

## شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه در افراد معتاد و غیر معتاد

سعید ایمانی<sup>۱</sup>، دکتر علی اصغر نژاد فرید<sup>۲</sup>، جعفر میرزایی<sup>۳</sup>  
احمد عاشوری<sup>۴</sup> و فاطمه زرگر<sup>۵</sup>

پژوهش حاضر، به منظور بررسی شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه از افراد معتاد و غیر معتاد صورت گرفت. بدین منظور، ۱۷۴ مرد با ۱۵ تا ۵۰ درصد از کار افتادگی که تشخیص PTSD داشتند، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. یافته ها، حاکی از آن بود که بین دو گروه در شدت ملاکهای PTSD تفاوت معنی دار وجود دارد و اعتیاد، شدت و فراوانی علایم PTSD، اختلال در عملکرد اجتماعی فرد و تهدیدکنندگی وی برای سلامت دیگران را در دوره ی اخیر (هفته و ماه گذشته) افزایش می دهد.

واژه های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، اعتیاد

### مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه<sup>۶</sup>، یکی از اختلالات شایع روان پزشکی و روان شناختی است که متعاقب مواجهه ی شخص با یک فاجعه یا حادثه ی دلخراش ایجاد و موجب ناتوانی و از کارافتادگی قابل توجهی در شخص می گردد (سادوک و سادوک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). یکی از عمده ترین شرایط استرس زای پدیدآورنده این اختلال، حضور فرد در جنگ است به گونه ای که اولین

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران E.mail:psychology2008@gmail.com

۲. دکترای روان شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران  
۳. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

۴. دانشجوی دکترای روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران

۵. دانشجوی دکترای روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران

6. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

7. Sadock & Sadock

تشخیص های این اختلال در سربازان جنگهای داخلی آمریکا، جنگ جهانی دوم و بازماندگان اردوگاههای نازی، بمباران اتمی ژاپن و ۰۰۰ بوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). بر اساس آمار و اطلاعات موجود، این بیماری علاوه بر آنکه فرد را مبتلا می سازد، سبب ناراحتی و تولید بار روانی و مالی عمده ای بر خانواده های این افراد و اجتماع می شود (کالهن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ جوردن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). در مطالعه ای روی سربازان ویتنامی، مشخص شد حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد آنها مبتلا به PTSD هستند (کالهن و همکاران، ۲۰۰۲).

کشور ما با تحمل بار عظیم جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، یکی از بزرگترین استرس های پدیدآورنده ی این اختلال را دارا می باشد. افراد زیادی به این اختلال، مبتلا شدند به گونه ای که شیوع بالای PTSD در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، گزارش شده است. خدایی اردکانی و کرمی (۱۳۸۶) شیوع این اختلال را در بین جانبازان، تقریباً ۴۰ درصد ذکر کرده اند. مطالعات مختلف، همراهی PTSD با اختلالات زیادی را نشان است که از شایع ترین آنها سو مصرف دارو و الکل (۵۱- تا ۸۰ درصد) اختلالات خلقی بخصوص افسردگی (۲۶ تا ۶۵ درصد) اختلالات اضطرابی (۳۰ تا ۶۰ درصد) اختلالات رفتاری (سلوک) و اختلالات شخصیت (۴۰ تا ۶۰ درصد) است (نوت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکات و پالمر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). اختلال PTSD به ویژه با اعتیاد به مواد، همبودی زیادی دارد و مصرف مواد در بین افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه، شیوع زیادی دارد (جاکوینسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ شیلوکات و منارد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ یانگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵ کسلر<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات، نشان می دهد که بین نظامیان دچار PTSD که در جستجوی درمان بر آمده اند درصد بالایی حدود ۴۷ الی ۷۷ درصد از اختلالات وابسته به الکل و همچنین وابستگی به مواد و سو مصرف آن (حدود ۲۵ تا ۸۴ درصد) رنج می برند (ناجاویتس، ویس و شاول ۱۹۹۷؛ براون و ولف، ۱۹۹۴). افراد مبتلا به PTSD معتاد، آشفتگی های درون فردی بیشتری تجربه می کنند (ناجاویس<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ امیت<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸) و علایم PTSD درمعتادان شدیدتر از مبتلایان غیر معتاد است (شارکانسکی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ ناجاویس همکاران، ۱۹۹۹ رید<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). افراد دچار اختلال PTSD ممکن است در ضمن سو مصرف مواد

1. Calhoun

2. Jordan

3. Nutt

4. Scott &amp; Palmer

5. Jacobsen

6. Chilcoat &amp; Menard

7. Young

8. Kessler

9. Najavits

10. Ouimette

11. Sharkansky

12. 13. Read

خاطرات آسیب رسان را مجددا تجربه کنند و علاوه بر آن سو مصرف مواد، باعث پیش آگهی بد نتیجه ی درمانی ضعیف و نمود بیشتر بیماری می شود (خدایی اردکانی، ۱۳۸۶).

از طرف دیگر، میزان اختلال استرس پس از سانحه در بین افراد معتاد ۲۵ تا ۵۹ درصد، گزارش شده است (پركونینگ<sup>۱</sup> و همكاران، ۲۰۰۰؛ نورمن<sup>۲</sup> و همكاران، ۲۰۰۷). در زمینه ی میزان بالای همبودی اعتیاد و PTSD، تحقیقات به نتایج متفاوتی رسیده است. شواهدی وجود دارد که PTSD قبل از اعتیاد رخ می دهد و افراد مبتلا به PTSD به عنوان نوعی خود درمانی، به مصرف مواد روی می آورند (براون و ولف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ سالادین<sup>۴</sup> و همكاران، ۱۹۹۵). تعدادی دیگر از مطالعات نیز مصرف مواد را مقدم بر PTSD دانسته اند (كاتلر<sup>۵</sup> و همكاران، ۱۹۹۲؛ ملمان<sup>۶</sup> و همكاران، ۱۹۹۲). این مساله از دو تبیین حمایت می کند؛ یک اینکه اعتیاد و سو مصرف مواد خطر مواجهه با تروما را افزایش می دهد زیرا احتمال اینکه افراد معتاد درگیر رفتارهای خطرناک شوند بیشتر است و دوم اینکه اعتیاد و سو مصرف مواد احتمال ابتلا به PTSD را افزایش می دهد، زیرا با توانایی مقابله ی کارآمد فرد با تروما تداخل می کند (براون و ولف، ۱۹۹۴؛ دیکین و بوکا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷).

به طور کلی افرادی که همزمان از هر دو اختلال رنج می برند، دوره های بالینی بدتر و مشکلات جسمی بیشتری دارند (اومیت<sup>۸</sup> و همكاران، ۱۹۹۸؛ تات<sup>۹</sup> و همكاران، ۲۰۰۷). در تبیین دلیل میزان بالای همبودی این دو اختلال، عده ای معتقدند که انگیزه ی مصرف مواد در بین افراد PTSD کاهش علایم، از طریق خود درمانی است و انتخاب نوع ماده ی مصرفی بر اساس نشانه ای است که فرد بیشتر از آن رنج می برد (براون و ولف، ۱۹۹۴؛ باشناگل<sup>۱۰</sup> و همكاران، ۲۰۰۸) و این احتمال نیز وجود دارد که علایم خاصی از PTSD بر ایجاد اعتیاد اثر داشته باشند (شیفرد<sup>۱۱</sup> و همكاران، ۲۰۰۵). علی رغم شیوع بالای این اختلال در ایران، تا کنون مطالعه ای در مورد بررسی تاثیر اعتیاد بر شدت و فراوانی علایم اختلال استرس پس از سانحه انجام نشده است. پژوهش حاضر، در این راستا و در پاسخ به این سوال انجام شده است که آیا بین افراد مبتلا به PTSD معتاد و غیر معتاد از نظر فراوانی و شدت علایم، تفاوت معنی داری وجود دارد.

1. Perkonig

2. Norman

3. Brown &amp; Wolfe

4. Saladin

5. Cottler

6. Mellman

7. Deykin &amp; Buka

8. Ouimette

9. Tate

10. Baschnagel

11. Shipherd

## روش

## جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

آزمودنی های این پژوهش، شامل ۱۷۴ نفر با فاصله ی سنی ۳۴ تا ۶۵ سال (با میانگین سنی ۳۸/۶ سال) و سطح تحصیلات دوم راهنمایی تا فوق دیپلم بودند. همه ی آزمودنی ها، سابقه ی حضور در جنگ ایران و عراق را داشتند و به عنوان مجروح روانی مرتبط با جنگ، مورد ارزیابی قرار گرفته و به کمسیون پزشکی بنیاد معرفی شده بودند. آزمودنی ها، درصد از کار افتادگی بین ۱۵ تا ۵۰ درصد داشتند. تشخیص اختلال PTSD در آزمودنی ها توسط روانپزشک شاغل در مراکز درمانی بنیاد بیمارستان صدر و مراکز روان پزشکی شهرستان های تهران، مشهد، اصفهان، اهواز و اردبیل مورد تایید قرار گرفته و در بستری های متعدد وجود PTSD به عنوان تشخیص اصلی، درج شده بود. مصاحبه، توسط ۱۳ نفر از روان شناسان بالینی شاغل در مراکز بهداشت روانی بنیاد و بیمارستان های وابسته به آن انجام شد. همه ی همکاران اجرایی، از نظر تجربه ی درمان و ارزیابی روان شناختی جانبازان در حد مطلوبی بودند و حداقل سه سال، سابقه ی کار با جانبازان داشتند. مصاحبه ها در اتاق روانشناس و بدون عوامل مزاحم انجام گرفت و با توجه به تنوع پراکندگی جمعیت مورد مطالعه در قسمت های مختلف ایران (تهران، مشهد، اصفهان، اهواز، اردبیل) سعی شد از مصاحبه کننده هایی استفاده شود که از توانایی کلامی و فرهنگی مناسب جهت برقراری ارتباط، برخوردار باشند.

## ابزار

مقیاس *CAPS*: مقیاس *CAPS-1* یک مصاحبه ی ساختاری جدید برای تشخیص PTSD است که در مرکز ملی PTSD تهیه شده است. این مقیاس، ۳۰ سوال دارد که نشانه های PTSD را بر مبنای *DSM-IV* و آسیب دیدگی کنش های شغلی و اجتماعی ارزیابی می کند. بعضی از سوالها برای سنجش اعتبار و صحت پاسخ ها است. در این مقیاس، برای فراوانی و شدت هر نشانه نمره گذاری جداگانه ای صورت می گیرد. علایم اختلال استرس پس از سانحه در این مقیاس، به ۷ دسته تقسیم شده و با حروف A تا G مشخص شده اند. مطالعات متعددی در مورد ویژگیهای روانسنجی *CAPS-1* در مرکز ملی PTSD صورت گرفته و در کنفرانس های بین المللی مطرح

شده است. داده های اولیه حاکی از اعتبار و پایایی بالای این مقیاس است (بلیک<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). این مقیاس در مطالعات بالینی به صورت گسترده ای مورد استفاده قرار گرفته و بخشی از این مطالعات، مربوط به سنجش میزان اثربخشی درمان بوده است. این آزمون در ارزیابی تغییرات شدت علایم بدنبال درمان، مورد استفاده ی وسیع قرار گرفته است (ملک زایی نیازی و پیاز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). در ایران نیز، اصغر نژاد و میرزایی (۱۳۸۲) این مقیاس را هنجاریابی کرده اند و پایایی آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی و با فاصله یک هفته برای کل آزمون ۰/۸۵ بدست آورده اند. این محققان، اعتبار آزمون را نیز مطلوب گزارش نموده اند.

### نتایج

جدول ۱، فراوانی علایم ملاک A در دو گروه معناد و غیر معناد و معناداری تفاوت بین این دو گروه را نشان می دهد:

جدول ۱: مقایسه ی علایم ملاک A در دو گروه معناد و غیر معناد

شاخص	معناد	غیر معناد	آزمون خی دو
مجروحیت مهم دیگران	بلی	۲۰	۴۹
	خیر	-	۳۶
تهدید به آسیب جسمی خود	بلی	۱۱	۷۸
	خیر	۹	۷
تهدید به آسیب جسمی دیگران	بلی	۲۰	۴۸
	خیر	-	۳۷

نتایج، نشان می دهد که در دو گروه مورد بررسی، شاخص های مجروحیت مهم برای دیگران تهدید به آسیب جسمی خود و دیگران، تفاوت های معناداری دارند ( $P > 0/001$ ). بدین معنا که در گروه معناد، مجروحیت و تهدید به آسیب جسمی دیگران بیشتر از گروه غیرمعناد بوده است، در حالیکه شاخص تهدید به آسیب جسمی خود در گروه غیرمعناد بیشتر از گروه معناد است.

1. Blake
2. Malekzai, Niazi, & Paige

جدول ۲، فراوانی علائم ملاک B در دو گروه معتاد و غیر معتاد و معناداری تفاوت بین این دو گروه را نشان می دهد:

جدول ۲: بررسی معناداری تفاوت علائم ملاک B در دو گروه بیماران معتاد و غیر معتاد

آلفا	آزمون	معتاد	غیر معتاد	یومن ویتنی	شاخص	معیار	معانی ملاکها
۰/۰۰۱	۳۸۹	۵۸/۴۲	۲۹/۹۵		فراوانی در طول عمر	B1	خاطرات عود کننده و مزاحم واقعه
۰/۲۰	۵۶۷/۵	۴۹/۶۸	۶۷/۱۳		فراوانی در ماه گذشته	B2	روایهای نگران کننده
۰/۰۰۱	۳۲۳/۵	۵۹/۱۹	۲۶/۶۷		شدت در طول عمر		
۰/۰۰۱	۶۰۶	۵۰/۱۳	۶۵/۲		فراوانی در هفته گذشته	B3	تجربه حالات تجزیه ای
۰/۰۰۶	۵۲۳/۵	۹/۱۶	۶۹/۳۲		فراوانی در ماه گذشته		
۰/۰۱۳	۵۴۸/۵	۵۶/۵۵	۳۷/۹۲		شدت در طول عمر		
۰/۰۰۱	۴۳۷	۵۷/۸۶	۳۲/۳۵		شدت در طول عمر	B4	نگرانی شدید روانشناختی
۰/۰۰۱	۴۵۸/۵	۵۷/۶۱	۲۳/۴۲		شدت در طول عمر	B5	پاسخ دهی فیزیولوژیک

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که در بیماران معتاد، فراوانی احساس ناخوشایندی ناشی از تجدید خاطره ی حادثه در طول عمر، کمتر و فراوانی روایهای تکرار شونده در خصوص حادثه در ماه گذشته بیشتر است ولی، شدت آن در طول عمر کمتر است. همچنین در گروه معتادان، احساس ناراحتی شدید روانی در مواجهه شدن با نشانه های درونی و بیرونی حادثه و پاسخدهی بدن در طول عمر کمتر از گروه غیر معتاد است.

جدول ۳، فراوانی علائم ملاک C در دو گروه معتاد و غیر معتاد و معناداری تفاوت بین این دو گروه را نشان می دهد. نتایج، نشان می دهد که در گروه جانبازان معتاد، شدت تلاش در اجتناب از افکار عواطف ... در طول عمر، فراوانی تلاش در جهت اجتناب از فعالیتها، مکانها یا اشخاصی که موجب تجدید خاطره ی حادثه می شود در هفته قبل، شدت احساس بیگانگی و قطع دلبستگی به دیگران شدت محدود شدن عواطف و شدت احساس کوتاه شدن زمان آینده در طول عمر، کمتر از بیماران غیر معتاد است. شدت ناتوانی در به خاطر آوردن بخش هایی از حادثه ی دردناک در هفته ی قبل و ماه گذشته، فراوانی محدود شدن علاقه به شرکت در فعالیتهای مهم و اساسی در هفته ی قبل و ماه گذشته، همچنین شدت آن در هفته ی قبل، فراوانی احساس بیگانگی و قطع دلبستگی به دیگران در

هفته ی قبل و ماه گذشته همچنین شدت آن در هفته قبل، فراوانی و شدت محدود شدن عواطف در هفته ی قبل و فراوانی احساس کوتاه شدن زمان آینده در هفته ی قبل بیشتر از گروه غیرمعتاد بوده است.

### جدول ۳: بررسی معناداری تفاوت علایم گروه C در دو گروه بیماران معتاد و غیرمعتاد

معانی ملاکها	معیار	شاخص	معتاد	غیر معتاد	آزمون یومن وینتی	سطح معناداری
اجتناب از افکار، احساسات یا گفتگو	C1	شدت در طول عمر	۱۳/۲	۵۸/۱۳	۴۱۴	۰/۰۰۱
در باره ی حادثه						
اجتناب از فعالیتهای مربوط به سانحه	C2	فراوانی در هفته ی قبل	۳۸/۰۸	۵۵/۳۶	۵۵۱/۵	۰/۰۲
فراموشی مربوط به یک جنبه ی مهم	C3	شدت در هفته ی قبل	۷۲/۰۵	۴۸/۵۲	۴۶۹	۰/۰۰۱
از حادثه		شدت در ماه گذشته	۶۶/۰۵	۴۹/۹۳	۵۸۹	۰/۰۲۵
کاهش شدید علاقه	C4	فراوانی در هفته ی قبل	۷۵/۱۸	۴۷/۷۸	۴۰۶/۵	۰/۰۰۱
		شدت در هفته ی قبل	۶۵/۱۵	۵۰/۱۴	۶۰۷	۰/۰۳۸
		فراوانی در ماه گذشته	۶۴-۹	۵۰/۲	۶۱۲	۰/۰۴۴
احساس گسستگی یا غرابت از مردم	C5	فراوانی در هفته ی قبل	۸۳/۰۵	۴۵/۹۳	۲۴۹	۰/۰۰۱
		شدت در هفته ی قبل	۶۸/۲۵	۴۹/۴۱	۵۴۵	۰/۰۰۸
		فراوانی در ماه گذشته	۶۴/۹۳	۵۰/۱۹	۶۱۱/۵	۰/۰۴
		شدت در طول عمر	۳۱/۰۸	۵۸/۱۶	۴۱۱/۵	۰/۰۰۱
کاهش احساسات و هیجانات	C6	فراوانی در هفته ی قبل	۶۷	۴۹/۷۱	۵۷۰	۰/۰۱۶
		شدت در هفته ی قبل	۶۴/۹۷	۵۰/۱۸	۶۱۰/۵	۰/۰۳۰
		فراوانی در هفته ی قبل	۳۶/۷۸	۵۶/۸۱	۵۲۵/۵	۰/۰۰۶
احساس کوتاه شدن آینده	C7	فراوانی در هفته ی قبل	۶۸/۱۳	۴۹/۴۴	۵۴۷/۵	۰/۰۰۹
		فراوانی در هفته ی قبل	۲۹/۷۵	۵۸/۴۷	۳۸۵	۰/۰۰۱

جدول ۴، فراوانی علایم ملاک D در دو گروه بیماران معتاد و غیرمعتاد و معناداری تفاوت بین این دو گروه را نشان می دهد. بررسی نتایج حاصل، نشان می دهد که در گروه جانبازان معتاد، شدت مشکل خواب، بی قراری یا ظهور آشکار خشم، اشکال در تمرکز و واکنش شدید از جا پریدن در طول عمر کمتر از گروه غیرمعتاد است در حالیکه فراوانی اشکال در تمرکز، گوش به زنگی و

واکنش شدید از جا پریدن، از جا پریدن در هفته ی قبل و در مورد آخر، همچنین در ماه گذشته و شدت آن در هفته ی قبل بیشتر از گروه غیر معنادار بوده است.

**جدول ۴: بررسی معنا داری تفاوت گروه D در دو گروه بیماران معنادار و غیر- معنادار**

معانی ملاکها	معیار	شاخص	معتاد	غیر معنادار	آزمون یومن ویتنی	سطح معناداری
اضطراب یا افزایش برانگیختگی	D1	شدت در طول عمر	۲۸/۴۲	۵۸/۷۸	۳۵۸/۵	۰/۰۰۱
تحریک پذیری	D2	شدت در طول عمر	۲۷/۹۲	۵۸/۹	۳۴۸/۵	۰/۰۰۱
اشکال در تمرکز	D3	فراوانی در هفته ی قبل	۷۰/۳۸	۴۸/۲۴	۴۸۲/۵	۰/۰۰۲
		شدت در طول عمر	۳۴/۲۸	۵۶/۸۴	۴۷۵/۵	۰/۰۰۲
گوش به زنگ بودن	D4	فراوانی در هفته ی قبل	۶۹/۱۵	۴۸/۵۸	۵۰۷	۰/۰۰۴
واکنش از جا پریدن	D5	فراوانی در هفته ی قبل	۷۱/۱۸	۴۸/۰۵	۴۶۶/۵	۰/۰۰۲
		شدت در هفته ی قبل	۶۸/۵۵	۴۸/۶۸	۵۱۹	۰/۰۰۶
		فراوانی در ماه گذشته	۷۳/۳۵	۴۷/۵۴	۴۲۳	۰/۰۰۱
		شدت در طول عمر	۳۶/۴۷	۵۶/۳۲	۵۱۹/۵	۰/۰۰۶

**جدول ۵: بررسی معنا داری تفاوت گروه E در دو گروه بیماران**

**معنادار و غیر- معنادار**

شاخص	معتاد	غیر معنادار	آزمون یومن ویتنی	سطح معناداری
شروع	۴۳/۵	۱۷	۵۶۱	۰/۰۰۱
حدود کلی ماهها	۲۴/۵	۵۸/۰۹	۲۸۰	۰/۰۰۱
نشانیگان	۵۵	۴۶/۷۹	۶۳۰	۰/۰۰۵
طول مدت	۹۰/۵	۴۱/۹۹	۴۰	۰/۰۰۱
پیش از یک ماه	۱۱/۲	۶۱/۲۶	۲۰	۰/۰۰۱
نشانه ها	۸۱/۹۵	۴۴/۰۷	۲۱۱	۰/۰۰۱
حاد	۲۱/۰۵	۵۸/۹۳	۲۱۱	۰/۰۰۱
مزمین	۹۲/۵	۴۱/۵	۳۴۰	۰/۰۰۱
حال حاضر				
طول زندگی، مزمین				



جدول ۵، فراوانی علایم ملاک E در دو گروه معتاد و غیر معتاد را نشان می دهد. با توجه به نتایج جدول فوق، در افراد معتاد، شروع نشانگان از حیث زمانی زودتر اتفاق افتاده در حالیکه در جانبازان غیر معتاد، شروع نشانگان با تاخیر بیشتری همراه بوده است.

در جدول ۶، علایم ملاک F در دو گروه را مقایسه کرده ایم. با توجه به نتایج جدول فوق در گروه بیماران معتاد، شدت احساس ناخوشایندی ذهنی، اختلال عملکرد اجتماعی و اختلال در شغل در ماه قبل و در طول زندگی، کمتر از جانبازان غیرمعتاد است در حالیکه شدت عملکرد اجتماعی در هفته ی قبل بیشتر ارزیابی شده است و در نهایت، شدت کلی علایم در هفته ی قبل در گروه جانبازان معتاد، بیشتر و در طول زندگی، کمتر از جانبازان غیرمعتاد بوده است.

جدول ۶: بررسی معناداری تفاوت ملاک F در دو گروه بیماران

معتاد و غیر - معتاد

معانی ملاکها	معیار	شاخص	معتاد	غیر معتاد	یومن	آزمون	سطح معنادار
					ویتنی	ی	
احساس ناخوشایندی ذهنی	F1	شدت در ماه قبل	۲۲/۳	۵۸/۶۲	۲۳۶	۰/۰۰۱	
		شدت در طول زندگی	۱۹	۵۹/۴۳	۱۷۰	۰/۰۰۱	
اختلال عملکرد اجتماعی	F2	شدت در هفته ی قبل	۶۷/۵	۴۸/۹۳	۵۴۰	۰/۰۰۹	
		شدت در طول زندگی	۲۹	۵۸/۱۰	۳۷۰	۰/۰۰۱	
اختلال در شغل	F3	شدت در ماه قبل	۳۹/۰۸۸	۵۵/۷	۵۷۱/۵	۰/۰۲	
		شدت در طول زندگی	۲۱/۵	۵۹/۸۸	۲۲۰	۰/۰۰۱	
شدت کلی		هفته ی قبل	۶۵/۶۸	۴۶/۰۳	۴۷۶/۵	۰/۰۰۴	
		طول زندگی	۲۲/۱۰	۵۷/۰۶	۲۳۲	۰/۰۰۱	

در جدول ۷، علایم ملاک G را در دو گروه مقایسه کرده ایم. نتایج، نشان می دهد که فراوانی و شدت احساس گناه از انجام عمل (ناشی از زنده ماندن، کشتن افراد دشمن و غیره) در طول عمر فراوانی و شدت احساس گناه از زنده ماندن در ماه گذشته و طول عمر و شدت و کاهش هشیاری نسبت به محیط، در طول عمر در بیماران معتاد، کمتر از گروه غیرمعتاد است.

## جدول ۲: بررسی معنا داری تفاوت ملاک G در دو گروه بیماران معناد و غیرمعناد

شاخص	معناد	غیر معناد	آزمون	سطح معناداری
احساس گناه (انجام عمل)	۳۹.۸۵	۵۵.۵۱	۵۸۷	۰/۰۳
شدت در طول عمر	۳۱.۱۰	۵۷.۶	۴۱۲	۰/۰۰۱
کاهش هشیاری نسبت به محیط	۳۸.۵۵	۵۵.۸۲	۵۶۱	۰/۰۱۷
شدت در ماه گذشته	۳۷.۶۵	۵۶.۰۴	۵۴۳	۰/۰۱۲
فراوانی در طول عمر	۳۲.۳۲	۵۷.۳۰	۴۳۶.۵	۰/۰۰۱
شدت در طول عمر	۲۸.۱۷	۵۸.۲۹	۳۵۳.۵	۰/۰۰۱
کاهش هشیاری نسبت به محیط	۲۹.۹	۵۷.۸۸	۳۸۸	۰/۰۰۱

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش، نشان داد که در ملاکهای گروه A، مجروحیت و تهدید شدن به آسیب جسمی برای دیگران در گروه معناد، بیشتر و تهدید شدن به آسیب جسمی خود در گروه غیر معناد بیشتر است. این یافته می تواند در اثر اختلالات روانی، همراه با PTSD در گروه معنادان باشد. در مطالعات مختلف، بین ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سومصرف یا وابستگی به مواد، واجد ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵؛ ناجاویس همکاران، ۱۹۹۷؛ براون و ولف، ۱۹۹۴). این یافته با نتایج تحقیقاتی که نشان می دهد اقدام به خودکشی در مبتلایان به سومصرف مواد بالاتر است، مغایرت دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). همچنین این یافته نشان می دهد که بیمار مبتلا به اختلال PTSD، با مشکلات عدیده ای در زمینه ی احساس مسوولیت، اعتماد، خشم و روابط بین فردی دست و پنجه نرم می کند (زاسلاو، ۱۹۹۴).

در ملاکهای گروه B، فراوانی رویاهای تکرار شونده در خصوص حادثه در ماه گذشته و فراوانی انجام عمل یا احساس وقوع حادثه در هفته و ماه گذشته در گروه معناد و فراوانی احساس ناخوشایندی ناشی از تجدید خاطره در گروه غیر معناد بیشتر است. خدایی (۱۳۸۶) نیز نشان داد تجربه ی مجدد خاطرات آسیبزا و پیش آگهی بدتر با سومصرف مواد، همراه است. کانتزلیان نیز معتقد است که انگیزه ی مصرف مواد در بین افراد مبتلا به PTSD، نوعی خوددرمانی است (براون

1. Zaslav

و ولف، ۱۹۹۴؛ باشناگل و همکاران، ۲۰۰۸). چون در افراد معتاد فراوانی رویاهای تکرار شونده در خصوص حادثه در ماه گذشته و فراوانی انجام عمل یا احساس اتفاق حادثه در هفته و ماه گذشته بیشتر است، این افراد با مصرف مواد سعی می کنند این حالتها را در خود تسکین دهند و این امر باعث می شود فراوانی احساس ناخوشایندی ناشی از تجدید خاطره در آنها کمتر باشد.

در ملاکهای گروه D، اشکال در تمرکز، گوش به زنگی و واکنش شدید از جا پریدن در هفته ی قبل و شدت آن در هفته ی گذشته در گروه معتاد، بیشتر بوده است (ناجاویس و همکاران، ۱۹۹۸). اومیت و همکاران (۱۹۹۸) نیز معتقدند، افراد مبتلا به PTSD معتاد آشفتگی های درون فردی بیشتری تجربه می کنند و دوره های بالینی بدتر و مشکلات جسمی بیشتری دارند (اومیت و همکاران، ۱۹۹۸؛ تات و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجایی که عمده ترین علایم این اختلالات، نشانه های اضطرابی است، این علایم می تواند علایم اختلال PTSD را تشدید کند.

در این پژوهش دریافتیم که در ملاکهای گروه F، شدت کلی علایم PTSD در هفته ی قبل در گروه معتاد و شدت علایم در ماه گذشته و در طول زندگی در گروه غیر معتاد بیشتر است. این یافته با یافته های شارکانسکی و همکاران (۱۹۹۹) و ناجاویس و همکاران (۱۹۹۹) رید و همکاران (۲۰۰۴) همسو است. ثورندایک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بعد از کنترل افسردگی، علایم کلی PTSD و همچنین سه دسته علایم PTSD با شدت اعتیاد به نیکوتین در مردان، همبستگی معناداری دارد (ثورندایک و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج نشان داد که فراوانی و شدت احساس گناه از انجام عمل (ناشی از زنده ماندن کشتن افراد دشمن و غیره) در طول عمر، فراوانی و شدت احساس گناه از زنده ماندن در ماه گذشته و طول عمر و شدت و کاهش هشیاری نسبت به محیط در طول عمر در گروه بیماران معتاد، کمتر از گروه غیرمعتاد است. این یافته ها، می تواند با تاثیر رخوت زای مواد مخدر مرتبط باشد یکی از اثرات این مواد، اختلال در حافظه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵) که می تواند توجه کننده ی این مطلب باشد که چرا هرچه علایم با گذشت زمانی بیشتری چک می شوند، فرد ناراحتی کمتری را به خاطر می آورد ولی وقتی علایم در زمان کوتاه، مثلا در طی یک هفته ی گذشته چک می شوند، فرد ناراحتی و وقوع بیشتری را گزارش می کند. به طور کلی به نظر می رسد که علایم مختلف PTSD (شامل تجربه ی مجدد واقعه ی اجتناب از محرکهای مرتبط با واقعه ی آسیب زای، پیدایش کمرختی در

#### 1. Thorndike

کل واکنشهای فرد و علایم مستمر افزایش برانگیختگی) و همچنین اختلال در عملکرد اجتماعی و علایم کلی اختلال PTSD در بیماران معتاد، در کوتاه مدت (هفته و ماه گذشته) افزایش و در طول زندگی فرد کاهش می یابد. یافته های مقدماتی محدودی وجود دارد که نشان می دهد بیماران با نشانه های اجتناب کرختی PTSD، تمایل برای مصرف کوکائین دارند (مک فال، مک کی و دونوان، ۱۹۹۲).

### منابع

- اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ میرزایی، جعفر (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون اجرایی بالینی-CAPS-۱ برای عوارض روانی ناشی از جنگ، پژوهشکده ی مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- خدایی اردکانی، محمدرضا و کرمی، غلامرضا. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلالات روان شناختی در تعدادی از جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی عراق علیه ایران. خلاصه ی مقالات چهارمین سمپوزیوم پیشگیری و درمان عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. تهران: پژوهشکده ی مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- خدایی اردکانی، محمدرضا. (۱۳۸۶). راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه PTSD. چاپ اول. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- Baschnagel, J. S., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Drobos, D. J., & Saladin, M. E. (2008). Relationship between PTSD symptomatology and nicotine dependence severity in crime victims. *Addictive Behaviors*.
- Blake, D.D, Litz, B.T, Keane, T.M, & Young, R.D. (1991). Using the SCL-90 to assess combat-related post- traumatic stress disorder.
- Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug & Alcohol Dependence*, 35(1), 51-59.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B., (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 15, 205-212.
- Chilcoat, H., & Menard, C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette, & P. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse* (pp. 9-28). Washington: American Psychological Association.
- Cottler, L.B., Compton, W.M., Mager, D., Spitznagel, E.L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670

- Deykin, E.Y., & Buka, S.L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 752-757.
- Jacobsen, L., Southwick, S., & Kosten, T. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-1190.
- Jordan, B. K., Marmar, C. B., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 916-926.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B.(1995). Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1084-1060.
- Kulka, R. A., Scwenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. D., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report offendings form the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Malekzai S.M., Niazi, J. M., & Paige, S. R. (1996). Modification of CAPS-1 for diagnosis of PTSD in Afghan refugees. *Journal of Treatment stress studies*, 9, 891-899.
- McFall, M.E., MacKay, P. W., & Donovan, D. M(1992). Combat related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 357-363.
- Mellman, T.A., Randolph, C.A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L.P., & Milanes, F.J. (1992). Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1568-1574.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6, 273-283.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1999). A clinical profile of women with PTSD and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 98-104.
- Najavits, L.M., Gastfriend, D.R., Barber, J.P., Reif, S., Muenz, L.R., Blaine, J., et al., (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry* 155, 214-219.
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S., A (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence* 90 , 89-96.

- Nutt, D., Davidson, J.R, Zohar, R.T,& Zohar J. (2000) *Post-traumatic Stress Disorder*. Martin Dunitz Ltd, United Kingdom.
- Ouimette, P. C., Ahrens, C., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1998). During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. The influence of specific interventions and program environments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 555–564.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 46–59.
- Read, J., Brown, P., & Kahler, C. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29, 1665–1672.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Philadelphia, Williams & Wilkins.
- Saladin, M.E., Brady, K.T., Dansky, B.S., & Kilpatrick, D.G (1995). Understanding comorbidity between PTSD and Substance Abuse Disorders: Two preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, 20, 643-655.
- Scott, M. J, & Palmer, S. (2000). *Trauma and Post-traumatic Stress Disorder*. Chassell publication.
- Sharkansky, E. J., Brief, D. J., Peirce, J. M., Meehan, J. C., & Mannix, L. M. (1999). Substance abuse patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Identifying specific triggers of substance use and their associations with PTSD symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 89– 97.
- Shipherd, J. C ., Stafford, J., & Tannerb, L. R (2005). Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veterans: What role do PTSD symptoms play? *Addictive Behaviors* 30, 595–599.
- Tate, S. R., Norman, S. B., McQuaid, J. R., & Brown, S. A. (2007). Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 25–32.
- Thorndike, F. P., Wernicke, R., Pearlman, M. Y., & Haaga, D. A. F. (2006). Nicotine dependence, PTSD symptoms, and depression proneness among male and female smokers. *Addictive Behaviors*, 31(2), 223–231.
- Young, H. E., Rosen, C. S., & Finney, J. W., (2005). A survey of PTSD screening and referral practices in VA addiction treatment programs . *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 313– 319.
- Zaslav, M. R.(1994). Psychology of co morbid posttraumatic stress disorder and substance abuse: Lessons form combat veterans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 393-400.