

COMRBIDITY

▶ میزان بالاتر اختلالات شخصیت - اضطراب - افسردگی

▶ معیارهای تشخیصی متفاوت در مطالعات بیماران mmt مقایسه بین آنها را مشکل میسازد.

▶ در اختلالات خلقی MDD تا ۳ برابر - اختلال دو قطبی تا حدودی پایتیر - اختلال دیس تایمیک حداقل ۳-۴%

▶ اختلال های اضطرابی عمده: از ۴ اختلال GAD-OCD-PHOBIA-PANIC شایع ترین اختلال عمده همانند جمعیت عادی فوبیا است. شیوع LT ۲/۳-۹,۶% ----- با شیوع GAD ۵,۴% و اختلال پانیک تا ۲% --- شیوع OCD کمتر است.

▶ اختلال شخصیت : APD اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۸ برابر جمعیت عادی است. و در مطالعات مختلف ۳۴-۶۸% -- در درجه بعدی BPD اختلال شخصیت مرزی ۵% --- اختلال شخصیت اجتنابی ۵% --- Passive - Aggressive ۵%

▶ سایر اختلالهای روانپزشکی : اسکیزوفرنیا نادرتر - اختلال خوردن در زنان بیشتر

روش برخورد

- ▶ توجه به ارزیابی بالینی بیمار قبل از شروع درمان و در حین درمان
- ▶ توجه به تخفیف علائم دیسفوری - ترغیب بیمار با آگاهی از اینکه علائم برطرف خواهد شد
- ▶ در صورت ادامه علائم بعد از ۲ هفته ارجاع جهت ارزیابی روانپزشکی
- ▶ در صورت جدیت علائم بستری برای ارزیابی بهتر یا درمان آن
- ▶ پرهیز از تجویز داروهای روانپزشکی در دو هفته اول
- ▶ مشاوره و رواندرمانی حمایتی در چند روز اول
- ▶ گرفتن اطلاعات از دوستان یا اطرافیان سالم
- ▶ پیام روشن در مورد طبیعت جداگانه اعتیاد به مواد و حالت‌های روانپزشکی همراه
- ▶ دقت در ترتیب زمانی اختلال بعد یا قبل از شروع ماده مخدر (معمولا به غیر از الکل بقیه اختلالها بعد از شروع مصرف مواد دیده میشود).
- ▶ توجه به این که در دوران پرهیز علائم عمده اختلال وجود داشته است
- ▶ وجود بیاریهای مدیکال و داروها نیز در اتیولوژی مد نظر باشد

روش برخورد

- ▶ درمان حالتهای همراه به دلیل خطر عملکرد درمانی ضعیف تر در بیماران اهمیت
- ▶ نقش هماهنگی کلینیک مادون در ارائه خدمات درمانی
- ▶ مشاوره و رواندرمانی — باز توانی روانی اجتماعی از طریق ایجاد ساختار و رفتار پذیرفته اجتماعی و بهبود نگرش شخص به خود

درمان افسردگی

- ▶ بخش عمده‌ای از افسردگی در بیماران در MMT ناشی از مصرف سایر مواد است
- ▶ Brooner 1997: ۷۷٪ افسردگی‌ها در یک گروه از بیماران mmt ناشی از ماده است
- ▶ میزان با لای و وابستگی به الکل در بیماران mmt که در طول زمان ممکن است افزوده شود. اغلب بیماران ناتوان از ارزیابی این وابستگی هستند. انجام تست‌های کبدی که اغلب بالا خواهد بود در صورت لزوم استفاده از دیسولفیرام
- ▶ بیماران با سو مصرف بنزودیازپین‌ها یا سایر سداتیوها علائم افسردگی لتارژیک. بی انگیزه . انهدونیک از خود نشان می دهند. گاه بر عکس بصورت دیلیریوم یا آژیتاسیون. یا رفتار مهار نشده تابلوی مانیا را دارند
- ▶ بیماران در MMT مدت زمان کمی دوزهای پایین بنزودیازپین را سو مصرف میکنند بنابراین اینحتی دوزهای پایین نیز میتواند روند باز توانی را مختل کند و خود را به صورت علائم خلقی مقاوم نشان دهد.
- ▶ سایر داروهای سو مصرف شونده مانند کلونیدین – آنتی هیسامینها نیز باید مدنظر باشد
- ▶ دوز نامناسب متادون نیز باعث بی خوابی تحریک پذیری یا دیسفوری میشود

درمان افسردگی

▶ کانابیس ممکن است علائم خلقی یا اضطرابی بدهد

▶ سیگار زیاد کافئین یا داروهای otc

▶ پاسخ خوب به آنتی دپرسیوانهای TCA با دقت در عوارض جانبی خصوصا عوارض آنتی کولینرژیک

▶ دوز پایین TCA توصیه میشود

▶ SSRI بخوبی تحمل می شود

▶ MAOI ممنوع است

▶ استفاده از دوز پایین اپیوئید در افسردگیهای مقاوم

درمان اختلالات اضطرابی

- ▶ شیوع این اختلالها در بیماران وابسته به بنزودیازپین ها - الکل - محرکها - کانابیس
- ▶ یک دوره پرهیز از ماده مصرفی - سم زدایی - بستری و مشاهده در بخش گاه ارزشمند است
- ▶ علائم اضطرابی با الکل ممکن است سیر متفاوتی داشته باشد و نیاز به زمان بیشتری برای بستری داشته باشد
- ▶ بیماریهای طبی و داروها در نظر گرفته شود.
- ▶ در درمان بهتر است از روشهای شناختی - رفتاری یا آنتی‌دپرسان یا بوسپیرون استفاده شود
- ▶ متادون خواص غیر اختصاصی ضد اضطرابی دارد
- ▶ استفاده از بنزودیازپینها بدلیل خطر سو مصرف توصیه نمیشود
- ▶ استفاده از بنزودیازپینهای با پتانسیل سو مصرف پایین مانند اگزاپام

درمان اختلال شخصیت

- ▶ معمولاً پاسخ درمانی ضعیف است
- ▶ در حالات خاص ممکن پاسخ بهتر باشد
- ▶ استفاده از برنامه های ساختار یافته رفتاری

درمان سایر اختلالها

▶ افراد سایکوتیک معمولاً به دلیل علائم خود قادر نیستند بطور منظم از اپیوید استفاده کنند و معمولاً استفاده آنها از ماده گاهبگاهی خواهد بود از این رو کاندید خوبی در MMT نیستند



