

بنام خدا

پسیکوپاتولوژی و اعتیاد

دکتر سیروس ایزدی*

گرفته شده است تا اندازه زیادی با طبقه اجتماعی فرد در رابطه است. بنابراین با توجه مقایسه فراوانی ها مختلف موارد استعمال مواد مخدر در طبقات مختلف جامعه، تعریف اعتیاد را نباید مبتنی بر همبستگی آن با طبقه اجتماعی عنوان کرد.

به دلائل فوق الذکر در این مقاله کاربرد اصطلاح "استفاده غیر طبی از دارو"^۱ را بر سایر اصطلاحات ترجیح می دهیم.

حال باید پسیکوپاتولوژی را با توجه به بحث ها و اختلاف نظرهای موجود در تعریف هریک از حالات پسیکوپاتولوژیک، منظور خود را در کاربرد اصطلاحات پسیکوپاتولوژیک مختلف مانند افسردگی و... در این مقاله مشخص سازیم. در این مورد منظور تعریف های^۲ است با توجه به کلیه مسائل فوق بررسی رابطه پسیکوپاتولوژی و استفاده غیر طبی از داروها از یک کنجکاوی ساده و ارائه نظریاتی جدید عمیق تر است و از جمیع جهات امری جدی است. زیرا درک این نکات ظریف ما را در پیشگیری و درمان درمان که در بسیاری موارد به مسائل قانونی، اجتماعی یا طبی منجر میشود یاری می کند.

پیش از آنکه یافته هایی که مبین احتمال رابطه ای میان اشکال خاصی از پسیکوپاتولوژی (مانند افسردگی) و استفاده غیر طبی از داروها باشد را مورد بررسی قرار دهیم، لازم است به بعضی از بررسی هاییکه روی حیوانات در زمینه

یکی از مشکلات موجود در زمینه بحث پیرامون رابطه پسیکوپاتولوژی و اعتیاد دارویی یا عبارت دیگر سوء استفاده از داروها، مشخص کردن مفهوم این کلمات است که متأسفانه بعلت آنکه این اصطلاحات توسط پژوهشگران مختلف با تعاریف متفاوتی بکار گرفته شده است، خالی از اشکال نیست. بعنوان مثال یک تعریف جامعه شناسانه "سوء استفاده از دارو" را "استفاده از دارویی می داند که جامعه آنرا مجاز نمیداند". این تعریف طبیعتاً با پسیکوپاتولوژی بنحوی رابطه دارد. زیرا در واقع با این تعریف برداشت ما از سوء استفاده از داروها نوعی انحراف از آنچه مورد پذیرش جامعه است می باشد و این خود نوعی پسیکوپاتولوژی است. همچنین واضح است که تعریفی از "سوء استفاده از دارو" که آنرا مترادف اعتیاد^۱ توصیف می کند نیز در بسیاری از موارد "استفاده غیر طبی" از داروهایی که سبب وابستگی بدنی نمیشود کاربرد ندارد. بعلاوه همانطور که "کلام"^۲ بسال ۱۹۷۸ بیان کرده است تعریف هایی از "سوء استفاده از دارو" که مبتنی بر نتایج منفی ناشی از آن (مانند از دست دادن شغل یا پیدایش اشکال در تحصیل) خواه برای استفاده کننده یا جامعه باشد، نیز با توجه به این واقعیت که شرایط اخیر ممکن است بدون سوء استفاده از دارو نیز تحقق یابد نارسا می باشد. بعلاوه اهمیت موضوع زمانی بیشتر محسوس است که ملاحظه میشود بسیاری از معیارها و ضابطه های رفتاری که در تعریف نتایج منفی ناشی از سوء استفاده از دارو بکار

* گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

غیر پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند. بهمین ترتیب آزمایش روی حیوانات نشان داده است که حیوانات بخودی خود بعضی از داروها را مصرف نمی‌کنند و حتی از آنها گریزانند. این داروها را نیز میتوان بشرح زیر خلاصه کرد:

- ۱- نارکوتیک‌های آنتاگونیست: نالوکسون^۱ و سیکلازوسین^۲.
 - ۲- مسکن‌های غیر نارکوتیک: اسید استیل سالیسیلیک و فنیل بوتازون.
 - ۳- محرک‌های روانی - حرکتی: کافئین، فن - فلورامین^۳ و پمولین^۴.
 - ۴- داروهای ضد افسردگی: آمی تریپتیلین و ایمی پرامین.
 - ۵- آنتی سایکوتیک‌ها: کلروپرومازین، پرفنازین، هالوپریدول و...
 - ۶- داروهای توهم‌زا: LSD و دلتا-۹-تی اچ اس^۵.
 - ۷- داروهای متفرقه: اسکوپولامین و پروپرانولول.
- از داروهای فوق به استثناء LSD و دلتا - ۹ - تی اچ اس موادی هستند که معمولاً توسط انسان نیز بمنظوری جز اهدافی طبیی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. بنابراین بعنوان یک واقعیت باید توجه داشت که اثرات داروهای "آنتی - سایکوتیک" و ضد افسردگی‌های سه حلقوی برای حیوانات و انسان جنبه "اجتنابی" دارد.
- در اینجا باید خاطر نشان ساخت که در آزمایش‌های فوق روش خاصی برای مطالعه رفتار دارو جویانه در حیوان بکار گرفته نشده است، بلکه در آنها بررسی‌ها نیز همان روش‌های معمول روانشناسی آزمایشگاهی که توسط آنها رفتارها را بکمک خوراک، آب، جنس مخالف و تحریکات الکتریکی برخی از مناطق پاداش را درمغز تقویت و تضعیف می‌کنند بکار رفته است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که

"رفتار دارو جویانه"^۱ انجام شده است توجه کنیم. زیرا یافته‌های این بررسی‌ها در این بحث عملاً مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در طول دوده گذشته تجربیات آزمایشگاهی نشان داده است که بعضی از حیوانات از خود "رفتار دارو جویانه" نشان میدهند. بعنوان مثال شمانزه‌ها یاد می‌گیرند که جعبه‌ای را که محتوی مورفین و سرنگ می‌باشد انتخاب کنند و خود را بمنظور تزریق مورفین به آن فشار بدهند. بهمین ترتیب موش، خرگوش، سگ، میمون و رزوس و برخی دیگر از حیوانات نیز با فشار به اهرمی که سبب تزریق برخی از داروها به آنها میشود "رفتار دارو جویانه" را یاد می‌گیرند.

نتایج این بررسی‌های آزمایشگاهی مبین آن است که برخی از داروها سبب رفتار دارو جویانه در حیوانات میشوند و بعضی از داروها فاقد چنین تاثیری هستند. انواع داروهای که موجب برقراری "رفتار دارو جویانه" در جانداران غیر انسانی می‌شوند به ترتیب قدرت ایجاد این رفتارها بقرار زیر است:

- ۱- نارکوتیک‌های "آگونیست": کودئین، هروئین و متادون.
- ۲- نارکوتیک‌های با اثر مخلوط آگونیست-آنتا-گونیست، بوتوفانون و پنتازوسین.
- ۳- محرک‌های روانی حرکتی: آفتاتین، کوکائین، متیل فنیلدیت.
- ۴- تضعیف‌کننده‌های سیستم عصبی مرکزی: کلرو-دی آزیوکساید، اتانول و پنتوباریتال.
- ۵- مواد داروئی متفرقه: پروکائین، فن سیکلیدین^۲ و پیری لامین^۳.

در اینجا به روشنی ملاحظه میشود که انواعی از داروها که سبب پیدایش "رفتار دارو جویانه" در حیوانات میشوند، در واقع همان موادی هستند که در انسان نیز با اهدافی

1- Non-medical drug USE.

2- DSM III

3- Drug-Seeking behavior

4- Phencyclidine

5- Pyrilamine

6- Nalcoxon

7- Cyclazocine

8- Fenflnramine

غیرپزشکی آزماده خاصی است و از طرف دیگر این آمادگی ژنتیک برای ظاهر شدن مستلزم وجود محیطی مناسب است. حال باید دید که محیط در این مورد خاص چه نقشی بازی می‌کند؟ آنچه از لحاظ بالینی و به تجربه نیز ثابت گردیده است، در دسترس بودن دارو و فقدان محدودیت اجتماعی در مورد سوء استفاده از دارو می‌باشد.

بنابراین تا آنجا که در زمینه بیولوژیک می‌توانیم ادعا کنیم آنست که اگر در یک جامعه اثرات خنثی کننده ای در قبال نیاز بیولوژیک برخی از مردم به "نارکوتیک‌ها" وجود نداشته است، استفاده از مواد مخدر امری معمولی است نه نوعی انحراف.

از طرف دیگر تعداد بسیاری از جوانان آمریکائی که در طول خدمت سربازی خود در ویتنام به هروئین معتاد شدند بطور غیر مستقیم به نفع این دید بیولوژیک است. در اکثر نشریات آمریکائی گرایش این جوانان به هروئین ناشی از استرس شرایط جنگی توصیف شده است. آنچه واقعیت دارد اینست که بهنگام اقامت آنها در ویتنام، هروئین به آسانی در دسترس آنها قرار داشته است. اما مشاهدات بعدی همین آنست که تقریباً تمام این جوانان پس از مراجعت به آمریکا از مصرف هروئین خودداری کرده و به ترک اعتیاد خویش اقدام کردند و به زندگی پیشین خود بازگشتند.

در اینجا این سؤال مطرح میشود که چگونه دید بیولوژیک سوء استفاده از داروها را بعنوان امری عادی تلقی می‌کند. مشاهدات بالینی نیز مبین آن است که بسیاری از افراد که به استفاده غیر پزشکی از دارو میپردازند، دچار نوعی اختلال روانی میباشند یا عبارت دیگر از لحاظ بالینی بین سوء استفاده از داروها و پسیکوپاتولوژی رابطه نزدیکی مشاهده میشود. حال باید دید این مسائل را چگونه باید تعبیر کرد؟

با وجود آنکه این دو دیدگاه ممکن است پدیده متناقض یکدیگر بنظر برسند، اما عملاً چنین نیست، زیرا در واقع راه‌های متعددی وجود دارد که "پسیکوپاتولوژی" در احتمال گرایش به مواد مخدر بنحوی تاثیر می‌گذارد.

در این مقاله راه‌های مختلفی که پسیکوپاتولوژی به نوعی به استفاده غیر پزشکی از داروها می‌انجامد و همچنین درک این مطلب که هم از لحاظ پیشگیری و هم از جهت درمان

تزریق برخی از داروها رانیز مانند غذا، آب و جنس مخالف بمنظور کنترل رفتار بکار گرفت.

نیروی یک دارو بعنوان نوعی تقویت کننده نیز مورد مطالعه قرار گرفته است، بطوریکه در برخی شرایط "رزوس" تا تحلیل کامل بدنی و احتمالاً مرگ کوکائین را بر غذا ترجیح داده است.

در اینجا لازم به یادآوری است که محافل علمی بر آن نیستند که از نوع تعبیر ساده لذت طلبانه برای "رفتار دارو جویانه" دفاع کنند و بهمین ترتیب نمی‌خواهند و نباید متغیرهای محیطی را که میتواند گرایش به اعتیاد را تسهیل و بعنوان تقویت کننده این رفتارها بحساب آید را نادیده بگیرند.

در این میان گرچه داروهای اصلی مورد استفاده در جهت اهدافی غیر پزشکی آنهایی هستند که بخودی خود در شرایط بسیار متنوع و گوناگونی میتوانند اثر تقویت کننده‌ای داشته باشند. اما بطور کلی پژوهشگران آزمایشگاهی در تجربه و تحلیل "رفتار دارو جویانه" در حیوانات، و آنهم رفتاری که در آن اصول شرطی شدن عاملی^۱ و شرطی شدن کلاسیک^۲، به رفتار دارو جویانه بعنوان نوعی رفتار وسیلی (عاملی) که توسط اثر تقویت کننده دارو کنترل شده است مینگرد.

اما طبیعتاً کاربرد این یافته‌ها در نحوه نگرش ما به "رفتار دارو جویانه" در انسان است. بنابراین بحث ما این است که این یافته‌های حیوانی قویاً مؤید آن است که از دیدگاه بیولوژیک رفتار دارو جویانه امری طبیعی است و بنظر میرسد که به احتمال قوی استفاده نابجا از داروها اصولاً مربوط به آن دسته از داروهای است که به مکانیسم‌های مغزی مربوط به غذا، آب، روابط جنسی و غیره و... را بنحوی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

این برداشت ما را بیاد جمله معروف جان واتسون^۳ می‌اندازد که میگوید: دوازده کودک سالم را به من بدهید. من میتوانم با قرار دادن آنها در شرایط محیطی خاص کنترل شده، هریک از آنها را به هروئین، باریتوریک یا دیگر مواد اعتیادآور معتاد سازم.

بهر حال آنچه مسلم است عقاید مؤلفین در زمینه اعتیاد یا سوء استفاده از داروها از یک طرف جنبه ژنتیک دارد، بدین معنی که ارگانیزم معتاد بنحوی مشتاق استفاده

2- Classical Conditionning

1- Operant Conditionning

3- Johnan B. Watson

برای ما الزامی است میپردازیم و بالاخره میتوانیم به نوعی مکانیسم مشترکی که توسط آن انواع مختلفی از شرایط محیطی یا "ارگانیک" میتواند به مصرف غیر پزشکی از داروها منجر شود، دست یابیم.

پسیکوپاتولوژی و استفاده غیر پزشکی از داروها نگاهی به نشریات بالینی منتشره در زمینه اعتیاد دارویی یا عبارت علمی تر استفاده غیر پزشکی از داروها مبین وجود انواعی از پسیکوپاتولوژی است که معمولا "باسوء" استفاده از داروها همراه است. این انواع پسیکوپاتولوژی را میتوان به ترتیب اهمیت به شرح زیر خلاصه کرد:

- ۱- اختلالات شخصیتی.
- ۲- اختلالهای خلقی اولیه.
- ۳- اختلالهای خلقی ثانویه.
- ۴- حالات اضطرابی.
- ۵- اختلالهای روانی جنسی.
- ۶- اختلالات اسکیزوفرنیک.
- ۷- اختلالهای پارانوئید.

آنچه در مورد لیست فوق چشم می خورد جنبه فراگیری آن است و در حقیقت عملا "کلیه اشکال پسیکو-پاتولوژی همراه با وابستگی دارویی مشاهده گردیده است. در نشریات بالینی چه بسا اختلال روانی بعنوان "علت"، مانند رابطه "سوشیوپاتی" و اعتیاد به هروئین و یا "معلول" مانند استفاده از "آفتامین" که به پسیکوز سمی مشابه اسکیزوفرنی منجر میشود شناخته شده است. طبیعتا در این زمینه خاص چنین اختلاف عمیقی یعنی از علت تا معلول بودن مورد انتظار است، زیرا داروهاییکه معمولا "مورد سوء" استفاده قرار می گیرند، دارای اثرات فارماکولوژیک متفاوتی هستند. کولب^۱ سال ۱۹۶۲ چنین اظهار عقیده کرده است که انسان ها با انواع مختلفی از مسائل و مشکلات روانی، ممکن است از مواد دارویی بمنظور خود درمانی استفاده کنند. نوروتیک ها برای کاهش اضطراب، اسکیزوفرنیک ها بمنظور رهایی از توهمات و هذیانها و مبتلایان به اختلال خلقی برای رفع افسردگی به استفاده غیر پزشکی داروها می گرایند. حال با توجه به اینکه هریک از مواد دارویی دارای اثرات مختلفی هستند، برحسب اثرات آنها میتوانند توسط و نیاز افراد مختلف می توانند مورد استفاده قرار گیرند. مثلا

یک بیمار مبتلا به نوروز اضطراب ممکن است در پناه هروئین احساس آرامش نماید، در حالیکه یک "سایکوپات" با تزریق هروئین بخود بی پروائی و بیحوصلگی خود را کنترل می کند. بعلاوه روش زندگی استفاده کنندگان هروئین برای آنها مفهوم وجودی خاصی دارد، در حالیکه استفاده از این ماده در بیماران افسرده بعنوان نوعی "خود درمانی" تلقی میشود. با وجود این، با توجه به اثرات مختلف هریک از مواد دارویی، انتظار همراه بودن مصرف دارویی خاص با نوع مخصوصی از "سایکوپاتولوژی" کیفیتی غیر واقع بینانه است. و تنها در بررسی های مبتنی بر آمار و ارقام و نتیجه گیری ممکن است همبستگی پائین تا متوسطی را میان سوء استفاده از دارویی بخصوص با نوع مشخصی از "پاتولوژی" انتظار داشت. با وجود این، گزارشات بالینی منتشره که مبین توام بودن استفاده از هروئین و بیماری افسردگی می باشد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یافته هایی که وجود رابطه ای را بین افسردگی و مصرف هروئین تأیید میکند بقرار زیر است:

- ۱- اقدام به خودکشی در معتادان به هروئین از گروه شاهد بیشتر است.
- ۲- آزمون های روانشناسی "MMPI" و ارزیابی هایی بالینی اغلب بیانگر وجود نوعی همبستگی میان افسردگی و اعتیاد به هروئین است و نشان می دهد که وقوع افسردگی در استفاده کنندگان از هروئین بطور قابل ملاحظه ای از رقم شیوع افسردگی در جمعیت عمومی بیشتر است. البته مطالعات معدودی چنین کیفیتی را تأیید نمی کند. در مورد این مطالعات منفی باید خاطر نشان ساخت که در اقلیت کامل قرار دارد و در مقابل یافته های دال بر وجود نوعی ارتباط میان افسردگی و استفاده از هروئین آنقدر بسیار است که میتوانیم ادعا کنیم که بین این دو پدیده رابطه ای عمیق وجود دارد. خوشبختانه تجزیه و تحلیل هایی که در این زمینه انجام شده است تا اندازه بسیاری در برگیرنده و قابل تممیم به روابط موجود میان سوء استفاده از دیگر انواع داروها و سایر گونه های پسیکوپاتولوژی می باشد.

رابطه افسردگی و اعتیاد به هروئین همانطور که قبلا بیان گردید، بسیاری از بررسی ها مبین وجود رابطه ای میان معیارهای مختلف افسردگی (اقدام

بخودکشی، نتایج آزمون MMPI و ارزیابی بالینی) و اعتیاد به هروئین است. منبع این اطلاعات تقریباً "بطور ثابت تحقیقاتی است که بمنظور ارزیابی درجه افسردگی معتادانی می باشد که بمنظور درمان شخصاً" مراجعه کرده و یا از طرف مقامات قضائی به مراکز درمانی فرستاده شده اند، فرض وجود یک چنین رابطه ای میان اعتیاد به هروئین و افسردگی و تعبیر و تفسیر این رابطه حائز اهمیت است.

در اینجا بطور خلاصه به شرحی پیرامون چگونگی امکان این رابطه میپردازیم:

عوامل ژنتیک و محیطی موجب افسردگی شده و به استفاده از هروئین می انجامد:

این تعبیر مبین آن است که برخی از مردم به دلایل ژنتیک و محیطی نامشخصی مبتلا به افسردگی شده و افسردگی حاصله امکان گرایش آنها را به هروئین یا مواد مخدره افزایش می دهد. در این زمینه راههای متعددی وجود دارد که ممکن است پایانش اعتیاد به هروئین باشد که در اینجا بطور خلاصه به ذکر آنها میپردازیم:

الف - همانطور که قبلاً نیز اشاره شد استفاده از هروئین توسط یک بیمار افسرده ممکن است کوششی برای "خود درمانی" باشد. اثر هروئین در این بیماران رهائی موقت از خلق افسرده یا لااقل متوقف ساختن درک این حالت عاطفی منفی است. و تقریباً "شبه همان تاثیر است که مواد مخدر بر دردهای بدنی دارد (درمان علامتی)، بنابراین مواد تریاکی از جمله هروئین بطور موقت هم شده بیمار افسرده را بحال طبیعی بر می گرداند. در این زمینه یافته های تجربه قابل ملاحظه ای نیز در دست می باشد که همه بیانگر اثرشادی زا، احساس سر حال شدن و شنگولی و کاهش افسردگی لااقل در مراحل اولیه مصرف مواد مخدر است.

ب - میتوان چنین فرض کرد که اثر تقویت کننده هروئین در یک زمینه افسردگی بازتر میشود. گرچه در حال حاضر گواه تجربی مستقیمی که این عقیده را از لحاظ بالینی بطور قاطع تأیید کند وجود ندارد. اما شواهدی از تجارب انجام شده روی حیوان اخیراً "افزایش اثرات تقویت کننده موادی مانند الکل، پنتوباربیتال و برخی از مواد تریاکی در موش ها و میمون ها" که برای مدتی از غذا محروم گردیده اند به اثبات رسیده است.

بنابراین جالب خواهد بود که بدانیم آیا سایر انواع محرومیت مانند محرومیت از آب، جنس مخالف و روابط اجتماعی و غیره... نیز اثرات تقویت کننده^۱ مواد مخدر را تشدید خواهند کرد یا خیر؟ با وجود آنکه رابطه حالات محرومیت تجربی در حیوانات و افسردگی در انسان جنبه کاملاً "فرضی" دارد. تحقیق در این زمینه ممکن است امکان مکانیسمی که توسط آن افسردگی به استفاده از هروئین بیانجامد را روشن سازد.

ج - راه دیگری که بیماری افسردگی میتواند سبب افزایش تمایل بیمار به استفاده از هروئین شود آن است که افسردگی خود سبب نادیده گرفتن و یا بعبارت دیگر موجب بی توجهی به محدودیت های موجود در جامعه در مورد استفاده از هروئین می گردد و همانطور که قبلاً بیان شد در جایی که سدا اجتماعی وجود نداشته باشد استفاده از هروئین امری بسیار شایع است. بنابراین سایکوپاتولوژی همراه با مصرف هروئین با میزان حساسیت فرد به نتایجی که از لحاظ اجتماعی بر آن مترتب است بستگی دارد. حال در جریان بیماری افسردگی که کلیه منابع لذت در نظر بیمار بی ارزش جلوه می کند، "سایکوپاتولوژی" بطور غیر مستقیم برگرایش بیمار بسوی اعتیاد اثر می گذارد. نکته قابل تعمق آنکه تقریباً "در کلیه مواردی که "رفتار دارو جویانه" مورد مطالعه قرار گرفته است، حیوانات مورد بررسی منابع تقویت کننده محدودی در اختیار داشته اند. بعبارت ساده در این تجربه ها حیوان با استفاده از هروئین چیز مهمی را از دست نمی داده است و این کیفیت را میتوان از لحاظ روانشناسی شبهه حالت بیماران افسرده دانست. شکل دیگری که افسردگی میتواند سبب گرایش بیمار به هروئین شود، کاهش یا از بین رفتن احساس گناهی است که معمولاً با مصرف هروئین در شخص بیمار ایجاد میشود. این پدیده یک واقعیت است که آسپا احساس گناه ناشی از مصرف داروی مخدر بخودی خود می باشد، یا آنکه به روش خاص زندگی معتادان بستگی دارد. این شکل اخیر احساس گناه بخصوص در مواردیکه اعتیاد از سنین پائین آغاز شده باشد یعنی پیش از آنکه بازداریهای اخلاقی کاملاً "درون فکتی" گردیده، جزئی از شخصیت شکل گرفته باشد، تاحدی مربوط است.

د - بالاخره میتوان چنین فرض کرد که برخی

پزشکی از داروها می باشد.

اکنون باید دید که این تعبیرات در برنامه ریزی پیشگیری و درمان اعتیاد چه کاربردی دارد. واضح است که اگر افسردگی را مقدم بر اعتیاد تصور کنیم، بنابراین— درمان افسردگی هم علائم سندرم محرومیت را به حداقل می رساند و هم از احتمال گرایش مجدد بیمار به هروئین— می کاهد. البته این روش بنظر نمی رسد یک راه حل کلی برای پیشگیری از اعتیاد به هروئین در یک جامعه در معرض خطر باشد. زیرا، امر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر لااقل به تامین بهداشت روانی وابسته است و بنابراین روند اعتیاد در جامعه ادامه می یابد. و از طرف دیگر ما اینگونه بیماران را زمانی ملاقات می کنیم که بمنظور درمان مراجعه کرده اند. که البته لازم است که در این مواقع بیماری افسردگی و وابستگی به هروئین بطور همزمان معالجه گردد.

عوامل ژنتیک و محیطی — گرایش به هروئین — افسردگی

مطالعات تجربی مبین آنست که وابستگی به هروئین بخودی خود میتواند موجب پیدایش یا تشدید بیماری افسردگی شود. اغلب این تحقیقات بررسی هایی بوده است که روی معتادانی صورت گرفته که قبلاً "نیز معتاد بوده و مجدداً" به اعتیاد کشیده شده اند. بنابراین معیارها و ضوابطی که توسط آنها خلق بیمار ارزیابی میشود باید قبل، در جریان و بعد از درمان وابستگی بدنی به ماده مخدر بکار گرفته شود. نخستین پژوهش در این زمینه سال ۱۹۵۲ توسط "ویگلر"^۱ انجام شد که در این مطالعه تنها یک بیمار که از مورفین استفاده می کرد مورد بررسی قرار گرفت. این شخص در جریان اعتیاد مجدد بتدریج علائم افسردگی و اختلال خلق را نشان می داد. بعدها سال ۱۹۶۹ هرتزن و هوکس^۲

تغییرات نور و شیمی همراه با افسردگی ممکن است اثرات تقویت کننده هروئین را تشدید کند. پژوهش های اخیر نشان داده است که حیوانات و انسان های سالم دارای مواد شبه تریاکی درونزائی بنام "آندورفین" می باشند. بسیاری از صاحب نظران آندورفین ها را تعدیل کننده کاتکولامین های واسطه های شیمیائی می دانند که در برخی از اشکال بیوشیمی افسردگی دست اندرکارند. علاوه شواهد تجربی نشان داده است که "کلونیدین" که مرکب اصلی "نورآدرنژیک" مغز یعنی "لکوس سرئولئوس" را تحریک می کند، علائم سندرم محرومیت را از میان میبرد (گولد ۱۹۷۸). این یافته نیز بنفع این اندیشه است که میان ترکیبات تریاکی، آندورفین ها و سیستم "کاتکولامینرژیک" مغز اثرات متقابلی وجود دارد.

بطور خلاصه، راه های مختلفی وجود دارد که توسط آنها حالت افسردگی موجب افزایش اثر تقویت کننده هروئین میشود. حال ابتدا باید نشان داد که آیا افسردگی برای گرایش فرد به هروئین یک زمینه اصلی است؟ بدیهی است برای نیل به این هدف بررسی های "پروسپکتیو"^۱ نیاز است زیرا مطالعات "مبتنی برگزشته"^۲ تنها میتواند نوعی اظهار نظر باشد. اخیراً تعدادی از محققین^۳ نشان داده اند که امکان تحقق یک چنین تحقیقی وجود دارد. این گروه ۷۰۰ کودک را از ابتدای کودکی تحت نظر گرفته و آنها را از لحاظ روانی، خانوادگی و اجتماعی مرتباً مورد مطالعه و ارزیابی قرار داده و زندگی آنها را دنبال کرده اند. با وجود آنکه در میان این کودکان که اکنون بیست تا بیست و یکساله هستند وقوع مصرف جدی مواد مخدر خیلی پائین تر از آن است که بتوان تجزیه و تحلیل معنی داری را ارائه کرد، معذالک همبستگی های جالب و قابل توجهی میان نخستین خصایص روانی آنها در کودکی^۴ و دفعات استفاده از ماری جوانا، حشیش و مشروبات الکلی و سیگار وجود داشته است. بهر حال تنها راه چنین تحقیقاتی است که بکمک آن میتوان معین کرد که کدام مسئله علت و کدام معلول استفاده غیر

1- Prospective

2- Retrospective

2- Kellam, Ensminger and Simon

4- Psychological First grade

Wikler

6- Haertzen and Hooks

3- Mirini, Meyer and McNamee.

سلسله عوامل ژنتیک و محیطی باشند. این بدین معنی است که رابطه میان استفاده از هروئین و افسردگی یک رابطه علت و معلولی در هیچ یک از جهات نمیباشد. بحث پیرامون اینکه چه عوامل محیطی میتوانند باعث هردو کیفیت فوق تلقی شوند خارج از بحث این مقاله می باشد. اما آنچه مسلم است از هم پاشیدگی خانواده، انحطاط جنبه های بدنی و روانی مانند آنچه در اقلیت هایی که همواره بین خود ازدواج می کنند، فقدان زیبایی، احساس تنهایی (خواه واقعی باشد یا تصویری)، زندگی سرگردان و بی هدف از عوامل مهمی است که میتواند علت افسردگی و اعتیاد تواما "بحساب آید.

شکست بعنوان یک معتاد هروئین زیستن —

افسردگی

همانطور که قبلاً اشاره شد یافته هایی که مبین همبستگی میان افسردگی و اعتیاد به هروئین می باشد، بدواً از معتادانی بدست آمده است که با مراکز درمانی بنحوی تماس گرفته اند، خواه این افراد بخواسته خود یا از طرف مقامات قانونی معرفی شده باشند. این کیفیت مبین آن است که در اغلب معتادان این احساس پیدا میشود که نخواهند توانست زندگی خود را بعنوان یک شخص معتاد ادامه دهند.

این احساس عدم توانائی در ادامه زندگی بعنوان فردی معتاد به هروئین بعلت پیدایش تحمل (احتیاج روز افزون فرد معتاد به مصرف بیشتر) و در نتیجه گذرانیسند دوره های ترک پی در پی حالتی است که عملاً "سبب پیدایش یا تشدید افسردگی بیمار خواهد شد. در مصاحبه با معتادان سالخورده که به مراکز درمانی مراجعه می کنند بسیار شنیده میشود که "دیگر قدرت ادامه اعتیاد را ندارم و الزاماً باید به ترک ماده مخدر اقدام کنم". در همین جمله معانی بسیاری نهفته است، از جمله احساس اینکه جوانی از دست رفته و دیگر نمی توانند روش زندگی سابق خود را ادامه دهند خود عاملی برای پیدایش افسردگی بشمار میرود.

× × ×

در پایان لازم به یادآوری است که چهار تعبیری که در مورد رابطه اعتیاد و افسردگی عنوان گردید، بهیچوجه بدین معنی نیست که در هر بیماری یکی از این تعبیرات صادق باشد و یا آنکه با نظم و ترتیبی خاص یکی به دیگری تبدیل

پیدایش علائم افسردگی را در گروهی از افرادی که از لحاظ بدنی به مواد مخدر وابسته بودند گزارش کردند. بهمین ترتیب سال ۱۹۷۶ تغییرات خلقی مشابهی توسط میرینی و ماگ نیمی^۷ منتشر شد. این مؤلفین معتادان را در جریان مرحله ای که میتوانند از هروئین استفاده کنند مورد مطالعه قرار دادند. در این تحقیق معلوم شد که پس از تزریق هروئین مدت زمانی کوتاه (در حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه) نشانه های اختلال خلقی و افسردگی بطور قابل ملاحظه ای تخفیف می یابد. در اینجا باید خاطر نشان ساخت که در این مطالعات برای اصطلاح افسردگی تعریف های متفاوتی ارائه شده است و این تفاوت در تعریف افسردگی، مقایسه ایی بررسی ها را دشوار می سازد. امید است در آینده معیارها و ضوابط مشترکی برای ارزیابی افسردگی در پژوهش های علمی بکار گرفته شود تا مقایسه نتایج خالی از اشکال باشد. زیرا واضح است که تا زمانی که ضوابط تشخیصی متفاوت باشد مقایسه پژوهش های انجام شده معنی دار نخواهد بود.

نکته دیگری که در اینجا باید به آن توجه کرد آنست که مسئله اعتیاد به هروئین و ارتباط آنرا با پسیکوپاتولوژی نباید تنها بر اساس اثرات "فارماکولوژیک" این ماده و ارتباط آن با افسردگی در نظر گرفت. چه واضح است که مصرف مواد مخدر اغلب بیش از آنکه نوعی استفاده غیر پزشکی از دارو باشد کلیه جنبه های زندگی بیمار را در بر می گیرد. و این موضوع بخصوص در مورد هروئین کاملاً صادق است. زیرا معمولاً با انواع رفتارهای ضد اجتماعی و تخریب "خود" همراه است و طبیعتاً در بسیاری موارد با احساس گناه توأم می باشد. شواهد بسیار کمی وجود دارد که نقش سبک زندگی معتاد به هروئین را در ارتباط با پیدایش "پسیکوپاتولوژی" ارزیابی کنیم و این مسئله ایست که مسلماً "از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

استفاده از هروئین

عوامل ژنتیک و محیطی —

افسردگی

سومین تعبیری که در زمینه ارتباط میان افسردگی و استفاده از هروئین وجود دارد آنست که هردو ناشی از یک

ریزی نماید. ضمناً توجه داشته باشد که علاوه بر افسردگی که در معتادان بفرآوانی دیده میشود، امکان وجود انواع و اقسام پسیکوپاتولوژی های دیگر نیز وجود دارد که باید همه آنها را در جریان ارزیابی اولیه در نظر داشته باشد تا برنامه ریزی وی با اشکال مواجه نشود.

بعلاوه باید توجه داشته باشد که گذشته از پسیکوپاتولوژی سایر عوامل از جمله شکست در زندگی زناشویی، شکست های تحصیلی، فقدان موقعیت های شغلی و بطور کلی کلیه شرایطی که میتواند شخص را از دیگر منابع لذت مادی و معنوی محروم سازد ممکن است عاملی برای گرایش به هروئین یا استفاده مجدد از آن بحساب آید.

شود. بلکه چه بسا ممکن است هر چهار تعبیر در یک بیمار قابل توجیه باشد. بعنوان مثال یک فرد بعللی دچار افسردگی میشود و به استفاده از هروئین می انجامد. اعتیاد وی سبب تشدید افسردگی او خواهد شد و بهنگام مراجعه برای درمان، احساس اینکه دیگر قادر نیست بعنوان یک معتاد به هروئین به زندگی خود ادامه دهد نیز عاملی برای تشدید افسردگی او بحساب آید.

بنابراین از لحاظ درمانی همیشه باید توجه داشت که معتادان به مواد مخدر گروهی ناهمگن می باشند و پزشک بهنگام آغاز درمان باید به دقت بیمار خود را ارزیابی کند و برنامه درمانی خود را متناسب با نیازهای بیمار خود طرح

References

- 1- Aigner, T.G., and Balster, R.L. Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food. *Science*, 1978, 201, 534-535.
- 2- Carroll, M.E. France, C.P., and Meisch, R.A. Deprivation increases oral intravenous etonitazene intake in rats. *Science*, 1979, in press.
- 3- Frederick, C.J., Resnick, H.L.P., and Wittlin, B.J. Selfdestructive aspects of hard core addiction. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28, 579-585.
- 4- Gold, M.S., Redmond, D.E., and Kleber, H.W. Clonidine blocks acute opiate withdrawal symptoms. *Lancet*, 599-602, Sept. 16, 1978.
- 5- Goldstein, A. Heroin addiction: Sequential treatment employing pharmacologic supports. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 33, 353-358.
- 6- Gritz, E.R., Shiffman, S.M., Jarvik, M.E., Haber, J., Dymond, A.M., Coger, R., Charuvastra, V., and Schlesinger, J. Physiological and psychological effects of methandone in man. *Archives of General Psychiatry* 1975, 32, 237-242.
- 7- Haertzen, C.A., and Hooks, N.T. Changes in Personality and subjective experience associated with the chronic administration and withdrawal of opiates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148, 606-614.
- 8- Johanson, C.E. Drugs and reinforcers. In D.E. Blackman and D.J. Sanger (Eds). *Contemporary Research in Behavioral Pharmacology*. New York: Plenum, 1978.
- 9- Kellam, S.G. Ensminger, M.E., and Simon, M.B. First grade antecedents of teenage drug use and psychological well-being: A ten year community wide prospective study. Presented at the Society for Life History Research in Psychopathology, University of Cincinnati, 1978.

- 10-Kolb, L. Drug Addiction, A Medical Problem, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1962.
- 11-Mirin, S.M., Meyer, R.E., and McNamee, H.B. Psychopathology, craving and mood during heroin acquisition: An experimental study. International Journal of the Addictions, 1976, 11, 515-544.
- 12-Robins, L.M., Davis, D.H., and Nurco, D.W. How permanent was Viet Nam drug addiction? American Journal of Public Health, 1974, 64, 38-43.
- 13-Watson, S.J., Akil, H., Berger, P.A., and Barchas, J.D. Some observations on the opiate peptides and schizophrenia Archives of General Psychiatry, 1976, 133, 1434-1438.
- 14-Woody, G.E., O'Brien, C.P., and Rickels, K. Depression and anxiety in heroin addicts: A placebo-controlled study of doxepin in combination with methadone. American Journal of Psychiatry, 1975, 132, 447-450.