

عنوان: مقایسه الگوی علایم روانپزشکی در بیماران بستری دوقطبی نوع یک با و بدون مصرف متامفتامین

استاد راهنما: جناب آقای دکتر امیر شعبانی

استاد مشاور: جناب آقای دکتر کاوه علوی

ارائه دهنده: الهام گوران (دستیار روانپزشکی)

94/02/28

□ مقدمه:

❖ افراد مبتلا به اختلالات خلقی اصلی در خطر بالایی از نظر ابتلا به یک یا چند بیماری همراه در محور یک می باشند. (۱) شایعترین این اختلالات سؤمصرف یا وابستگی به الکل، اختلال هول، اختلال وسواسی-جبری و اختلال اضطراب اجتماعی می باشند. به طور کلی، بیماران دوقطبی نسبت به بیماران دچار افسردگی تک قطبی، به میزان بیشتری همبودی مصرف مواد و اختلالات اضطرابی را نشان می دهند. (۱)

❖ با توجه به سیر تصاعدی سؤ مصرف متامفتامین در ایران (۲) و بروز مشکلات جسمی و روانپزشکی روزافزون ناشی از سؤمصرف و مسمومیت با این ماده (۳) به نظر می رسد که نیاز زیادی به مطالعه و تحقیق در مورد این ماده از جنبه های مختلف وجود داشته باشد و به خصوص اگر این مطالعات در خود ایران و بر روی نمونه های ایرانی انجام شود قطعا برای تصمیم گیری و مدیریت برخورد با معضل این اپیدمی در ایران، کاربردی تر خواهد بود.

❑ شیوع و تعاریف:

❖ متامفتامین که یک ماده غیرقانونی محرک روان می باشد به طور گسترده ای در جهان مورد سوءمصرف قرار می گیرد. (۴)

❖ سوءمصرف این ماده یک مشکل بین المللی بهداشت عمومی شده است بطوریکه تخمین زده شده که ۱۵ تا ۱۶ میلیون نفر در جهان آن را مورد سوءمصرف قرار می دهند. (۴)

❖ اثرات آن مشابه اثرات کوکائین است و به شدت اعتیاد آور، غیر گران و به راحتی در دسترس می باشد. (۵)

❖ علایم خلقی در طی مسمومیت حاد عمدتاً به صورت شیدایی یا نیمه شیدایی می باشد، در حالیکه محرومیت می تواند منجر به یک وضعیت افسردگی طول کشیده گردد. به دنبال مصرف متامفتامین ممکن است علایم روانپزشکی مختلف و گسترده ای شامل اضطراب، ترس، بیقراری، سرآسیمگی، هذیانها، بدبینی یا روانپریشی واضح مشاهده شود. (۵)

❖ برای بیمارانی که به هر دو نوع دوره افسردگی و شیدایی یا نیمه شیدایی دچار می شوند و یا فقط دوره های شیدایی یا مختلط را تجربه می کنند، تشخیص اختلال دوقطبی مطرح می گردد. اختلال دوقطبی نوع یک عنوانی است مترادف با آنچه در گذشته تحت عنوان اختلال دوقطبی شناخته می شد، سندرمی با مجموعه کامل علایم شیدایی در سیر اختلال. (۱)

❖ شیوع یکساله اختلال دوقطبی نوع یک $0/9$ تا $1/3$ درصد و شیوع آن در تمام طول عمر صفر تا $2/4$ درصد می باشد. (۱)

❖ اختلالات خلقی دوقطبی در جدول بار بیماریهای سال ۲۰۰۱ رتبه نهم را دارا می باشد. (۱)

❖ در مورد سبب شناسی اختلال دوقطبی می توان گفت که عوامل متعددی از جمله عوامل زیستی، ژنتیکی و روانی-اجتماعی در بروز این اختلال موثرند. (۱)

□ بیان مسأله:

❖ از آنجا که گروه بزرگی از سؤمصرف کنندگان مواد از جمله متامفتامین، افراد مبتلا به بیماری های مزمن روانپزشکی از جمله اختلال خلقی دوقطبی هستند (۶)، لذا در این مطالعه مقایسه علایم بالینی اختلال دوقطبی نوع یک در بیماران بستری با و بدون مصرف متامفتامین در نظر گرفته شده است.

❖ هدف مطالعه: شناسایی تاثیر سؤمصرف این ماده در الگو و شدت تظاهرات بالینی در دوره های عود اختلال خلقی دوقطبی نوع یک

❖ با توجه به این که الگوی تظاهرات بالینی بیشترین سهم را در تشخیص گذاری اختلالات روانپزشکی - که به روش توصیفی می باشد- داراست، این یافته ها می تواند در تشخیص گذاری صحیح و بدنبال آن تصمیم گیری درباره درمان اختلال بسیار سودمند باشد.

□ بیان مسأله:

❖ بر پایه فراوانی قابل توجه بروز علائم روانپریشی به دنبال مصرف متامفتامین، فراوانی بیشتر علائم روانپریشی و شدت بیشتر آنها در بیمارانی که دچار اختلال دوقطبی هستند و این ماده را نیز مصرف می-کنند انتظار می-رود، بطوریکه در یکی از مطالعات اخیر، اختلال دوقطبی یکی از فاکتورهای مرتبط با روانپریشی ناشی از مصرف متامفتامین در طول زندگی فرد دانسته شده است. (۵)

❖ هم-چنین، با توجه به تأثیر این ماده در بروز نشانه-های خلقی، ممکن است تابلوی بالینی اختلال دوقطبی از جهت نوع و شدت نشانه-های خلقی نیز در بیماران مصرف کننده متامفتامین متفاوت باشد. (۵)

□ بیان مسأله:

❖ اختلالات مصرف متامفتامین در کشور ایران رو به گسترش است و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مکرراً از این مواد استفاده می کنند. (۲)

❖ با توجه به نمای بالینی اختلال دوقطبی و مسمومیت یا مصرف متامفتامین، ممکن است همزمانی این دو اختلال نمای بالینی بیماری را تغییر دهد، اما هنوز اطلاعات دقیقی در این مورد در دست نیست. این مطالعه با هدف مقایسه علائم و نشانه‌های روانپزشکی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با و بدون مصرف همزمان متامفتامین انجام شد.

□ بررسی متون:

❖ تاکنون، مطالعات زیادی بر روی سوّمصرف و وابستگی به انواع محرکها از جمله متامفتامین انجام شده است، اما تا به حال هیچکدام از آنها همراهی مصرف متامفتامین را با بیماری دوقطبی نوع یک مورد بررسی قرار نداده اند. از آنجا که در صورت وجود تفاوت بالینی در وضعیت بیماران دوقطبی با و بدون وابستگی به متامفتامین، آگاهی از این تفاوتها می-تواند به دست-یافتن به تشخیص درست در مواقعی که مطمئن نیستیم نشانه-های موجود ناشی از مصرف متامفتامین است و یا یک اختلال خلقی (دوقطبی) کمک کند، این مطالعه به مقایسه تابلوی بالینی این دو گروه از بیماران می-پردازد.

نتایج حاصل از مطالعات پیشین از این قرار است:

✓ در حدود یک سوم موارد وابستگی به متامفتامین حداقل با یک تشخیص روانپزشکی دیگر همبودی دارد. (۷)

✓ وجود هر کدام از توهمات بینایی یا لامسه در یک موقعیت روانپزشانه حاد بیشتر مطرح کننده اختلال روانپریشی ناشی از محرک یا متامفتامین است تا عود یک اختلال روانپریشی اولیه. (۸و۱)

✓ علائم منفی در روانپریشی ناشی از متامفتامین در مقایسه با اختلالات روانپزشانه اولیه با میزان علائم مثبت مشابه، از شدت و شیوع کمتری برخوردار است و تمایل بیشتری به بهبودی دارد. (۹)

✓ در حدود ۱۸٪ از بیمارانی که به قسمت روانپزشکی اورژانس مراجعه کرده اند تشخیص‌های مرتبط با متامفتامین را دارا هستند. در مقایسه ای که بین این دسته از بیماران با سایر بیماران این بخش که تشخیص‌هایی غیر از موارد مرتبط با متامفتامین را داشتند انجام گرفت دیده شد که اکثر این بیماران مرد میباشند (۷۰٪ در مقابل ۵۷٪)، همچنین میزان شکایت از وجود قصد خودکشی (۴۷٪ در مقابل ۳۲٪) و بیقراری (۴۸٪ در مقابل ۳۰٪) در این افراد نسبت به سایر بیماران بستری در اورژانس بیشتر است. (۱۰)

✓ در موارد بستری روانپزشکی مرتبط با مصرف متامفتامین، شایعترین تظاهرات بالینی شامل ترکیبی از علائم بصورت رفتار پرخاشگرانه و تفکرات و هذیان‌ها پارانوئیدی با شیوع ۳۰٪ بود. همچنین میزان رفتارهای پرخاشگرانه در میان مردان دو برابر زنان بود و زنان به میزان بیشتری تغییرات خلقی بصورت خلق افسرده، سرخوشی و خلق بالا را نشان دادند. در میزان بروز سایر علائم تفاوت جنسیتی بارزی مشاهده نشد. (۱۱)

✓ براساس مطالعه ای که بر روی ۲۷۸ مورد وابستگی به متامفتامین در استرالیا انجام شد، مشاهده شد که یک افزایش وابسته به دوز در رفتارهای خشونت آمیز در مصرف کنندگان متامفتامین در مقایسه با همین افراد در وضعیت عدم مصرف این ماده وجود دارد و این افزایش میزان رفتارهای خشونت آمیز، مستقل از علایم روانپریشی در این بیماران بود. (۱۲)

✓ شیوع علایم روانپریشی در اختلال روانپریشی طول کشیده ناشی از متامفتامین در ایران:

هذیان گزند و آسیب ۸۲٪

توهم شنوایی ۷۰.۳٪

هذیان انتساب ۵۷.۷٪

توهم بینایی ۴۴.۱٪

هذیان خودبزرگ بینی ۳۹.۶٪

هذیان حسادت ۲۶.۱٪

این مقادیر مشابه با اولین اپیدمی متامفتامین در ژاپن بود. (۱۳)

□ اهداف و فرضیات:

❖ اهداف اصلی طرح :

مقایسه علایم بالینی دوره مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در دو گروه مصرف کننده و غیرمصرف کننده متامفتامین

❖ اهداف کاربردی طرح:

شناخت بیشتر تاثیرات متقابل اختلالات خلقی و عوارض سوءمصرف متامفتامین



□ روش اجرا:

نوع مطالعه: مطالعه مورد/شاهدی (Case/Control)

□ جمع آوری داده ها:

- بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک براساس DSM-IV-TR که در فاصله زمانی ابتدای تابستان ۹۱ لغایت انتهای تابستان ۹۳ در بیمارستان روانپزشکی ایران بعلت عود بیماری اختلال دوقطبی بصورت اپیزود مانیا و یا مختلط بستری شده بودند، از نظر معیارهای ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.
- تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک DSM-IV-TR در بیماران فوق الذکر توسط دستیار روانپزشکی این مرکز در طی بستری بیمار مطرح گشته و توسط استاد روانپزشکی سرویس مربوطه مورد تایید قرار گرفته است.
- همچنین جهت ارزیابی از نظر مصرف اخیر متامفتامین از خود بیماران و همراهانشان در این باره سوال پرسیده شد و همچنین با تست غربالگری ادراری از نظر متامفتامین تایید گشت. جهت حذف موارد مثبت کاذب و منفی کاذب تست غربالگری، مواردی که بین گزارش بیمار و پاسخ تست غربالگری ادراری عدم همخوانی وجود داشت از مطالعه کنار گذاشته شد. الگوی مصرف متامفتامین نیز براساس شرح حال مصرف تعیین شد.

➤ تمامی بیماران از نظر مصرف سایر مواد حداقل در طی 6 ماه اخیر، توسط اخذ شرح حال و تطابق آن با پاسخ تست غربالگری ادراری مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن از نظر هر کدام از مواد غیر از متامفتامین، جهت حذف عوامل مداخله گر از مطالعه کنار گذاشته شدند.

➤ دفعات بستری و طول مدت تقریبی ابتلا به بیماری دوقطبی نوع یک نیز از بیماران و خانواده شان پرسیده شده و ثبت شد.

➤ بیماران حداکثر در طی 48 ساعت اول بستری با پرسشنامه های Y-MRS, HDRS-17, SAPS از نظر علایم خلقی، روانی-حرکتی، نیاتی، رفتاری، علایم روانپریشی شامل انواع توهم و هذیان و نیز اختلالات فرم فکر مورد سنجش قرار گرفته و نمره دهی شدند. در مورد هر بیمار تک تک آیتمهای هر پرسشنامه ارزیابی شده و ثبت گشت. نمره دهی به هر آیتم براساس پاسخ خود بیمار به پرسش، پاسخ اعضای خانواده، مشاهدات بالینی ارزیاب و نیز پرسش از پرستاران بخش که بر بیماران نظارت داشتند انجام شد.

➤ ارزیابی، اخذ شرح حال از بیمار و همراهان و پر کردن پرسشنامه های تمامی بیماران توسط دستیار سال سوم روانپزشکی همین مرکز و ظرف 48 ساعت از بستری بیماران انجام شده است.

معیارهای ورود به مطالعه:

❖ رضایت برای ورود به مطالعه

❖ مطرح شدن تشخیص اختلال خلقی دوقطبی نوع یک با عود دوره مانیا یا مختلط توسط دستیار روانپزشکی و تایید این تشخیص توسط استاد روانپزشکی

❖ مصرف متامفتامین در بیماران در گروه متامفتامین + طبق گزارش فرد و اعضای خانواده و تایید آن با پاسخ مثبت تست غربالگری ادراری برای متامفتامین

❖ عدم مصرف متامفتامین در بیماران در گروه متامفتامین - طبق گزارش فرد و اعضای خانواده و تایید آن با پاسخ منفی تست غربالگری ادراری برای متامفتامین

معیارهای خروج از مطالعه:

❖ وجود همبودی اختلالات شخصیت براساس نظر استاد روانپزشکی و بر پایه ارزیابی شخصیت پیش از بیماری توسط مصاحبه با بیمار و خانواده و بررسی پرونده های قبلی روانپزشکی در صورت وجود

❖ عدم ابتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع یک براساس نظر دستیار روانپزشکی و تایید استاد روانپزشکی

❖ وجود بیماریهای مغزی شامل تشنج، تومور مغزی و زوال مغزی براساس گزارشات بیمار و خانواده در طی مصاحبه بالینی و بررسی سوابق پزشکی بیمار در صورت وجود

❖ مصرف سایر مواد شامل اپیوئیدها، سایر مواد محرک، مواد توهم زا و الکل طبق گزارش فرد و اعضای خانواده و تایید آن با تستهای غربالگری ادراری مثبت برای این مواد

□ نمونه گیری:

✓ نمونه گیری به شیوه غیر احتمالی آسان انجام شد.

✓ بیماران مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی ایران که براساس مصاحبه بالینی تشخیصی، تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک (محدود به اپیزودهای مانیا و مختلط) گرفته و نیاز به بستری داشتند وارد مطالعه شدند.

✓ با توجه به نامشخص بودن فراوانی علائم در گروههای مورد بررسی، بر حسب تخمین تعداد مراجعان سالانه به بیمارستان، مقرر شد تا در هر گروه تعداد ۵۰ بیمار وارد شود، با اینحال این تعداد در مرحله اجرا اندکی افزایش یافت.

□ مقیاس اندازه گیری:

Y-MRS

- ✓ توسط یانگ و همکاران (۱۹۷۸)، برای سنجش شدت علائم مانیا
- ✓ روایی و پایایی: در مطالعه "A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity"
- ✓ ضریب پایایی آزمون: ۰.۸ و ضریب همبستگی درون طبقه ای: ۰.۹۱
- ✓ روایی محتوایی و روایی معیار آن توسط فیور و همکاران (۲۰۰۳)
- ✓ ترجمه به زبان فارسی و اعتباریابی توسط برکتین و همکاران (۱۳۸۴)
- ✓ شامل ۱۱ گزینه، نمره گذاری بصورت کمی از ۰ تا ۴، نمره کل بین ۰ تا ۶۰
- ✓ قادر به ارزیابی شدت دوره مانیا می باشد و همچنین می تواند برای ارزیابی پاسخ به درمان و تشخیص عود بکار رود.

SAPS

- ✓ توسط اندریسن و همکاران (۱۹۸۴)، استفاده برای سنجش شدت علائم مثبت روانپریشی و نیز سنجش علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنیک
- ✓ تعیین روایی و پایایی در مطالعه
"Correlation studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: An overview and update"
- ✓ سنجش علائم مثبت در چهار حوزه توهمات، هذیانها، رفتار عجیب و اختلال تفکر
- ✓ شامل ۳۰ سوال، نمره هر سوال بین ۰ و ۵، نمره کل مقیاس بین ۰ تا ۱۵۰
- ✓ روایی مناسب آزمون از طریق بررسی همبستگی آن با سایر مقیاس های ارزیابی شدت نشان داده شده است و پایایی بین مصاحبه گران آموزش دیده خوب تا عالی بوده است (بلاکر، ۲۰۰۹).
- ✓ در ایران پایایی بازآزمون این مقیاس ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۸۰).
- ✓ در بررسی دیگری ضریب پایایی بازآزمون این مقیاس ۰/۸۹ ذکر شده است (نقل از فروزنده و همکاران، ۱۳۸۶).

HDRS-17

- ✓ توسط همیلتون (۱۹۶۰) برای سنجش شدت علایم افسردگی
- ✓ روایی: با دو روش آزمون-بازآزمون و همسانی: ۰/۶۶ و آلفای کرونباخ برای همسانی درونی: ۰/۶۵
- ✓ شامل ۱۷ گزینه که هر گزینه از ۰ تا ۴ نمره می گیرد و نمره کلی از صفر تا ۷۶ است.
- ✓ ۸ علامت مربوط به شکایات جسمانی،
- ✓ ۵ علامت مربوط به مشکلات رفتاری،
- ✓ ۲ علامت مربوط به شکایات شناختی و
- ✓ ۲ علامت هم مربوط به تغییرات عاطفه بیماران
- ✓ از ۸ تا ۱۳ افسردگی خفیف، از ۱۴ تا ۱۸ افسردگی اساسی متوسط و نمره از ۱۸ به بالا افسردگی شدید می باشد.

نتایج:

✓ ۵۷ نفر در گروه مصرف کننده متامفتامین (Meth+) ✓
و ۵۰ نفر در گروه غیرمصرف کننده (Meth-) قرار گرفتند.

✓ مصرف کنندگان متامفتامین شامل
✓ ۳۲ فرد وابسته به متامفتامین (۱/۵۶٪)،
✓ ۲۰ فرد سوء مصرف کننده (۱/۳۵٪) و
✓ ۵ فرد مصرف کننده، اما غیرمبتلا به اختلالات مصرف متامفتامین (۸/۸٪) بودند.

✓ میانگین سن گروه Meth+ $35/3 \pm 9/1$ سال
و میانگین سن گروه Meth- $32/5 \pm 9/4$ سال بود.

جدول توزیع فراوانی جنسیت، سطح تحصیلات و اشتغال افراد شرکت کننده در مطالعه

آزمون مجذور کای	گروه Meth-	گروه Meth+		
$p < 0/001$ ؛ $\chi^2 = 15/222$	(72/0) 36	(98/2) 56	مرد	جنسیت
	(28/0) 14	(1/8) 1	زن	
$p = 0/031$ ؛ $\chi^2 = 6/963$	(38/0) 19	(57/9) 33	زیردیپلم	تحصیلات
	(46/0) 23	(38/6) 22	دیپلم	
	(16/0) 8	(3/5) 2	دانشگاهی	
$p = 0/966$ ؛ $\chi^2 = 0/069$	(70/0) 35	(68/4) 39	بیکار و فاقد درآمد	اشتغال
	(4/0) 2	(3/5) 2	بیکار، اما دارای درآمد	
	(26/0) 13	(28/1) 16	شاغل	

□ علائم بالینی:

□ میانگین نمرات مقیاس نمره‌گذاری مانیای یانگ (YMRS)،
مقیاس نمره‌گذاری افسردگی هامیلتون (HDRS)
و مقیاس ارزیابی علائم مثبت (SAPS)

در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت.

مقایسه نمرات YMRS، HDRS و SAPS در دو گروه (Meth+) و (Meth-):

آزمون T		گروه غیرمصرف‌کننده ممتامفتامین (Meth-)				گروه مصرف‌کننده ممتامفتامین (Meth+)				
P	T	دامنه تغییرات	میانه	خطای معیار میانگین	میانگین (±انحراف معیار)	دامنه تغییرات	میانه	خطای معیار میانگین	میانگین (±انحراف معیار)	
0/127	-1/539	14-51	27	1/2	34/0 (8/4)	18-50	35	1/3	31/3 (9/7)	YMRS
0/182	1/808	7-35	10	0/6	13/5 (4/3)	7-26	12	0/7	13/7 (5/5)	HDRS
0/531	0/396	9-87	58	2/1	48/0 (14/8)	14-84	55	1/9	50/0 (14/6)	SAPS

مقایسه نمرات دو گروه مصرف کننده متامفتامین (Meth+) و غیرمصرف کننده (Meth-) در عناوین مقیاس نمره گذاری مانیای یانگ (YMRS):

p در آزمون من-وینتی	گروه غیرمصرف کننده متامفتامین (Meth-)				گروه مصرف کننده متامفتامین (Meth+)				
	نما	میانه	خطای معیار	میانگین	نما	میانه	خطای معیار	میانگین	
0/446	3	3	0/15	2/7	3	3	0/14	2/6	خلق بالا
0/698	3	3	0/14	2/8	3	3	0/14	2/8	افزایش فعالیت / انرژی
0/199	1	1	0/09	1/3	2	2	0/12	1/5	میل جنسی
0/862	3	3	0/09	2/9	3	3	0/11	2/9	خواب
0/672	2	4	0/29	3/6	4	4	0/30	3/7	تحریک پذیری
0/039	2		0/29	4/3	4	5	0/27	5/1	کلام
0/631	3 و 2	3	0/11	2/6	3	3	0/13	2/5	اختلال زبان و فکر
0/005	2	4	0/32	4/6	6	6	0/26	5/9	محتوای فکر
0/115	2	2	0/15	1/5	2	2	0/19	1/9	رفتار آشفته یا پر خاشگروانه
0/818	2	2	0/12	1/8	1	2	0/14	1/7	ظاهر
0/365	3	3	0/10	3/2	4	3	0/09	3/4	بینش

مقایسه نمرات دو گروه مصرف کننده متامفتامین (Meth+) و غیر مصرف کننده (Meth-) در عناوین مقیاس نمره گذاری افسردگی هامیلتون (HDRS):

p در آزمون من-ویتنی	گروه غیر مصرف کننده متامفتامین (Meth-)				گروه مصرف کننده متامفتامین (Meth+)				
	نما	میانہ	خطای معیار	میانگین	نما	میانہ	خطای معیار	میانگین	
0/314	0	0	0/06	0/2	0	0	0/07	0/3	خلق افسرده
0/447	0	0	0/05	0/1	0	0	0/06	0/2	احساس گناه
0/987	0	0	0/10	0/3	0	0	0/11	0/4	خودکشی
-	2	2	0/00	2/0	2	2	0/00	2/0	بی خوابی-ابتدایی
-	2	2	0/00	2/0	2	2	0/00	2/0	بی خوابی-میانہ شب
-	2	2	0/00	2/0	2	2	0/00	2/0	بی خوابی-انتهایی
0/025	0	0	0/22	1/0	0	0	0/16	0/5	کار و فعالیت
0/837	0	0	0/05	0/1	0	0	0/05	0/1	کندی
0/321	0	0	0/12	0/6	0	0	0/11	0/5	آزیتاسیون
0/135	0	1	0/18	1/1	0	0	0/16	0/8	اضطراب-روانی
0/641	0	0	1/13	0/5	0	0	0/14	0/7	اضطراب-جسمی
0/507	0	0	0/07	0/2	0	0	0/07	0/3	علائم جسمی-گوارشی
0/264	0	0	0/04	0/1	0	0	0/05	0/2	علائم جسمی-عمومی
0/763	0	0	0/09	0/3	0	0	0/11	0/4	علائم جنسی
0/557	0	0	0/18	0/6	0	0	0/19	0/8	هیپوکندر یازیس
0/027	0	0	0/10	0/5	0	1	0/11	0/8	کاهش وزن

مقایسه نمرات دو گروه مصرف کننده مفاصفتامین (Meth+) و غیرمصرف کننده (Meth-) در عناوین مقیاس ارزیابی علائم مثبت (SAPS):

p در آزمون من-ویتنی	گروه غیرمصرف کننده مفاصفتامین (Meth-)				گروه مصرف کننده مفاصفتامین (Meth+)				
	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	
۰/۸۴۴	۳	۳	۰/۱۸	۲/۷	۳	۳	۰/۱۸	۲/۸	توهم شنوایی
۰/۶۸۱	۱	۱	۰/۱۴	۱/۲	۱	۱	۰/۱۴	۱/۳	صداهای تفسیر کننده
۰/۶۱۳	۰	۱	۰/۱۶	۱/۰	۱	۱	۰/۱۳	۱/۱	صداهای مشاچه کننده
۰/۰۳۰	۰	۰	۰/۰۷	۰/۲	۰	۰	۰/۰۷	۰/۴	توهمات جسمانی یا لامسه
۰/۵۸۲	۰	۰	۰/۰۵	۰/۲	۰	۰	۰/۰۴	۰/۱	توهمات بویایی
۰/۰۹۵	۲	۲	۰/۱۶	۲/۰	۳	۲	۰/۱۴	۲/۳	توهمات بینایی
۰/۳۵۰	۲	۲	۰/۱۶	۲/۳	۳	۳	۰/۱۴	۲/۵	نمره کلی شدت توهمات

p در آزمون من-ویتنی	گروه غیرمصرف‌کننده مفاستامین (Meth-)				گروه مصرف‌کننده مفاستامین (Meth+)				
	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	
۰/۵۳۶	۲	۲	۰/۱۹	۲/۳	۲	۲	۰/۱۴	۲/۲	هذیان‌های گزند و آسیب
۰/۷۲۷	۰	۰	۰/۱۷	۰/۷	۰	۰	۰/۱۵	۰/۸	هذیان‌های بی‌وفایی
۰/۰۷۲	۰	۰	۰/۰۷	۰/۲	۰	۰	۰/۰۷	۰/۳	هذیان‌های گناه
۰/۹۱۸	۴	۴	۰/۱۹	۳/۳	۴	۴	۰/۱۵	۳/۴	هذیان‌های خودبزرگ‌بینی
۰/۲۵۰	۳	۳	۰/۱۹	۲/۹	۳	۳	۰/۱۵	۳/۱	هذیان‌های مذهبی
۰/۱۶۶	۰	۰	۰/۰۹	۰/۵	۰	۰	۰/۱۱	۰/۵	هذیان‌های سوماتیک
۰/۴۱۱	۲	۲	۰/۱۵	۲/۳	۳	۲	۰/۱۲	۲/۴	عقاید و هذیان‌های مرجع
۰/۳۵۴	۰	۰	۰/۱۲	۰/۵	۰	۰	۰/۱۱	۰/۶	هذیان‌های تحت کنترل بودن
۰/۹۰۰	۰	۰	۰/۰۸	۰/۳	۰	۰	۰/۱۰	۰/۴	هذیان‌های خوانش فکر
۰/۴۴۹	۰	۰	۰/۰۹	۰/۳	۰	۰	۰/۰۹	۰/۴	هذیان‌های انتشار فکر
۰/۱۵۳	۰	۰	۰/۰۳	۰/۱	۰	۰	۰/۱۱	۰/۳	هذیان‌های دخول فکر
۰/۱۰۷	۰	۰	۰/۰۳	۰/۱	۰	۰	۰/۰۷	۰/۲	هذیان‌های ریایش فکر
۰/۰۲۹	۲	۳	۰/۱۴	۲/۷	۲	۲	۰/۱۴	۲/۳	نمره کلی شدت هذیان‌ها

p در آزمون من-ویستی	گروه غیرمصرف‌کننده مفا‌مف‌تامین (Meth-)				گروه مصرف‌کننده مفا‌مف‌تامین (Meth+)				
	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	مد	میانه	خطای معیار	میانگین	
۰/۳۶۹	۱	۱	۰/۱۶	۱/۶	۲	۲	۰/۱۴	۱/۸	لباس و ظاهر
۰/۱۵۹	۱	۱	۰/۱۵	۱/۱	۱	۱	۰/۱۴	۱/۴	رفتار اجتماعی و جنسی
۰/۷۶۹	۲	۵/۲	۰/۱۵	۲/۶	۴	۳	۰/۱۷	۲/۷	رفتار پرخاشگرانه یا بی‌قرار
۰/۱۴۰	۰	۰	۰/۱۰	۰/۵	۱	۱	۰/۱۰	۰/۷	رفتار تکراری یا استرنوتیپیک
۰/۵۶۷	۲	۲	۰/۱۳	۱/۶	۲	۲	۰/۱۲	۱/۷	نمره کلی شدت رفتارهای غریب
۰/۵۵۶	۰	۱	۰/۱۹	۱/۴	۳	۱	۰/۱۸	۱/۵	از خط خارج شدن / شل شدن تداعی‌ها
۰/۷۶۷	۰	۱	۰/۱۷	۱/۰	۰	۱	۰/۱۳	۰/۹	تفکر مماسی
۰/۰۹۳	۰	۰	۰/۱۳	۰/۳	۰	۰	۰/۱۰	۰/۵	بی‌ربطگویی
۰/۰۴۹	۳	۲	۰/۱۶	۲/۳	۲	۲	۰/۱۲	۲/۰	تفکر بی‌منطق
۰/۵۶۶	۰	۱	۰/۱۵	۱/۰	۲	۱	۰/۱۳	۱/۱	حاشیه‌پردازی
۰/۹۸۴	۴	۳	۰/۱۶	۳/۰	۳	۳	۰/۱۶	۳/۰	فشار کلام
۰/۳۹۵	۳	۳	۰/۱۷	۲/۵	۳	۳	۰/۱۵	۲/۳	کلام همراه حواس‌پرتی
۰/۸۳۱	۰	۰	۰/۱۳	۰/۷	۰	۰	۰/۱۰	۰/۶	قافیه‌پردازی
۰/۹۰۰	۳	۲	۰/۱۴	۲/۳	۲	۲	۰/۱۱	۲/۴	نمره کلی اختلال مثبت فرم فکر

□ بحث و نتیجه گیری:

❖ بطور کلی نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که نمای بالینی اختلال دوقطبی در بیماران که همزمان متامفتامین مصرف کرده‌اند، با دیگر بیماران تفاوت معنی‌داری ندارد، اگرچه ممکن است در برخی حوزه‌های علامت‌شناختی تفاوت‌هایی بین دو گروه دیده شود.

❖ تاکنون مطالعات زیادی بر روی سوءمصرف و وابستگی به انواع محرکها از جمله متامفتامین انجام شده است، اما تا به حال هیچکدام از آنها همراهی مصرف متامفتامین را با اختلال دوقطبی نوع یک مورد بررسی قرار نداده‌اند. لذا امکان مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه پیشین وجود ندارد.

❖ در این مطالعه نمرات گروه مت + در عنوان توهمات جسمی یا لامسه به طور معنی داری بیش از گروه دیگر بود و بیشتر بودن عنوان توهمات بینایی در گروه مت + نیز تمایل به معنی دار شدن داشت. در مطالعات قبلی نیز اینطور بیان شده بود که وجود هر کدام از توهمات بینایی یا لامسه در یک موقعیت روانپزشانه حاد بیشتر مطرح کننده اختلال روانپزشی ناشی از محرک یا متامفتامین است تا عود یک اختلال روانپزشی اولیه.

❖ بنابراین شاید بتوان در موارد بروز حاد علایم خلقی و روانپزشی، در صورت وجود توهمات لامسه و بینایی، مصرف متامفتامین را با احتمال بیشتری مطرح کرد.

❖ در مقایسه ای که در یک اورژانس روانپزشکی بین بیماران با تشخیص‌های مرتبط با متامفتامین با سایر بیماران این بخش که تشخیص‌هایی غیر از موارد مرتبط با متامفتامین را داشتند انجام گرفت دیده شد که اکثر این بیماران مرد میباشند (۷۰٪ در مقابل ۵۷٪)، همچنین میزان شکایت از وجود قصد خودکشی (۴۷٪ در مقابل ۳۲٪) و بیقراری (۴۸٪ در مقابل ۳۰٪) در این افراد نسبت به سایر بیماران بستری در اورژانس بیشتر است.

❖ در مطالعه حاضر نیز در گروه مت +، نسبت مردان به زنان به طور معنی‌داری بالاتر از در گروه مت منفی بود. اما از نظر وجود افکار خودکشی و بیقراری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ممکن است علت این تفاوت، مربوط به متنوع بودن تشخیص‌های روانپزشکی از جمله اختلال افسردگی و اضطرابی در مطالعه اول باشد، در حالیکه در این مطالعه بیماران دو گروه غیر از فاکتور مصرف متامفتامین، از نظر تشخیص روانپزشکی مشابه بودند.

❖ مقایسه نتایج دو پرسشنامه YMRS و SAPS بیانگر این است که اختلال در کلام در پرسشنامه YMRS در گروه متامفتامین + بطور معنی داری از شدت بیشتری نسبت به گروه متامفتامین - برخوردار است. همچنین بالاتر بودن نمره بربط گویی در پرسشنامه SAPS در گروه متامفتامین + تمایل به معنی دار شدن داشت. این دو نتیجه مؤید این موضوع است که ممکن است در افراد مصرف کننده متامفتامین اختلال در فرم فکر بارزتر باشد.

❖ در گروه متامفتامین + ، نمره عنوان محتوای کلام در پرسشنامه YMRS بطور معنی داری بالاتر از گروه متامفتامین - بود. از سوی دیگر هر چند که بین نمرات انواع هذیانها در پرسشنامه SAPS بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت اما میانگین نمرات اکثر هذیانها در گروه متامفتامین + بالاتر از گروه متامفتامین - بود که شاید بتوان این نتیجه را همخوانی و تاییدی هر چند ضعیف برای نتیجه اختلال محتوای کلام در YMRS دانست.

❖ شاید بالاتر بودن معنی دار نمره کلی شدت هذیان‌ها در پرسشنامه SAPS در گروه متامفتامین - نسبت به گروه مقابل، علیرغم بالاتر بودن میانگین اکثر هذیانها در گروه متامفتامین + در همین پرسشنامه و نیز بالاتر بودن نمره اختلال محتوای فکر در پرسشنامه YMRS، در نگاه اول عجیب و ناهمخوان بنظر برسد. اما با توجه به تعریف SAPS، نمره کلی شدت هذیان‌ها با مسائلی نظیر مدت و ماندگاری هذیانها، شدت اشتغال ذهنی فرد با هذیانها، میزان اعتقادش به آنها و تاثیرشان در عملکرد فرد مرتبط است، بنابراین می توان اینطور نتیجه گرفت که شاید بیماران با عود اپیزود مانیا بدون مصرف متامفتامین، مدت طولانی تری را پیش از بستری با هذیانهایشان سر می کنند و بعلت طولانی تر بودن مدت هذیانها، میزان اعتقاد و اشتغال ذهنی فرد با آنها و نیز میزان تاثیرشان در عملکرد فرد بیشتر است.

❖ در این مطالعه، فاصله زمانی بین شروع علایم، بخصوص علایم روانپزشکی تا زمان بستری و نیز علامت اصلی منجر به بستری فرد مورد بررسی قرار نگرفت، اما شاید با در نظر گرفتن این فاکتورها در مطالعات بعدی بتوان تفسیر جامع و معتبرتری برای نتایج ارائه کرد.

References:

1) Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

۲) حاجبی ا, شریفی و, امینی ه, زفرقندی مبص. بررسی سیر و پیامد سایکوز ناشی از شیشه در مقایسه با سایر اختلالات سایکوتیک اولیه (خلقی و غیر خلقی) در بین مراجعه کنندگان به بیمارستانهای روزبه و ایران در یک پیگیری یک ساله. ۱۳۹۲.


3) Alam Mehrjerdi Z, Barr AM, Noroozi A. Methamphetamine-associated psychosis :a new health challenge in Iran. Daru : journal of Faculty of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences. 2013;21(1):30. PubMed PMID: 23577655. Pubmed Central PMCID: 3637332.

4) Krasnova IN, Cadet JL. Methamphetamine toxicity and messengers of death. Brain research reviews. 2009 May;60(2):379-407. PubMed PMID: 193۰۲۸۲۱۳ Pubmed Central PMCID: 2731235.

5) Winslow BT, Voorhees KI, Pehl KA. Methamphetamine abuse. American family physician. 2007 Oct 15;76(8):1169-74. PubMed PMID: 17990840.

6) Lin SK, Ball D, Hsiao CC, Chiang YL, Ree SC, Chen CK. Psychiatric comorbidity and gender differences of persons incarcerated for methamphetamine abuse in Taiwan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2004 Apr;58(2):206-12. PubMed PMID: 15009828.

7) Akindipe T, Wilson D, Stein DJ. Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. Metabolic brain disease. 2014 Jun;29(2):351-7. PubMed PMID: 24532047.



8) Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S, et al. Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Archives of general psychiatry*. 2005 Feb;62(2):137-45. PubMed PMID: 15699290.

9) Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. *The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum*. 2003 Dec;6(4):347-52. PubMed PMID: 14604449.

10) Mark Toles R. Methamphetamine in Emergency Psychiatry. *ADDICTIVE DISORDERS & THEIR TREATMENT*. 2006;5(4).

11) Pluddemann A, Dada S, Parry CD, Kader R, Parker JS, Temmingh H, et al. Monitoring the prevalence of methamphetamine-related presentations at psychiatric hospitals in Cape Town, South Africa. *African journal of psychiatry*. 2013 Jan;16(1):45-9. PubMed PMID: 23417636.

12) McKetin R, Lubman DI, Najman JM, Dawe S, Butterworth P, Baker AL. Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction*. 2014 May;109(5):798-806. PubMed PMID: 24400972.

13) Fasihpour B, Molavi S, Shariat SV. Clinical features of inpatients with methamphetamine-induced psychosis. *Journal of mental health*. 2013 Aug;22(4):341-9. PubMed PMID: 23323572.