

علائم روان شناختی در بیماران PTSD با و بدون هم ابتلایی به سو مصرف مواد

دکتر فرح لطفی کاشانی^۱ و طاهره محمودیان^۲

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه ی علائم روان شناختی در بیماران PTSD با و بدون ابتلا به سو مصرف مواد انجام شده است. برای این منظور، دو گروه بیمار PTSD با و بدون ابتلا به سو مصرف مواد (هر گروه ۳۰ نفر) به صورت تصادفی انتخاب و با استفاده از مصاحبه ی تشخیصی PTSD واتسون و تست SCL90 مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج، حاکی از آن است که بیماران مبتلا به PTSD هم ابتلا به سو مصرف مواد، علائم اجتنابی و بیش برانگیختگی کمتری نسبت به بیماران بدون ابتلا به سو مصرف مواد داشتند، همچنین میزان افسردگی و پرخاشگری این بیماران نیز، نسبت به گروه بدون هم ابتلایی به سو مصرف مواد، کمتر است.

واژه های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، سو مصرف مواد، علائم روانشناختی، هم ابتلایی

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۳، اختلالی اضطرابی است که بعد از قرار گرفتن در معرض حوادثی که آسیب یا تهدیدی به دنبال دارند، ایجاد می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰؛ برانت اکریب و بیرمز^۵، ۲۰۰۷). وقتی از آسیب یا تهدید در رابطه با حوادث صحبت می شود منظور، هر گونه تهدیدی است که به صورت جدی، صدمات جسمانی و روانی به دنبال دارد (ساتچر^۶ و همکاران ۱۹۹۹). منابع احتمالی تروما شامل، سو استفاده ی جسمی، هیجانی یا جنسی، حمله ی جسمانی، حمله ی جنسی، تصادف، اعتیاد، بیماری، جنگ، بلایای طبیعی، مشاغل فشار آور، دزدیده شدن، شکنجه شدن، گروگان بودن، اسیر بودن و همانند آنهاست و میزان و شدت تداعی که به طور

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

3- Post Trumatic Stress Disorder
4- American Psychiatric Association

5- Brunet, Akerib & Birmes
6- Satcher

مستقیم به دنبال تجربه ی تروماتیک می آید، PTSD را پیش بینی می کند (براون^۱ و همکاران ۱۹۹۸؛ بارنز^۲ ۲۰۰۸). در واقع، هر چند ۵۰ تا ۹۰ درصد افراد، ترومایی را در طی زندگی شان تجربه می کنند (کسلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۵؛ برسلو^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) اما، فقط ۸ درصد آنها علایم کامل PTSD را نشان می دهند (کسلر، سونگا^۵ و همکاران، ۱۹۹۵). برای تشخیص این اختلال، بر اساس معیارهای بالینی DSM- IV، شخص باید علاوه بر مواجهه با حداقل یک حادثه ی تروماتیک که با احساس ترس شدید یا درماندگی همراه است، بیش از یک ماه، حداقل یک علامت از «تجربه ی مجدد واقعه»، سه علامت از «اجتناب یا کرختی احساسی» و دو علامت از «بیش انگیزشگی» را تجربه کند و این وضعیت موجب ناراحتی و اختلال در عملکرد شخص شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

به نظر می رسد افکار مزاحم، موجب اجتناب از یادآوری های ناراحت کننده می شود و بیش انگیزشگی، به پاسخ کرختی می انجامد (تیلور^۶، ۱۹۹۸). این اختلال، موجب بروز مشکلاتی مانند افت عملکرد شغلی (بلانچارد^۷ و همکاران، ۱۹۹۶)، افسردگی (نورث^۸، ۱۹۹۴؛ فوی، ۲۰۰۲) مهارتهای شخصی، عزت نفس پایین، احساس شرم (هاروی^۹ و همکاران، ۲۰۰۰)، بی اعتمادی در روابط بین فردی و عزت نفس پایین (ماکیاس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰)، شکایات متعدد جسمی (مک فارلند^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۴)، اشکال در ایجاد صمیمیت (ریگنز^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۸) و مشکلات خانوادگی (بکهام^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۶) می شود و تا سال ها باقی می ماند (گونجیان^{۱۴} و همکاران ۲۰۰۰).

نرخ بالای همزمانی PTSD و سو مصرف مواد، برای اولین بار در مطالعات مربوط به جنگ گزارش و معلوم شد که ۷۵ درصد جنگجویان وابستگی به الکل یا سو مصرف مواد را نشان می دهند (کولکا^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۰). ادبیات پژوهشی، بیانگر شیوع سو مصرف مواد و دارو در افراد مبتلا به PTSD (سینها، کاتاپانو^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۹؛ سینها، فیوز^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۰؛ تال^{۱۸} ۲۰۰۸) و بیش بود شانس افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد غیر مبتلا در سو مصرف مواد است (کسلر و

1- Brown
2- Barnes
3- Kessler
4- Breslau
5- Sonnega

6- Taylor
7- Blanechard
8- North
9- Harvey
10- Makias

11- McFarland
12- Riggs
13- Beckham
14- Goenjian
15- Kulka

16- Sinha, Catapano
17- Fuse
18- Tull

همکاران، ۲۰۰۱) و در مجموع، افزایش وابستگی به سو مصرف دارو در افراد مبتلا به PTSD اقدامی خود درمانگرانه است (چیلکوت و برسلو^۱، ۱۹۹۸).

پژوهشها نشان می دهد افرادی که در معرض استرس هستند، گرایش بیشتری به سو استفاده از الکل و داروهای دیگر دارند (کوستن^۲ و همکاران، ۱۹۸۶ داوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۰ سینها و همکاران ۲۰۰۰) و استرس بالا می تواند پیش بینی کننده ی سو مصرف دارو باشد (برور^۴ و همکاران ۱۹۹۸ کوفد^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ براون و ولف^۶، ۱۹۹۴). مطالعات تجربی بر روی حیوانات هم نشان داده است که استرس، موجب سوگیری به هروین، کوکائین، الکل و نیکوتین در حیوانات می شود (شاهام و استوارت^۷، ۱۹۹۵؛ ارب^۸، شاهام و استوارت، ۱۹۹۶؛ استورات^۹، احمد و کوب^۹، ۱۹۹۷ لی و کوآن^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸ بوزک^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۹). در بررسی چرایی و دلیل این نزدیکی و همپوشانی، نظریه های مختلفی ارایه شده است. این همبندی و همبودی می تواند در اثر خود درمانی و کاهش پریشانی ناشی از PTSD پدید آید، شاید عنصری در این مواد وجود دارد که علایم افراد مبتلا به PTSD را کاهش می دهد و شاید با توجه به اینکه فقط برخی از افراد مبتلا به PTSD به سو مصرف مواد روی می آورند، وجود قابلیت ژنتیک در آنها مطرح باشد (نگاه کنید به برادی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۵؛ باتال و همکاران ۲۰۰۸؛ ناجاویتس^{۱۳}، ۲۰۰۲).

در این پژوهش بر آن بودیم تا علایم روان شناختی بیماران مبتلا به PTSD و سو مصرف مواد را با مبتلایانی که همبودی و هم ابتلایی به سو مصرف مواد ندارند، مقایسه کنیم.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری تحقیق حاضر، شامل مراجعه کنندگان سرپایی و بستری شده در بیمارستان روان پزشکی صدر تهران در سال ۱۳۸۵ است که حدود ۱۰ سال، سابقه ی اختلال PTSD و درمان روان پزشکی داشتند. از این جامعه، ۱۰۰ نفر با روش تصادفی ساده انتخاب و بر اساس شرایط ورود به پژوهش، غربال شدند. غربال اولیه نشان داد که ۳۰ نفر اختلال PTSD را به صورت تیپک و ۷۰ نفر

1- Chilcoat & Breslau

2- Kosten

3- Dawes

4- Brewer

5- Kofed

6- Brown & Wolfe

7- Shaham & Stewart

8- Erb

9-Ahmed & Koob

10- Le & Quan

11- Buczek

12-Brady & Back

13-Najavits

اختلال PTSD را همراه با سو مصرف مواد و سایر اختلالات روانی از جمله، اختلالات سایکوتیک و ضایعات مغزی نشان می دهند. از این تعداد، ۱۵ نفر از بیماران به دلیل داشتن اختلالات سایکوتیک و ضایعات مغزی و ۳ نفر به دلیل عدم همکاری، حذف شدند. سپس برای برابر کردن دو گروه به شیوه ی تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۳۰ نفر از بین ۵۲ نفر بیمار PTSD باقی مانده انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بررسی اولیه نشان داد که دامنه ی سنی در دو گروه بین ۳۵ تا ۵۵ و میانگین سنی گروه ۴۰ سال و میانگین تحصیلات در دو گروه، سوم راهنمایی است.

ابراز

به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، از مصاحبه ی تشخیصی PTSD واتسون و پرسشنامه ی SCL90 استفاده گردید.

پرسشنامه ی *SCL-90*: این آزمون، برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ بوسیله ی دراگوتیس^۱ و همکاران ارائه شده و دارای یک فهرست علائم روانی خود گزارش دهی است که ۹۰ سوال و ۹ مقیاس دارد (دراگوتیس و کلری^۲، ۱۹۷۷). نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص کلی صورت می گیرد (دراگوتیس و کلری، ۱۹۷۷؛ حبیب زاده، ۱۳۸۰). در پایایی ۹ گانه ی این آزمون، بیشترین پایایی مربوط به افسردگی ۰/۹ و کمترین پایایی مربوط به روان پریشی ۰/۷۷ گزارش شده است (دراگوتیس و کلری، ۱۹۷۷). در مورد اعتبار این سیاهه، مطالعه های مختلفی انجام گرفته است. گزارش دراگوتیس و همکاران، بیانگر اعتبار همزمان برابر ۰/۵ تا ۰/۷۵ در مقیاسها است. در مجموع مطالعه های مختلف، پایایی و اعتبار مطلوب این آزمون را تایید می کند (حبیب زاده، ۱۳۸۰).

مصاحبه ی تشخیصی PTSD واتسون: مصاحبه ی تشخیصی PTSD واتسون و همکاران در سال (۱۹۸۹) توسط واتسون و همکاران بر اساس چاپ تجدید نظر شده ی راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی ساخته شده است. مصاحبه ی PTSD واتسون شامل ۱۸ آیتم است که علائم و نشانه های PTSD را مطابق با ملاکهای DSM-III-R منعکس می کند. این مصاحبه ی تشخیصی چهار عامل کلی دارد که به ترتیب ملاکهای DSM-III-R را منعکس می کند. عامل A، منعکس

کننده ی تجربه ی حادثه ای است که ورای تجربیات عادی انسان بوده و تقریباً برای هر کس بی نهایت ناراحت کننده است. عامل B، منعکس کننده ی تجربه ی مجدد حادثه ی تروماتیک است. عامل C، ملاک اجتناب از محرکهای مربوط به تروما است و عامل D، منعکس کننده ی ملاک برانگیختگی است. واتسون و همکاران (۱۹۸۹) پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده اند. بر اساس گزارش آنها ضریب همبستگی بین نمرات کل پرسش نامه و معیارهای تشخیص PTSD در حد ۰/۹۴ است (به نقل از مداحی، ۱۳۷۰). ویلیامز اعتبار ۰/۹۵، ثبات درونی ۰/۹۲ و حساسیت ۰/۸۹ را برای این آزمون گزارش کرده است (به نقل از کرمی، عاملی و همکاران، ۱۳۸۴).

یافته ها

در ابتدا، برای مقایسه ی وضعیت روانی دو گروه از افراد مبتلا به PTSD با و بدون سو مصرف مواد نمرات آنها را در پرسشنامه ی SCL90 مقایسه کردیم.

جدول ۱: مقایسه ی وضعیت روانی بیماران مبتلا به PTSD با و بدون هم ابتلایی به سو مصرف مواد

میزان T	df	خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	گروهها	ردیف
۰/۸۱	۵۸	۱/۰۳	۵/۴۹	۱۳/۰۷	بدون سو مصرف مواد	ترس مرضی
		۱/۰۴	۵/۶۱	۱۱/۹۰	همراه با سو مصرف مواد	
۲/۹۴	۵۸	۰/۵۱	۲/۸۲	۱۸/۲۰	بدون سو مصرف مواد	پر خاشگیری
		۰/۶۴	۳/۵۳	۱۵/۷۷	همراه با سو مصرف مواد	
۰/۳۳	۵۸	۱	۵/۵۱	۲۴/۶	بدون سو مصرف مواد	اضطراب
		۰/۸۳	۴/۵۷	۲۴/۲	همراه با سو مصرف مواد	
۲/۱۵	۵۸	۰/۸۷	۴/۷۹	۲۵	بدون سو مصرف مواد	وسواس
		۱	۵/۵۹	۲۲	همراه با سو مصرف مواد	
۰/۹۹	۵۸	۱/۳	۵/۵۴	۲۴/۹	بدون سو مصرف مواد	خود بیمار انگاری
		۱/۳۴	۷/۳۱	۲۶/۶	همراه با سو مصرف مواد	
۰/۵۵	۵۸	۱	۵/۵۳	۱۴/۶	بدون سو مصرف مواد	اختلال تفکر
		۱/۲	۶/۹۹	۱۳/۷	همراه با سو مصرف مواد	
۱/۱	۵۸	۰/۸۳	۴/۵	۱۳/۱	بدون سو مصرف مواد	پارانویا
		۰/۵۶	۳	۱۴/۳	همراه با سو مصرف مواد	
۲/۰۴	۵۸	۱/۱	۶/۳۶	۳۵/۳	بدون سو مصرف مواد	افسردگی
		۱/۵	۸/۶	۳۱/۳	همراه با سو مصرف مواد	
۱/۰۱	۵۸	۰/۸۸	۴/۸۶	۲۱/۳	بدون سو مصرف مواد	حساسیت بین فردی
		۱	۵/۵۴	۲۰	همراه با سو مصرف مواد	

مقایسه ی علایم اجتنابی در بیماران PTSD که سو مصرف مواد دارند (جدول ۲) با بیماران PTSD که سو مصرف مواد ندارند حاکی از آن است که t بدست آمده ($t = ۲/۲۹$) در سطح آلفای $۰/۰۵$ معنا دار است. یعنی بین دو گروه در معیار علایم اجتنابی، تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه ی میزان علایم بیش برانگیختگی در بیماران PTSD که سو مصرف مواد دارند با بیماران PTSD که سو مصرف مواد ندارند نیز نشان می دهد که t بدست آمده ($t = ۲/۱۵$) در سطح آلفای $۰/۰۵$ تفاوتی معنا دار است و بین دو گروه در معیار بیش برانگیختگی تفاوت معناداری وجود دارد و میزان علایم بیش برانگیختگی یا ملاک D در بیماران PTSD که سو مصرف مواد ندارند بیشتر از گروه دیگر است. با توجه به تفاوت‌های به دست آمده می توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین ترس مرضی، اضطراب، وسواس، خود بیمار انگاری، اختلال تفکر، پارانوایا و حساسیت در روابط بین فردی در بیماران PTSD با و بدون هم ابتلایی به سو مصرف مواد وجود ندارد. در حالی که با توجه به میزان t به دست آمده در درجه ی آزادی ۵۸ و مقایسه ی آن با مقدار t جدول، تفاوت معناداری بین میانگین پرخاشگری و افسردگی در بیماران PTSD با و بدون هم ابتلایی به سو مصرف مواد وجود دارد و در هر دو مورد، سطح افسردگی و پرخاشگری مبتلایانی که سو مصرف ندارند، بالاتر از افرادی است که سو مصرف مواد دارند. برای مقایسه ی وضعیت بیماران از نظر تجربه ی مجدد اجتناب پایدار و بیش برانگیختگی نمرات این متغیرها را در جدول ۲ مقایسه کردیم. مقایسه ی علایم تجربه ی مجدد، نشان می دهد که t بدست آمده ($t = ۰/۷۳$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست و بین میانگین های دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۲: مقایسه ی میانگین های نمرات بیماران PTSD با و بدون هم ابتلایی

به سو مصرف مواد در تجربه ی مجدد، اجتناب پایدار و بیش برانگیختگی

T	df	میانگین		گروهها	ردیف
		خطای معیار	انحراف معیار		
۰/۷۳	۵۸	۰/۹۱	۳/۵۳	بدون سو مصرف مواد	تجربه ی مجدد
		۰/۹۱	۳/۵۱	همراه با سو مصرف مواد	
۲/۲۹	۵۸	۱/۱۷	۴/۶۲	بدون سو مصرف مواد	اجتناب پایدار
		۱/۱۷	۴/۴۸	همراه با سو مصرف مواد	
۲/۱۵	۵۸	۰/۹۸	۳/۸۹	بدون سو مصرف مواد	بیش برانگیختگی
		۰/۹۸	۳/۷۵	همراه با سو مصرف مواد	

بحث و نتیجه گیری

اختلال استرس پس از سانحه یکی از اختلالات مهم روان شناختی است. شیوع اختلالات روان شناختی همراه با اختلال استرس پس از سانحه زیاد است. آمارها نشان می دهند که حدود دو سوم این بیماران به دو اختلال دیگر نیز به صورت همزمان مبتلا هستند که شایعترین آنها افسردگی اختلالات پسیکوتیک و اختلال دوقطبی است. در کنار این همبودی، سو مصرف مواد از جمله مشکلاتی است که افراد مبتلا به این اختلال را درگیر خود می سازد.

ادبیات پژوهشی، بیانگر شیوع سو مصرف مواد و دارو در افراد مبتلا به PTSD (سینها، کاتاپانو و همکاران، ۱۹۹۹؛ سینها، فیوز و همکاران، ۲۰۰۰؛ تال، ۲۰۰۸) و بیش بود شانس افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد غیر مبتلا در سو مصرف مواد است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۱). گفته شده است که افزایش وابستگی به سو مصرف دارو در افراد مبتلا به PTSD اقدامی خود درمانگرانه به حساب می آید (چیلکوت و برسلو، ۱۹۹۸).

نتایج این پژوهش، نشان داد که سطح افسردگی، پرخاشگری، اجتناب پایدار و بیش برانگیختگی آن دسته از مبتلایانی که به PTSD مبتلا هستند و در عین حال سو مصرف مواد ندارند، به طور معناداری بیشتر از مبتلایانی است که سو مصرف مواد دارند. اگر در نظر بگیریم که، اضطراب و خشونت های ناگهانی و پرخاشگری از نشانه های شایع این اختلال است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، ۴۲ درصد افراد مبتلا دارای خشونت فیزیکی و ۹۲ درصد دارای خشونت لفظی هستند (برن و ریگنز^۱ ۱۹۹۶) و بیش از ۱۳ درصد از این افراد بر علیه خود دست به خشونت می زنند (درسکر^۲ و همکاران ۲۰۰۳) شاید بتوان دلیلی بر همبودی این اختلال با سو مصرف مواد مطرح کرد.

بنظر می رسد، چون نشانه های روان پزشکی، فرع بر سو مصرف مواد هستند، یک اختلال روانی می تواند سیر و تظاهر نشانه های سو مصرف و سو مصرف مواد، سیر و تظاهر اختلال روانی را تغییر دهد. تحریک پذیری، اختلال در تمرکز، آشفتگی خواب (ضرغامی، ۱۳۷۹)، شکایات جسمانی (مک فارلند و همکاران، ۱۹۹۴)، افسردگی (فوی^۳، ۲۰۰۲)، عزت نفس پایین (هاروی و همکاران ۲۰۰۰؛ ماکایس و همکاران، ۲۰۰۰) و مشکلات خانوادگی (بکهام، ۱۹۹۶) شرایطی را پدید می آورند که در آن، فرد به سمت سو مصرف موارد کشیده می شود (ساکسن و همکاران ۲۰۰۱) و کنترل

شدن برخی نشانه ها، در فرایند سو مصرف مواد، این اقدام را به نوعی خود درمانگری (چیلکوت و برسلو، ۱۹۹۸) بدل می سازد.

همچنین احتمال آن وجود دارد که سو مصرف مواد باعث تنظیم سیستم افیونی بیمار شود. چون علائم اجتناب و کرحتی هیجانی در PTSD با بد تنظیمی سیستم افیونی مرتبط است و در واقع تغییرات میزان اندورفین در هنگام رویارویی مجدد، باعث مجموعه ای از نشانه های منفی از جمله بی لذتی، بی حسی عاطفی عمومی، احساس بریدن از زندگی یا قطع علاقه به احساسات دیگران احساس کناره گیری، فراموشی و انزوا می شود، سو مصرف مواد می تواند به نوبه ی خود با تنظیم سیستم افیونی، ادامه ی مصرف مواد را تقویت کند.

هر چند می توان با طرح یافته های پژوهشگرانی چون پست و کاپاندا^۱ (۱۹۷۶)، نپی و توچر^۲ (۱۹۹۴)، لیپر^۳ و همکاران (۱۹۸۹)، کک^۴ و همکاران (۱۹۹۲)، برمنر^۵ و همکاران (۱۹۹۳)، ون در کولک^۶ و همکاران (۱۹۸۵، ۱۹۸۹)، پیتن^۷ و همکاران (۱۹۹۰) و موارد مشابه ی دیگر، بیش فعالی نور آدرنرژیک مرکزی و یا کاهش مواد افیونی درون زا را در توجیه این همبودی مطرح کنیم و به توجیه هم آیندی PTSD و سو مصرف مواد پردازیم ولی بنظر می رسد باید در تبیین این پدیده، بر دیدگاه میلر و گلد^۸ (۱۹۹۳) تاکید بیشتری داشته باشیم تا بتوانیم استنادهای موجود را بر اساس آن توضیح دهیم. بر اساس این دیدگاه، ممکن است بعضی از افراد از نظر فیزیولوژیک برای استفاده از منابع خارجی لذت پاداش آسیب پذیرتر باشند.

بر طبق الگوی میلر و گلد، یک مرز تقویت کننده در سطح ناحیه تگمنتال پیشین وجود دارد که به صورت گسترده در بعضی حیوانات مورد آزمایش قرار گرفته است که افزایش غلظت دوپامین در این ناحیه می تواند به وسیله ی داروهای مورد سو مصرف شامل کوکائین، نیکوتین، حشیش و مواد افیونی تحت تاثیر قرار گیرد. از طرف دیگر، درمان ناکافی علائم روان پزشکی می تواند با درمان اعتیاد تداخل کند (مک للان^۹ و همکاران، ۱۹۸۳) به همین خاطر است که گفته می شود منطقی ترین رویکرد برای درمان بیماران معتاد با هم ابتلایی PTSD، درمان هر دو اختلال به طور همزمان است (کوفر و همکاران، ۱۹۹۳). مدارک بالینی و یافته های تحقیقی نشان می دهد اعتیادی که به

1- Post & Kapanda
2- Neppe & Tuchers
3- Lipper

4- Keck
5- Bremner
6- Van der kolk

7- Pitman
8- Miller & Gold
9- Mclellan

صورت کامل درمان نشده با درمان روان شناختی PTSD تداخل پیدا می کند. بنابراین ما با محققینی موافق هستیم که عقیده دارند قبل از شروع درمان دراز مدت PTSD، اعتیاد باید درمان شود و رویکرد کاهش علائم به عنوان یک درمان کمکی، برای بقیه ی زمینه ها در نظر گرفته شود (مارمر^۱ و همکاران، ۱۹۹۳).

منابع

- حبیب زاده، علی. (۱۳۸۰). *هنجاریابی آزمون SCL 90 R و بررسی سلامت روانی دانش آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله ی شهرستان قم*. شورای پژوهشی تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان قم. ۳۵-۴۵.
- ضرغامی، مهران؛ خلیلیان، علیرضا، (۱۳۷۹)، بررسی اختلالات روان پزشکی در جانبازان و آزادگان شهرستان ساری، سومین سمپوزیوم عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ تهران: انتشارات گلبن.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۱) بررسی سیمای بالینی تعدادی از مصدومین روانی ناشی از جنگ فصلنامه طب نظامی، شماره (۴) تهران: انتشارات دانشگاه بقیه الله
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین، (۱۹۹۴) خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری، روان پزشکی بالینی ترجمه: نصرت الله پور افکاری (۱۳۸۳)، تهران، انتشارات: شهرآب
- کرمی، غلامرضا؛ عاملی، جواد و همکاران، (۱۳۸۴) شیوع PTSD در جانبازان مصدوم گاز خردل دوازدهمین کنگره سراسری نورولوژی و الکتروفیزیولوژی بالینی، اردیبهشت ماه تهران: انتشارات بنیاد.
- مداحی، محمدابراهیم (۱۳۷۰) بررسی اختلال استرس پس از ضربه PTSD ناشی از جنگ در مبتلایان به این اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- میرزایی، جعفر؛ همتی، محمدعلی و همکاران (۱۳۷۹)، بررسی میزان همخوانی تشخیص های بالینی PTSD با آزمونهای روان شناختی، سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ : انتشارات گلبن.
- میرزایی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا و همکاران (۱۳۸۱) بررسی مقایسه ای شدت اختلال استرس پس از ضربه در مبتلایان به PTSD بستری و سرپایی مزمن، ارایه شده در: اولین کنگره سراسری روان شناسی ایران، تهران: دانشگاه تربیت معلم.

- Ahmed, S.H., Koob, G.F. (1997). Cocaine- but not food-seeking behavior is reinstated by stress after extinction. *Psychopharmacology*, 132:289-295.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual, mental Disorder*, ed,4.American psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN 0890420610;
- Barnes, J. E. (2008). *U.S. veterans struggle with war stress*, LATimes.com. Retrieved on 2008-4-18.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in Partners of Vietnam war veterans with Posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 1068-1072.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones- Alexander, J. (1996). One- year prospective follow- up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Brady, K.T., Back, S.E., & Coffey, S.F. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 206-209.
- Bremner J, Davis M, Southwick S. (1993). *Neurobiology of Posttraumatic Stress disorder*. In Olaham J, Riba M (eds): American Psychiatric Oress, PP 183- 204.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L. R., Davis, G.C., Andreski, P. M. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archive of General Psychiatry*, 55:626-632
- Brewer, D.D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R.R., Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93:73-92.
- Brown, S., & Hammond, R. (1998). *Memory, Trauma Treatment, And the Law*. New York, NY: W. W. Norton.
- Brunet, A., Akerib V, Birmes P.(2007). Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed) (pdf). *Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (8): 501-2; discussion 503.
- Buczek, Lê A.D., Wang, A., Stewart, J., Shaham, Y. (1999). Stress reinstates nicotine seeking but not sucrose solution seeking in rats. *Psychopharmacology*, 144:183-188.
- Chilcoat, H.D., Breslau, N. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Drug Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55:913-917.
- Dawes, M. A., Antelman, S.M., Vanyukov, M.M., Giancola, P., Tarter, R.E., Susman, E.J., Mezzich, A., Clark, D.B. (2000). Developmental sources

- of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(1): 3-14.
- Derogates, L. R; Cleary, P. A. (1977). Confirmation of dimensional structure of the SCL 90 : a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33: 981-989.
- 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
- Drescher, K. D., Rosen, C. S., Burling, T. A., Foy, D. W.(2003). Causes of death among male veterans who received residential treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress* , 16: 535-543.
- Erb, S., Shaham, Y., Stewart, J. (1996). Stress reinstates cocaine-seeking behavior after prolonged extinction and a drug-free period. *Psychopharmacology*, 128:408-412.
- Foy, D.W. (2002) *Treating PTSD: cognitive behavioral strategical*. Guilford press, New york.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K., Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolesc Psychiatry*. 34:1369-1379.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, N. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reaction after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*. 157, 911- 916.
- Harvey, A Brayant, R. (2000) . The Relation Between Acute stress Disorder and PTSD. *Journal of of consling and clinical psychology*. , 52:048-060
- Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., Kosten, T.R. (2001). Substance Use Disorders in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8):1184-1190.
- Kaplan, H.I., and sadock, B.J. (1994) *Synopsis of Psychiatry Behavioral sciences clinical psychiatry*. Printed in the united states of America, Williams and wilkins press.
- Keck, E. J. R, McElroy, S., Friedman, L. (1992). Valproate and carbamazepine in the treatment of Panic and Posttraumatic stress disorder, Withdrawal states, and behavioral dyscontrol syndromes. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12 (Suppl): 36S- 41S.
- Kesler, RC, sonnega, A and et.al .(1995). PTSD in the National comorbidity survey, *Archive of general psychiatry* , 5:45-54
- Kessler R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B .(1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archive of General Psychiatry*, 52:1048-1060
- Kofed L, Friedman MJ, Peck R. (1993). Alcoholism and drug abuse in Patients with PTSD. *Psychiatr Q* 64 (2): 151- 171.

- Kosten, T.R., Rounsaville, B. J., Kleber, H.D. (1986). A 2.5 year follow-up of depressions, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. *Archive of General Psychiatry*, 43:733-739.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York, Brunner/Mazel.
- Lê AD, Quan, B., Juzytch, W., Fletcher, P.J., Joharchi, N., Shaham, Y. (1998). Reinstatement of alcohol-seeking by priming injections of alcohol and exposure to stress in rats. *Psychopharmacology*. 135:169-174.
- Lipper S, Davidson JRT, Grady TA, et al. (1986). Preliminary study of carbamazepin in Post- traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 27: 849- 854.
- Marmar C, Foy D, Kagan B, Pynoos RS.(1993). An integrated approach for treating Posttraumatic stress. In Oldham J, Riba M, Tasman A (eds): American Psychiatric press *Review of Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, P, 269.
- McEwan, B.S., Sapolsky, R.M. (1995). Stress and Cognitive Function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5:205-216.
- McFall M, Mackay P, Donovan D. (1992). Combat-related Posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *Journal of Study Alcohol*, 53: 357- 363.
- McFarland, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E., Papay, P. (1994). Physical symptoms in post- traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 715- 726.
- McLellan A, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of Psychiatric severity. *Archive of General Psychiatry*, 40: 620- 625.
- Miller N, Gold M. (1993). A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. *Psychiatry Clinical North America*, 16 (1): 105- 117.
- Najavits, L.M (2002). *Seeking selfety. A treatment manual for PTSD and substance Abuse*. Guilford publications.
- Neppe V, Tucher G. (1994). Neuropsychiatric aspects of seizure disorders. In Yudofsky S, Hales R (eds): American Psychiatric Press *Textbook of Neuropsychiatry*. Washington, DC, PP 397- 426. American Psychiatric Press.
- Neppe V, Tucker G, Wilensky A. (1988). Fundamentals of carbamazepine use in neuropsychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49 (Suppl 4): 4- 6.
- North, CS, Smith, E.M and et.al (1994) PTSD in survivors of a mass shooting, *American journal of psychiatry*. Baltimore: clinical psychometric Reserch .

- Piazza, P.V., Deminiere, J.M., Le Moal, M., Simon, H. (1990). Stress- and pharmacologically-induced behavioral sensitization increases vulnerability to acquisition of amphetamine self-administration. *Brain Research*, 514:22-26.
- Pitman R, Van der Kolk B, Orr SP, et al. (1990). Naloxonereversible analgesic response to combat- related stimuli in Posttraumatic stress disorder. *Archive of General Psychiatry*, 47: 541- 554.
- Post R, Kopanda R. (1976). Cocaine, Kindling and Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 133: 627- 634
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationship of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Tramatic Stress*, 11, 87- 101.
- Satcher, D. et al. (1999). Chapter 4.2, *Mental Health : A rport of the Surgeon General*. www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter4/sec2
- Saxon, A.J., Davis, T.M., Sloan, K.L., McKnight, K.M., McFall, M.E., Kivlahan, D.R. (2001). Trauma, Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, and Associated Problems Among Incarcerated Veterans. *Psychiatric Services*, 52(7):959-964.
- Shaham, Y., Stewart, J. (1995). Stress reinstates heroin-seeking in drug-free animals: an effect mimicking heroin, not withdrawal. *Psychopharmacology* , 119:334-341.
- Sinha, R., Catapano, D., O'Malley, S. (1999). Stress-induced craving and stress response in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology* 1999; 142:343-351.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L.R., O'Malley, S.S. (2000). Psychological stress, drug-related cues, and cocaine craving. *Psychopharmacology*. 152:140-148.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L.R., O'Malley, S.S. (2000). Psychological stress, drug-related cues, and cocaine craving. *Psychopharmacology*, 152:140-148.
- Spiegel D. (1992). *Treating Post- Traumatic Stress Disorder. Cognitive Behavioral Straregies*. New York, Guilford.
- Stewart, J. (2000). Pathways to relapse: the neurobiology of drug- and stress-induced relapse to drug-taking. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 25:125-136
- Tull, M.T., Baruch, D., Duplinsky, M., & Lejuez, C.W. (2008). Illicit drug use across the anxiety disorders: Prevalence, underlying mechanisms, and treatment. In M.J. Zvolensky & J.A.J. Smits (Eds.), *Health behaviors and physical illness in anxiety and its disorders: Contemporary theory and research*. New York, NY: Springer.

- Tull, Matthew. (2008). PTSD and Alcohol and Drug Use. *Http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/drugalcohol.htm*. 2008.
- Van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, et al. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a Psychobiology of Posttraumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20: 314- 325.
- Van der Kolk B, Greenberg M.S, et al. (1989). Endogenous opioids, stress induced analgesia, and Posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 25: 417- 421.