# مقایسه تاثیر الانزاپین و سرترالین در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تحت درمان نگهدارنده با متادون

مژگان جاریانی[1]، ماندانا ساکی[2]، مهدی بیرجندی[3]، حمید احمدی[4]، معصومه روهنده[5]، افسانه بدری زاده[6]

1- استادیار، متخصص اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
2- مربی، کارشناس ارشد آموزش روانپرستاری، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
3- مربی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
4- پزشک عمومی، عضو کمیته تحقیق بیمارستان اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
5- پرستار، عضو کمیته تحقیق بیمارستان اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
6- پرستار، کارشناس پژوهش، معاونت تحقیقات و فناوری ، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره دهم / شماره 4 / زمستان 87 / مسلسل 38

## چکیده

***دریافت مقاله***: 87/9/20، ***پذیرش مقاله***87/11/28

**Ø مقدمه**: اختلال شخصیت مرزی یک اختلال ناتوان کننده است که 2 در صد جامعه را شامل میشود. درمانهای مختلفی برای آن پیشنهاد شده است. هر چه درمان بتواند طیف وسیعتری از علائم را پوشش دهد، مناسبتر است. در این اختلال ابتلاء به مواد مخدر نیز شایعتر است، که این امر موجب پیچیدگی علائم شده و بهبودی را دشوار تر می کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر الانزاپین و سرترالین در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام گرفته است.

**Ø مواد وروشها**: مطالعه حاضر یک کارآزمائی بالینی بوده است. 120 نفر زن و مرد پس از مصاحبه بالینی روانپزشک بر اساس معیارهای تشخیصی‌چهت اختلال شخصیت مرزی و تحت درمان نگهدارنده با متادون انتخاب و بطور کاملا" تصادفی در دو گروه قرار گرفتند . یک گروه تحت درمان با الانزاپین با دوز 10-5 میلی گرم و گروه دیگر تحت درمان با سرترالین با دوز 100-50 میلیگرم قرار گرفتند. پرسشنامه 90% قبل از درمان ودر هفته های 4، 8 و12 جهت کلیه واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد.

**Ø یافته ها**: مطابق کارآزمائی بالینی انجام شده در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تحت درمان نگهدارنده با متادون، سرترالین و الانزاپین در بهبود علائم افسردگی و اضطراب،کاهش حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری و همچنین کاهش علائم وسواسی ،بدبینی و جسمانی کردن موثر بوده اند اگرچه در بسیاری از ایتم ها الانزاپین علائم را بیشتر تخفیف داده است.

**Ø بحث و نتیجه گیری**: از آنجائی که نتایج مطالعه مبین تاثیر داروهای اولانزاپین و سرترالین در بهبودی علائم بیماران با اختلال شخصیت مرزی بود ، پیشنهاد می گردد از دارو درمانی توام با سایر درمانهای رواندرمانی جهت کنترل علائم اختلال استفاده شود .

**Ø کلمات کلیدی**: اختلال شخصیت مرزی ، درمان نگهدانده با متادون ، سرترالین و الانزاپین

**آدرس مکاتبه**: خرم آباد، پل کرگانه، مرکز آموزشی درمانی تخصصی اعصاب و روان و ترک اعتیاد، گروه روانپزشکی

**پست الکترونیک**: mojganjariani@yahoo.com

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

**مقدمه** :

هم ابتلایی در بیماران دچار اختلال وابستگی به مواد مخدر ، خصوصا "هرویین"بعنوان یک پیشگویی کننده درمان این اختلال است . در بین اختلالات همراه بیشترین شیوع و بدترین پیش اگهی مربوط به اختلالات شخصیت دسته B (60-35%) میباشد . توجه به درمان اختلال همراه می تواند منجر به باقی ماندن در درمان با متادون ، افزایش عملکرد وبر طرف شدن علائمی چون پرخاشگری ، افسردگی و آسیب به خود گردد ، افزایش دوز متادون در این افراد در مقایسه با بیماران بدون اختلال همراه ، نمی تواند علائم اختلال شخصیت را کاهش دهد و اغلب اوقات همین مشکلات منتهی به خروج آنها از درمان وعود اختلال مصرف مواد می گردد. در این مطالعه ما بر آن شدیم تا میزان تاثیر الانزاپین وسرترالین را در گروه فوق مورد بررسی قرار دهیم (1) .

هر چه درمان بتواند طیف وسیعتری از علائم را پوشش دهد ، مناسبتر و بهتر تلقی می گردد . اختلال سوء مصرف مواد اغلب در ارتباط با اختلالات روانپزشکی دیگر خصوصاً اختلالات خلق و اضطرابی و اختلالات شخصیت به ویژه دسته B شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی اتفاق می افتد. تشخیص و درمان هم ابتلائی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد در 10 سال گذشته مورد توجه قرار گرفته است (2).

شناخت رابطه بین اختلالات مصرف مواد با اختلالات روانپزشکی به منظور مشخص کردن نوع درمان و پیش آگهی لازم است . شناسایی اختلالات روانی همراه یکی از فاکتورهایی است که می تواند پزشکان را در شناسایی معتادان با امکان عود بالاتر، راهنمایی نموده و در برنامه ریزی جهت افرادی که در معرض خطر بیشتری هستند ، به آنها کمک نماید(3 و6). کشف رابطه بین اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد، نه تنها در درمان بهتر بلکه در پیشگیری نیز می تواند کمک کننده باشد.

اختلال عملکرد لوب فرونتال و پری فرونتال همراه با نقص در خودسنجی و کنترل رفتار، مدارکی دال بر همزمانی اختلالات مرتبط با مواد و اختلالات شخصیت است(4و5). در سال 2003 معلوم شد مردان مبتلا به اختلالات روانپزشکی مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی و یا افسردگی پیش آگهی بدتری از نظر ابتلا به مواد مخدر دارند(7). نتایج مطالعه ای که در سال 1999 با هدف بررسی هم ابتلایی اختلال شخصیت مرزی ومصرف مواد انجام گرفت ، نشان داد ، بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی که تحت درمان خاصی قرار ندارند، با احتمال بیشتر به اختلال مصرف مواد همزمان دچار میشوند(8).

افراد مبتلا به اختلال روانی همزمان با اختلالات مصرف مواد نیازمند درمان همزمان هستند. درمان موازی موجب میشود، فرد علاوه بر درمان اختلال اصلی ، درمان وابستگی مواد را نیز با موفقیت به پایان برساند، درمان همزمان نه تنها از عود جلوگیری می کند بلکه علائمی که بیمار از آن رنج می برد، را کاهش می دهد. بسیاری از مراکز ترک اعتیاد برنامه های در جهت کاهش علائم اختلالات روانپزشکی، همراه با برنامه هایی در جهت توقف ماده مصرفی دارند(9). هم ابتلایی اختلال شخصیت خوشه B با مصرف هرویین، حدود 35 تا 60 درصد گزارش شده است. اختلال شخصیت مرزی یک اختلال فراگیر در بی ثباتی روابط بین فردی، عاطفه و تصویر از خود و همینطور پرخاشگری است. اگرچه روان درمانی در جهت بهبود عملکرد بیماران موثر می باشد، ولی دارو درمانی نیز در جهت بهبود آسیب پذیری های صفات شخصیت و علائم مربوط تاثیر داشته است(10 ). سایکو پاتولوژی هایی که هدف درمان هستند، شامل بدتنظیمی های عاطفی، رفتارهای پرخاشگری و علائم درکی – شناختی است که برای درمان موارد اول ودوم از تثبیت کننده های خلق و ضد افسردگی ها و برای درمان علایم درکی –شناختی از آنتی سایکوتیک ها استفاده می شود(1).

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

## مواد و روشها

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمائی بالینی بوده است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تحت درمان با متادون بوده اند که اختلال آنها توسط روانپزشک مطابق ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR قطعی شده و مراحل القا [1] و تثبیت[2] پروسه درمان نگهدارنده با متادون ( MMT )به خوبی طی شده و علی رغم تنظیم دوز متادون علائم پرخاشگری ، افسردگی و رفتارهای خود آزاری ادامه داشته است. این افراد دارای اختلال محور یک نبوده و سابقه بیماری جسمی(ایدز یا هپاتیت) نداشته اند.

طبق فرمول حجم نمونه 120 نفر زن و مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی و تحت درمان نگهدارنده با متادون انتخاب و به طور کاملا تصادفی در دو گروه قرار گرفتند . یک گروه تحت درمان با الانزاپین به میزان 10-5 میلی گرم روزانه و برای گروه دیگر سرترالین به میزان 100-50 میلیگرم روزانه تجویز شد. این کار آزمائی بالینی مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی لرستان را در تاریخ 14 / 9/ 1386 اخذ نموده است. جهت کلیه واحدهای مورد پژوهش شرکت کننده در مطالعه، رضایت نامه کتبی جهت ورود به مطالعه، اخذ گردید. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش مصاحبه بالینی روانپزشک و پرسشنامه 90- SCL بود. این پرسشنامه استاندارد 9 آیتم شامل جسمانی کردن، افسردگی، اضطراب، وسواس، پرخاشگری، حساسیت در روابط بین فردی، بدبینی، علائم روانپریشی و ترس مرضی را مورد ارزیابی قرار می دهد. قبل از درمان و در هفته های 4 ،8 و12 پرسشنامه SCL-90 جهت کلیه واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد.

علاوه بر ارزیابی 9 ایتم پرسشنامه، افراد از نظر رفتارهای خودزنی، مقدار دوز مصرفی متادون، تعداد آزمایش ادرار منفی در هفته های 4 ، 8 و 12 با هم مقایسه شدند. اطلاعات پس از جمع آوری از طریق نرم افزار spss مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت توصیف فراوانی داده ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده ها از آزمون repeated measure و آزمون فریدمن استفاده گردید.

## یافته ها:

یافته های تحقیق نشان داد از 120 بیماری که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، در گروه مصرف کننده سرترالین 83/3% زن و 16/7% مرد با میانگین سنی 28 سال، 45% مجرد،43/3% مطلقه و بیوه و 11/7% متاهل بودند. از نظر تحصیلات 1/7% بیسواد، 56/7% زیر دیپلم، 33/3 % دیپلم و 8/3% بالاتر از دیپلم بودند.

در گروه مصرف کننده اولانزاپین 81/7% زن و18/3% مرد با میانگین سنی 26 سال، 36/7% مجرد، 45% مطلقه و بیوه و 18/3% متاهل بودند. از نظر تحصیلات6/7% بیسواد 48/3% زیر دیپلم، 36/7 % دیپلم و 8/3% بالاتر از دیپلم بودند. میانگین مدت زمان اعتیاد در گروه اول 3/3 سال ودر گروه دوم 2/2 سال بود.

در ارزیابی پرسشنامه SCL-90 قبل از درمان در گروه مصرف کننده سرترالین میانگین نمرات اختلال جسمانی کردن 2/18، وسواسی جبری 1/35، حساسیت در روابط بین فردی 3/30، افسردگی 2/61، اضطراب 2/45، پرخاشگری 3/26، ترس مرضی 1/89، پارانویا 2/07 و علائم روانپریشی 1/42 ودر گروه مصرف کننده الانزاپین اختلال جسمانی کردن 2/18، وسواسی جبری 1/33، حساسیت در روابط بین فردی 3/30، افسردگی 2/64، اضطراب 2/43، پرخاشگری 3/28، ترس مرضی 1/76، پارانویا 2/05 و علائم روانپریشی 1/63 بود.

میانگین نمرات ماه اول بعد از شروع درمان، ماه دوم و ماه سوم در دو گروه تحت درمان با الانزاپین و سرترالین بطور

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

چشمگیری کاهش یافته بود. آزمونهای آماری تفاوت معنی داری در میانگین نمرات قبل از درمان، ماه اول، ماه دوم و ماه سوم بعد از درمان در دو گروه نشان داد(جدول 1).

همچنین مقایسه دو دارو در کاهش علائم افسردگی و اضطراب ، نشان داد هر دو دارو در طول زمان 12 هفته بطور معنی داری موجب بهبودی اضطراب و افسردگی شدند (P<0/001) ولی در کاهش علائم افسردگی سرترالین (P<0/001) ودر بهبودی علائم اضطرابی الانزاپین (P<0/001) ارجح بوده است (جدول 1).

در بررسی دو آیتم حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری هر دو دارو در طول زمان علائم را بطور قابل توجهی کاهش دادند (P<0/001). در مقایسه تاثیر پذیری دودارو الانزاپین به طور معنی داری در کاهش پرخاشگری (P< 0/001) وحساسیت در روابط بین فردی (P< 0/001) نسبت به سرترالین موثرتر بود (جدول 1).

در بعد پارانویا الانزاپین به طور موثرتری توانست علائم را کاهش دهد (P< 0/001)( جدول1)

در مقایسه دو دارو در کاهش وسواس و سوماتیزیشن هر دو دارو موثر بودند در مورد بهبود علائم وسواسی سرترالین بطور معنی داری بر الانزاپین ارجح بود (P< 0/001) اما در کاهش سوماتیزیشن بین دو دارو اختلاف معنی داری وجود نداشت P = 0/09 (جدول1).

در بررسی انجام شده در پایان هفته 12 از نظر میزان آزمایش ادرار منفی بین دو گروه ارتباط معنی داری وجود نداشت (P= 0/07). ارتباط معنی داری در میزان خودزنی در دو گروه وجود داشت (P < 0/001). در گروه مصرف کننده الانزاپین بطور معنی داری رفتارهای خودزنی نسبت به گروه سرترالین کاهش پیدا کرده بود. میانگین دوز مصرفی متادون در گروه دریافت کننده الانزاپین قبل از درمان 9/7 بعد از درمان 7/6 ودر گروه دریافت کننده سرترالین به ترتیب 9/3 و 8/7 بود.

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

جدول شماره 1 : میانگین نمرات اختلالات واحدهای مورد پژوهش بر اساس نوع داروی مصرفی (قبل از درمان ،هفته های 4، 8 و 12 بعد از شروع درمان )

| ماههای بررسی در گروه سرترالین | قبل از درمان | | هفته 4 بعد از شروع درمان | | هفته 8 بعد از شروع درمان | | هفته 12 بعد از شروع درمان | | P Value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نوع اختلال | میانگین نمرات | انحراف معیار | میانگین نمرات | انحراف معیار | میانگین نمرات | انحراف معیار | میانگین نمرات | انحراف معیار | |
| افسردگی | 2/61 | 0/485 | 2/36 | 0/453 | 2/05 | 0/475 | 1/82 | 0/428 | 0/001< |
| اضطراب | 2/45 | 0/530 | 2/32 | 0/526 | 2/23 | 0/554 | 2/14 | 0/563 | 0/001< |
| پرخاشگری | 3/26 | 0/500 | 2/90 | 0/495 | 2/63 | 0/469 | 2/38 | 0/461 | 0/001< |
| حساسیت در روابط بین فردی | 3/30 | 0/502 | 2/99 | 0/468 | 2/78 | 0/436 | 2/56 | 0/438 | 0/001< |
| وسواس | 1/35 | /506 | 1/18 | 0/434 | 1/08 | 0/387 | 0/97 | 0/344 | 0/001< |
| پارانوئیا | 2/07 | 0/654 | ~1 | 0/579 | 1/85 | 0/553 | 1/74 | 0/536 | 0/001< |
| جسمانی | 2/18 | 0/504 | 1/96 | 0/454 | 1/79 | 0/448 | 1/60 | 0/407 | 0/001< |
| روانپریشی | 1/42 | /606 | 1/48 | 1/25 | 1/28 | /525 | 1/21 | /496 | 0/001< |
| فوبیا | 1/89 | 0/656 | 1/70 | 0/595 | 1/60 | 0/583 | 1/47 | 0/549 | 0/001< |
| ماههای بررسی در گروه اولانزاپین | قبل از درمان | | هفته 4 بعد از شروع درمان | | هفته 8 بعد از شروع درمان | | هفته 12 بعد از شروع درمان | | P Value |
| افسردگی | 2/64 | 0/470 | 2/43 | 0/438 | 2/32 | 0/402 | 2/19 | 0/394 | 0/001< |
| اضطراب | 2/43 | 0/495 | 2/01 | 0/534 | 1/79 | 0/497 | 1/56 | 0/466 | 0/001< |
| پرخاشگری | 3/28 | 0/470 | 2/74 | 0/438 | 2/40 | 0/402 | 2/05 | 0/394 | 0/001< |
| حساسیت در روابط بین فردی | 3/30 | 0/502 | 2/87 | 0/542 | 2/50 | 0/527 | 2/14 | 0/437 | 0/001< |
| وسواس | 1/33 | 0/489 | 1/27 | 0/480 | 1/24 | 0/466 | 1/17 | 0/469 | 0/001< |
| پارانوئیا | 2/05 | 0/651 | 1/68 | 0/561 | 1/47 | 0/475 | 1/25 | 0/434 | 0/001< |
| جسمانی | 2/18 | 0/504 | 1/96 | 0/467 | 1/80 | 0/453 | 1/60 | 0/408 | 0/001< |
| روانپریشی | 1/63 | 0/590 | 1/36 | 0/524 | 1/18 | 0/439 | 1/05 | 0/392 | 0/001< |
| فوبیا | 1/47 | 0/656 | 1/62 | 0/655 | 1/60 | 0/583 | 1/54 | 0/604 | 0/001< |

## بحث ونتیجه گیری

مطابق یافته های بدست آمده از کارآزمائی بالینی انجام شده به نظر میرسد سرترالین و الانزاپین در بیماران مبتلاء به اختلال شخصیت مرزی تحت درمان نگهدارنده با متادون توانسته بطور موثری در بهبود علائم افسردگی و اضطراب، کاهش حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری، کاهش علائم وسواسی، بدبینی و جسمانی کردن نقش داشته باشند. با توجه به یافته های تحقیق الانزاپین در مقایسه با سرترالین در بسیاری از موارد علائمی نظیر اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، پارانویا، افسردگی و وسواس را بیشتر تخفیف داده بود. به همین دلیل به نظر می رسد در انتخاب دارو اولانزاپین بر سرترالین ارجحیت داشته باشد.

در یک مطالعه دو سوکور که توسط لینه هان[1] در سال (2008 ) انجام گرفت ،درمان الانزاپین به روان درمانی اضافه شد. نتایج این مطالعه نشان داد که الانزاپین بطور موثری منجر به کاهش پرخاشگری و عصبانیت در این افراد می شود(11).

[1] Lineh Han

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

نتایج یک کارآزمائی بالینی انجام شده در سال 2008 با هدف تعیین تاثیردارو های متفاوت روی اختلال شخصیت مرزی نشان داد، از بین داروهای مختلف ضد افسردگی و تعدیل کننده های خلق، آنتاگونیست های توام سرتونین، دوپامین ارجح تر از بقیه داروها بوده اند(12). در مطالعه دیگری که بر روی بیماران با اختلال شخصیت مرزی با پرخاشگری شدید انجام گرفت، نتایج نشان داد که تزریق عضلانی 10 میلی گرم الانزاپین تاثیر چشمگیری در کاهش پرخاشگری بیماران داشته است، بطوریکه فقط 16% نیازمند تزریق بعدی بودند(13).

در مطالعه ای در سال 2004 تاثیر فلوکستین و الانزاپین به تنهائی در مقایسه با ترکیب دو داروی فلوکستین و الانزاپین در بیماران با اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشاندهنده تاثیر بهتر ترکیب دو دارو در بهبودی علائم بود. در سال 2004 ارجحیت الانزاپین به پلاسبو در درمان اختلال شخصیت مرزی گزارش شد(14). در سال 2001 مشخص شد دوز کم الانزاپین رفتارهای خود زنی را کاهش میدهد(15).

درسال 2001 بدنبال تحقیقی که روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد مصرف الانزاپین 15-5 میلی گرم روزانه توانست طیف وسیعی از علائم(خلق، شناخت، رفتارهای شبه خود کشی، روابط بین فردی) را بهبود بخشد(16). در سال 2000 مقایسه ای بین مصرف ایمی پرامین وسرترالین روی اختلال شخصیت مرزی همراه با دیس تایمی انجام گرفت. نتایج نشان داد، بهبودی دیس تایمی با بهبودی جوانب شخصیتی همراه بوده است(17). در سال 2002 مطالعه ای در زمینه مصرف فلووکسامین در اختلال مرزی نشان داد این دارو روی نوسانات خلقی اثر دارد ولی روی تحریک پذیری و پرخاشگری اثر ندارد(18). نتایج مطالعه گرا و همکاران در سال 2006 تاثیر الانزاپین را در پرخاشگری در بیماران وابسته به هروئین نشان داد. آنها گزارش کردند الانزاپین موجب کاهش پرخاشگری می شود(19). در سال 2007 مقایسه ای بین الانزاپین و ریسپریدون در بیماران وابسته به هروئین مبتلا به اسکیزوفرنی نیز توانایی بیشتر الانزاپین را در درمان همزمان دو اختلال نشان داد(20). با توجه به نتایج یاد شده از تحقیقات انجام شده و با توجه به یافته های تحقیق حاضر مبنی بر تاثیر بیشتر اولانزاپین و ارجحیت آن در مقایسه با سرترالین به نظر می رسد انتخاب داروهای آنتاگونیست توام دوپامین سروتونین به عنوان درمان اصلی یا درمان ترکیبی با سایر داروهای مصرفی می بایست مورد توجه روانپزشکان قرار گیرد.

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

## References


1. Skodol A.E, Oldham J.M, Gallaher P.E. Axis II co morbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. Am J Psychiatry, 1999, 156: 733 -738 .
2. Frei A, Rehm J. Co-morbidity: psychiatric disorder of opiate addicts at entry into heroin-assisted treatment. Psychiatr prax. 2002 ,29 (5 ) :251-57 .
3. Darke S, Williamson A, and Ross J, Teesson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk – taking among heroin users: finding from Australian Treatment Outcome study (ATOS).Drug Alcohol Depend. 2004 , 9074 (1): 77-83.
4. Chakroun N, Doron J, Swendsen J. Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models. Encephale. 2004 , 30 (6 ) : 564-9 .
5. Kathleen T, Rajita S. Co occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. Am J Psychiatry. 2005 , 162 :1483- 93.
6. Sullivan MD, Edlund MJ, Steffick D, Unutezer J. Regular use of prescribed opioids: association with common psychiatric disorders. Pain. 2005 , 15 ,119 (1-3 )95-103.
7. Gerra.G Zaimovic. A, Rajgima A, Gerra G , Zaimovic. A , Moi G , Bussandri. M & etal. Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. Neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2004 , 28(1):129-39.
8. Gerra. G, Di Petta. G, D'Amore. A, Iannotta. P, Bardicchia. F& etal. Effects of olanzapine on aggressiveness in heroin dependent patients. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006 , 30(7):1291-8.
9. About Addiction & Mental Health concurrent Disorders / concurre centre for addiction and mental health 2008 /2/29 : Available Http: www.camh.net
10. Bellinos. S, Paradiso. E, Bogetto F, Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. CNS Drugs. 2008; 22(8) :671-92.
11. Linehan. M.M, McDavid. JD, Brown. M.Z, Sayrs J.H, Gallop R.J.Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study.J Clin Psychiatry. 2008, 69(6): 999-1005 .
12. Bellino, Silvio1;Paradiso, Erika1; Bogetto, Filippo1Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapies for Borderline Personality Disorder CNS Drugs, Volume 22, Number 8, 2008 : 671-692(22)
13. Damsa , E . Adam , F . De Gregorio , L . Cailhol , J . Lejeune , C . Lazignac , M . Allen Intramuscular olanzapine in patients with borderline personality disorder: an observational study in an emergency room. General Hospital Psychiatry, 2(1):51 - 53


[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]

14. Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA.A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personalitydisorder J clin psychiatry 2004, 65(7): 903
15. Hough , Lowdose olanzapine for self-mutilation behavior in borderline personality disorder, J clin psychiatry 2001, 62(4) -296
16. Zanarini MC, Frankenberg FR, Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patient Jcli Psychiatry 2001 62(11): 849-54
17. David H. Hellerstien MD. James H.Kosis Double blind comparison of sertraline and imipramine and placebo in the treatment of dysthymia effect on personality Am J psychiatry sep 2000 , 157: 1436-1444
18. Wilson M , Compton MD, Linda B,Cottler. The role of psychiatric disorder in predicting drug dependence treatment outcomes. Am J psychiatry. 2003; 160: 890-895
19. Akerele E, Levin FR. comparison of olanzapine to risperidone in, comparison of olanzapine to risperidone in abusing with schizophrenia. Am J Addict. 2007, 16(4): 260-8
20. GerraG.DpettaG. DAmorA. Combination of olanzapine with opoid –agonist in the treatment heroin-addicted patient affected by comorbid schizophrenia spectrum disorder.Clin Neuropharmacol 2007, 30(3): 127-35

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07 ]