اعتیاد

دکتر س روشن وزیری*

مجله علمی نظام پزشکی
شماره ۳ ، صفحه ۲۱۷ ، ۱۳۴۹

مقدمه :

یکی از مسائل مشکل اجتماعی و بهداشتی در دنیا ، مسئله‌اعتیاد بمواد مخدرمیباشد،مسئله‌ای که‌مورد توجه‌وبحث وتحقیق‌پزشکان وروحانیون وجامعه شناسان ومتخصصین علوم تربیتی و بالاخره دولتهاست .

وسعت موضوع‌اجازه نمیدهدکه جنبه‌های مختلف آنرا یا اثرات یك یك مواد مخدر رابتفصیل‌شرح دهیم بلکه سعی‌شده‌است مسئله رااز نظر تهدیدی که همه گیری‌آن برای بهداشت عمومی‌بوجود آورده است مطالعه‌کنیم . قبل از وارد شدن باصل موضوع تذکر وتعریف‌کلمات ومفاهیم مورد استعمال درمتن‌لازم بنظر میرسد .

برای‌کلمهٔ اعتیاد Addiction ، سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کلمهٔ جدیدی نموده‌که Drug Dependence یا وابستگی به‌مواد میباشد .

استعمال موادگیاهی یاشیمیائی بدون احتیاج طبی یابمقدار بیش ازلزوم‌طبی،سوءاستعمال Drug Abuse نامیده میشودباین‌معنی که‌براثرتکرار استعمال، بعضی‌ازمواد ممکن‌است تولیدوابستگی نمایند . وابستگی بمواد مختلف ممکن است وابستگی جسمی یا روانی باشد .

تعریف وابستگی جسمی Physical Dependence ــ هرماده‌ای که پس‌ازمدتی استعمال، ترك‌یاقطع مصرف‌آن موجب بروزعلائم جسمی‌شود تولید وابستگی جسمی‌کرده است . بیماری‌که براثر ترك عادت ایجاد میشود Abstinence یاپرهیز نامیده میشود .

تعریف‌کلمهٔ معتاد یاوابسته ـ کسی که‌عادتاً یااجباراً یکی‌ازمواد گیاهی یاشیمیائی‌را استعمال نموده وباین‌ترتیب مستقیماًسلامتی، ایمنی ورفاه خود یا دیگران را بخطر بیاندازد از نظر پزشکی وقانونی معتاد شناخته میشود .

تعریف وابستگی روانی ـ کسی که برای احساس عوالم روانی مخصوصی‌احتیاج به‌تکراراستعمال(سوءاستعمال)مواد داشته‌واقدام به تکرار سوء استعمال آنها مینماید وابسته روانی است .

کلمهٔ مخدر ازتخدیر وبمعنی آرامش بخش ، خواب آور میباشد واکثراً برای نارکوتیك‌ها استعمال میشود باوجود این در متن مقاله چندین بـار از آن بطورکلی استفـاده شده است یعنی همهٔ داروهائی‌که تولید وابستگی مینمایندگاهی مواد یا مواد مخدر نامیده شده‌اند .

تعریف تحمل Tolerance ـ اثر برخی از مواد مخدر در نتیجه تکراراستعمال مقدار ثابتی‌ازآن رو به‌تنزل میرود بعبارت‌دیگر مقدار ثابتی از مـاده پس از مدتی اثر اولیه را درشخص تولید نکرده وباید افزایش داده شود .

ـ تحمل Tolerance
ـ وابستگی جسمی Physical Dependence
ـ وابستگی‌روانی Mental (Psychological) Dependence

سه پدیده‌های اصلی اعتیاد بوده ودر هرنوع وابستگی باید مورد بررسی قرارگیرند .

اتیولوژی

وقتی‌صحبت ازاعتیاد میشود باید درنظر داشت‌که این‌حالت‌نتیجهٔ دخالت بسیاری از عوامل اجتمـاعی و فردی است بهمین دلیل عوامل مولد آنرا باید دراجتماع درفرد ودر نوع مـادهٔ مخدر جستجوکرد .

الف ـ عوامل اجتماعی ـ عادات ورسوم، آب وهوا ، رشدفرهنگی واقتصادی ملت‌هاواجتماعات مختلف هریك دراین‌امر نقشی‌بعهده

---

* ادارهٔ بهداشت شرکت ملی نفت ایران ـ مسجد سلیمان

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

دارند . درسالهای گذشته استعمال تریاك در ایران وبسیاری از کشورهای‌خاورمیانه شیوع‌فراوان‌داشت بطوریکه بجرأت‌میتوان گفت همه‌افراد نسل ما اگرفرد تریاکی درخانواده وفامیل‌خود نداشتند لااقل بارهاشاهد کشیدن تریاك بوده‌اند. برعکس،مذهب اسلام نوشیدن هر نوع مشروبات الکلی را حرام دانسته و هنوز دربسیاری‌از ممالك‌اسلامی استعمال این‌نوع مشروبات غیرقانونی وقابل‌مجازات است. مقایسه‌ای‌دراین زمینه بااجتماعات‌اروپائی، امریکائی وغرب‌زدهٔ ایرانی درك مسئله را آسانتر مینماید . این گونه جوامع‌نوشیدن الکل‌وکشیدن‌سیگار را نه‌تنها منع‌نمی‌کنند بلکه آنرا بطور غیرمستقیم تشویق مینمایند.

پسران جوان‌کشیدن‌سیگاررااعلامت بالغ شدن ومرد بودن‌دانسته باعجله ودرسنین‌جوانی‌خود رابآن عادت میدهند. بیشتردختران وزنان‌جوان‌این‌جوامع‌مصرف‌الکل‌وسیگاررااسمبول آزادی‌وتساوی حقوق خودتلقی‌میکنند حتی‌اغلب پزشکان«دنیای‌باصطلاح‌متمدن» نیز یکی‌یاهردو را مصرف مینمایند . نقش‌سیگار ومشروب‌بعنوان Social Relxant مورد قبول‌همگانی‌است. شکی نیست که‌هردوی آنها تولید وابستگی نموده و برای سلامتی مضر میباشند . چرا برخی از جوامع استعمال موادی راکه زیان آنها برای سلامتی ثابت شده است مجاز میدانند ؟ آیامصرف ماده‌ای که تاکنون‌در اجتماعی منع شده و سپس بی‌ضرر تشخیص داده شود مورد قبول همان اجتماع قرار خواهدگرفت ؟ بررسی این مسائل در اروپا وآمریکا بصورت‌حادی درآمده‌ومورد توجه جامعه شناسان‌وروان‌شناسان میباشد . بسیارند روشنفکران ، استادان دانشگاه، هنرمندان ودانشجویانی‌که عقیده دارند باید مصرف ماری جوانا را آزادکرد ومنع قانونی آنرا لغو نمود (درمبحث ماری‌جوانا بدلایل این‌نوع طرزفکر اشاره خواهیم‌کرد).

درارروپای غربی‌وآمریکا میلیونهاتومان سالانه صرف تبلیغ‌انواع مشروبات الکلی وسیگارمیگردد .

مطبوعات وفیلمهای این‌کشورها مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر را بررسی‌کرده وگاهی از آن دفاع میکنند حتی مجلاتی وجود داردکه دستورات مختلف برای‌اهل‌فن‌بچاپ میرسانندنقش مهم معاشرین ومحیط اجتماعی‌که فرد درآن زندگی مینماید در اقدام به‌سوء استعمال بقدری بارزاست‌که مثلا ۲۲ درصدمعتادین به‌هروئین درنیویورك معاشرین ومحیط مناسب را محرکین‌اصلی سوء استعمال معرفی‌کرده‌اند . وابستگی‌ها ازطرفی ممکن است براثر شرایط سخت اجتماعی بوجود بیایند؛ فقر، محرومیتهای اجتماعی، خستگی‌فراوان جسمی‌دراثر کارطاقت‌فرسا، نارضائی‌های خانوادگی و شغلی وبالاخره زندگی ماشینی قرن ما که مولد اضطراب میباشد همه‌وهمه زمینه مناسبی‌برای روئیدن دانهٔ اعتیاد است. کشاورزیولیوی برگهای‌کوکارابرای جلوگیری‌ازاحساس گرسنگی‌وبرای ازدیاد مقاومت درمقابل کارطاقت فرسای جسمی مصرف میکند . هم‌چنین دراغلب‌کشورهای شرقی ازجمله‌ایران، هندوستان‌وپاکستان‌تریاك بعنوان داروی همه دردها مصرف‌میشده وبنابراین انگیزهٔ اصلی واولیه آن مصرف پزشکی بوده است .

ب ـ عوامل فردی ـ اگر بخواهیم چهرهٔ یك‌معتاد راتوصیف‌کنیم باید حتماً نوع اعتیادی راکه بآن دچار است مطالعه نمائیم . گذشته از نوع مادهٔ مخدر بطورکلی درهرمورد تشخیص اعتیاد، بیمار باید توسط روان‌پزشك‌معاینه‌شده ودرصورت وجوداختلالات شخصیتی Personality Disorder یا هر نوع بیماری‌روانی‌دیگر تحت درمان قرارگیرد : بطور مسلم اختلالات روانی یکی از عوامل اعتیاد به‌مرفین ومشابهین‌آن‌بوده ودرهرمورد باید درنظر گرفته شود. درحقیقت‌آنچه که‌فردرا وادار به‌تکرارسوءاستعمال مواد مینماید درروان اوست .

اشخاص عادی‌که یکبار بهردلیلی نارکوتیك‌ها را مصرف کرده‌اند اهمیتی برای اثرات روانی آن قائل نیستند .

احساس عوالم‌مخصوص‌نشئه (High) حالتی‌است‌که‌باید یادگرفت همانطورکه اشخاص یاد میگیرند سیگاربکشند. کشیدن تریاك برای بار اول یا مثلا تزریق داخل رگ هروئین احساس بسیار بدی است‌که فقط برخی از اشخاص مایلند آنرا دوباره تکرار کنند دربررسی‌های مختلف درحدود ۵۰درصد معتادین‌حتی‌قبل‌از شروع به‌سوءاستعمال، مبتلا به‌اختلالات روانی‌وشخصیتی‌بوده‌اند. ازاختلالات روانی‌که بگذریم عوامل‌فردی اعتیادرا باید درضعف اراده وقابلیت‌تحمل ومیل‌به‌فرارازحقایق تلخ‌ومصائب و گرفتاری‌های زندگی‌دانست و بالاخره گاهی جستجوی لذت ـ Thrill Seeking ،جستجوی‌تجربیات جدید روحی New Spiritual-and Emotional Experiences دراشخاص کاملا عادی محرك سوء استعمال‌مواد میباشد. Dependence Producing Drugs

ج ـ مواد ـ موادگیاهی یا شیمیائی‌که ممکن‌است تولید وابستگی نمایند روی سلسلهٔ مرکزی اعصاب دواثر مختلف واصلی دارند که در اغلب تقسیم بندی‌ها نیزروی این دواثرتکیه مینمایند:

۱ـ اثر Stimulant ۲ـ اثر Depressant

برخی از آنها دارای سابقهٔ تاریخی سوء استعمال بوده واز نقطه نظراثرات اولیه وثانویه‌بخوبی شناخته‌شده‌اند مانند نارکوتیکها وباربیتوریکها. مواد دیگری که اخیراً مورد سوء استعمال قرار میگیرندکاملا شناخته‌نشده وبخصوص اثرات بعدی‌آنها روی‌اعضاء مختلف بدن انسان بدرستی معلوم نیست.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

تقسیم بندی:

۱ـ الکل Alcohol

۲ـ تریاك؛ مشتقات ومشابهین Narcotics

۳ـ سه گروه بزرگ داروهای مورد مصرف در روان‌پزشکی که ممکن است تولید وابستگی بنمایند. Psychotropics

داروهای مذکور عبارتند از:

A) Anxiolytic Sedatives (Meprobamate, Barbitu ـ rates)

B) Psychodysleptics (Hallucinogenics)

1 - L.S.D.

2 - Mescaline

3 - Cannabis

C) Psychostimulants: → Amphetamins, → Cocaine

شیوع وهمه‌گیری Epidemiology and Prevalence

همانطورکـه گفته شد اعتیاد پدیدهٔ بسیار بغرنج وپیچیده‌ای‌است که مطالعات دقیق اپیدمیولوژیکی دربارهٔ آن مشکل است . در بسیاری ازممالك دنیا مصرف ویا حتی حمل (باخودداشتن) مواد مخدر بجز درموارد لزوم پزشکی وباعلمی جرم شناخته شده و قابل‌تعقیب‌است. قوانینی‌ازاین‌نوع باضافهٔ طرداجتماعی‌اعتیاد باعث ایجادجامعهٔ معتادین،جامعه‌ای جداگانه باعادات ورسوم وقوانین مخصوص بخود، جـامعه‌ای سری و زیرزمینی میگردد بنابراین هر گونه بررسی دقیق غیرممکن بوده و حتی ارقام مربوط بـه برخی ازوابستگی‌ها تخمینی‌است. متأسفانه ای‌بساکه ارقام‌واقعی بیش ازآمار رسمی وگزارش شده باشد.

شکل‌ونوع سوء استعمال هرچه باشد اثرات‌آن درهمه‌جا یکسان است. بیماری نقصان‌قوای تولیدی، پاشیدگی خانواده‌ها،جنایت، خودکشی و حوادث رانندگی و صنعتی، بیمارستان، زنـدان و هزینه‌های رفاه اجتماعی و بالاخره ضرر هنگفت اقتصادی نتایج جبران‌ناپذیریست که گریبانگیرجوامع بشری میگردد. از جنبهٔ مطالعات اپیدمیولوژیکی جالب است که‌آیا اعتیاد بیماری مسری است که دراثرمعاشرت ممکن است بدیگران سرایت کند؟

آیا معتادین کوشش میکنند دیگرانرا نیز بجرگهٔ خود بکشانندو معتادکنند؟

مسلم این‌است که هرمعتادی بار اول توسط معتاددیگری‌راهنمائی میشود(راهنمائی‌یاتشویق) درهرصورت شرایط محیط ومعاشرین نقش مهمی در مبتلاکردن دیگران به این بیماری بعهده دارند.

پدیده جالب دیگر، انتقال از سوء استعمال یك ماده به ماده یـا مواد دیگراست. معمولا این انتقال درگروهی که اثرات‌مشابهی دارند اتفاق میافتد مثلا ازمرفین بهروئین، ازLSD به - Psilo cybin از الکل به باربیتوریکها یابه موادی که اثر آنها کاملا متفاوت‌است مثلا ازباربیتوریت‌ها به آمفتامین.

دلایل اقدام به انتقال ازجانب معتادین مختلف است، گاهی در دسترس نبودن یکی ووجوددیگری، دربرخی موارد تمایل‌شخصی به ترك اعتیاد یاعلاقه بهاحساس عوالم وحالات مختلف وبالاخره پیشگیری ازاعتیاد بیك مادهٔ مخصوص، محرك شخص‌برای انتقال است. پدیدهٔ جدید همه‌گیری روزافزون سوءاستعمال مواد مخدر دردانشگاهها دربین افراد جوان وروشنفکر اروپائی وامریکائی، بسیاری از محققین علوم اجتماعی و اپیدمیولوژیستهای سرشناس را به مطالعات وسیعی وادار نموده تا بلکه بتوانند با پیداکردن عوامل مولد ومؤثرچارهٔ درد را بنمایند.

معتادین پزشکی (Medical Addicts) یعنی‌آنهائی‌که داروهای مخدررا برای‌تسکین‌درد وبدستورپزشکان دریافت‌کرده‌وسپس‌بآن معتادشده‌اند. پزشکان ودیگرافرادکادرپزشکی گروه‌دیگری‌ازسوء استعمال‌کنندگان‌را تشکیل میدهند. شمارهٔ این افرادخوشبختانه زیاد نیست ودرطول سالهای اخیرتقریباً همیشه ثابت بوده است. آمارکلی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organi-zation) حاکی است که در۲۹ کشورجهان بیش‌ازیك معتاد درهر ۱۰۰۰ نفرجمعیت ودر۲۱ کشوریك معتاددرهر ۵۰۰۰ نفرجمعیت وجوددارد وزیان‌اقتصادی اعتیاد مثلا درسال ۱۹۶۰ درحدود ۵۰۰ ملیون دلارتخمین زده شده‌است.

درمان ـ دربارهٔ نحوه درمان معتادین‌عقاید متفاوتی وجوددارد: آیا برای معرفی یـك‌معتاد باید به پزشك اطلاع بدهیم یا پلیس را خبرکنیم؟ آیا یك معتاد بیمار است یـا تبه‌کار، بـاید بزندان برود یا به بیمارستان؟ دراغلب ممالك با خودداشتن (حمل)مواد مخـدر جرم شناخته شده و قابل تعقیب است، اما چطور ممکن است کسی معتادباشد ولی موادلازمه ووسایل تزریق باخودنداشته باشد با این قوانین مهرتبه‌کاری خودبخود برروی همه معتادین زده میشود. مدافعین مکتب مجازات (Punitive Approach) دلایلی برای اثبات ادعای خود میآورند وبراستی شرکت مؤثر معتادین دردزدی‌ها ، جنایات واعمال‌تبه‌کارانهٔ دیگرحقیقتی‌غیر-قابل‌انکاراست که‌آمارآنرا ثابت میکند. سازمان بهداشت جهانی، اکثرپزشکان وروان‌پزشکان،معتادین را بچشم یك بیمار مینگرند Medical Approach و معتقدند باید آنها را مانند هربیمار دیگری درمان نمود. متأسفانه قوه مجریه کشورهای بسیاری در دنیاکه معتادین را به زندانهای طویل‌المدت محکوم مینماید سد راه موفقیت در درمان توسط متخصصین میباشد. آیا انسانی کـه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

محکوم به حبس ابد یا حتی ۱۵ الی ۲۰ سال زندان شده قابل معالجه است ؟ تشکیلات معالجهٔ معتادین در اکثر کشورها حتی در ممالك پیشرفته بسیار ناقص بوده و تقریباً در هیچ کشوری سیستم ایده‌آل درمان کامل شامل Detoxication - Rehabilitation و Follow up وجود ندارد.

بیمارستانهای عمومی ازقبول این‌نوع بیماران خودداری میکنند و بیمارستانهای روانی نیز این کاررا باکمال بی‌میلی انجام‌میدهند. بطورکلی برای معالجهٔ معتادین به نارکوتیك‌ها ۴ روش مختلف بکاربرده میشود که هرکدام ازآنها طرفدارانی دارد.

۱- درمان جسمی- غذای خوب، کارسخت، هوای آزاد در شرایط عدم دسترسی به هروئین بدون درنظر گرفتن مسائل روانی، اجتماعی و فردی شخص معتاد . این نوع درمان در هنگ‌کنگ اجرا میشود وادعا میکنند نتایج خوبی دارد.

۲- روش قرنطینه و بازدارنده- تنهائی و تنبه به زندانهای انفرادی طویل‌المدت، تهدید به مجازاتهای سنگین‌تر درصورت عود اعتیاد درشرایط عدم دسترسی به هروئین وعدم بردسی‌مسائل اجتماعی وفردی برنامهٔ‌این نوع‌درمان است. شعاراجراکنندگان اینست‌که اعتیاد بیماری مسری‌است وباقرنطینه باید ازهمه‌گیری آن جلوگیری‌کرد.

۳- طریقه روانی - اجتماعی- معرفی به روان پزشك ، بستری شدن در بیمارستان روانی، بررسی تحول شخصیت ازکودکی، بررسی ومطالعهٔ محیطاجتماعی وانگیزه‌های اعتیاد.

۴- روش داروئی - سازمان‌بهداشت جهانی‌معتقداست‌که‌بیماران وابسته باید با مجموع روش‌های روان‌شناسی، پزشکی واجتماعی که مطابق با احتیاجات فردی آنهاست درمان شده و سپس Rehabilitate بشوند.

نتایج درمان‌را به‌نسبت‌عود به‌اعتیاد Relapse Rate می‌سنجند واین‌نسبت در بهترین صورت ۵۰درصد ومتأسفانه اکثراً،مخصوصاً در معتادین به نارکوتیك‌ها، ۹۰ درصدگزارش میشود . موفقیت درمان بستگی به همکاری گروهی شامل پزشکان و روان‌شناسان و پرستاران ومددکاران اجتماعی ومذهبی دارد.

قبل‌ازواردشدن‌به‌مطلب پیشگیری‌فقط‌مختصری دربارهٔ‌نارکوتیکها وموادی‌که جدیداً مورد سوء استعمال قرارمیگیرند توضیح داده و از بحث دربارهٔ اعتیاد به الکل و باربیتوریك‌ها صرف نظر میشود.

تریاك ومشتقات آن Narcotics

دراثرتیغ زدن به‌پوستهٔ خشخاش نارس ازنوع Papaver Somniferum مایع شیری رنگی بیرون میآیدکه بزودی تغییررنگ داده و غلیظ میشود. این ماده تریاك (Opium) از لغت یونانی Opion بمعنی شیرهٔ گیاه است. تریاك دارای ۲۵ آلکالوئید و مهمترین‌آن مرفین، کدئین و پاپاورین میباشد. مقدار مرفین تریاك متفاوت ودرحدود ۱۰ الی ۱۵ درصداست.کلمهٔ مرفین از Morfeus خدای‌خواب درمیتولوژی یونان‌آمده وامروزمشابهین آزمایشگاهی جای‌آنرا برای مصارف پزشکی گرفته‌اند.

معتادین نیز مصرف هروئین Diacetyl Morphine را ترجیح میدهند. دراعتیاد به‌هروئین سه پدیدهٔ تحمل، وابستگی جسمی و روانی بشدت وجوددارد. نقش مهم اختلالات شخصیتی‌دراتیولوژی این اعتیاد غیرقابل انکاراست فقط ۵درصدکل معتادین،معتادین پزشکی(Medical Addicts) هستند.

اثرتریاك ومشتقات‌آن برروی سلسلهٔ مرکزی اعصاب ودر ازبین بردن یا نقصان دادن غرایز اولیه (Primary Drives) ازقبیل گرسنگی درد ومیل‌جنسی‌است. همان‌طورکه قبلاگفته شد اثرات این مواد درباراول استعمال‌بااثراتی‌که برروی‌معتادین‌میگذارند بسیارمتفاوت است. احساس‌آرامش، گرمی‌مطبوع،خواب‌آلودگی توأم با بی‌غمی، بی‌تفاوتی به‌ناراحتیها و مسائل روزمره زندگی فقط مخصوص معتادین میباشد. براستی پس از مدتی،زندگی یك معتاد در فکرکردن دائمی بهروئین، کوشش برای بدست‌آوردن وبالاخره استعمال‌آن خلاصه میشود.

درشهرهای بزرگ‌دنیا مخصوصاً نیویورك داستان جالب-Heroin Traffic شنیدنی است . در نیویورك اسامی چهل هزار هروئینی به‌ثبت رسیده وجود دارد وارقام واقعی دوبرابراین مقدارتخمین زده‌میشود. مقدارهروئین‌که بسته‌بندی‌شده بدست خریدارمیرسد اقلاشش الی‌هفت‌بار دراین فاصله‌کمترشده وبجای هروئین‌خالص مقداری‌کنین یاماانیتول به آن اضافه میکنند. خریدار بهیچوجه امکان‌ندارد‌که مقداردقیق‌هروئین‌بسته‌هارابداند مگرآنکه‌ازروی اثرات آن مقدارش را حدس‌بزند. هریك از بسته‌ها درحدود ۲ الی ۵ دلارقیمت دارند ومعتادین‌بین۲ الی۴۰ بسته را درعرض‌روز مصرف میکنند.علائم‌پرهیز (Abstinence Syndrome)درمرفین ۶ساعت‌ودرهروئین۴ساعت پس‌ازمصرف‌آخرین‌دوز شروع‌میشود. ترشح از بینی ، ترشح اشك چشم، تعرق، خمیازه کشیدن وسپس بترتیب از ۲۴ تا ۳۶ساعت بعداحساس‌اضطراب فوق‌العاده، کشش ودرد عضلات پاها وکمر، حالت تهوع و حتی استفراغ وگاهی اسهال بروزمیکند. تب مختصر، تنفس‌تند،افزایش‌مختصرفشارخون، Leukocytosis و هیپرگلیسمی دیده میشود.حداکثر علائم ۴۸ ساعت بعداز آخرین دوز تظاهر میکند وروزهفتم کاملا برطرف میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

علائم پرهیز بقدری ناراحت کننده وغیرقابل تحملند که معتاد برای جلوگیری از بروز آن بهر کاری دست‌زده و بهر جائی متوسل میشود. اینجاست که معتادین ممکن است دست بدست جنایتکاران بدهند. تجربه نشان داده است که استعمال تریاك وهروئین مولد میل به جنایت واعمال تجاوزکارانه دیگر نیستند.

نحوه درمان معتادیـن در فوق شرح داده شد. فقط چند کلمه‌ای دربارهٔ درمان با متادن باید گفته شود . متادن ترکیب شیمیائی است که اثرات ضددرد آن (Analgesic) قوی‌تر از مرفین و برعکس اثر Euphoric آن بمراتب کمتر از آن است با وجود این گاهی تولید اعتیاد مینماید منتها این اعتیاد و علائم پرهیز از آن بسیار خفیف هستند. روش معالجه با متادن عبارت از جایگزینی تدریجی متادن وترك مرفین ویا هروئین است ومکانیسم این جانشینی هنوز بدرستی معلوم نیست وتجربه نشان میدهد که معتادین پس از دریافت مقدار کافی متادن بدون تولید Euphoric وبدون بروز علائم پرهیز زندگی کرده وولعی برای مصرف هروئین نشان نمیدهند. وحتی براحتی میتوانند شاهد مصرف هروئین توسط دیگران باشند. آیا تا چه مدت باید استعمال متادن را ادامه داد؟ و اگر قرار باشد استعمال متادن در تمام دوران زندگی فرد معتاد ادامه یابد چه اثرات بعدی برروی بدن خواهد داشت؟

درآمریکا مطالعاتی براساس این پرسش‌ها ادامه دارد ودرصورتیکه نتایج مثبتی از آن گرفته شود راه جدیدی در درمان اعتیـاد به نارکوتیك‌ها بازشده است.

داروهای توهم‌آور The Hallucinogenic Drugs

این گـروه شامل چندین نام است که قوی‌ترین ومهمترین آن $(C_{20}\ H_{25}\ N_3O)$ LSD = Lysergic Acid Diethylamide یاآنطورکه دربازارنامیده میشود Acid میباشد همچنین مسکالین (Mescaline) که از نوعی کاکتوس مکزیکی بنام Anhaldnium - levini یا Peyote وبالاخره Psilocybin کـه از قارچی بنام Psilocybe Mexicana تهیه شده‌انـد جزو این گروه بوده و اثرات مشابهی دارند.

LSD درابتدا ازآلکالوئیدهای آرگوت مجزا گردیده ودرحال حاضر بسیارآسان وبا وسایل ساده‌ای در آزمایشگاههای موقتـی وسیار تهیه میشود. این ماده برای اولین‌بار درسال ۱۹۳۸ تهیه وسپس از سال ۱۹۵۰ مصرف آن در روان پزشکی شروع شد . دربارهٔ اثرات LSD مصرف‌کنندگان تعریفهای مختلفی کرده‌اند بطورکلی آنچه مسلم است اثرات روانی آن گاهی بقدری غیرـ منتظره وقوی است که تولید وحشت و هراس فراوان و غیرقابل کنترل مینماید. درمدت ۳۰دقیقه پس ازمصرف، احساس هیجان فوق‌العاده توأم بـا Visual Pseudohallucination مانـنـد توهم رنگهای بسیارپررنگ وغیرطبیعی واحساس‌قدرت فوق‌العاده جسمی ومافوق بشری بروزمیکند. برای مثال مورد مشهورجوان ۲۰ ساله‌ای راکـه در مقابل چشمان مادرش از پنجره ساختمان مرتفعی به‌پائین پریده‌بود،چون تصورکرده‌بودکه میتواند پرواز کند، ذکرمینمایم.

جالب‌ترین اثر LSD حالتی است که شخص تصور میکند روح و جسمش از یکدیگر جدا شده یا مانند اینکـه شخص از جسمش خارج شده در کنـاری ایستاده و بخودش نگـاه میکنـد . این حالت پاشیدگی و جدائی جسمی احساس سبکی وزن و فانتزی رنگها تولید هراس فوق‌العاده مینماید. عده‌ای دیگر از مصرف کنندگان، نشئهٔ (High) LSD را به حالت بی‌وزنی که در فضا بانسان دست میدهـد تشبیه میکنند کـه در آن احساس دقت Time sense ازبین رفته حال‌وآینده توأم میشوند.معدودی ازروشنفکران آمریکائی وعدهٔ بسیاری ازروان‌پزشکان روی این اثرات LSD تکیه‌میکنند بنظرآنها عوالم Depersonalisation برای بدست آوردن تجربیات جدید روانی واحساس بشر بسیار مفید است. بعقیدهٔ آنها در اثر این‌عوالم و تجربیات، Ego یعنی مرکز ثقل شخصیت هرفردکه طی سالهای گذشتهٔ زندگی بارنج و مشقت وبمرورشکل گرفته، ناگهان‌ازدست میرود، گم‌میشودوانسان تازه‌ای بابصیرت وبینش جدیدی متولد میگردد. آنهاعقیده دارند پس‌ازتجربیات فضائی ترس ازمرگ ازبین‌میرود .

همچنین پسیکوآنالیستها Psychoanalists از LSD بعنوان نوری برای‌دیدن ضمیر ناخودآگاه بیماران‌استفاده میکنندبرخی دیگر آنرا با Microscope مقایسه کـرده و Psychoscope نامیده‌اند.

موارد استفـاده از LSD برای معالجه الکلیسم و ازبین بردن ترس ازمرگ درآخرین مراحل سرطان گزارش شده‌است. نشئه LSD یك الی‌دوساعت‌ادامه‌داشته وسپس‌تا۸ساعت بعد روبه‌نقصان میرود.وحشت ازدیوانگی و علائم Psychotic And Paranoid یکی ازخطرات مصرف LSD است که اهل فن‌آنرا Bad Trip مینامند. Euphoria در LSD گاهی‌درمدت بسیارکوتاهی‌تبدیل به‌اندوه وافسردگی‌میشود.دوزسوء استعمال مختلف وبین ۱۵۰ تا ۱۰۰۰میکروگرام است.

LSD بصورت‌پودر،مایع،کاغذ خشك کن و قرصهائی با رنگهای مختلف Blue Dots, Red Dots دربازارفروخته میشود متاع بازاراغلب‌حاوی‌مقدارادعائی‌فروشندگان‌نیست.مصرف‌کنندگانرا دانشجویان،روشنفکران،طبقه متوسط،روان‌شناسان،موسیقی‌دانان

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

جاز و حتی روحانیون تشکیل میدهند. این گروهها درآمریکا شبکه وسیع تلفنی ترتیب دادهاند تا پس ازمصرف LSD با نمرهٔ مربوطه تماس گرفتهوعوالم خودرا کهدرزبان اهل فن Psychedelic Experiences یا Mind Manifesting نامیدهمیشودتوصیف کنند. آمارتقریبی نشان میدهد که درسال ۱۹۶۶ حداقل ۴ میلیون آمریکائی LSD مصرف کرده است.

اثرات بعدی ـ گاهی هفتهها پس ازمصرف این ماده علائم ناگهانی ویا خاطرات آن عوالم درذهن شخص ظاهرمیشود واگراین حالات که Trip Without Drugs یا Flash Back نامیدهمیشوند در محل کار ویا درحین رانندگی اتفاق بیافتد خالی ازخطر نخواهد بود. مکانیسم این پدیده هنوز بدرستی معلوم نیست برخی آنرا هیستری وبرخی Traumatic Neurosis میدانند.

درمان ـ پادزهر Antidotes مخصوصی وجودندارد باربیتوریتها وفنوتیازین(Phenergan) عوالم استعمال راکوتاه نموده ودرمدت ۳۰دقیقه برگشت بحالت معمولی را ممکن میسازند. زرق کلرپرومازین Largactil ۵۰الی ۱۰۰میلی گرم درماهیچه نیز درمان خوبی است (مواظبت فشارخون لازم است) همچنین Pentobarbitone و Nembutal رادرحدود ۱۲۰ـ۶۰میلی گرم میتوان تزریق نمود. پس ازدرمان اولیه باید بیمار را در بیمارستان بستری یا سرپائی مورد بررسی روانپزشکی قرارداد. آزمایش خون وادرار بیمار کمك بزرگی برای تشخیص میباشد.

LSD تولید وابستگی جسمی نمیکند ولی وابستگی روانی وجود دارد باین معنی که سه‌چهارم افرادی که آنرا قبلا مصرف کردهاند بمصرف مجدد آن نیز اظهار تمایل نمودهاند. در معتادین علاقه بهزندگی، شغل، خانواده واجتماع روزبروز کمترشده و برعکس شخص پای‌بند «تجربیات فضائی» میشود.

اخیراً خطری که مصرف LSD کرموزمهای انسان را in Vitro وگویا in Vivo تهدید میکند مورد تحقیق قرار گرفته است (یك مورد بچهٔ ناقص‌الخلقه از مادری که فقط یکبار درماه اول بارداری LSD مصرف کرده‌است گزارش‌شده). تغییرات کرموزمها درگلبولهای سفید خون مشخص وعبارت‌ازشکستگی کرموزمهاست ومتأسفانه برخلاف تغییرات کرموزمی دربعضی بیماریهای ویروسی، زودگذرنبوده وثابت‌میباشند. مطالعات روی موش صحرائی مثبت بوده است. این تحقیقات ادامه دارند وباید منتظر نتایج قطعی آنها بود.

CANNABIS INDICA

برگها و گلهای شاهدانهٔ مادهٔ هندی Indican Hemp از زمانهای قدیم بعنوان مادهٔ مخدر مصرف میشده است.

هرودوت ۴۰۰ سال قبل از میلاد شرح مصرف آنرا داده است.

در قرن نوزدهم روشنفکران فرانسه آنرا برای تجربیات روانی خود مورد استفاده قرار میدادهاند (بودلر تجربیات خود را با حشیش درکتاب بهشت مصنوعی شرح میدهد) در هندوستان برهمن‌ها آنرا قبلاز دعا و بخاطر آمادگی برای انجام مراسم مذهبی مصرف مینمودند.

مصرف آن درآمریکا ازسالهای ۱۹۳۰ توسط کارگران مکزیکی معمول شد وامروزه جای‌الکل را درمحافل جوانان Chelsea و ساکنین Soho لندن گرفته است.

این گیاه که بطور وحشی درباغها وکنارجاده‌ها میروید واز ریشه‌های آن برای ساختن نخ وپارچه میتوان استفاده کرد دارای چند مادهٔ فعال شیمیائی است که مهمترین آنها Tetrahydrocannabiol یا THC میباشد و بنامهای مختلف حشیش، ماری جوانا، بنگ، گانجا وکانابیس معروف است. اهل فن وسوء استعمال کنندگان نامهائی از قبیل Reefer, Stick, Grass, Pot برای آن انتخاب کرده‌اند و بصورتهای مختلف سیگار، آب‌نبات و شربت مورد مصرف قرار میگیرد. اثرات جسمی آن گشاد شدن مردمك چشم وحساسیت به‌نور، چشمان قرمز، دهان خشك وتشنگی، افزایش ضربان قلب درحدود ۱۶ عدد دردقیقه و احساس عجیب گرسنگی مخصوصاً به‌شیرینیجات وگاهی لرزش و Ataxia میباشد.

اثرات برروی سلسلهٔ مرکزی اعصاب

دربارهٔ اثر Euphoric آن عقاید مختلف است. برخی گزارش داده‌اند که باراول استعمال Euphoria اثر آن کم ویاهیچ است برعکس معتادین آنرا زود و شدید احساس میکنند. نشئهٔ (High) ماری ـ جوانا مربوط به تجربه وانتظاراتی است که مصرف کننده ازآن دارد وهمچنین درچه شرایطی آنرا مصرف کرده مثلا اگر تنها باشدآرام و ساکت وخواب‌آلود ودرجمع پرحرف وناآرام‌است. اختلال احساس وقت ومحل نیز بروز میکند. اثر Euphoric چند دقیقه پس ازکشیدن سیگار شروع شده وتا دو ساعت ادامه دارد. سپس اثرات نشئه از بین رفته و حالتی شبیه Hangover الکل عارض میگردد.

باید تذکر دادکه مواد فعال درماری‌جوانا بمقدار بسیارکم ودر مقایسه باحشیش درحدود ۵ الی ۸ بارکمتراست.

دوزتوکسیك ماری جوانا تولید حواس پرتی، هیجان و اضطراب مینماید. چند مورد Psychosis گزارش‌شده ولی باید درنظرداشت که دراینگونه موارد چون استعمال کنندگان اغلب چند ماده را باهم ویامتناوب مصرف میکنند تشخیص بسیارمشکل میباشد. پسیکوز ماری‌جوانا یا Bad trip حالتی شبیه پسیکوز LSD میباشد. مصرف کنندگان کانابیس را دو دسته تشکیل میدهند اول آنهائی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

که گاهی و برحسب اتفاق درمحافل آنرا استعمال مینمایند در این دسته حتی وابستگی روانی وجود ندارد واستعمال آن برای آنهامثل نوشیدن الکل توسط اغلب مردم است. این گروه احتیاجی به‌درمان ندارند .

گروه دوم وابستگان روانی هستند که حل مشکلات خود را در مصرف این‌ماده جستجو نموده وبدون مصرف آن احساس آرامش، خوشی وخوش مشرب بودن درمجالس برایشان غیر ممکن‌است. درمان‌این گروه بررسی روان‌پزشکی واجتماعی وجستجوی‌دلایل خودآگاه وناخودآگاه اعتیاد ودرمان عوامل مولد میباشد .

ماری جوانا Aphrodisiac نیست در افراد نرمال میل به‌جنایت و جنایت جنسی‌را بوجود نمیآورد. گزارشهایی که دربارهٔ اعمال تجاوز وتبه‌کاری ازکشورهای شرق میرسد دراثر استعمال‌حشیش بوده ودلیل آنرا باید نتیجه اثرکانابیس در از بین‌بردن کنترل اعصاب، بی‌اعتنائی به‌قیودات‌اجتماعی، بروزعداوتهای‌پنهان‌وتشدید آمادگی به جنایت، در شخص‌مصرف‌کننده دانست. ماری جوانا Tolerance و وابستگی‌جسمی‌نمیدهد وقطع‌فوری‌آن موجب‌بروز Abstinence Syndrome یا علائم پرهیز نمیشود. درحال‌حاضر کانابیس هیچگونه مورد مصرف پزشکی نیز ندارد .

قوانین‌آمریکا کانابیس‌را جزء نارکوتیک‌ها بحساب‌آورده وبرای خرید وفروش وحتی‌حمل ومصرف‌آن مجازاتهای سنگین‌از دوالی ده سال زندان تعیین کرده‌اند .

آمار تخمینی‌حاکی است‌که ۱۵ الی ۲۰ میلیون‌آمریکائی‌حداقل یکبارآنرا مصرف آزمایشی کرده‌اند .

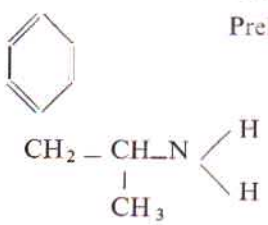
یکی‌از مشکلات بهداشت مدارس کشورهای متحده‌آمریکا درحال حاضر سوءاستعمال‌روزافزون‌این‌ماده‌دردبیرستانهای‌آن کشوراست درعین‌حال گروهی که‌خودرا Lemar (Legalize Marihuana) مینامند اثرات آنرا باالکل مقایسه وتقاضای قانونی نمودن‌آنرا دارند از طرفی مجازات سنگین جوانی که فقط یکبار اتفاقی ماری جوانا مصرف نموده، اخراج او از دبیرستان یا دانشگاه وباین‌ترتیب مسدود نمودن راه ترقی وآینده او بدلیل سوءسابقهٔ کیفری‌کار درستی‌بنظر نمیآید. باید قانون فرقی بین‌قاچاقچیان اصلی که‌میلیونهادلار درآمدنامشروع‌دارند بامصرف‌کنندهٔ اتفاقی قایل‌شود وگرنه اثر مجازاتهای ظالمانه تشدید عوامل آمادگی به‌اعتیاد و درست عکس منظور قانون‌گزاران خواهد بود .

از طرف دیگر اولیای‌امور بخوبی میدانندکه پس ازمجازنمودن مصرف‌کانابیس مسئله انتخاب بین‌الکل ویاکانابیس مطرح نبوده وبلکه الکل باضافهٔ ماری جوانا بعنوان اعتیاد اجتماعی سلامتی جسمی وروانی بشریت را تهدید خواهدکرد . گذشته از این فاجعهٔ تالیدومید اعلام خطری بود به همهٔ آنهائی که از استعمال بی‌بند و بارانواع داروها پشتیبانی مینمایند. تاوقتی که تحقیقات پزشکی‌اثرات اولیه وثانویه مواد مختلف‌را دقیقاً بررسی ومعلوم نکرده است نوع کنترل ومنع‌قانونی برای‌کانابیس لازم میباشد.

مطالبی چند دربارهٔ آمفتامین Amphetamine

آمفتامین یکی از داروهای Sympathomimetic و اثرات آن بجز اثر تحریک‌کنندهٔ سلسلهٔ مرکزی اعصاب‌کاملا شبیه افدرین میباشد . صنعت داروسازی امروزه بیش از ۵۰ ترکیب مختلف آمفتامین و یاترکیبات آمفتامین ومواد دیگر به بازار عرضه مینماید .

مثلا از قبیل: Dexedrine, Methamphetamine, Methylamphetamine, Preludine



سوء استعمال‌کنندگان آنرا Happiness pills یا Speed یا Bennies مینامند . آنچه باعث سوء استعمال داروست اثر Stimulant روی‌cortex مغز است که‌باعث کم‌شدن‌خستگی، احساس اعتماد بنفس، بی‌اعتنائی به‌قیود اجتماعی، پرگوئی و Euphoria میگردد. نقصان اشتها وخشکی دهان بطوریکه مصرف‌کننده مرتباً زبان خود را داخل لب پائین حرکت میدهد نیز یکی از علائم استعمال آمفتامین است .

موارد مصرف پزشکی آمفتامین چه درگذشته وچه درحال‌حاضر بطور اختصار ازاین قرارند :

۱ـ در Narcolepsy روزانه ۵۰ـ۳۰ میلی‌گرم

۲ـ درمسمومیت با باربیتوریت‌ها

۳ـ در Epilepsy توأم با Anticonvulsant

۴ـ بطورتجربی و آزمایشی روی پسیکوپات‌ها Psychopaths

۵ـ در اختلالات اخلاق ورفتار بچه‌ها مخصوصاً Enuresis که مربوط به‌خواب عمیق باشد (۲۵ میلی‌گرم موقع رفتن به‌تخت‌خواب).

۶ـ در چاقی مفرط

پدیدهٔ Tolerance درآمفتامین دیده میشود وموارد مصرف ۹۵۰ میلی‌گرم روزانه از راه دهان گزارش گردیده است .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

وابستگی جسمی وعلائم پرهیز وجود ندارد .

استعمال مقدارزیاد Over Dosage آمفتامین باعث بروز تاکی‌کاردی و Cardiac Arhythmia میشود بـاوجود این، تشخیص سوء استعمال از روی علائم فیزیکی مشکل است و باید بیمار را وادار باقرار سوء استعمال یك یااحیاناً همهٔ داروهای مصرف‌شده نمود . آزمایش‌ادرار دراین‌مواقع کمك مؤثری به‌تشخیص‌میباشد.

اخیراً گزارشهای متعددی دربارهٔ مصرف داخل رگ آمفتامین میرسد که‌بسیار جالب است . از سال ۱۹۶۱ عده‌ای ازپزشکان در سان فرانسیسکو برای معالجهٔ بیماران معتاد به‌هروئین‌شروع به تزریق مقادیر زیـادی آمفتـامین داخل رگ نمودند . این پزشکان آمفتامین را برای یکنوع ترك اعتیاد تجویز مینمودند ولی بزودی اثرات Euphoric دارو وسوء استعمال‌آن باعث شد که آمفتامین .I.V درآمریکابکلی ازلیست داروخانه‌ها حذف شود باوجود این تعداد بسیاری شیمیست‌های آماتور درهمه جای دنیا آمفتامین تزریقی تهیه نموده ومیفروشند .

پس‌ازتزریق .Methamphetamine I.V احساس‌قوی وناگهانی لذت‌به‌مصرف‌کننده دست میدهد که آنرا Rush یا Flash نامیده وبااحساس لذت جنسی مشابه میدانند .

معتادین سپس دورهٔ تسلسل مصرف آمفتـامین را شروع میکنند باین ترتیب که‌هرچند ساعت یکبار تزریق را تجدید نموده‌وسپس مدت چهارالی شش روز ادامه میدهند . در این مدت بطور کلی نمیخوابند ومشغول فعالیتهائی هستند که درساعتهای اولیه‌متشکل وطبق برنامه ولی باگذشت ساعتها و روزها بدون هدف ، نامنظم وبی‌نتیجه میگردد. پس‌از چند روز بیخوابی ومصرف مداوم‌دارو حالت پریشانی، خستگی وحتی Paranoid Reaction به‌معتاد دست داده واورا ازپا انداخته ومجبور به ترك مصرف مینماید .

بیمار بخواب یا Semicoma فرومیرودکه از ۱۲ ساعت تـا دو الی سه روز ممکن است طول بکشد . پس‌از بیدار شدن حـالت Paranoid برطرف شده ولی بیمار Lethargic وآمـادهٔ شروع دورهٔ تزریقی دیـگری است. مقدار دارو درابتدای شروع سوء استعمال از ۲۰ الی ۴۰ میلی‌گرم دریك تزریق وسپس‌تا ۱۰۰الی ۳۰۰میلی‌گرم میرسد. بالاترین دوزگزارش‌شده تزریق‌یك‌گرم داخل‌رگ‌وتکرارهردوساعت‌یکبار آن‌بوده‌است. معتادین‌مقداردوز مصرفی‌را درمحلول بسیارکمی‌حل‌مینمایند تااثرات‌آن فوری و با حجم‌کم محلول ظاهرشود. برخی‌نیزدرصورت اجباراقدام به‌حل قرصهای‌آمفتامین‌نموده ومحلول‌آنرا داخل‌رگ تزریق‌مینمایند. روزهای تزریق اشتهـا بکلی ازبین رفته وگاهی مدت چند روز بیماران لب بغذا نمیزنند . معتادین باتجربه‌که ازخطرات‌بروز علائم Paranoid بخوبی‌آگاه هستند برای جلوگیری ازآن‌خود را مجبور به خوردن غذا، نوشیدن مایعات با ویتامینهای مختلف نموده ویاازمواد دیگرمانند باربیتوریتها و نارکوتیك‌هااستفاده میکنند . گزارشهای مختلف حاکی‌است‌که بسیاری از معتادین‌به هروئین، انتقال وابستگی‌داده وآمفتامین تزریقی‌مصرف مینمایند. این انتقال برای معتادین، گذشته ازآنکه بدست‌آوردن‌آمفتامین اغلب آسانتراست، صرفه‌جوئی مالی نیز محسوب میشود .

Amph. Psychosis یا Bad trip با توهمات بینـائی وشنوائی Visual and Auditory Hallucination توأم بوده و ممکن است گاهی باشیزوفرنی اشتباه شود .

درمان موارد حاد بالیبریوم کلروپرومازین و درمان وابستگی‌ها بعهده روان پزشکان میباشد. آمار عود وابستگی بسیار شبیه ارقام مربوط به‌معتادین نارکوتیك‌ها وبنابراین بالاست .

اثرات فردی واجتماعی اعتیاد به‌آمفتامین از قبیل فعالیت‌هـای غیرقانونی برای دسترسی به‌دارو، گرفتار شدن و گرفتـارکردن دیگران به‌اعتیاد، بی‌اعتنائی به‌شغل، زندگی خانوادگی و ازهمه مهمتر اثرات‌بعدی‌آمفتامین‌یعنی Depression است که‌اغلب منجر به‌خودکشی یااقدام‌بآن میگردد. اینها همه دلایل‌کافی‌برای‌کنترل دقیق‌نسخه‌های این‌دارو بوده وباید پزشکان تجویز کننده‌به‌اثرات آن آشنائی‌کامل داشته باشند. بخصوص‌که یکی‌ازموارد استعمال پزشکی آن‌برای لاغری بوده وممکن است دراثر تکراراستعمال غیرمجاز آن توسط زنان تولید وابستگی بنماید. بنظرمیرسد تا وقتی‌که مطالعات وبررسی‌های دقیق‌روی اثرات وموارد استعمال درمانی آمفتامین تکمیل نشده است تحریم بدون قید وشرط آن نیزصحیح نمیباشد .

کوکائین

یکی دیگر از مواد Psychostimulant کوکائین‌است برگهای درخت‌کوکا که درآمریکای‌جنوبی‌میروید توسط‌کشاورزان محلی جویده‌میشد واین‌کاربصورت‌یك احتیاج ورسم محلی‌درآمده‌بود. جویدن این برگهـا احساس‌گرسنگی را از بین برده وانرژی و قوه‌کارگران را بیشتر مینمود . برگهای‌کوکا توسط یك‌پزشك ایتالیائی دراواسط قرن‌نوزدهم به‌اروپاآورده شد وازآن کوکائین تهیه گردید . زیگموند فروید درسالهای اول تحقیقات‌علمی‌خود مقاله‌ای تحت عنوان «راجع به‌کوکا» نوشت ودرضمن شرح‌مفصل اثرات‌آن‌تأکید میکندکه خودش چندین‌ده‌بار آنرا مصرف‌کرده است . فروید ازکوکائین بعنوان داروی معجزه‌آسائی که‌میتواند درمعالجه Neurasthenia وMelancholia مؤثرباشد یادمیکند. فروید درهمین‌سالها ازکوکائین‌برای‌معالجه بهترین‌وعزیزترین

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

دوستش که مرفینیست بود استفاده کرد و متأسفانه او را معتاد به کوکائین نمود درحقیقت کوکائین یکی از قویترین Stimulantها است که تولید Euphoria نموده Hallucination و گاهی Paranoid Reaction میدهد . سوء استعمال این ماده در حال حاضر متروك ومحدود به‌موارد بسیار نادراست درپزشکی نیز ترکیبات شیمیائی جانشین آن شده‌اند باوجود این‌چون‌عوالم‌مصرف‌تزریقی آن‌مشابه‌آمفتامین میباشد در صورت جلوگیری شدید قانونی ودر دسترس نبودن آمفتامین ممکن است مصرف کوکائین تزریقی دوباره رواج پیدا کند .

پیشگیری

آمار کمیسیون مواد مخدر سازمان ملل‌متحد حاکی‌است که‌تعداد کل‌معتادین‌وسوء استعمال کنندگان مواد روبافزایش‌میباشد یعنی سالیانه تعداد معتادین جدید بیش ازآنهائی‌است که‌کاملا معالجه شده‌اند. نتایج‌درمان‌نیز همانطور که درفوق‌اشاره‌شد بدلایل بسیاری رضایت بخش نیست. پس مثل معروف علاج واقعه را باید قبل از وقوع نمود دراینجا صدق میکند . نقش پیشگیری کاملا بارز بوده ومرحلهٔ اصلی‌مبارزه بااعتیاد راتشکیل میدهد ولی‌آیا باین‌مسئله بغرنج وپیچیده که عوامل بسیاری دربوجودآمدن آن مؤثرهستند باید چطورنگاه‌کنیم ؟ آیا اگر آنرا بیماری مسری تلقی‌کنیم و عامل مولدآن (مواد مخدر) وسرچشمه و راههای سرایت‌آنرا از بین برده یامحدودکنیم در پیشگیری موفق شده‌ایم؟ آیا منع کامل‌کشت وتولید،منع واردات مواد و مجازاتهای سنگین برای متخلفین از قوانین تنها راه مؤثر برای پیشگیری است ؟ البته اگر مادهٔ مخدر وجود نداشت اعتیاد کاملا ریشه‌کن شده بود اما چه‌کسی میتواند قوهٔ ابتکار مغز بشری را برای رسیدن به‌آنچه‌که میخواهد وبرایش منع شده است نادیده بگیرد .

دربسیاری از ممالك مبارزه باالکلیسم ودیگر وابستگی‌ها بعهدهٔ اداره بهداشت وجزئی ازخدمات بهداشت عمومی است .

برنامه پیشگیری شامل :

۱ـ گزارش موارد Notification

۲ـ درمان

۳ـ کنترل داروئی

۴ـ آموزش بهداشت روانی

۵ـ ادامهٔ تحقیقات پزشکی

۶ـ وبررسی‌انگیزه‌های اجتماعی وعوامل مولد میباشد .

۱ـ گزارش موارد ـ مقامات بهداشتی ازپزشکان،دندانپزشکان، داروسازان وحتی مردم معمولی میخواهندکه درصورت برخورد به‌موارد سوءاستعمال مواد واعتیادآنرا گزارش دهند.

پس‌ازاطلاع،موردبیماری‌بررسی‌شده وتماس‌ها(Contacts)وطرق بدست‌آوردن مواد معلوم میگردد . سپس ترتیب معاینه، بستری شدن ودرمان بیمار توسط روان پزشك داده میشود. آنچه مربوط به‌بازار سیاه وباصطلاح Drug Traffic یانقص‌قوانین باشد باید به‌پلیس گزارش داده شود .

۲ـ درمان ـ دربسیاری از کشورها درمان اجباری است یا لااقل یکنوع‌فشارقانونی‌واجتماعی وجود دارد. مثلاقانون‌ایران دربارهٔ درمـان‌کارمندان دولت؛ درشوروی‌که الکلیسم مسئلهٔ بزرگی را بوجود آورده بیمار معتاد با رأی دادگاه برای درمـان بستری میگردد و درصورتیکه چندین‌بار متوالیا عود نماید به اردوگاه درمان باکار برای مدتی تادوسال فرستاده میشود .

درآمریکا نیز دربرخی از استانها درمان دربیمارستان روانی را درمقابل‌زندان‌برای انتخاب به‌معتاد پیشنهاد میکنند . پس‌درمان یعنی پاك‌کردن اجتماع ازافراد معتاد یکی‌از راههای پیشگیری محسوب شده وبعنوان‌کنترل تقاضا باید مورد توجه قرارگیرد.

۳ـ کنترل داروئی ـ کنترل عرضه یعنی‌مواد مخدر بعنوان اولین ومهمترین قدم برای جلوگیری‌ازسوء استعمال موردنظردولتها، قوای مجریه ومقامات پزشکی است .

الف ـ حسابرسی‌وکنترل‌دقیق‌ازهنگام‌تولید تاجزئی‌فروشی‌داروها شامل : اجازهٔ مخصوص و محدود برای تولیدکنندگان،کنترل تجارت توسط اشخاص غیرمجاز، کنترل واردات غیرقانونی‌یعنی قاچاق، منع حمل ومصرف غیر مجاز مواد .

ب ـ فروش داروها به بیمـاران فقط درصورت تجویز پزشکان باارائهٔ نسخه،غیرقابل تجدید بودن نسخه‌های داروهائی که‌ممکن است مورد سوء استعمال قرار بگیرند. باین‌ترتیب امکان بدست آوردن داروها از راه قانونی وطبی بحداقل میرسد .

دربرخی ازکشورها یکی از وظایف ادارات بهداشت کنترل‌وثبت نسخه‌های مواد مخدر میباشد. نتایج گزارشهای ادارهٔ بهداشت ممکن‌است باعث‌اخطار به‌پزشك مربوط ومنع تجویز یك یا چند داروی مخصوص توسط اوگردد. اخیراً دولت و وزارت بهداری انگلستان‌که متوجه تجویز سخاوتمندانهٔ پزشکان برای معتادین به‌نارکوتیك‌ها گردیده به‌ترتیب فوق درصدد کنترل آن میباشد . باوجود آنچه گذشت دنیای پزشکی نمیتواند از تجویزداروهای مخدرصرف‌نظر کند. جراحان احتیاج به‌نارکوتیك‌ها دارند وتا وقتی درد وجود دارد، چه درد جسمی وچه‌درد روحی باید مورد درمان قرارگیرد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

میلیونها نسخه درسال برای کدئین، ترکیبات مسکن و آرام‌بخش نوشته‌میشود. روان‌پزشکان‌نیز نمیتوانند ازتجویز داروهای مؤثر روانی صرف نظر نمایند.

درسال ۱۹۶۵درآمریکا ۱۲۳میلیون نسخه برای سداتیوهاو۲۴ میلیون برای آمفتامین نوشته شده است وتولیدآمفتامین درهمان سال ۱۳۰۰۰ ملیون قرص بوده است پس طبابت مستلزم تجویز داروهای مؤثراست وپزشکان مجبورند تجویز آنها را ادامه‌داده وحتی توسعه دهند. براستی خبر تهیهٔ هرداروی جدیدی مورد استقبال‌جامعه پزشکی قرارمیگیرد. وامروزه شاید تعداد داروها بیش‌ازتعداد بیماران، بیماریها، اختلالات و نارسائی‌ها باشد. قرن ماقرن مصرف داروهاست. دارو برای‌لاغری، برای تحریك‌اشتها، برای خوابیدن و برای بیدار ماندن و برای اضطراب و حتی برای فهم و قدرشناسی بیشتر آثار هنری. این داروها همیشه و بدلایل مختلف توسط مردم مورد سوء استعمال قرار گرفته وخواهند گرفت. طبابت بیماران برای‌خودشانSelf Treatment ازقدیم‌الایام مرسوم بوده وهنوز وجود دارد.

۴- آموزش بهداشت روانی

آگاهی عمومی از خطرات مصرف غیرمجاز داروها وعواقب آن قدم موثر دیگری برای پیشگیری از سوء استعمال آنهاست. رادیو، تلویزیون، فیلم، مطبوعات وپوسترهای بهداشتی همه باید وسایلی برای آموزش اصول بهداشت روانی بخانواده‌ها باشند. دراین مورد باید باصراحت وصمیمیت از زیانها ومضرات داروها آنچه راکه کاملا و مطلقاً ثابت شده شرح بدهیم و آنچه راکه نمیدانیم آنچه راکه دانش‌پزشکی باهمه سعی وافرش هنوز دقیقاً نتوانسته‌ثابت نماید بمردم بگوئیم. باانتشارتحقیقات غیرعلمی‌ویا تکمیل‌نشده درجراید غیرطبی‌تولیدهراس ووحشت‌نباید کرد. فقط درصورت دادن‌اطلاعات دقیق بمردم میتوان‌اعتماد آنهارابآنچه دربارهٔ مضرات مواد میگوئیم جلب نمود. بروز احساس تحقیر نسبت بمعتادین وسوء استعمال کنندگان از جانب کادرپزشکی مانع بزرگی درراه توفیق هر نوع آموزش بهداشت روانی‌است. روان شناسان سرشناسی معتقدند که آمادگی به‌اعتیادکم وبیش درهمهٔ افرادبشر وجود دارد بحقیقت برخی ازمواد چنان‌اثرات قوی روانی دارندکه اگر بهمهٔ انسانهای روی زمین یکی ازآنها را داخل رگ تزریق نموده و سپس او را برای تکرار آزاد میگذاشتند معلوم نبود چه‌مصیبت بزرگ پزشکی به‌بار میآمد.

۵- تحقیقات پزشکی

تحقیقات‌پزشکی‌دربارهٔ اثرات‌داروهاباید وسعت‌یابد هنوزمکانیسم اثر بیشتر داروهای روانی‌روی بافت‌های عصبی، متابولیسم واثرات بیوشیمیائی آنها برروی مغز بدرستی معلوم نیست. بررسی اثرات بعدی‌موادی که‌تولید وابستگی‌مینمایند برروی ارگانهای مختلف بدن‌انسان‌تکمیل نشده‌است. تقسیم بندی داروها ازنظرمضرات آن برای‌فرد ویااجتماع باید هرچه زودترانجام‌شود. ازروی‌این‌تقسیم بندی قوهٔ مجریه باید مجازات‌های عادلانه‌ای برای متخلفین تعیین‌کند. بایك چوب راندن قاچاقچیان اصلی، دلالان، معتادین وسوء استعمال‌کنندگان اتفاقی‌ومجازاتهای سنگین برای‌معتادین راه صحیحی برای حل مشکل اعتیاد نمیباشد.

برنامه آموزشی‌دانشکده‌های پزشکی دربارهٔ وابستگی‌ها دراغلب کشورها ناقص است وباین ترتیب‌کادر پزشکی دارای معلومات کافی‌برای تشخیص‌ودرمان‌آنها نمیباشند. سازمان بهداشت‌جهانی پیشنهادکرده‌است که‌کشورهای عضو درصورت‌امکان یك‌بیمارستان دانشگاهی و انستیتوی مخصوصی برای انجام تحقیقات دربارهٔ اعتیاد بیماران معتاد بمنظور تربیت کادر پزشکی‌آینده داشته باشند. همچنین این سازمان‌گروهی ازبهترین دانشمندان دنیارا برای تحقیق وبررسی اثرات داروهای جدید متشکل نموده‌که مرتباً گزارشهای خودرا برای اطلاع مقامات پزشکی در تمام دنیا انتشار میدهد.

۶- بررسی انگیزه‌های اجتماعی

متخصصین علوم اجتماعی وروان شناسان باید انگیزه‌های اعتیاد را مطالعه‌کنند. این انگیزه‌ها ممکن است در نقاط مختلف دنیا کاملا متفاوت باشند. دانشجوی‌آمریکائی‌که LSD مصرف مینماید بادهقان ایرانی‌که تریاك میخورده‌است وبرهمن هندی‌که‌حشیش میکشد انگیزه‌های‌متفاوتی دارند. هم‌چنین‌شرایط اجتماعی، سطح زندگی اقتصادی وفرهنگی، مسئله بیکاری وفقر در بسیاری از کشورهای عقب افتاده ودرحال‌توسعه عامل مؤثر دیگری‌دراقدام به‌سوء استعمال میباشند. اختلافات طبقاتی وتبعیض نژادی باید مورد توجه‌وبررسی‌قرارگرفته ودررفع آن‌کوشش‌بعمل‌آید. روان شناسان معتقدندکه انگیزه اصلی و حقیقی بشر از سوء استعمال موادفراراست. فرارازمحرومیتهای‌اجتماعی، فرارازفقروگرسنگی وخستگی، فرار از درد، از دنیای بدون عشق وترحم، از جنگ و وخونریزی، فرار از یکنواختی‌زندگی روزمره وجستجوی‌بهشت موعودولو موقتی برای چند ساعت و یاحتی چندلحظه. هدف نهائی ساختن چنان جامعه‌ای است‌که بشر باتمام قوا خواستار ومبتکرفرار ازآن نباشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

خلاصه :

دراین مقاله ، مسألهٔ اعتیاد از نظر تهدیدی که همه گیری آن برای بهداشت عمومی در نقاط مختلف دنیا بوجود آورده، بایك دید کاملا بهداشتی بررسی گردیده است .

مختصراً اثرات بعضی از مواد مخدر که جدیداً مورد سوء استعمال قرار میگیرند شرح داده شده، سپس درباره طرق درمان و پیشگیری، مطابق آخرین گزارش فنی سازمان بهداشت جهانی، بحث گردیده است .

REFERENCES

1 - The Practitioner, Feb., 1968 - The problem of addiction
2 - JAMA Nov. 4, 1968 - Conference on drug abuse.
3 - » April 15, 1968 - Chromosomal damage in LSD user.
4 - » April 1, 1968 - A study in cocaine.
5 - » June 24, 1968 - Marihuana and society.
6 - » July 15, 1968 - Charactersitics of drug abusers.
7 - » June 17, 1968 - Use of hallucinogenic drugs on campus.
8 - » July 31, 1967 - Amphetamine abuse.
9 - » Aug. 7,1, 1967 - Dependence on cannabis.
10- WHO Technical report No. 363.
11- » » » No. 312.
12- » » » No. 407.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]