اعتیاد می‌شوند.

وابستگی به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی در آقایان شایعتر است از خانمها (نسبت $\frac{۲۰}{۱}$) می‌باشد.

وابستگی به مواد مخدر نسبت به تریاک بیشترین میزان را داشت که می‌تواند بعلت دسترسی آسانتر باشد.

بالا بودن سطح تحصیلات نسبت عکس با میزان وابستگی به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی داشت .

در افراد متأهل وابستگی به مواد مخدر بیشتر از افراد مجرد بود از نظر تعیین توزیع فراوانی اعتیاد به مواد مخدر در بیماران افسرده اساسی بر حسب شغل بیشترین شیوع را در افراد بیکار داشتیم ($\frac{۳۵}{۹۴}$ درصد) پس از آن در افراد راننده ($\frac{۱۷}{۱۹}$ درصد).

Introduction

In the point that there is no enough data about the comorbidity of Opium dependency (Drugs abuse-opioid agents) and major Depression, the prevalence of opium dependency in the patient who were admitted with major depression in Farbi Hospital (1376&77) has been controled.

Addiction is one of the most important problems in community and psychiatry, besides the major Depression is the third in prevalence of psychiatric disease.

As the first said the main gain of this investigation is epidemiologic and prevalence survey of addiction (opioid agents) in the major depression and the side gains of this investigation is determine of prevalence of addiction in major depression for the factors such as age, sex, marriage, education and vocatio

The method for play of this investigation by control of the files of patients who were admitted by major depression in diagnosis in farabi Hospital (1376&77) date as checklist maintained and the statistical methods this information were analysed and the last by the charts were drawed (fourth chapter) the results of investigation; the prevalence of addiction in M:D was 28% percent.

Opium dependency in M:D is more in men then woman(20/1) Opium dependeny for the opioid was more than else because of the accessability. The education was opposite by the Opium dependency in M:D

In the married individuals Opium dependency was more than the singles, and for the vocation the most prevalence were in the out of works. (35.94%) and then in drivers (17.19%) percent.

فصل اول

کلیات :

وابستگی به مواد مخدر بعنوان وابستگی روانی و جسمانی است که یکی از مقوله‌های بسیار مهم در روانپزشکی و در جامعه کنونی می‌باشد که نیازمند بررسی‌های خاص و از جوانب مختلف می‌باشد - و بعلت نبود اطلاعات کافی در مورد وابستگی به مواد خدر با افسردگی اساسی و نیز پیگیری بیشتر بیماران افسرده از وابستگی به مواد مخدر شیوع اعتیاد به مواد مخدر در بیماران افسرده بررسی گردید اهداف کلی طرح تعیین شیوع و اپیدمیولوژی اعتیاد در بیماران افسردگی اساسی بستری شده در مرکز فارابی کرمانشاه (۷۷ - ۷۶) بوده است.

اختلال افسردگی اساسی یک اختلال شایع روانی است که پس از فوبیها و اختلالات مصرف سوء مواد در ردیف سومین بیماریهای شایع روانی بوده و میزان شیوع آن در بیماران سرپایی ۱۵ - ۱۰ درصد می‌باشد (۱)

سن متوسط بروز علائم ۴۰ سالگی می‌باشد و نسبت زن به مرد ۲/۱ می‌باشد (۲) علت شیوع بیشتر در خانمها آثار هورمونی، زایمان و استرس می‌باشد (۲) هنوز معلوم نیست بیماران که علائم قابل ملاحظه اضطراب و افسردگی را توأمآ نشان می‌دهند به ۲ فرآیند بیماری مجزا مبتلا هستند یا به یک فرآیند بیماری که هر دوی علائم را نشان میدهد مبتلا هستند.

شایعترین وقعه زندگی که بیماری افسردگی را در پی داشته است از دست دادن یکی از والدین قبل از سن ۱۱ سالگی بوده است. (۱)

در بسیاری از موارد بدلیل عدم آگاهی بیماران روانپزشکی شیوه درمانی صحیح را انتخاب نکرده و به شیوه‌های غیر علمی مانند اعتیاد روی می‌آورند. (۲)

بسیاری از کسانی که به سوء مصرف مواد مبتلا هستند از افسردگی و اضطراب حرف می‌زنند (۲ ج ۳)

مطالعات سبب‌شناسی سوء مصرف مواد به غیر از الکل هنوز در مراحل اولیه است (۲ ج ۳)

بیماران افسرده برای رفع افسردگی خود غالباً دست به دامن محرک‌هایی نظیر کوکائین یا امفتامین می‌گردند (۱)

- افسردگی اساسی :

با مطالعه اختلالات خلقی توسط پژوهشگران بالینی و زیست‌شناختی تفاوت‌های بالینی شناخته شده قبلی بین بیماران پذیرفته شده و اینک در چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM - IV) بطور رسمی منظور شده‌اند. دو اختلال خلقی عمده عبارتند از اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I ، که در DSM-III-R بطور ساده، اختلال دو قطبی نامیده می‌شد. اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی را غالباً اختلالات عاطفی می‌

نامند ، معهذا پاتولوژی مهم در این اختلالات مربوط به خلق (mood) است ، حالت هیجانی درونی مستمر شخص ، نه عاطفه (affect) ، تظاهر برونی محتوی هیجانی موجود . بیمارانی که فقط به دوره های افسردگی مبتلا هستند گفته می شود مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder) هستند ، که گاهی افسردگی یک قطبی نامیده می شود (البته نه در (DSM-IV) . بیمارانی که هم دوره های افسردگی و هم مانی دارند و بیمارانی که فقط دوره های مانی دارند مبتلا به اختلال دو قطبی I شناخته می شوند . اصطلاح « مانی یک قطبی » یا « مانی خالص » (نه در DSM-IV) گاهی در مورد بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I که دوره های افسردگی ندارند مورد استفاده قرار می گیرند .

دو اختلال خلقی دیگر ، اختلال افسرده خوئی (dysthymic disorder) و اختلال خلق ادواری (cyclothymic disorder) ، نیز مدتی است از نظر بالینی مورد شناسایی قرار گرفته اند. اختلال افسرده خوئی و اختلال خلق ادواری با علائمی خفیفتر از علائم اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I ، به ترتیب ، مشخص می باشند . DSM-IV اختلالات خلقی دیگری را هم در متن و هم ضمیمه راهنما کدگذاری کرده است . این اختلالات شامل سندرم های مربوط به افسردگی (اختلال افسردگی جزئی ، اختلال افسردگی عودکننده گذرا ، اختلال ملال پیش از قاعدگی) و اختلالات وابسته به اختلال دو قطبی I (اختلال دو قطبی II) می باشند . در اختلال افسردگی جزئی (minor depressive disorder) شدت علائم به حدی که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است نمی رسد در اختلال افسردگی عود کننده گذرا شدت علائمه حدی که برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی لازم است می رسد ، اما فقط برای مدتی کوتاه ، که طول آن کافی برای شمول ملاک تشخیصی اختلال افسردگی اساسی نمی باشد .

اختلال دو قطبی II با دوره های افسردگی اساسی متناوب با دوره های هیپومانیا - یعنی دوره های علائم مانیا که ملاک های کامل دوره های مانیا مشاهده شده در اختلال دو قطبی I را شامل نمی شود - مشخص است تشخیص های دیگر اختلال خلقی مشتملند بر اختلال خلقی ناشی از اختلال طبی عمومی ، اختلال خلقی ناشی از مواد ، و اختلال خلقی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (NOS) .

خلق ممکن است طبیعی ، بالا ، یا پائین باشد . شخص طبیعی طیف وسیعی از خلق ها را تجربه می کند و به همان نسبت مجموعه ای از تجلیات عاطفی نیز دارد شخص عادی قادر به کنترل اخلاق و عواطف خود هست . اختلالات خلقی گروهی حالات بالینی هستند که با اختلال خلق فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه هستند بیمارانی که خلق بالا دارند حالت انبساط خاطر ، پرش افکار ، کاهش خواب ، افزایش احترام به نفس ، و افکار بزرگ منشانه نشان میدهند بیمارانی که خلق پائین دارند با کاهش انرژی و علاقه ، احساس گناه ، اشکال در تمرکز ، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص هستند سایر علائم و نشانه ها عبارتند از تغییر در سطح فعالیت ، توانایی های شناختی ، تکلم و اعمال نباتی (یعنی ، خواب ، اشتها ، فعالیت جنسی ، و سایر ریتم های بیولوژیک) این اختلالات عملاً همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی ، روابط اجتماعی و بین فردی می گردد .

مبتلایان به اختلالات خلقی غالباً برای حالت بیمار گونه خود کیفیتی غیر قابل توصیف اما مشخص قائل هستند بنابراین مفهوم طیف ممکن است نشان دهنده همانند سازی مفرط پزشک با پاتولوژی بوده و موجب دگرگونی روش برخورد او با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی باشد .

تاریخچه

افسردگی از زمان های بسیار دور درنوشته ها آمده و توصیف هائی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می خوانیم ، در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد داستان (عهد عتیق) شاه سائول (king saul) ، و داستان خود کشی آژاکس در ایلیاد هومر ، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد ، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد . در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد کونلیوس سلوس (Cornelius Celsus) در کتاب De Medicina افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ بعد از میلاد) نیز به کار بردند ، همینطور الکساندر ترالز (Alexander of Tralles) در قرن ششم .

پزشک یهودی ، موزس میمونید (Moses Moimonides) ، ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی نمود . در سال ۱۶۸۶ ، بونت (Bonet) نوعی بیماری روانی توصیف نمود و آن را maniacomelancholicus نامید .

در سال ۱۸۵۴ ، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری (folie circulaire) نامید . چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می کنند تقریباً در همان زمان ، یک روان پزشک فرانسوی دیگر به نام ژول بایارژه جنون دوشکلی (frome folie a double) را شرح داد که در آن بیمار دچار افسردگی عمیقی می شود که به حالت بهت افتاده و بالاخره از آن بهبود می یابد در سال ۱۸۸۲ ، کارل کالبام روانپزشک آلمانی ، با استفاده از اصطلاح (سایکلو تایمی) مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود .

همه گیری شناسی

اختلال افسردگی اساسی اختلالی شایع است با میزان شیوع حدود ۱۵ درصد برای طول عمر ، شاید در زن ها تا ۲۵ درصد. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران اطباء عمومی ، که به ۱۰ درصد نزدیک می شود و بیماران داخلی ، که به ۱۵ درصد می رسد بالاتراز حد معمول است . شیوع اختلال دو قطبی I کمتر از اختلال افسردگی اساسی است با میزان شیوع حدود ۱ درصد در طول عمر ، تقریبا مشابه میزان شیوع اسکیزوفرنی . چون بطور فزاینده معلوم می شود که سیر اختلال دو قطبی I مثل سیر اختلال افسردگی اساسی مساعد نیست هزینه اختلال دو قطبی I برای بیماران خانواده های آنان و جامعه قابل ملاحظه است .

یک تفاوت دیگر بین اختلال دو قطبی I و اختلال افسردگی اساسی این است که اکثر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I بالاخره مورد توجه پزشک قرار گرفته و درمان می شوند در حالیکه فقط نیمی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تحت درمان اختصاصی قرار می گیرند هر چند انستیتو ملی بهداشت روانی (NIMH) برنامه ای برای افزودن آگاهی جمعیت و پزشکان در مورد افسردگی شروع کرده است . علائم افسردگی غالبا بطور نامناسب به عنوان واکنش های قابل انتظار در مقابل استرس ، قرینه ای برای ضعف اراده با تلاش آگاهانه برای کسب نفع ثانوی تعبیر می شود .

جنس و سن

مشاهدات بین المللی بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه افسردگی یک قطبی را در زن ها دوبرابر شایعتر از مردها نشان داده است . هر چند علل این اختلال معلوم نیست پژوهش ها به روشنی نشان داده اند که آنرا می توان به روشهای