

بسمه تعالی

تشخیص و طبقه بندی اعتیاد و شناسایی مواد

مقدمه :

از دوران قبل از تاریخ ، نوع بشر از مواد گوناگون برای کاهش درد فیزیکی و یا تغییر حالت های هشیاری استفاده کرده است . اغلب اوقات مردم مواد مسموم کننده ای را که برسیستم بدن تاثیر می گذارد آزموده اند. این مواد ناراحتی ورنج فیزیکی وروانی را کاهش داده و حالت سرخوشی و لذت تولید می نمایند . علیرغم پیامدهای ویرانگر استفاده از چنین موادی در بدن ، اثرات ابتدایی آنها لذت بخش است . این لذت بخش بودن ، شاید علت ریشه ای مصرف مواد مخدر باشد .

مصرف پاتولوژیک برخی مواد در دو طبقه جا می گیرد

1- سوء مصرف دارو یا ماده داروئی

2- وابستگی به دارو

تعریف وابستگی به دارو بر طبق DSM-IV

وابستگی به مواد با داشتن حداقل 3 ویژگی از موارد زیر تعیین می گردد.

1- فرد به حالت تحمل می رسد که دارای دو جنبه می باشد

الف: فرد برای رسیدن به حالت اثر مطلوب همواره به مقادیر بالاتری از دارو نیاز پیدا می نماید .

ب: آثار دارو ، در صورتیکه فرد مقدار مصرف قبلی را به کار برد ، کاهش می یابد.

2- علائم ترک : در صورت ترک مصرف دارو یا کاهش مقدار مصرف ، علائم فیزیکی و روانی منفی ظهور

می یابند . فرد ممکن است با فرار از حالت عوارض ترک ، مصرف دارو را ادامه دهد .

3- فرد مقدار بیشتری از دارو و یا به مدت طولانی تری از آنچه که از ابتدا مورد نظر بوده ، در عمل مصرف

می نماید .

4- فرد این نکته را درک می نماید که میزان مصرفش بالا است ممکن است کوشش کرده باشد تا مصرف دارو را کاهش دهد ولی با شکست مواجه شده است .

5- بیشتر وقت فرد در حال تلاش برای تهیه مواد و یا رهایی از آثار آن می گذرد.

6- مصرف مواد علیرغم اینکه این مواد باعث مشکلات فیزیکی و روان شناختی می گردد، باز هم ادامه می یابد .

طبقه بندی مواد :

1 - نیکوتین و سیگار

تاریخچه مصرف توتون شبیه به دیگر داروهای مخدر است مدت کوتاهی پس از تجارب اولیه کلومبوس با بومیان آمریکائی ، ملوانان و بازرگانان شروع به تقلید از تدخین تنباکوی بومیان نمودند. در اثر این تدخین آنها میل و نیاز افزایش یابنده ای را نسبت به آن پیدا می کردند.

نیکوتین عامل مخدر تنباکو و توتون است . این عامل گیرنده های نیکوتین را در مغز تحریک می کند . سپس راه های عصبی ویژه ای فعال شده و نرونهای دوپامینرژیک در نواحی نرو لیمبیک را تحریک می نماید (دیویدسون 2000)

این نواحی به نظر می رسد که در تولید آثار تقویتی اغلب داروها دخیل هستند کیفیت مخدر بودن توتون با دانستن اینکه چطور مردم با هزینه های بسیاری توتون مصرفی را تهیه می کردند بهتر درک خواهد شد. در انگلستان قرن 16 تنباکو و نقره اونس به اونس با هم معاوضه می شدند.

2 - ماری جوانا

این مواد شامل برگ های خشک شده وله شده شکوفه گیاه شاهدانه است .

این گیاه همچنین کانابیس ساتیوا نامیده می شود . این ماده اغلب تدخین می شود اما می تواند از راه جویدن ، دم کردن مثل چای و یا اضافه کردن به خوراکی های قابل پخت شامل نان مصرف شود.

حشیش که خیلی قویتر از ماری جوانا است از طریق خارج کردن رزین یا سمغ از نوک گیاه کانابیس با کیفیت بالا و خشک کردن آن حاصل می‌گردد. در آمریکا گیاه شاهدانه برای الیاف آن کاشته می‌شد و نه برای تدخین. این الیاف برای تولید پارچه استفاده می‌شد. در قرن 19 خواص پزشکی سمغ کانابیس مورد توجه قرار گرفت و بوسیله کمپانی‌های داروئی متعددی بعنوان یک دارو برای رماتیسم، افسردگی، نقرس، و با و درد عصبی فروخته می‌شد.

این ماده همچنین برای کسب لذت تدخین می‌شد. آثار مسموم کننده ماری جوانا مثل اغلب داروها به قدرت اندازه میزان مصرف یا دوز آن بستگی دارد.

آثار آن بر تدخین کنندگان ماری جوانا مثل اغلب داروها به قدرت و اندازه میزان مصرف یا دوز آن بستگی دارد. تدخین کنندگان ماری جوانا با مصرف آن، حالت آرامش پیدا می‌کنند. آنها همچنین معاشرتی و خونگرم می‌شوند. مقادیر بالای مصرف موجب تغییرات سریع در هیجان، کند شدن یا تضعیف توجه، تکه تکه شدن افکار و اختلال حافظه می‌گردد.

عامل شیمیایی عمده و فعال در ماری جوانا جدا شده و «دلتا-9 تترا هیدروکانابینول» یا THC نام گرفته است.

میزان THC در انواع ماری جوانا متفاوت است. در اواخر دهه 80 گیرنده های کانابیس در مغز کشف شدند. مدت کوتاهی بعد از آن معلوم شد که بدن، خودش ماده شبیه به کانابیس را تولید می‌کند.

پیامدهای بدنی ناشی از مصرف ماده ماری جوانا شامل سرخ و متورم شدن چشمان، خارش و تحریک در چشمان، خشکی دهان و حلق، اشتهای افزایش یافته، کاهش فشار در چشمان و تا حدودی افزایش فشار خون می‌باشد. همچنین از اثرات سوء این ماده بر روی قلب نیز نباید غافل بود.

مطالعات اواسط دهه 70 نشان داد که THC (ماده فعال ماری جوانا) می‌تواند تهوع و کاهش اشتهای ناشی از شیمی درمانی را در سرطان کاهش دهد (گرین اسیون 1995 به نقل از دیویدسن 2000)

ماری جوانا علاوه بر این برای درمان درد و رنج ناشی از ایدز مصرف می شود (موزمان 1996 به نقل از دیویدسن) اثرات مسکن و ضد درد هم با تزریق و هم با مصرف دارو مورد تأیید قرار گرفته است (آیتاس 1997 به نقل از دیویدسن)

3 - مسکن ها و محرک ها :

اعتیاد به داروها شامل مسکن ها تا سال 1914 در آمریکا مورد تأیید نبود ولی با پذیرش تلویحی روبرو بود. از این زمان قانون (هریسون) درباره مواد مخدر ، مصرف داروهای مختلف را غیر قانونی و معتادان به آنها را مجرم اعلام نمود. داروهایی که ما اینجا مورد بحث قرار می دهیم در برخی از آنها با استفاده از نسخه قابل تهیه هستند، به 2 گروه مسکن ها و محرک ها تقسیم می گردند.

مسکن های عمده فعالیت های بدن را کند می کنند و پاسخدهی آنها کاهش می دهند .

این گروه شامل : تریاک و مشتقات آن ، مورفین ، هروئین ، کدئین ، باربیتوراتها و مسکن هایی مثل سکوباریتال (سکونال) و دیازپام می باشند.

افیونها :

گروهی از داروها هستند که شامل آپو مورفین ، کدئین ، مورفین و پاپاورین می باشند .

این گروه فعالیت CNS را تخفیف می دهند مواد این گروه (مسکن های اعتیاد آور)

در دوزهای متعادل درد را از بین برده و ایجاد خواب می نمایند.

4 - مسکن های سنتز شده (مصنوعی)

یک نوع عمده از مسکن ها (باربیتوراتها) بعنوان وسیله کمکی برای خوابیدن و حصول آرامش تولید شده اند.

این داروها در ابتدا خیلی مورد علاقه بوده و بصورت مکرر با نسخه تجویز می شوند. در اواسط دهه 40 به

دلیل مخدر بودنشان ، مبارزه علیه آنها صورت گرفتو پزشکان با فراوانی کمتری باربیتوراتها را تجویز می

نمودند. امروزه بنزودیازپین ها مثل والیوم خیلی بیشتر مورد سوء استفاده قراردارند.

5 - L.S.D و دیگر توهم زاها

در 1943 یک شیمیدان سوئسی به نام آلبرت هوفمان یک حالت بیماری را که ظاهراً خودش با آن مواجه شده بود گزارش نمود.

احساس گیجی و بی قراری داشتیم، در خانه دراز کشیدم در یک حالت دلیریوم خوشایند فرو رفتم. در یک حالت نیمه هشیار در حالیکه چشم هایم بسته بود تصاویری از وقایع حقیقی فوق تصور و بسیار متغیر از نظر رنگ بر من هجوم آوردند.

ابتدا نام این دارو را هوفمان سایکومیمیتک (تقلید کننده حالت پسیکوز) نام گذاری کرد زیرا اینطور مشاهده کرد که آثار این دارو شبیه علامت ها و نشانه های پسیکوز است .

در واقع این داروها قادر به ایجاد علائم پسیکوز بودند. اثر اصلی L.S.D ایجاد توهم می باشد . تفاوت توهمات ناشی از مصرف L.S.D با توهم موجود در اسیکزوفرنی آن است که درمورد مصرف L.S.D فرد می داند که توهم وی به خاطر مصرف دارو است .

5 توهم زای معروف عبارتند از :

1- مسکالین 2- سیلوسیبین 3- MDA 4- MDMA 5- فن سیکیدین (PCP)

یافته های مستندی در ارتباط با علائم ترک در مورد L.S.D وجود ندارد . ولی فرآیند تحمل ملاحظه می گردد این فرآیند خیلی سریع حاصل می گردد . در سال 1985 یک توهم زای جدید کشف گردید که نامش اکستازی بود و به ماده MDA یا متیلن دی اوکسی آمفتامین و MDMA یا متیلن دی اوکسی مت آمفتامین مربوط می شد .

در مورد آثار توهم زاها می توان این موارد را بیان کرد.

سر ریز شدن اطلاعات حسی از یک سیستم حسی به سیستم حسی دیگر رخ می دهد . رنگها شنیده می شوند و صداها دیده می شوند . زمان ذهنی به نحو جدیدی تغییر یافته است . زمان وابسته به ساعت خیلی کند می گذرد . آثار توهم زاها علاوه بر مقدار دارو به متغیرهای روان شناختی هم ارتباط دارد .

مجموعه نگرش ها ،انتظارت و انگیزه های فرد در مصرف دارو یک تعیین کننده مهم برای واکنش های فرد به داروهای توهم زا می باشد .

همچنین شرایطی هم که دارو در آن استعمال می شود مهم است .

PCP یا گرد فرشته (angle dust) یک توهم زای مصنوعی با اثرات بسیار خطرناک است . مسمومیت با این دارو ممکن است طولانی و مخاطره آمیز باشد . مثل تحریک رفتار پرخاشگرانه و توهمات همراه با نیستاگموس و افزایش فشار خون .

بادوزهای بالا ممکن است آتاکسی ، سفتی عضلانی و تشنج روی دهد ، حتی در موارد شدید ، ممکن است یک بحران آدرنرژیک بصورت نارسائی قلبی ، حوادث عروق مغزی یا هیپوترمی بدخیم روی می دهد.

- اتیولوژی سوء مصرف مواد و وابستگی

در بررسی دلایل اختلالات سوء مصرف و وابستگی ما باید بدانیم که وابسته شدن به دارو عموماً یک فرآیندی افزایش یابنده است . فرد در ابتدا باید یک نگرش مثبت به دارو یا ماده مورد نظر داشته باشد . سپس شروع به آزمایش آن نماید . بعد از اینکه به مصرف مرتب بپردازد و سپس به مصرف سنگین مشغول گردد ونهایتاً به مرحله سوء مصرف و یا وابستگی فیزیکی برسد .

- عوامل اجتماعی فرهنگی :

- نقش این عوامل بسیار مهم است تاثیر همسالان گرفته تا والدین و تاثیر رسانه ها آنچه که در یک فرهنگ خاص پذیرفتنی است .

- محیط اجتماعی و شرایط اجتماعی می تواند بر علائق مردم درمورد داروها ونحوه دسترسی بر داروها تاثیر گذارد .

مراحل و فرآیند تبدیل یک فرد عادی به یک فرد وابسته به دارو :

1- نگرش مثبت

2- آزمودن دارو

3- مصرف منظم دارو

4- مصرف سنگین

5- وابستگی فیزیولوژیکی

- عوامل روان شناختی :

1 - تغییرات خلق :

تحقیقات نشان می دهد که یکی از محرکها و انگیزه های اصلی روان شناختی برای استفاده از داروها تغییرات خلق است . مصرف دارو بنابراین یا بوسیله افزایش حالات خلقی مثبت یا بوسیله کاهش حالات خلقی منفی تقویت کننده است.

دو متغیر دیگر روان شناختی که به مصرف دارو مربوط هستند عبارتند از میزانی که فرد معتقد به مضر بودن یک داروست و در کی که فرد از شیوع استفاده در دیگران دارد . مثلا استفاده از ماری جوانا در 1978 افزایش یافت ولی 11% دانش آموزان سال آخر دبیرستان مصرف روزانه را گزارش کردند.

2 - شخصیت و مصرف دارو :

نه عوامل فرهنگی و نه تئوریهای تغییر خلق هیچکدام بطور کامل مسئله تفاوت های فردی را در مصرف دارو توضیح نمی دهند .

متغیرهای شخصیت تلاش می نمایند تا توضیح دهند که چرا افراد خاص به مصرف مواد کشیده می شوند . مقادیر بالای عواطف منفی و یک علاقه پایدار برای برانگیختگی و افزایش عواطف مثبت دو خصیصه شخصیتی هستند که در این متن مطالعه شده اند .

مثلا افسردگی با آغاز تدخین ارتباط دارد همچنین یک ارتباط کلی بین مصرف دارو و اختلال شخصیت ضد اجتماعی یافته شد. (بال و کیملن 1997)

سوء مصرف دارو ممکن است بخشی از رفتار جستجوی پدیده های هیجان آور و شوکه کننده در سایکوپاتها باشد . افزون بر این مصرف الکل بصورت توأم با اختلالات متعدد شخصیت و مهمتر از

همه اختلال شخصیت ضد اجتماعی برای مردان و اختلال شخصیت مرزی برای زنان مطرح می شود.

تمرد و یاغی گری و نافرمانی و سطح بالای پرخاشگری به سوء مصرف مواد ربط دارد .
ما هم چنین باید انتظار مصرف افیونها و آرام بخش ها را بوسیله افراد مضطرب داشته باشیم . اینها برای کاهش درد و ناراحتی خود از این داروها بهره می برند.

اختلال ADHD در کودکی به میزان بالائی به رفتار ضد اجتماعی ربط دارد . هم چنین اختلال فزون کنشی با سوء مصرف دارو مرتبط است .

3 - متغیرهای بیولوژیک :

بیشتر تحقیقات روی عوامل بیولوژیک در سوء مصرف مواد این احتمال را نشان داده اند که یک آمادگی و استعداد ژنتیکی برای نوشیدن مشکل آفرین وجود دارد . (مصرف پرنوشی الکل) در زمینه نقش عوامل بیولوژیکی در اختلال سوء مصرف مواد مطالعات و پژوهش های انجام شده در سه زمینه متمرکز شده است :

1- مطالعه دو قلوها 2- مطالعه اقوام و بستگان 3- مطالعات فرزند خواندگی

یافته های این مطالعات مدارکی را دال بر نقش عوامل زیستی در سوء مصرف مواد دارند .

4-عوامل فارماکولوژیکی

بعضی اوقات ترکیبات تریاک ، برای تسکین درد توسط پزشک یا افراد دیگر تجویز می شود و همین تسکین موقت ، فرد را به تکرار استعمال و در نتیجه اعتیاد می کشاند. معتادان از نظر انگیزه هایشان به 3 گروه تقسیم می شوند.

الف: گروه اول افرادی که بر اثر ابتلا به بیماری دردناک با موافقت پزشک معالج مجبور به استفاده از مسکن های قوی مانند مشتقات تریاک هستند .

ب: گروه دوم افرادی که همانند گروه اول بعلت بیماری دردناک ، بطور موقتی مجبور به استفاده از ماده ای مشخص بوده اما بعد از بهبودی اثرات آن ماده در حافظه شخص باقی مانده و به دلیل ضعف اراده یا ترس از اینکه بعد از قطع دارو دوباره درد شروع شود به استفاده ماده مورد نظر ادامه می دهند.

ج: گروه سوم افرادی هستند که برای فراموش کردن ناراحتی های خود و یا تجربه حسهای جدید ، از مواد مخدر استفاده می کنند . بیمارانیکه مدت طولانی برای تسکین درد از ترکیبات تریاک و برای بیخوابی از خواب آورها (بار بیتوراتها ، بنزو دیازپین ها و ترکیبات تریاک) و برای تسکین اضطراب از مسکنها استفاده می کنند، غالبا به این داروها معتاد می شوند. ترکیبات تریاک برگیرنده های اوپیوم اثر می کنند ، بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درونزا کم است (مثلا سطح پایین اندورفین ها یا فعالیت آنتاگونیستی افیونی درونزا خیلی بالاست) ممکن است در خطر ابتلا به وابستگی ترکیبات تریاک قرار گرفته و در ترک مصرف آنها ناتوان باشند .

برخی پژوهشگران عقیده دارند در فردی که کارکرد گیرنده درونزا کاملا طبیعی و غلظت ناقل های عصبی نیرنرمال است مصرف طولانی یکی از ترکیبات افیونی بالاخره ممکن است سیستم گیرنده را در مغز تغییر دهد بطوریکه یک مغز برای حفظ تعادل حضور ماده برونزا را طلب کند.

حضور دائمی یک ماده مخدر خاص در بدن با ایجاد تغییرات در گیرنده های مغزی منجر به بروز حالت تحمل در سیستم عصبی مرکزی می گردد و در صورت قطع مصرف یا کاهش شدید مقدار مصرف علائم سندرم ترک ظاهر می شود.

عوارض وابستگی به مواد

(1) عوارض اعتیاد بر سلامت جسمی و روانی فرد

- کاهش وزن
- سوء تغذیه
- اختلالات گوارشی متعدد
- آسیب های عضلانی

- اختلالات کبدی و کلیوی
- عفونت های خطرناک (ایدز ، هیپاتیت ، کزاز)
- بیماریهای مرم تنفسی
- اختلالات قلبی ، عروقی
- آترونی مغز
- ناتوانی جنسی
- اختلال خواب
- افسردگی
- اختلالات روانی شدید و پایدار
- (2) عوارض خانوادگی
- خشونت در خانواده شامل کودک آزاری و همسر آزاری
- غفلت از فرزندان
- مشکلات تحصیلی ، اختلالات روانی و خودکشی در فرزندان
- نابسامانی و آشفتگی خانواده
- محدودیت در روابط سالم خارج از خانواده
- افت سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده
- بی کفایتی در سرپرستی خانواده
- طلاق
- (3) عوارض شغلی
- افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی
- سوانح و حوادث حین کار
- غیبت از کار

- کاهش کارائی

- اخراج و بیکاری

(4) عوارض اقتصادی

- خسارت ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف کننده جامعه

- هزینه های تحمیل شده نیروهای انتظامی و جمع آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرائم

مستقیم و غیر مستقیم ناشی از مواد مخدر

- صرف وقت دادگاه ها و نیروهای قضائی و ...

(5) عوارض اجتماعی

- ضعف پای بندی به اصول اخلاقی و مذهبی

- انواع جرائم مثل سرقت ، فحشا ، خشونت ، تجاوز و قتل

- افزایش مشاغل کاذب و بیکاری

- بی خانمانی و فقر

منابع

-Davidson ,j,(2000) Abnormal psychology

- kaplan , &, sadock,B(2000) Sinopsis of psychiatry.

فصل نامه علمی و آموزشی ، دانشده پزشکی – سال ششم – شماره 56 (تابستان 81)

- گلدنر مایکل ، سه یو ، ریچارد ، گرس ، جان (1381) روانپزشکی آکسفورد ، ترجمه دکتر

پور افکاری .

- کاپلان و سادوک (1998) خلاصه روانپزشکی ، جلد سوم .

دکتر غلامرضا کرمی
استادیار گروه روانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی
بقیه الله (عج)