

فراوانی مصرف مواد مخدر و داروها در افراد وابسته به مواد افیونی

دکتر سیدمحمد رسول خلخالی* - دکتر کیومرث نجفی* - دکتر فاطمه نظیفی**

* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** پزشک عمومی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۴/۴

تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: برخی از افراد وابسته به مواد افیونی به مصرف هم‌زمان سایر گروه‌های دارویی یا مواد می‌پردازند که با عوارض جسمی، اقتصادی و اجتماعی بیشتر و عاقبت درمانی بدتری همراه است.

هدف: این مطالعه به منظور بررسی فراوانی مصرف مواد، داروهای دیگر و برخی عوامل همراه در افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه معتادان بهیستی رشت انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی و در یک مقطع چهارماهه از اول بهمن سال ۱۳۸۰، ۹۶ نفر وابسته به مواد افیونی که به این درمانگاه مراجعه کرده بودند با مصاحبه و بدون استفاده از روش‌های غربالگری مواد مورد بررسی قرار گرفتند. از آن‌ها در مورد استفاده از انواع مواد (افیونی، حشیش، الکل) و داروها (بنزودیازپین، باربیتورات، دیفنوکیسات، کدئین، دکسترومتورفان، محرک‌ها...) زمان مصرف، علائم مصرف، یا مصرف نکردن - و شیوه تهیه دارو یا ماده و سوابق ترک یا عود وابستگی سؤال شد. برای تشخیص مفاهیم مربوط به سوءمصرف یا وابستگی، از ملاک‌های تشخیصی DSM IV استفاده شد.

نتایج: ۹۶ نفر (۹۳ مرد و ۳ زن) که ۳۱/۳ درصد بیکار، ۸۱٪ ساکن شهر، ۴۹٪ دارای تحصیلات ابتدایی و کمتر و ۶۴ درصد متأهل بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۲/۵ درصد سابقه یک بار ترک موفق (یک سال پرهیز)، ۳۰/۲ درصد سمدائنی ناموفق یا بدون اقدام به ترک، ۳۸/۵ درصد یک بار، ۲۱/۹ درصد دو بار، ۹/۴ درصد سه بار یا بیشتر ترک موقت (حداقل یک ماه پرهیز) داشتند. تریاک در ۶۳/۵ درصد هروئین در ۳۰/۲ درصد و کدئین در ۳/۱ درصد موارد ماده اصلی مورد وابستگی بودند. بیشترین فراوانی، هم ابتلایی در مورد داروها با بنزودیازپین‌ها و در مورد مواد با الکل بود. در ۲۱/۸ درصد، وابستگی چند ماده‌ای، ۲۶ درصد هم ابتلایی وابستگی مواد افیونی و یک دارو و در ۱۶/۶ درصد هم ابتلایی وابستگی به یک دارو، یک ماده دیگر و یک ماده افیونی وجود داشت. استفاده از نسخ پزشکان در ۴۰ درصد و تهیه دارو بدون نسخه از داروخانه در ۳۸ درصد موارد متداول‌ترین راه تهیه دارو بود.

نتیجه‌گیری: الگوهای مصرف مواد و داروها و هم ابتلایی قابل توجه بین وابستگی به مواد افیونی و وابستگی به داروها و مواد دیگر به‌رغم موقعیت‌های جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی متفاوت، در جمعیت مورد مطالعه ما، شباهت زیادی با یافته‌های بررسی در کشورهای دیگر دارد. تأکید و توجه بیشتر بر فعالیت‌های مربوط به سازماندهی سیستم داروئی کشور، آموزش پزشکان، درمان موارد هم ابتلایی و تأثیر این مداخله‌ها بر الگوی مصرف مواد و داروها پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: اختلالات مربوط به مواد شبه تریاک / اختلالات ناشی از مواد / داروها / مواد مخدر

مقدمه

برخی از افراد وابسته به مواد اقدام به مصرف هم‌زمان سایر مواد یا گروه‌های دارویی، به قصد استفاده از اثرات روانگردان این داروها یا مواد می‌کنند که غالباً شامل الکل، محرک‌های روانی، باربیتورات‌ها، حشیش و کوکائین، ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، آنتی‌هیستامین‌ها و آنتی‌کولینرژیک‌ها است (۱ و ۲). مصرف چندانگانه در سرتاسر جهان روبه رشد است (۳). در جوامع غربی استفاده تنها از یک ماده امر نادر است (۴).

افرادی که چند ماده مصرف می‌کنند یا بدان وابسته‌اند، احتمال بیشتری دارد که برایشان تشخیص‌های روانپزشکی بیشتری مطرح شود و در صورت ابتلای به اختلال

روانپزشکی، شدت بیشتری از اختلال را بروز دهند (۵ و ۶). مصرف چند دارو یا ماده، به عنوان عامل خطر غیر وابسته برای مرگ ناشی از مصرف زیاد و خودکشی مطرح شده است (۷ و ۸). وابستگی به چند ماده یا دارو در مصرف‌کنندگان مواد افیونی عاقبت درمانی را بدتر می‌کند و همین گروه نیز در جوامع درمانی و روند درمان مشکلات بیشتری پدید می‌آورند و شکست درمانی هم در این گروه زودتر رخ می‌دهد (۹ و ۱۰). با در نظر گرفتن این نکته‌ها که الگوی مصرف چندگانه مواد یا دارو می‌تواند با سلامت جسمی بدتر، اختلال روانپزشکی هم‌ابتلایی بیشتر و عواقب نامطلوب اقتصادی و درمانی بیشتری همراه باشد، تصمیم گرفتیم با

انجام مطالعه‌ای به بررسی فراوانی مصرف مواد و داروها در مراجعان خودمعرف سازمان بهزیستی شهر رشت بپردازیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی است که در مرکز خودمعرف درمان معتادان بهزیستی شهرستان رشت در یک مقطع زمانی چهار ماهه از اول بهمن سال ۱۳۸۱ لغایت آخر اردیبهشت سال ۱۳۸۱ انجام شد. در ابتدا همکاران طرح با شیوه‌های نظری و عملی با نحوه اجرای طرح آشنا شدند. پزشکان عمومی که حداقل یک سال در مراکز خودمعرف شهرستان رشت مشغول به کار بودند به عنوان مصاحبه‌گر با فرد خودمعرف ایفای نقش کرده و مجدداً طی جلسه‌هایی در مورد نحوه ارتباط با بیمار، مصاحبه، اخذ و درج اطلاعات در پرسشنامه و اهداف پژوهش توسط روانپزشکان مجری طرح آموزش دیدند. جامعه آماری پژوهش معتادین خودمعرفی بودند که در مقطع زمانی ذکر شده به این مرکز مراجعه کرده بودند که پس از طی مراحل پذیرش، آمادگی لازم را برای شرکت در درمان اعتیاد اعلام کردند و شرکت در پژوهش را پس از توجیه توسط مجریان طرح و آشنا شدن با اهداف پژوهش و با رعایت نکات اخلاقی پذیرفته بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که توسط شاه‌محمدی و یاسمی و همکاران در پژوهش همه‌گیرشناسی اعتیاد در ایران طراحی شده و مورد استفاده قرار گرفته بود که با تعدیل و متناسب کردن آن با اهداف ویژه پژوهش به کار رفت این پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات فردی و اطلاعات مربوط به مواد و داروها بود. منبع کسب اطلاعات فقط گزارش خود بیمار بود و از آزمون‌های تشخیصی جستجوی مواد استفاده نشد. ملاک تشخیص سوءمصرف یا وابستگی چندگانه به مواد یا داروها، کسب ملاک‌های تشخیصی DSM IV بر اساس اطلاعات بدست آمده توسط روانپزشک مجری طرح بود. بعد از اتمام طرح، داده‌ها با آمار توصیفی مورد بررسی

قرار گرفت. برای رعایت مسائل اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بود و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای استفاده از نتایج پژوهش گرفته شد.

نتایج

از ۱۰۱ مراجعه کننده، ۵ نفر شرکت در این پژوهش را نپذیرفتند و به این ترتیب ۹۶ نفر (۳ زن و ۹۳ مرد) جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. ۳۱ درصد بیکار، ۱۵/۶ درصد راننده، ۱۳/۵ درصد کشاورز، ۱۰/۴ درصد کارگر، ۹/۴ درصد دانشجوی، ۸/۳ درصد کارمند و بقیه را سایر مشاغل به خود اختصاص دادند. از نظر تحصیلات، ۲۸/۱ درصد دارای سیکل کامل، ۳۷/۵ درصد ابتدائی کامل، ۲۶ درصد دیپلم، ۲/۱ درصد مدرک بالاتر از فوق دیپلم و ۴/۲ درصد در حد خواندن و نوشتن و ۲/۱ درصد بی‌سواد بودند. ۸۱ درصد ساکن شهر، ۶۶/۷ درصد متأهل، ۲۷/۱ درصد مجرد، ۴/۲ درصد طلاق گرفته و ۲/۱ درصد جدای از هم زندگی می‌کردند. ۴۳/۸ درصد حداقل یک بار محکومیت قضائی در ارتباط با مواد داشتند. ۳۰/۲ درصد بدون سابقه اقدام برای ترک، ۳۸/۵ درصد سابقه یک بار ترک موقت، ۲۱/۹ درصد سابقه دو بار ترک موقت و ۹/۴ درصد سابقه سه بار یا بیشتر ترک موقت داشتند، ۸۷/۵ درصد هرگز سابقه ترک موفق نداشتند و ۱۲/۵ درصد مراجعان سابقه حداقل یک بار ترک موفق داشتند (بر اساس تعاریف DSM IV).

در ۶۳/۵ درصد موارد تریاک، ۳۰/۲ درصد هروئین، ۳/۱ درصد کدئین، ۲/۱ درصد شیره و ۱/۱ درصد مورفین ماده اصلی افیونی مورد وابستگی بود. در هیچ موردی متادون، بوپرنورفین و پتدین ماده اصلی مورد وابستگی نبودند.

جداول ۳ و ۲ نشان‌دهنده نوع مواد و داروهای مورد سوءمصرف یا وابستگی است.

معمول‌ترین روش تهیه داروهای مورد سوءمصرف، استفاده از نسخ پزشکان (۴۰ درصد) و در مرحله بعد خرید از داروخانه بدون نسخه بود (۳۸ درصد).

جدول ۱: درصد فراوانی سوء مصرف کنندگان مواد و داروبه تفکیک

وضعیت مصرف در زمان مراجعه

وضعیت مصرف ماده	تعداد	درصد
سوء مصرف یک ماده	۳۴	۳۵/۴
سوء مصرف چند ماده	۲۱	۲۱/۸
سوء مصرف یک ماده و حداقل یک دارو	۲۵	۲۶/۰۴
سوء مصرف چند ماده و حداقل یک دارو	۱۶	۱۶/۶
کل	۹۶	۱۰۰

جدول ۲: فراوانی نسبی زمان مصرف مواد به تفکیک نوع ماده

نوع ماده	زمان مصرف	در ماه اخیر	در سال اخیر	در طول عمر	کل
تریاک	تعداد درصد	۶۹ ٪۷۳/۴	۷ ٪۷/۴	۱۸ ٪۱۹/۲	۹۴ ٪۱۰۰
شیره	تعداد درصد	۷ ٪۲۰	۱۲ ٪۳۴/۳	۱۶ ٪۴۵/۷	۳۵ ٪۱۰۰
هروئین	تعداد درصد	۳۴ ٪۷۷/۳	۳ ٪۶/۸	۷ ٪۱۵/۹	۴۴ ٪۱۰۰
الکل	تعداد درصد	۲۳ ٪۳۲/۹	۱۸ ٪۲۵/۷	۲۹ ٪۴۱/۴	۷۰ ٪۱۰۰
حشیش	تعداد درصد	۷ ٪۱۳/۲	۸ ٪۱۵/۱	۳۸ ٪۷۱/۷	۵۳ ٪۱۰۰
بوپرنورفین	تعداد درصد	۱ ٪۱۰۰	۰	۰	۱ ٪۱۰۰
سایر موارد	تعداد درصد	۰	۰	۲ ٪۱۰۰	۲ ٪۱۰۰

جدول ۳: فراوانی نسبی سوء مصرف داروها به تفکیک نوع دارو

نوع دارو	زمان مصرف	در ماه اخیر	در سال اخیر	در طول عمر	کل
بنزودیازپین	تعداد درصد	۲۹ ٪۴۹/۲	۲۱ ٪۳۲/۹	۱۵ ٪۱۶/۹	۵۹ ٪۱۰۰
باربیتورات	تعداد درصد	۱ ٪۲۰	۲ ٪۴۰	۲ ٪۴۰	۵ ٪۱۰۰
دیفنوکسیلات	تعداد درصد	۸ ٪۲۵/۸	۱۲ ٪۳۸/۷	۱۱ ٪۳۵/۰۵	۳۱ ٪۱۰۰
دکسترومتورفان	تعداد درصد	۲ ٪۲۵	۲ ٪۲۵	۴ ٪۵۰	۸ ٪۱۰۰
کلئین	تعداد درصد	۱۸ ٪۳۱/۳	۲۲ ٪۴۳/۱	۱۱ ٪۲۱/۶	۵۱ ٪۱۰۰
مورفین	تعداد درصد	۲ ٪۱۰۰	۰	۰	۲ ٪۱۰۰
آنتی کولینرژیک ^۱	تعداد درصد	۱ ٪۳۳/۳	۰	۲ ٪۶۶/۷	۴ ٪۱۰۰
آنتی هیستامین ^۲	تعداد درصد	۳ ٪۱۷/۶	۱۳ ٪۷۶/۵	۱ ٪۵/۹	۱۷ ٪۱۰۰
محرکها ^۳	تعداد درصد	۰	۰	۱ ٪۱۰۰	۱ ٪۱۰۰

۱- بی پردین

۲- دیفن هیدرامین، اکسپکتورانت، پرومتازین، هیدروکسی زین

۳- متیل فنیدیت

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی فراوانی مصرف داروها و مواد و برخی عوامل همراه در افراد وابسته به مواد افیونی بود.

بررسی مصرف مواد و داروها نشان می‌دهد که فقط ۳۵/۴ درصد موارد مصرف کننده خالص یک ماده افیونی بودند و بقیه در حال حاضر یا در طول عمر مشمول ملاک تشخیصی Polydrug یا Polysubstance یا هر دو بوده‌اند.

به نظر می‌رسد که در جمعیت مورد مطالعه ما رایج‌ترین شکل Polysubstance به صورت یک یا چند ماده افیونی + الکل و در مرحله‌ی بعد یک یا چند ماده افیونی + حشیش باشد. در مطالعه ما نیز مانند بسیاری از دیگر مطالعه‌ها هم‌ابتلائی قابل توجهی بین مصرف الکل و مواد افیونی دیده می‌شود (۱۱، ۱۲ و ۱۳). در اهمیت این یافته می‌توان گفت که این پدیده با بدتر کردن عواقب جسمی ناشی از مصرف هر کدام از مواد، بااحتمال افزایش آریتمی‌های قلبی، و ادم ریوی و در نهایت خطر مرگ ناگهانی بالاتر، (ناشی از مصرف بیش از حد ماده افیونی) همراه است (۱۴). در مراکز مسمومیت در آزمایش سم شناسی میزان بالای الکل در افرادی که به واسطه مصرف بیش از حد مواد افیونی (Overdose) جان سپرده‌اند مشاهده شده است (۱۱).

این بیماران معمولاً مشکلات شخصیتی بیشتری داشته و گرایش بیشتری به تداوم مصرف مواد و مهار گسیختگی رفتاری از خود نشان می‌دهند (۱۵ و ۱۶) در مطالعات دیگر نیز مانند مطالعه ما نشان داده شده که مصرف الکل قبل از شروع مصرف مواد افیونی شروع شده و با مصرف مواد افیونی تداوم می‌یابد (۱۷). در بین مراجعان به کلینیک‌های ترک الکل بخصوص در موارد سنگین‌تر، هم‌ابتلائی الکل و هروئین جلب توجه می‌کند (۱۵ درصد) در واقع این هم‌ابتلائی وجود دارد و بسته به شدت وابستگی و میزان مصرف هر یک از این مواد به عنوان ماده اصلی مورد وابستگی طبقه‌بندی می‌شود (۱۳ و ۱۸). هر چند الگوی مصرف مواد در هر جامعه متأثر از عقاید و ساختار فرهنگی آن جامعه است، این که ۲۳/۹ درصد هم‌ابتلائی زمان مراجعه و ۷۲ درصد هم‌ابتلائی کل (زمان

مراجعه + سال اخیر + طول عمر) این دو ماده وجود دارد، نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه دارد. تاحدی این مساله می‌تواند ناشی از جایگزینی الکل در موارد ترک متعدد (Substitute) باشد. معمولاً مصرف جایگزین‌ها از جمله الکل، در موارد اقدام به کاهش یا ترک ماده افیونی بالا می‌رود. خواص روانگردان و آرام‌بخش ماده که غالباً نیز توسط فرد تجربه شده است به تداوم این امر کمک می‌کند. محققان معتقدند که برای کاستن عوارض این هم‌ابتلائی، باید مصرف الکل به طور مستقل مورد توجه و درمان قرار گیرد (۱۸).

بعد از سیگار، حشیش رایج‌ترین ماده مورد سوء مصرف در تمام دنیاست (۱۸ و ۱۹). برخلاف الکل مصرف طول عمر این ماده به طور قابل توجهی بیش از مصرف آن در حال حاضر است. هر چند نظریه حشیش به عنوان داروی دروازه (gate way drug) همیشه مورد بحث و توجه بوده است، اما رابطه آماری معنی‌داری از این نظریه حمایت نمی‌کند و اهمیت این یافته که فراوانی قابل ملاحظه مصرف حشیش در تاریخچه افراد وابسته به مواد افیونی قبل از ابتلا مشاهده می‌شود هنوز جای سؤال دارد (۱۹). به نظر می‌رسد که حشیش از نظر مکانیزم اثر و اثرات جایگزین، به‌رغم قیمت ارزان‌تر، جایگزین و تقویت‌کننده مناسبی در شرایط کاهش ماده‌ی افیونی یا مصرف توأم نباشد.

مصرف کمتر بوپرنورفین شاید متأثر از قیمت بالا، مصرف‌کنندگان متمول‌تر دارو و محیط مطالعه ما یعنی یک درمانگاه دولتی و پوشش‌دهنده طیف کم‌درآمدتر جامعه باشد. این نکته در مشاهده‌های بالینی رو به افزایش است که نیاز به پژوهش‌های بیشتر و جدیدتر دارد.

۹۴/۸ درصد جمعیت مورد مطالعه ما سیگاری بودند. سیگار، شایع‌ترین ماده مصرفی‌ست که شیوع بالای مصرف خود را بین وابستگان به مواد افیونی حفظ می‌کند. در یک مطالعه دیده شد که وقتی معتادان به هروئین، مصرف ماده خود را کاهش می‌دهند، سیگار نقش جایگزین پیدا کرده و مصرف آن بالا می‌رود. از سوی

دیگر میل به مصرف سیگار در افرادی که به تازگی هروئین مصرف کرده‌اند نیز افزایش می‌یابد که نشان‌دهنده اثرات تقویت‌کننده (Reinforcement) این ماده است (۲۰). ۲۱ و ۲۲) مجموع این دو عامل یعنی جایگزینی و تقویت‌کنندگی سبب تداوم مصرف این ماده می‌شود.

در ۴۹/۲ درصد هم‌ابتلائی وابستگی به بنزودیازپین‌ها و مواد افیونی وجود داشت، که می‌تواند تحت تأثیر چند عامل باشد. آماده‌سازی (Premedication) توسط بنزودیازپین‌ها سبب نشاط‌زایی بیشتر مواد افیونی می‌شود (۲۳). این مواد ارزان بوده و در جامعه ما بدون اعمال نظارت خاص قابل دسترس هستند، این افراد دوست دارند بیشتر چرت بزنند و سطح اضطراب کمتری داشته باشند (Hyponophilia). در بی‌خوابی ناشی از ترک یا کاهش مصرف ماده مفید هستند و به علت داشتن خواص آرام‌بخش، جایگزین مفیدی برای کاهش علائم ترک هستند (۲۴ و ۲۵). معمولاً در این گروه سابقه اختلال اضطرابی یا خلقی بیشتر دیده می‌شود (۲۶).

در مطالعات مختلف میزان هم‌ابتلائی ۹۴-۳۹ درصد گزارش شده است (۲۵، ۲۶ و ۲۷). در مصرف مواد این الگو تقریباً در اکثر مطالعات عنوان شده است: سیگار، الکل، حشیش، مواد افیونی و در نهایت بنزودیازپین‌ها (۲۸ و ۲۹).

مصرف بنزودیازپین‌ها دیرتر روی می‌دهد ولی تمایل به تداوم دارد (۲۹). میزان خطر مرگ ناگهانی در استفاده هم‌زمان این داروها به طور قابل توجهی بالا می‌رود (۳۰). افراد جوانی که به علت مصرف بیش از حد هروئین مرده‌اند، در طی سال قبل از مرگشان ۶ برابر بیش از گروه کنترل به پزشکان مراجعه کرده بودند و در نود درصد موارد گزارش سم‌شناسی آن‌ها در مورد بنزودیازپین‌ها مثبت بود که در بیش از نیمی از موارد این نسخ شامل ضد درد های افیونی و بنزودیازپین‌ها بوده است (۳۱) و به میزان بیشتری هم در موقعیت‌های طبی اورژانس قرار گرفته بودند (۲۷ و ۳۰). به‌رغم افزایش آگاهی پزشکان از مخاطره‌های این نوع تجویز، این داروها همچنان به طور گسترده تجویز می‌شوند (۲۷). در مطالعه ما اصلی‌ترین

روش تهیه دارو در درجه اول نسخ پزشکان و در درجه بعدی، به صورت بدون نسخه از داروخانه‌ها بوده است که به نظر می‌رسد با اتخاذ استراتژی‌های مناسب آموزشی بتوان تغییراتی در این شیوه ایجاد کرد.

باربیتورات‌ها با داشتن نمای بالینی مشابه بنزودیازپین‌ها و عوارض نامطلوب بیشتر تقریباً به طور کامل در حال حذف هستند. دیفنوکسیلات که مصرف بالینی آن در اسهال کاملاً زیر سؤال است هنوز تولید می‌شود و مصرف عمده آن در خدمت بازار سوءمصرف است. کدئین نیز به شکل قرص‌هایی در ترکیب با استامینوفن یا ترکیب‌های آنتی‌هیستامینی در بازار وجود دارد و مصرف مستقل یا همزمان آن با مواد افیونی دیده می‌شود و مخصوصاً چون برای رسیدن به اثر نشاط‌زای کافی به میزان زیاد مصرف می‌شود، با خطر بالایی از ایجاد مسمومیت کبدی همراه است. مانند مطالعه ما، در بررسی‌های دیگر نیز استفاده تنها از کدئین به عنوان ماده‌ی اصلی مورد وابستگی معمول نیست (۳۲) مصرف مقادیر بالای دکسترومتورفان سبب بروز توهم می‌شود و یافته‌چندان شایعی در مصرف مواد افیونی نیست.

الگوی مصرف مواد و داروها در جمعیت معتادان خودمعرف شهر رشت بیانگر این واقعیت است که اکثر این افراد وابستگی چندگانه به مواد یا داروها دارند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این الگو سبب پدید

آمدن مشکلات نوروپسیکولوژیک جدی و بدون بهبود در سال اول پرهیز کامل از ماده (۳۳)، اختلال در آزمون‌های چالش با ACTH و CRH (۳۴) و تغییر حجمی در MRI می‌شود که نشان‌دهنده‌ی تغییر زیستی خاص در این الگوی ویژه مصرف ماده است (۳۵). از نظر روانشناختی رفتارهای تکانشی و طیف شخصیتی Norelty Seeking در این گروه بیشتر دیده می‌شود (۳۶) و هنگامی که مورد آزمون‌های روانشناختی وابسته به عملکرد لوب پیشانی قرار می‌گیرند، درصد بیشتری مهار گسیختگی رفتاری نشان می‌دهند (۳۷)، سابقه بیشتری از اختلال خلقی یا اضطرابی و متفاوت فردی دارند و در روند درمان مشکلات بیشتری بوجود می‌آورند (۳۸). شاید توجه بیشتر به ویژگی‌های روانشناختی این گروه از معتادان در درمان و اتخاذ راهکارهای مناسب، محدود کردن سوءمصرف یا وابستگی همزمان به مواد و داروها قادر باشد تا به بهبود پیش‌آگهی درمان کمک کند.

تشکر و قدردانی: از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان دکتر سبحانی، مدیر کل بهزیستی استان گیلان دکتر فدائی، معاونت پیشگیری بهزیستی گیلان دکتر پارسی برای تامین بودجه مالی این پژوهش و دکتر رقیه حج فروش و دکتر الهام هوشیار راد برای مشارکت فعال در مراحل اجرایی و سایر همکاران واحد خود معرف بهزیستی رشت و بخش پژوهشی بیمارستان روانپزشکی شفا تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Jaffe JH, Jaffe AB. Opioid-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Comprehensive Text Book of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1038-62.
2. Dark S, Ross J. The Use of Antidepressants Among Injecting Drug Users in Sydney, Australia. Addiction 2000; 95(3): 407-17.
3. Roberts AJ, Polis IY, Gold LH. Intravenous Self-Administration of Heroin, Cocaine, and the Combination in Balb/c Mice. Eur J Pharmacol 1997; 326(2-3): 119-25.
4. Dark S, Hall W. Levels and Correlates of Use Among Heroin Users and Regular Amphetamine Users. Drug Alcohol Depend 1995; 3a(3): 231-5.
5. Dark S, Ross J. Polydrug Dependence and Psychiatric Comorbidity Among Heroin Injectors. Drug Alcohol Depend 1997; 48(2): 135-41.
6. Donovan JM, Sells S, Kelly Hf, Penk WE. Four Addictions: the MMPI and Discriminant Function Analysis. J Addict Dis 1998; 17(2): 41-56.
7. Van Ameijden EJ, Krol A, Vlahov D, Flynn C, Van Haastrecht HJ, Coutinho RA. Pre-Aids Mortality Among Injection Drug Users, in Amsterdam and Baltimore; An Ecological Comparison. Subst use Misuse 1999; 34(b): 845-65.
8. Ross J, Dark S, Hall W. Transition Between Routes of Benzodiazepine Administration Among Heroin Users in Sydney. Addiction 1997; 92(6): 697-705.

9. Magura S, Nwakeze Pc, Dems Ky Sr. Pre-and in-Treatment Predictors of Retention in Methadone Treatment Using Survival Analysis. *Addiction* 1998; 93(1): 51-60.
10. Smyth BP, O Brein M, Barry J. Trends in Treated Opiate Misuse in Dublin: the Emergence of Chasing the Dragon. *Addiction* 2000; 95(8): 1217-23.
11. Coffin PO, Galea S, Ahern J, Leon AC, Vlahov D, Tardiff K. Opiates, Cocaine and Alcohol Combinations in Accidental Drug Overdose Deaths in New York City, 1990-98. *Addiction*. 2003; 98(6): 711.
12. Melent'ev AB, Novikov PI. Role of Alcohol in Heroin Overdose. *Sub Med Ekspert*. 2002; 45(1): 12-7.
13. Gossop M, Marsden J, Stewart D. Dauk Dependence: Assessment of Dependence Upon Alcohol and Illicit Drugs, and Relationship of Alcohol Dependence Among Drug Misusers to Pattern of Drinking, Illicit Drug Use and Health Problems. *Addiction*. 2002; 97(2): 169-78.
14. Frishman WH, Del Vecchio A, Sanal S, Ismail A. Cardiovascular Manifestations of Substance Abuse: Part 2: Alcohol, Amphetamines, Heroin, Cannabis, and Caffeine. *Heart Dis*. 2003; 5(4): 253-71.
15. Tomasson K, Vaglum P. A Nationwide Representative Sample of Treatment-seeking Alcoholics: a Study of Psychiatric Comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92(5): 378-85.
16. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, Substance of Choice, and Polysubstance Involvement Among Substance Dependent Patients. *Drug Alcohol Depend*. 2003; 71(1): 65-75.
17. Emmanuel F, Akhtar S, Rahbar MH. Factors Associated with Heroin Addiction Among Male Adults in Lahor, Pakistan. *J Psychoactive Drugs*. 200; 35(2) : 219-26.
18. Staines GI, Mangura S, Foote J, Deluca A, Kosanke N. Polysubstance Use Among Alcoholics. *J Addict Dis*. 2001; 20(4): 53-69.
19. Zinkernagel C, Naef MR, Bucher HC, et al. Onset and Pattern of Substance Use in Intravenous Drug Users of an Opiate Maintenance Program. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64(1): 105-9.
20. Zernig G, O'Laughlin IA, Fibiger HC. Nicotine and Heroin Augment Cocaine-Induced Dopamine Overflow in Nucleus Accumbens. *Eur J Pharmacol*. 1997; 337(1) : 1-10.
21. Yarnold BM. Heroin Use Among Miami's Public School Students, 1992: Peers and the "Drug Subculture" Overwhelm Parents, Religion and Schools. *Health Soc Policy*. 1996; 7(4): 45-59.
22. Mello NK, Mendelson JH, Sellers ML, Kuehnle JC. Effects of Heroin Self-Administration on cigarette Smoking. *Psychopharmacology (Berl)*. 1980; 67(1): 45-52.
23. Walker BM, Ettenberg A. Benzodiazepine Modulation of Opiate Reward. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001; 9(2) : 191-7.
24. Sivola Iup. The Treatment of Sleep Disorders in Opioid Addicts. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2002; 102(8): 18-21.
25. Petry NM. A Behavioral Economic Analysis of Polydrug Abuse in Alcoholics: Asymmetrical Substitution of Alcohol and Cocaine. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 62(1): 31-9.
26. Ross J, Darke S. The nature of benzodiazepine dependence among heroin users in Sydney, Australia. *Addiction*. 2000; 95(12): 1785-93.
27. Darke S, Ross J, Teesson M, Lynskey M. Health Service Utilization and Benzodiazepine Use Among Heroin Users: Findings From the Australia Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction*. 2003; 98(8): 1129-35.
28. Navaratnam V, Foong K. Adjunctive drug use Among Opiate addicts. *Curr Med Res Opin*. 1990; 11(10): 611-9.
29. Navaratnam V, Foong K. Opiate Dependence the Role of benzodiazepines. *Curr Med Res Opin*. 1990; 11(10): 620-30.
30. Megarbane B, Gueye P, Baud F. [Interactions Between Benzodiazepine and Opioids] *Ann Med Interne (Paris)*. 2003; 154 Spec No 2: S64-72.
31. Martyres RF, Clode D, Bruns JM. Seeking Drugs or Seeking Help? Escalating "Doctor Shopping" by Young Heroin Users Before Fatal Overdose. *Med J Aust*. 2004; 180(5): 204-5.
32. San Marco JL, Jouglard J, Thirion X, et al. [Observation of Illicit or Misused Psychotropic Drugs (O.P.P.I.D.U.M): five Years of Surveillance of Products Consumed by Drug Addicts at Marseille] *Theraphie*. 1996; 51(5) : 586-98.
33. Miller L. Neuropsychological Assessment of Substance Abusers: Review and Recommendations. *J Subst Abuse Treat*. 1985; 2(1): 5-17.
34. Contoreggi C, Herning RI, Na P, et al. Stress Hormone Responses to Corticotropin-Releasing Hormone in Substance Abusers Without Severe Comorbid Psychiatric Disease. *Biol Psychiatry* 2003; 54(9): 873-8.
35. Liu X, Matochik JA, Cadet JL, London ED. Smaller Volume of Prefrontal Lobe in

- Polysubstance Abusers: a Magnetic Resonance Imaging Study. *Neuropsychopharmacology*. 1998; 18(4): 243-52.
36. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. Outcome Predictors in Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003; 26(2): 381-409.
37. Spinella M. Relationship Between Drug Use and Prefrontal-Associated Traits. *Addict Biol*. 2003; 8(1): 67-74.
38. Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a Clinical Sample of Substance Abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27(1): 45-64.

The Frequency of Drugs and Substances Use in Opiate Dependents

Khalkhali S.MR.(MD), Najafi K.(MD), Nazifi F.(MD)

Abstract

Introduction: Some of the opiate dependents use other drugs and substances that confront them with more economic, social and medical problems and poor therapeutic outcome.

Objective: This study was performed to identify the frequency of drugs and other substances used in opiate dependents referring to the clinic of welfare organization in Rasht.

Materials and Methods: In a descriptive study, 96 patients admitted to the clinic from January 2002, in a 4 months period, were studied by clinical interview. The screening methods were not used. They were questioned about their time and type of substances (Opiate, Cannabis, Alcohol) or drugs (Codeine, Benzodiazepins, Barbiturats, Dextrometorphan, . . .) used, withdrawal symptoms, pattern of obtaining drugs or substances and history of lapses and relapses. DSM IV criteria's for dependency or abuse were used.

Results: From 96 patients studied 93 were male and 3 female, 31/3% unemployed, 81% lived in urban area, 44% with academic education lower than elementary, and 64% married. 12.5% had at least one year abstinence, 30.2% without complete detoxification, 38.5% at least one month abstinence and 21.4% two times and 9.4% three times of at least one month abstinence. Opium in 63.5%, Heroin in 30.2% and Codein in 3.1% of subjects were the main opiates used. The most frequency of co morbidity was seen between opiates and benzodiazepins and between opiates and Alcohol.

21.8% of patients had multi substance dependency, 26% had co morbidity of opiate dependency and drug dependency, and 16.6% had co morbidity of multi substance dependency and drug dependency.

The most common way of obtaining drugs were by prescription and pharmacy without prescription.

Conclusion: The frequency of drugs and substances use and significant co morbidity between opiate dependency and dependency to other substances or drugs despite different geographical, cultural and economic backgrounds were similar to other countries. Greater emphasis on organizing drug policy, physicians' education and treatment of comorbide conditions and evaluation of the effects of these interventions on drugs and substance use patterns is recommended.

Key words: Drugs/ Narcotics/ Opiate-Related Disorders/ Substance-Related Disorders