

مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) دارای سوء

مصرف مواد با هم‌تایان غیر معتاد در شهر کرمان

بهناز صدیقی^۱، محمدعلی شفا^۱، معصومه طاهر قابنی^{۲*}، فریبرز استیلابی^۳

خلاصه

مقدمه: سوء مصرف مواد می‌تواند اثرات گوناگونی بر توانایی فیزیکی و روانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) داشته باشد. در حال حاضر مطالعات در مورد ارتباط بین سوء مصرف مواد و سایکوپاتولوژی آن با نوع و شدت بیماری مالتیپل اسکلروزیس محدود است. از این‌رو مطالعه حاضر با هدف بررسی سایکوپاتولوژی زمینه‌ای در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای سوء مصرف مواد در شهر کرمان انجام شد.

روش: این مطالعه مورد-شاهدی به شکل مقطعی بر روی ۱۲۵ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر کرمان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. از این تعداد ۱۰۰ بیمار بدون سوء مصرف مواد و ۲۵ بیمار دارای سوء مصرف مواد بودند. در هر گروه شدت ناتوانی بیمار بر اساس معیار Kurtzke EDSS (Kurtzke expanded disability status scale) تعیین گردید و تمام بیماران تست چند محوری Millon را انجام دادند. جهت تشخیص سوء مصرف مواد از معیارهای DSM-IV TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text revision) استفاده شد.

یافته‌ها: فراوانی اختلالات سایکوپاتولوژیک هذیانی، دیگر آزاری، پارانوئید و وسواسی دو گروه از نظر آماری با هم تفاوت معنی‌داری داشتند؛ به طوری که اختلال هذیانی، دیگر آزاری و پارانوئید در افراد با سابقه سوء مصرف مواد و اختلال وسواسی در گروه بدون سوء مصرف مواد فراوانی بیشتری داشت. معیار EDSS در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد بالاتر بود. همچنین نوع بیماری در بیماران دو گروه با یکدیگر متفاوت بود. نوع عود کننده-بهبود یابنده (Relapsing-Remitting) این بیماری در گروه بدون سوء مصرف مواد و نوع پیش‌رونده-عود کننده (Progressive-Relapsing) در گروه با سوء مصرف مواد به صورت معنی‌داری از نظر آماری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: اختلالات سایکوپاتولوژی در هر دو گروه دیده می‌شود. سوء مصرف مواد نه تنها با شدت و نوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس در ارتباط است، بلکه با نوع سایکوپاتولوژی این بیماران نیز مرتبط می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، سوء مصرف مواد، سایکوپاتولوژی، ویژگی‌های روان‌شناختی، کرمان

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب و دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- دستیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب و دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- دستیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: mantaher00@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۲/۴/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۷

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین اختلال دمی‌لینزاسیون انتهایی ناتوان‌کننده مزمن در سیستم عصبی مرکزی است که به طور عمده در زنان جوان دیده می‌شود (۱، ۲). در کشورهای غربی از هر ۱۰۰۰ نفر یک نفر مبتلا به این بیماری است (۳، ۴). تشخیص این بیماری نیازمند وقوع حداقل دو حادثه نورولوژیک مطابق با دمی‌لینزاسیون سیستم عصبی مرکزی است که از نظر زمانی و مکانی از یکدیگر جدا شده باشند (۴). وقوع زود هنگام این بیماری (به طور متوسط بین ۲۰-۴۰ سالگی) و طول مدت بالای ابتلا به آن منجر به هزینه‌های بالایی برای خود فرد، خانواده وی و جامعه (۵، ۶) می‌شود و همچنین در کیفیت زندگی فرد مؤثر است (۷).

مالتیپل اسکلروزیس از جمله شایع‌ترین بیماری‌هایی است که به درمانگاه روان‌پزشکی ارجاع می‌شود (۸). به نظر می‌رسد بیماران شیوع بالاتری از علایم و اختلالات روان‌پزشکی را داشته باشند (۹، ۱۰). بسیاری از بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی اساسی، سوء مصرف الکل، انزوای اجتماعی و افکار خودکشی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر است (۱۱)، به خصوص اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب سبب عدم پیگیری درمان و کاهش عملکرد و کیفیت زندگی در این افراد می‌شود (۱۲). یکی از اختلالات روان‌پزشکی که بیماران مالتیپل اسکلروزیس دچار آن می‌شوند، سوء مصرف مواد می‌باشد (۱۳، ۱۴).

در مطالعه‌ای که در آمریکا بر روی ۷۰۸ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفت، فراوانی سوء مصرف مواد شامل الکل و داروهای غیر قانونی در این بیماران ۱۸/۷ درصد گزارش شد (۱۵). بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به چند دلیل ممکن است به سوء مصرف مواد روی آورند:

۱. خستگی شایع‌ترین نشانه گزارش شده در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است (۱۶) و استفاده

از مواد مخدر و محرک می‌تواند سبب کاهش این خستگی مزمن شود (۱۷).

۲. درد از علایم بیماری مالتیپل اسکلروزیس می‌باشد و در ۵۰-۸۰ درصد بیماران در دوره‌ای از بیماری دیده می‌شود (۱۸) و مواد مخدر می‌تواند عامل تسکین درد باشد.
۳. برخی مواد از جمله ماری‌جوآنا سبب کاهش سفتی عضلانی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شود (۱۹) که می‌تواند باعث افزایش تمایل فرد به استفاده از این مواد گردد.

مطالعات در مورد ارتباط میان اختلالات روان‌پزشکی و تمایل فرد به سوء مصرف مواد محدود است. اختلالات روان‌پزشکی در بیماران با سوء مصرف مواد می‌تواند قبل از شروع سوء مصرف در فرد وجود داشته باشد یا نتیجه‌ای از سوء مصرف مواد باشد (۲۰). در بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد مبتلا به سوء مصرف الکل و سایر مواد، ۷۸ درصد افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بودند (۲۱). شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی که در این افراد دیده شده است، شامل: ترس، اختلالات روانی-جنسی، افسردگی اساسی و اختلال افسرده‌خویی می‌باشد (۲۲). این اختلالات در افرادی که به طور هم‌زمان الکل و سایر مواد را استفاده می‌کردند، بیشتر بود. همچنین بیمارانی که اختلال روان‌پزشکی داشتند میزان بیشتری از مواد را مصرف می‌کردند (۲۲).

بررسی بر روی اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که سوء مصرف مواد داشته‌اند، محدود است. شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای سوء مصرف مواد از این جهت اهمیت دارد که نحوه برخورد درمانی با این بیماران را متفاوت می‌کند. این بیماران ممکن است نیاز به درمان‌ها و مشاوره‌های روان‌پزشکی و حمایت‌های اجتماعی متفاوتی نسبت به افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بدون سوء

قبل تعیین گردید که حدود ۲۵ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس با اعتیاد و ۱۰۰ بیمار فاقد اعتیاد، وارد مطالعه شدند.

در همه بیماران ابتدا مشخصات فردی شامل سن و جنس فرد ثبت شد، همچنین نوع داروی خوراکی که بیمار مصرف می‌کرد مشخص شد و در صورتی که جزء داروهای مؤثر بر بیماری‌های روان‌پزشکی بود، مثبت تلقی گردید. سپس طول مدت ابتلا و نوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس با توجه به شرح حال و معیارهای مک‌دونالد تجدید نظر شده (McDonald criteria) توسط متخصص مغز و اعصاب مشخص شد. این معیارها شامل علائم و نشانه‌هایی است که پراکندگی زمانی و مکانی دارند [بیش از یک مرحله بیماری با درگیری بیش از یک منطقه CNS (Central nervous system)] و شامل جزیاتی در یافته‌های MRI (Magnetic resonance imaging)، بررسی مایع مغزی-نخاعی و پتانسیل برانگیخته بینایی است. این معیارها برای تشخیص این بیماری استاندارد می‌باشد (۱). در همه بیمارانی که وارد مطالعه شدند از قبل تشخیص مالتیپل اسکلروزیس بر اساس معیارهای ذکر شده (از جمله تصویربرداری) داده شده بود و اقدامات فوق دوباره در آنها انجام نشد، بلکه با معاینه فیزیکی و شرح حال نوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس در آنها مشخص گردید.

نوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس نیز بر اساس سیر بالینی بیماری در زمان توسط شرح حال و معاینه بالینی تعیین گردید که شامل موارد: RR (Relapsing-Remitting)، PP (Primary-Progressive)، SP (Secondary progressive) و PR (Progressive-Relapsing) بود.

نمره شدت بیماری توسط معاینه و بر اساس معیار Kurtzke EDSS (Kurtzke expanded disability status scale) تعیین گردید. این معیار به طور شایع برای ناتوانی بالینی استفاده می‌شود و شامل اعداد ۰ تا ۱۰ به ترتیب برای معاینه بالینی و عملکرد نرمال تا مرگ ناشی از بیماری مالتیپل

مصرف مواد داشته باشند. همچنین ممکن است سوء مصرف مواد بر سیر بیماری مالتیپل اسکلروزیس اثرات منفی داشته باشد و سبب پیشرفت و بدتر شدن علائم فیزیکی آنها شود که با مطالعه و مقایسه بین دو گروه بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس با و بدون سوء مصرف مواد از نظر علائم فیزیکی می‌توان به این تفاوت‌های احتمالی پی برد و راهکارهای مناسبی از جمله ترک مواد جهت جلوگیری از پیشرفت بیماری زمینه‌ای (مالتیپل اسکلروزیس) به بیمار داده شود.

بر اساس مطالعات قبلی، اطلاعات دقیقی از تأثیر سوء مصرف مواد بر توانایی فیزیکی و روانی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس - که می‌تواند سبب درمان متفاوت این افراد شود - موجود نیست و این مطالعه جهت روشن شدن بیشتر این ارتباطات انجام شد. همچنین شناخت صفات شخصیتی متفاوت در گروه دارای سوء مصرف مواد نسبت به گروه بدون سوء مصرف ممکن است کمک کند تا بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که بیماری آنها به تازگی تشخیص داده شده است و مستعد سوء مصرف مواد هستند، شناسایی شوند و از روی آوردن آنها به مواد و احتمال بدتر شدن علائم روانی و فیزیکی آنها تا حد امکان جلوگیری شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مورد-شاهدی (Case-control) و مقطعی بود که بر روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به درمانگاه یا بخش مغز و اعصاب بیمارستان شفا در شهر کرمان از پاییز ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۱ انجام شد. با توجه به این که پیش‌تر مطالعه مشابهی انجام نشده بود، طبق نظر متخصص آمار، تعداد نمونه مورد مطالعه بر اساس تعداد افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس با و بدون سوء مصرف مواد مراجعه کننده به درمانگاه یا بخش مغز و اعصاب بیمارستان شفا در یک دوره یک ساله در سال‌های

نتایج

در مطالعه حاضر ۱۲۵ نفر مبتلا به بیماری مالتیپل اسکروزیس مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۵ نفر به مواد وابستگی داشتند. در هر دو گروه با و بدون سوء مصرف مواد بیشترین جنس مبتلا را زنان تشکیل می‌دادند؛ ۹۰ درصد در گروه بدون سوء مصرف مواد و ۵۶ درصد در گروه سوء مصرف مواد بودند. میانگین سن در گروه با وابستگی مواد ۳۶ سال (با انحراف معیار ۸۶/۷) و در گروه بدون وابستگی مواد ۳۲/۴۵ سال (با انحراف معیار ۹۰/۸) بود. برای مقایسه بین دو گروه از Fisher's exact test استفاده شد.

از نظر الگوهای بالینی شخصیت دو گروه که اطلاعات آماری آن در جدول ۱ آمده است، شایع‌ترین الگوی شخصیت در هر دو گروه بعد از الگوی نمایشی، الگوی افسرده بود و اختلال ضد اجتماعی در هیچکدام از گروه‌ها دیده نشد. تفاوت بین اختلال دیگرآزار ($P = ۰/۰۴$)، پارانوئید ($P = ۰/۰۴$) و وسواسی ($P = ۰/۰۵$) بین دو گروه سوء مصرف مواد و بدون سوء مصرف مواد از نظر آماری معنی‌دار بود که اختلال دیگرآزار و پارانوئید در گروه با سوء مصرف مواد و اختلال وسواسی در گروه بدون سوء مصرف مواد فراوانی بیشتری داشتند و تفاوت بین الگوی نمایشی، اسکیزوئید (Schizoid)، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، خودشیفته، منفی‌گرا، خودآزار، مرزی و اسکیزوتایپال (Schizotypal) بین دو گروه با سوء مصرف مواد و گروه بدون سوء مصرف مواد از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱).

از بین نشانگان بالینی، تفاوت بین اختلال هذیانی بین گروه با سوء مصرف مواد و گروه بدون سوء مصرف مواد از نظر آماری معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۴$) که در گروه با وابستگی مواد بیشتر مشاهده شد.

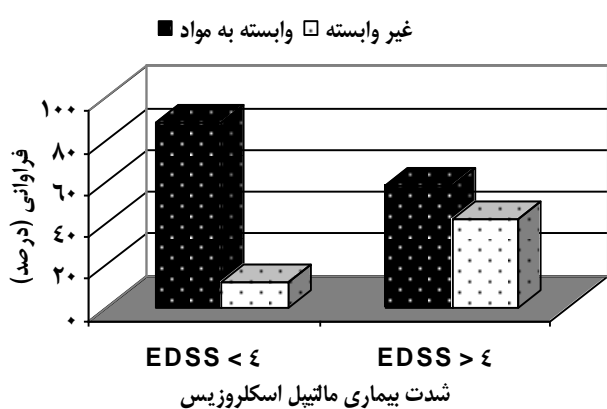
تفاوت بین افسرده‌خویی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال اضطراب، شبه جسمی، مانیک (Manic)، اختلال

اسکروزیس است. این معیار غیر خطی می‌باشد و در نمره‌های بالای ۴ بر توانایی‌های حرکتی اندام‌های تحتانی (میزان راه رفتن بیمار بر اساس متر بدون کمک گرفتن یا استراحت) تأکید زیادی دارد. این معیار برای ارزیابی ناتوانی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس استاندارد شده است (۱).

علت استفاده از این معیار در میان معیارهای متفاوت، بررسی شدت ناتوانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس، سهولت تعیین آن برای بیماران در مدت زمان محدود بدون به کارگیری از ابزار خاص است که مانع از خسته شدن و عدم همکاری بیمار می‌شود. برای کلیه بیماران هدف مطالعه که کمک بیشتر به این بیماران و برخورد مناسب‌تر درمانی با آنها نه تنها بر اساس علایم فیزیکی بلکه همراه با در نظر گرفتن علایم روانی در آنها می‌باشد، توضیح داده شد. رضایت افراد برای شرکت در مطالعه با تأکید بر حفظ امانت‌داری در اطلاعات آنها به صورت کتبی گرفته شد.

این بیماران به دو دسته با و بدون سابقه سوء مصرف مواد تقسیم شدند. تشخیص سوء مصرف مواد بر اساس معیارهای تشخیصی (DSM-IV TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text revision) گذاشته شد. در بیمارانی که دارای سوء مصرف مواد بودند، نوع ماده مصرفی توسط پرسش‌نامه طرح جمع‌آوری گردید. سرانجام در افراد مورد مطالعه، تست Millon برای ارزیابی اختلالات شخصیت و سایر تشخیص‌های روان‌پزشکی شامل اضطراب، افسردگی اساسی، دیس‌تایمی (Dysthymia)، اختلالات سوماتوفرم یا شبه جسمی (Somatoform)، بیماری دو قطبی، اختلال هذیانی و اختلال پس از حادثه انجام شد و نتایج آن در هر دو گروه با و بدون سوء مصرف مواد ارزیابی و مقایسه گردید (۲۳).

نامشخص بود که به علت ابتلای تازه فرد به بیماری مالتیپل اسکلروزیس و نامشخص بودن سیر بیماری بوده است. در گروه بدون وابستگی به مواد ۷۸ درصد مبتلا به نوع RR، ۲۰ درصد SP، ۲ درصد نامشخص و میزان PR، ۰ درصد بود. دو گروه از نظر نوع مالتیپل اسکلروزیس تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند که نوع عود کننده-بهبود یابنده (RR) در گروه بدون سوء مصرف مواد و نوع پیش‌رونده-عود کننده (PR) در گروه با سوء مصرف مواد بیشتر بود ($P = ۰/۰۳$) (نمودار ۲).



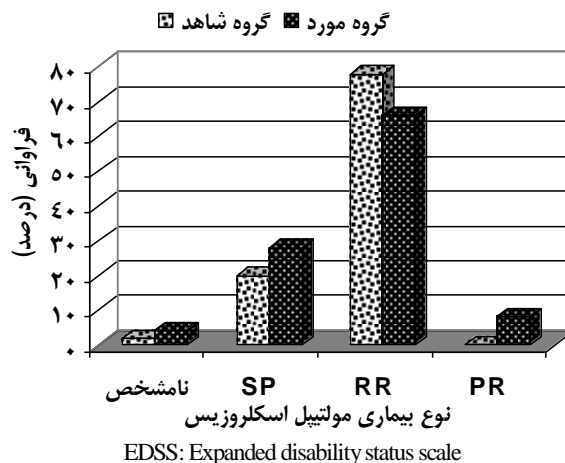
SP: Secondary progressive; PR: Progressive-Relapsing; RR: Relapsing-Remitting

نمودار ۲. تفاوت فراوانی سیر بیماری مالتیپل اسکلروزیس در بیماران با و بدون ابتلا به سوء مصرف مواد

از نظر مدت ابتلا به مالتیپل اسکلروزیس، بیماران در هر دو گروه به ۴ دسته کمتر از یک سال، بین ۱-۵ سال، بین ۵-۱۰ سال و بیشتر از ۱۰ سال تقسیم شدند. در گروه با سوء مصرف مواد بیشترین فراوانی افراد از نظر مدت ابتلا در گروه ۵-۱۰ سال (۳۲ درصد) و در گروه بدون سوء مصرف مواد بیشترین فراوانی از نظر مدت ابتلا در گروه ۱-۵ سال (۴۰ درصد) بودند. تفاوت در مدت ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس ممکن است بر تفاوت‌های دو گروه (از نظر اختلالات روان‌پزشکی و نوع و شدت بیماری) اثر گذار باشد.

تفکر و افسردگی اساسی بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبودند (جدول ۲).

برای مقایسه درجه شدت ناتوانی با توجه به پراکندگی زیاد نمرات به دو رده پایین و بالا (بر اساس درجه شدت ناتوانی پایین و بالای ۴) تقسیم گردید. بر اساس تعریفی که نمرات در این مقیاس دارند، نمره ۴ که نشان‌افز واضح عملکرد است (توانایی راه رفتن بیمار به میزان ۵۰۰ متر) به عنوان نقطه برش انتخاب شد. از بین ۲۵ نفر گروه با وابستگی به مواد، ۱۲ درصد درجه شدت ناتوانی پایین و ۸۸ درصد دارای درجه شدت ناتوانی بالا بودند که این تعداد در گروه بدون وابستگی به مواد به ترتیب ۴۲ و ۵۸ درصد بود (نمودار ۱). تفاوت بین درصد‌های مذکور با شدت بیشتر ناتوانی در گروه با سوء مصرف مواد از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$). این مطالعه نمی‌تواند بین شدت بیماری مالتیپل اسکلروزیس و سایکوپاتولوژی زمینه‌ای به علت تعداد کم بیماران دارای سوء مصرف مواد ارتباطی برقرار کند.



نمودار ۱. تفاوت شدت بیماری مالتیپل اسکلروزیس در بیماران با و بدون ابتلا به سوء مصرف مواد

نوع بیماری، مدت ابتلا و استفاده از داروهای خوراکی در دو گروه با سوء مصرف مواد و بدون سوء مصرف مواد مقایسه شدند. نوع مالتیپل اسکلروزیس در گروه وابسته به مواد ۶۶ درصد RR، ۲۸ درصد SP، ۸ درصد PR و ۴ درصد

جدول ۱. آماره‌های آزمون Fisher مربوط به الگوهای بالینی شخصیت پاسخگویان

P	فراوانی اختلال تعداد (درصد)		الگوی بالینی شخصیت
	گروه بدون سوء مصرف مواد	گروه با سوء مصرف مواد	
۰/۵۶	۴۳ (۴۳)	۱۱ (۴۴)	نمایشی
۰/۶۹	۳۶ (۳۶)	۷ (۲۸)	افسرده
۰/۴۰	۲۱ (۲۱)	۳ (۱۲)	وابسته
۰/۱۰	۱ (۱)	۲ (۸)	خودشیفته
-	۰	۰	ضد اجتماعی
۰/۰۴	۲ (۲)	۳ (۱۲)	دیگر آزار
۰/۰۵	۲۰ (۲۰)	۱ (۴)	وسواسی
۰/۶۳	۲ (۲)	۰ (۰)	دوری‌گزین
۰/۲۹	۹ (۹)	۴ (۱۶)	منفی‌گرا
۰/۵۹	۳ (۳)	۱ (۴)	خودآزار
۰/۴۹	۲ (۲)	۱ (۴)	اسکیزوتیید
۰/۸۰	۱ (۱)	۰ (۰)	اسکیزوتایپال
۰/۶۳	۲ (۲)	۰ (۰)	مرزی
۰/۰۴	۰ (۰)	۲ (۸/۳)	پارانویید

از بین افراد گروه با وابستگی به مواد، ۸۸ درصد از تریاک، ۴۴ درصد از سیگار، ۲۰ درصد از الکل و ۲/۴ درصد از شیر تریاک استفاده می‌کردند. به علت تعداد کم افراد در گروه وابسته به مواد در هر نوع ماده مصرفی، امکان ارزیابی ارتباط بین نوع ماده مصرفی و سایکوپاتولوژی زمینه‌ای و یا شدت بیماری در این مطالعه وجود نداشت.

استفاده از داروی خوراکی به معنی استفاده از هر نوع دارویی که بیمار برای کنترل علائم روان‌پزشکی مصرف می‌کند در گروه با سوء مصرف مواد ۴۸ درصد و در گروه شاهد ۵۲ درصد بود. استفاده از این داروها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نداشت و بر نتایج نهایی این مطالعه در مقایسه اختلالات روان‌پزشکی بین دو گروه اثر گذار نبود.

جدول ۲. آماره‌های آزمون Fisher مربوط به نشانگان بالینی شخصیت پاسخگویان

P	فراوانی اختلال تعداد (درصد)		الگوی بالینی شخصیت
	گروه بدون سوء مصرف مواد	گروه با سوء مصرف مواد	
۰/۵۴	۳ (۱۲)	۱۴ (۱۴)	شبه جسمی
۰/۵۱	۳ (۳)	۰ (۰)	مانیک
۰/۶۱	۹ (۹)	۲ (۸)	اختلال اضطراب
۰/۴۲	۷ (۷)	۳ (۱۲)	افسرده‌خویی
۰/۳۴	۴ (۴)	۲ (۸)	استرس پس از ضربه
۰/۷۰	۹ (۹)	۳ (۱۲)	اختلال تفکر
۰/۶۶	۶ (۶)	۲ (۸)	افسردگی اساسی
۰/۰۴	۰ (۰)	۲ (۸)	اختلال هذیانی

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تفاوت سایکوپاتولوژی زمینه‌ای در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس با و بدون سوء مصرف مواد (الکل، تریاک، شیر و سیگار) انجام شد. دستاورد اصلی مطالعه انجام شده، افزایش اختلالات روان‌پزشکی مشخص شامل اختلالات تفکر هذیانی، اختلال شخصیت پارانویید و اختلال دیگر آزاری در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس همراه با سوء مصرف مواد نسبت به گروه بدون سوء مصرف مواد بود. در گروه بدون سوء مصرف مواد اختلال وسواسی جبری (Obsessive compulsive disorder یا OCD) میزان بالاتری داشت. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که EDSS در بیماران دارای سوء مصرف مواد نسبت به گروه بدون سوء مصرف مواد بالاتر بود. تفاوت بین نوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس در بین دو گروه دیده شد که نوع عود کننده-بهبود یابنده (RR) در

گروه بدون سوء مصرف مواد و نوع پیش‌رونده-عود کننده (PR) در گروه با سوء مصرف مواد میزان بیشتری داشت. تمامی تغییرات ذکر شده در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بودند ($P < ۰/۰۵$)

در مطالعه‌ای که توسط Bombardier و همکاران انجام شد و به بررسی شیوع یک ماهه سوء مصرف مواد در بیماری مالتیپل اسکلروزیس پرداخته بود، به این نتیجه رسیدند که در ۱۹ درصد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس سوء مصرف مواد وجود داشته است که در این افراد درجه بالاتری از افسردگی نیز موجود می‌باشد. همچنین در این مطالعه ذکر شده است که احتمال خطر بالاتری از عوارض سوء مصرف مواد در بیماران مالتیپل اسکلروزیس به علت اختلالات بالقوه حرکتی و شناختی وجود دارد (۲۴). متأسفانه اطلاع دقیقی از شیوع سوء مصرف مواد در بیماران مالتیپل اسکلروزیس در ایران وجود ندارد، اما یافته‌های

در مطالعه Healy و همکاران نشان داده شد که در افراد سیگاری نسبت به کسانی که هرگز مصرف سیگار نداشته‌اند (با توجه به معیار EDSS)، شدت بیماری در زمان شروع بیشتر بوده، احتمال بیشتری برای داشتن نوع PP مالتیپل اسکلروزیس در بیماران با مصرف سیگار وجود دارد. در آنالیز طولانی مدت در این مطالعه نتیجه بر آن شد که بیماری مالتیپل اسکلروزیس در بیماران سیگاری از فرم RR با سرعت بیشتری به فرم SP تبدیل می‌شود (۲۷). در مطالعه حاضر نیز نوع PR بیماری مالتیپل اسکلروزیس میزان بیشتری در گروه با سوء مصرف مواد نسبت به گروه بدون سوء مصرف مواد داشت که می‌تواند تصدیقی بر یافته‌های مطالعه مذکور باشد.

نکته موجود در مطالعه پیش‌رو این است که نوع شدیدتر بیماری مالتیپل اسکلروزیس، EDSS و اختلالات روان‌پزشکی مشخص مانند اختلال هذیانی، دیگر آزاری و شخصیت پارانویید با سوء مصرف مواد فراوانی بیشتری دارد که این موضوع می‌تواند ناشی از اثر سوء مصرف مواد بر بیماری مالتیپل اسکلروزیس باشد و سبب این اختلالات با اختلاف معنی‌دار در گروه با سوء مصرف مواد نسبت به گروه بدون سوء مصرف مواد شود و یا برعکس می‌تواند بدین معنی باشد که کسانی که شدت اختلالات در آن‌ها بیشتر است (دارای اختلالات روان‌پزشکی ذکر شده و EDSS بالاتر) احتمال بیشتری دارد که مواد مصرف کنند.

همچنین در این مطالعه مدت زمان ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بین دو گروه متفاوت بود. اکثر بیماران گروه بدون سوء مصرف مواد بین ۵-۱ سال به بیماری مبتلا بودند؛ در حالی که در گروه با سوء مصرف مواد اغلب بیماران مدت ابتدای ۱۰-۵ سال داشتند. این مسأله شاید بتواند بر روی EDSS بیماران، سایکوپاتولوژی آن‌ها و سوء مصرف مواد توسط آن‌ها تأثیر بگذارد.

برای ارزیابی ارتباط بین EDSS، اختلال روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و ارتباط آن با سوء

مطالعه حاضر در زمینه بیشتر بودن اختلالات روانی و فیزیکی در بیماران دارای سوء مصرف مواد در راستای نتایج این مطالعه می‌باشد. همچنین بعد از اختلال نمایی، بیشترین اختلال یافت شده در این مطالعه نیز در هر دو گروه مورد مطالعه افسردگی بود.

مطالعه فروغی‌پور و همکاران که به بررسی فراوانی اختلال وسواسی جبری در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخت (مانند گروه بدون سوء مصرف مواد مطالعه حاضر)، میزان این اختلال در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بالا گزارش شد. بالاتر بودن میزان شخصیت وسواسی در بیماران غیر معتاد در این مطالعه و مطالعات قبلی نشان می‌دهد که بالا بودن ویژگی‌هایی چون کمال‌طلبی و قانون‌گرایی که در این افراد وجود دارد می‌تواند یک عامل محافظت کننده در مقابل گرایش به اعتیاد باشد (۲۵).

در مطالعه حاضر، بیشترین میزان سوء مصرف مواد مربوط به تریاک و پس از آن سیگار و الکل بود و سوء مصرف سایر مواد وجود نداشت که این ناشی از تفاوت منطقه‌ای موجود در فرهنگ استفاده از نوع مواد سوء مصرف شده می‌باشد. در بیشتر مطالعات موجود، بر اثرات حشیش بر بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تأکید شده است و مطالعه مشابهی برای ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی مشخص و EDSS در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس با سوء مصرف مواد ذکر شده انجام نگرفته است.

در مطالعه‌ای که Killestein و همکاران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مصرف حشیش سبب بدتر شدن وضعیت کلی بیمار (روانی و فیزیکی) می‌شود (۲۶) که در مطالعه حاضر نیز اختلالات روانی و فیزیکی در گروه با سوء مصرف مواد بیشتر بود. در ارتباط با سوء مصرف مواد و اثر آن بر EDSS، مطالعات موجود فقط بر مصرف سیگار تأکید داشتند و مطالعه مشابهی در زمینه سایر سوء مصرف مواد (الکل، تریاک و شیره) بر EDSS موجود نیست.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه دانشجویی مصوب در مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۰ می‌باشد که بدین وسیله از این مرکز تشکر می‌گردد. در ضمن نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از انجمن مالتیپل اسکلروزیس کرمان، آقای دکتر حق‌دوست و خانم شکوهی مشاوران آماری و آقای دکتر شفیعی (استادیار گروه مغز و اعصاب) اعلام می‌دارند.

مصرف مواد نیاز به مطالعات و تحقیقات بیشتری است. پیشنهاد می‌گردد که مطالعه با حجم نمونه بیشتر و بررسی میزان کمی مصرف مواد و طول بیشتر مدت مطالعه ادامه یابد.

References

1. Lublin FD, Miller AE. Multiple Sclerosis and other Inflammatory Demyelinating Diseases of the Central Nervous System. In: Daroff RB, Mazziotta, editors. *Neurology in clinical practice*. 6th ed. London, UK: Elsevier Health Sciences; 2012. p. 1583-615.
2. Hogancamp WE, Rodriguez M, Weinshenker BG. The epidemiology of multiple sclerosis. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(9): 871-8.
3. Ascherio A, Munger K. Epidemiology of multiple sclerosis: from risk factors to prevention. *Semin Neurol* 2008; 28(1): 17-28.
4. Riley CS, Tullman MJ. Multiple Sclerosis. In: Rowland LP, Pedley TA, editors. *Merritt's Neurology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 903-19.
5. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30(4): 803-17.
6. Grima DT, Torrance GW, Francis G, Rice G, Rosner AJ, Lafortune L. Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. *Mult Scler* 2000; 6(2): 91-8.
7. Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler* 2001; 7(5): 340-4.
8. Papuc E, Pawlowska B. [Personality features in multiple sclerosis patients with a relapsing-remitting course of the disease]. *Psychiatr Pol* 2005; 39(4): 669-78.
9. Tsvigoulis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C, Evangelopoulos ME, Kararizou E, Sfagos C, et al. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Scand* 2007; 115(1): 67-72.
10. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Bronnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55(7): 542-5.
11. Moore D, Li L. Prevalence and risk factors of illicit drug use by people with disabilities. *Am J Addict* 1998; 7(2): 93-102.
12. Fitzgerald P, Herlihy D, Sweeney B, Cassidy EM. Neurology referrals to a liaison psychiatry service. *Ir Med J* 2008; 101(9): 271-3.
13. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2002; 59(5): 674-8.

14. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry* 2004; 49(3): 157-63.
15. Braley TJ, Chervin RD. Fatigue in multiple sclerosis: mechanisms, evaluation, and treatment. *Sleep* 2010; 33(8): 1061-7.
16. Arnett PA, Strober LB. Cognitive and neurobehavioral features in multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother* 2011; 11(3): 411-24.
17. Karanian DA, Bahr BA. Cannabinoid drugs and enhancement of endocannabinoid responses: strategies for a wide array of disease states. *Curr Mol Med* 2006; 6(6): 677-84.
18. Schneider JP, Kirsh KL. Defining clinical issues around tolerance, hyperalgesia, and addiction: a quantitative and qualitative outcome study of long-term opioid dosing in a chronic pain practice. *J Opioid Manag* 2010; 6(6): 385-95.
19. Kim TW, Saitz R, Cheng DM, Winter MR, Witas J, Samet JH. Initiation and engagement in chronic disease management care for substance dependence. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115(1-2): 80-6.
20. Scott CK, Dennis ML, Laudet A, Funk RR, Simeone RS. Surviving drug addiction: the effect of treatment and abstinence on mortality. *Am J Public Health* 2011; 101(4): 737-44.
21. Benedict RH, Wahlig E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Sci* 2005; 231(1-2): 29-34.
22. Brosseau L, Philippe P, Methot G, Duquette P, Haraoui B. Drug abuse as a risk factor of multiple sclerosis: case-control analysis and a study of heterogeneity. *Neuroepidemiology* 1993; 12(1): 6-14.
23. Hsu LM. Diagnostic validity statistics and the MCMI-III. *Psychol Assess* 2002; 14(4): 410-22.
24. Bombardier CH, Blake KD, Ehde DM, Gibbons LE, Moore D, Kraft GH. Alcohol and drug abuse among persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10(1): 35-40.
25. Foroughipour M, Behdani F, Hebrani P, Marvast MN, Esmatinia F, Akhavanrezayat A. Frequency of obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis: A cross-sectional study. *J Res Med Sci* 2012; 17(3): 248-53.
26. Killestein J, Hoogervorst EL, Reif M, Kalkers NF, Van Loenen AC, Staats PG, et al. Safety, tolerability, and efficacy of orally administered cannabinoids in MS. *Neurology* 2002; 58(9): 1404-7.
27. Healy BC, Ali EN, Guttmann CR, Chitnis T, Glanz BI, Buckle G, et al. Smoking and disease progression in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2009; 66(7): 858-64.

The Difference of Psychopathology in Patients with Multiple Sclerosis with and without Substance Abuse

Sedighi B., M.D.¹, Shafa M.A., M.D.¹, Taher-Ghayeni M., M.D.^{2*}, Estilae F., M.D.³

1. Associate Professor, Neurology Research Center & Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Resident, Neurology Research Center & Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Resident, Department of Psychiatry, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author; e-mail: mantaher00@gmail.com

(Received: 7 May 2013 Accepted: 31 July 2013)

Abstract

Background & Aims: Substance abuse may have different effects on multiple sclerosis. Till now, studies on substance abuse and its correlation with psychopathology, type and severity of multiple sclerosis are limited. We conducted this study to evaluate the psychopathology of patients with multiple sclerosis with and without substance abuse.

Methods: In this case-control, cross-sectional study performed in 2012, 125 patients with multiple sclerosis in Kerman were enrolled. From all, 100 patients did not have substance abuse and 25 ones had substance abuse. In each group, the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) test was done by patient and the patients' Expanded Disability Status Scale (EDSS) were determined. We used DSM IV-TR criteria to diagnose substance abuse.

Results: The frequency of obsessive compulsive disorder (OCD) was significantly higher in patients without substance abuse and paranoia, delusional, and sadistic were significantly higher in substance abuse group ($P < 0.05$). The achieved Expanded Disability Status Scale (EDSS) was significantly higher in substance abusers. Also, the type of multiple sclerosis was different between the two groups. The relapsing-remitting type was higher in the group without substance abuse and the progressive-relapsing type was higher in the group with substance abuse.

Conclusion: Psychiatric disorders were seen in both groups. Substance abuse had correlation with psychopathology, type and severity of multiple sclerosis.

Keywords: Multiple sclerosis (MS), Substance abuse, Psychiatric disorders, Psychiatric characteristic, Kerman, Iran