

اعتیاد

دکتر س روشن وزیری*

مقدمه:

یکی از مسائل مشکل اجتماعی و بهداشتی در دنیا، مسئله اعتیاد به مواد مخدر میباشد، مسئله‌ای که مورد توجه و بحث و تحقیق پزشکان و روحانیون و جامعه‌شناسان و متخصصین علوم تربیتی و بالآخره دولتهاست.

وسعت موضوع اجازه نمیدهد که جنبه‌های مختلف آنرا یا اثرات يك يك مواد مخدر را بتفصیل شرح دهیم بلکه سعی شده است مسئله را از نظر تهدیدی که همه‌گیری آن برای بهداشت عمومی بوجود آورده است مطالعه کنیم. قبل از وارد شدن باصل موضوع تذکر و تعریف کلمات و مفاهیم مورد استعمال در متن لازم بنظر میرسد. برای کلمه اعتیاد Addiction، سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کلمه جدیدی نموده که Drug Dependence یا وابستگی به مواد میباشد.

استعمال مواد گیاهی یا شیمیایی بدون احتیاج طبی یا بمقدار بیش از لزوم طبی، سوء استعمال Drug Abuse نامیده میشود باین معنی که بر اثر تکرار استعمال، بعضی از مواد ممکن است تولید وابستگی نمایند. وابستگی به مواد مختلف ممکن است وابستگی جسمی یا روانی باشد.

تعریف وابستگی جسمی Physical Dependence - هر ماده‌ای که پس از مدتی استعمال، ترك یا قطع مصرف آن موجب بروز علائم جسمی شود تولید وابستگی جسمی کرده است. بیماری که بر اثر ترك عادت ایجاد میشود Abstinence یا پرهیز نامیده میشود.

تعریف کلمه اعتیاد یا وابسته - کسی که عادتاً یا اجباراً یکی از مواد گیاهی یا شیمیایی را استعمال نموده و باین ترتیب مستقیماً سلامتی، ایمنی و رفاه خود یا دیگران را بخطر بیاندازد از نظر پزشکی

* اداره بهداشت شرکت ملی نفت ایران - مسجد سلیمان

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۲۱۷، ۱۳۴۹

و قانونی معتاد شناخته میشود.

تعریف وابستگی روانی - کسی که برای احساس عوالم روانی مخصوصی احتیاج به تکرار استعمال (سوء استعمال) مواد داشته و اقدام به تکرار سوء استعمال آنها مینماید وابسته روانی است.

کلمه مخدر از تخدیر و بمعنی آرامش بخش، خواب آور میباشد و اکثراً برای نارکوئیک‌ها استعمال میشود با وجود این در متن مقاله چندین بار از آن بطور کلی استفاده شده است یعنی همه داروهایی که تولید وابستگی مینمایند گاهی مواد یا مواد مخدر نامیده شده‌اند.

تعریف تحمل Tolerance - اثر برخی از مواد مخدر در نتیجه تکرار استعمال مقدار ثابتی از آن رو به تنزل میرود بعبارت دیگر مقدار ثابتی از ماده پس از مدتی اثر اولیه را در شخص تولید نکرده و باید افزایش داده شود.

تحمل Tolerance

وابستگی جسمی Physical Dependence

وابستگی روانی Mental (Psychological) Dependence

سه پدیده‌های اصلی اعتیاد بوده و در هر نوع وابستگی باید مورد بررسی قرار گیرند.

اتیولوژی

وقتی صحبت از اعتیاد میشود باید در نظر داشت که این حالت نتیجه دخالت بسیاری از عوامل اجتماعی و فردی است بهمین دلیل عوامل مولد آنرا باید در اجتماع در فرد و در نوع ماده مخدر جستجو کرد.

الف - عوامل اجتماعی - عادات و رسوم، آب و هوا، رشد فرهنگی و اقتصادی ملت‌ها و اجتماعات مختلف هر يك در این امر نقشی بعهده

دارند. در سالهای گذشته استعمال تریاک در ایران و بسیاری از کشورهای خاورمیانه شیوع فراوان داشت بطوریکه بجرأت میتوان گفت همه افراد نسل ما اگر فرد تریاکی در خانواده و فامیل خود نداشتند لااقل بارها شاهد کشیدن تریاک بوده اند. برعکس، مذهب اسلام نوشیدن هر نوع مشروبات الکلی را حرام دانسته و هنوز در بسیاری از ممالک اسلامی استعمال این نوع مشروبات غیر قانونی و قابل مجازات است. مقایسه‌ای در این زمینه با اجتماعات اروپائی، امریکائی و غرب زده ایرانی درك مسئله را آسانتر مینماید. این گونه جوامع نوشیدن الكل و کشیدن سیگار را نه تنها منع نمی کنند بلکه آنرا بطور غیر مستقیم تشویق مینمایند.

پسران جوان کشیدن سیگار را علامت بالغ شدن و مرد بودن دانسته با عجله و در سنین جوانی خود را بآن عادت میدهند. بیشتر دختران و زنان جوان این جوامع مصرف الكل و سیگار را سمبول آزادی و تساوی حقوق خود تلقی میکنند حتی اغلب پزشکان «دنیای باصطلاح متمدن» نیز یکی یا هر دو را مصرف مینمایند. نقش سیگار و مشروب بعنوان Social Relxant مورد قبول همگانی است. شکی نیست که هر دوی آنها تولید وابستگی نموده و برای سلامتی مضر میباشد. چرا برخی از جوامع استعمال موادی را که زیان آنها برای سلامتی ثابت شده است مجاز میدانند؟ آیا مصرف ماده‌ای که تاکنون در اجتماعی منع شده و سپس بی ضرر تشخیص داده شود مورد قبول همان اجتماع قرار خواهد گرفت؟ بررسی این مسائل در اروپا و آمریکا بصورت حاد در آمده و مورد توجه جامعه شناسان و روان شناسان میباشد. بسیاری از روشنفکران، استادان دانشگاه، هنر-مدان و دانشجویانی که عقیده دارند باید مصرف ماری جوانا را آزاد کرد و منع قانونی آنرا لغو نمود (در مبحث ماری جوانا بدلائل این نوع طرز فکر اشاره خواهیم کرد).

در اروپای غربی و آمریکا میلیونها تومان سالانه صرف تبلیغ انواع مشروبات الکلی و سیگار میگردد.

مطبوعات و فیلمهای این کشورها مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر را بررسی کرده و گاهی از آن دفاع میکنند حتی مجلاتی وجود دارد که دستورات مختلف برای اهل فن بچاپ میرسانند نقش مهم معاشرین و محیط اجتماعی که فرد در آن زندگی مینماید در اقدام به سوء استعمال بقدری بارز است که مثلاً ۲۲ درصد معتادین به هر وین در نیویورک معاشرین و محیط مناسب را محرکین اصلی سوء استعمال معرفی کرده اند. وابستگیها از طرفی ممکن است بر اثر شرایط سخت اجتماعی بوجود بیایند؛ فقر، محرومیت‌های اجتماعی، خستگی فراوان جسمی در اثر کار طاقت فرسا، نارضائیهای خانوادگی و شغلی و بالاخره زندگی ماشینی قرن ما که مولد

اضطراب میباشد همه و همه زمینه مناسبی برای روئیدن دانه اعتیاد است. کشاورز بولیوی بر گهای کوکا را برای جلوگیری از احساس گرسنگی و برای ازدیاد مقاومت در مقابل کار طاقت فرسای جسمی مصرف میکند. هم چنین در اغلب کشورهای شرقی از جمله ایران، هندوستان و پاکستان تریاک بعنوان داروی همه دردها مصرف میشده و بنا بر این انگیزه اصلی و اولیه آن مصرف پزشکی بوده است.

ب - عوامل فردی - اگر بخواهیم چهره يك معتاد را توصیف کنیم باید حتماً نوع اعتیادی را که بآن دچار است مطالعه نمائیم. گذشته از نوع ماده مخدر بطور کلی در هر مورد تشخیص اعتیاد، بیمار باید توسط روان پزشک معاینه شده و در صورت وجود اختلالات شخصیتی Personality Disorder یا هر نوع بیماری روانی دیگر تحت درمان قرار گیرد: بطور مسلم اختلالات روانی یکی از عوامل اعتیاد به مصرفین و مشابیهین آن بوده و در هر مورد باید در نظر گرفته شود. در حقیقت آنچه که فرد را وادار به تکرار سوء استعمال مواد مینماید در روان اوست.

اشخاص عادی که یکبار بهر دلیل نازکوتیکها را مصرف کرده اند اهمیتی برای اثرات روانی آن قائل نیستند.

احساس عوالم مخصوص نشئه (High) حالتی است که باید یاد گرفت همانطور که اشخاص یاد میگیرند سیگار بکشند. کشیدن تریاک برای بار اول یا مثلاً تزریق داخل رگ هر وین احساس بسیار بدی است که فقط برخی از اشخاص مایلند آنرا دوباره تکرار کنند در بررسیهای مختلف در حدود ۵۰ درصد معتادین حتی قبل از شروع به سوء استعمال، مبتلا به اختلالات روانی و شخصیتی بوده اند. از اختلالات روانی که بگذریم عوامل فردی اعتبار دارد باید در ضعف اراده و قابلیت تحمل و میل به فرار از حقایق تلخ و مصائب و گرفتاریهای زندگی دانست و بالاخره گاهی جستجوی لذت - Thrill Seeking، جستجوی تجربیات جدید روحی - New Spiritual and Emotional Experiences و در اشخاص کاملاً عادی محرك سوء استعمال مواد میباشد.

ج - مواد - مواد گیاهی یا شیمیائی که ممکن است تولید وابستگی نمایند روی سلسله مرکزی اعصاب دواثر مختلف واصلی دارند که در اغلب تقسیم بندیها نیز روی این دواثر تکیه مینمایند:

- ۱- اثر Stimulant ۲- اثر Depressant

برخی از آنها دارای سابقه تاریخی سوء استعمال بوده و از نقطه نظر اثرات اولیه و ثانویه بخوبی شناخته شده اند مانند نازکوتیکها و باربیتوریکها. مواد دیگری که اخیراً مورد سوء استعمال قرار میگیرند کاملاً شناخته نشده و بخصوص اثرات بعدی آنها روی اعضاء مختلف بدن انسان بدرستی معلوم نیست.

تقسیم بندی:

- ۱- الکل Alcohol
- ۲- تریاک؛ مشتقات و مشابهین Narcotics
- ۳- سه گروه بزرگ داروهای مورد مصرف در روان پزشکی که ممکن است تولید وابستگی بنمایند. Psychotropics
- داروهای مذکور عبارتند از:
 - A) Anxiolytic Sedatives (Meprobamate, Barbiturates)
 - B) Psychodysleptics (Hallucinogenics)
 - 1 - L.S.D.
 - 2 - Mescaline
 - 3 - Cannabis
 - C) Psychostimulants:
 - Amphetamins
 - Cocaine

شیوع و همه گیری Epidemiology and Prevalence

همانطور که گفته شد اعتیاد پدیده بسیار بغرنج و پیچیده ای است که مطالعات دقیق اپیدمیولوژیکی درباره آن مشکل است. در بسیاری از ممالک دنیا مصرف و یا حتی حمل (با خود داشتن) مواد مخدر بجز در موارد لزوم پزشکی و یا علمی جرم شناخته شده و قابل تعقیب است. قوانینی از این نوع با اضافه طرد اجتماعی اعتیاد باعث ایجاد جامعه معتادین، جامعه ای جداگانه با عادات و رسوم و قوانین مخصوص بخود، جامعه ای سری و زیرزمینی میگردد بنابراین هر گونه بررسی دقیق غیر ممکن بوده و حتی ارقام مربوط به برخی از وابستگی ها تخمینی است. متأسفانه ای بسا که ارقام واقعی بیش از آمار رسمی و گزارش شده باشد.

شکل و نوع سوء استعمال هر چه باشد اثرات آن در همه جا یکسان است. بیماری نقصان قوای تولیدی، پاشیدگی خانواده ها، جنایت، خودکشی و حوادث رانندگی و صنعتی، بیمارستان، زندان و هزینه های رفاه اجتماعی و بالاخره ضرر هنگفت اقتصادی نتایج جبران پذیر است که گریبانگیر جوامع بشری میگردد. از جنبه مطالعات اپیدمیولوژیکی جالب است که آیا اعتیاد بیماری مسری است که در اثر معاشرت ممکن است بدیگران سرایت کند؟ آیا معتادین کوشش میکنند دیگران را نیز بجرگه خود بکشانند و معتاد کنند؟

مسلم این است که هر معتادی بار اول توسط معتاد دیگری راهنمایی میشود (راهنمایی یا تشویق) در هر صورت شرایط محیط و معاشرین نقش مهمی در مبتلا کردن دیگران به این بیماری بعده دارند. پدیده جالب دیگر، انتقال از سوء استعمال يك ماده به ماده یا مواد دیگر است. معمولاً این انتقال در گروهی که اثرات مشابهی

دارند اتفاق می افتد مثلاً از مرفین به هروئین، از LSD به Psilo cybin از الکل به باربیتوریکها یا به موادی که اثر آنها کاملاً متفاوت است مثلاً از باربیتوریت ها به آمفتامین. دلایل اقدام به انتقال از جانب معتادین مختلف است، گاهی در دسترس نبودن یکی و وجود دیگری، در برخی موارد تمایل شخصی به ترك اعتیاد یا علاقه به احساس عوالم و حالات مختلف و بالاخره پیشگیری از اعتیاد بیک ماده مخصوص، محرك شخص برای انتقال است. پدیده جدید همه گیری روزافزون سوء استعمال مواد مخدر در دانشگاهها در بین افراد جوان و روشنفکر اروپائی و آمریکائی، بسیاری از محققین علوم اجتماعی و اپیدمیولوژیستهای سرشناس را به مطالعات وسیعی وادار نموده تا بلکه بتوانند با پیدا کردن عوامل مولد و مؤثر چاره درد را بنمایند.

معتادین پزشکی (Medical Addicts) یعنی آنهایی که داروهای مخدر را برای تسکین درد و دستور پزشکان دریافت کرده و سپس بآن معتاد شده اند. پزشکان و دیگر افراد کادر پزشکی گروه دیگری از سوء استعمال کنندگان را تشکیل میدهند. شماره این افراد خوشبختانه زیاد نیست و در طول سالهای اخیر تقریباً همیشه ثابت بوده است. آمار کلی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) حاکی است که در ۴۹ کشور جهان بیش از يك معتاد در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت و در ۲۱ کشور يك معتاد در هر ۵۰۰ نفر جمعیت وجود دارد و زبان اقتصادی اعتیاد مثلاً در سال ۱۹۶۰ در حدود ۵۰۰ میلیون دلار تخمین زده شده است.

درمان - درباره نحوه درمان معتادین عقاید متفاوتی وجود دارد: آیا برای معرفی يك معتاد باید به پزشک اطلاع بدهیم یا پلیس را خبر کنیم؟ آیا يك معتاد بیمار است یا تبه کار، باید بزندان برود یا به بیمارستان؟ در اغلب ممالک با خود داشتن (حمل) مواد مخدر جرم شناخته شده و قابل تعقیب است، اما چطور ممکن است کسی معتاد باشد ولی مواد لازم و وسایل تزریق با خود نداشته باشد با این قوانین مهر تبه کاری خود بخود بر روی همه معتادین زده میشود. مدافعین مکتب مجازات (Punitive Approach) دلایلی برای اثبات ادعای خود می آورند و بر آستی شرکت مؤثر معتادین در دزدی ها، جنایات و اعمال تبه کارانه دیگر حقیقتی غیر قابل انکار است که آمار آنرا ثابت میکند. سازمان بهداشت جهانی، اکثر پزشکان و روان پزشکان، معتادین را بچشم يك بیمار مینگردند Medical Approach و معتقدند باید آنها را مانند هر بیمار دیگری درمان نمود. متأسفانه قوه مجریه کشورهای بسیاری در دنیا که معتادین را به زندانهای طولی المدت محکوم مینماید سد راه موفقیت در درمان توسط متخصصین میباشد. آیا انسانی که

داده و غلیظ میشود. این ماده تریاک (Opium) از لنت یونانی Opion بمعنی شیرۀ گیاه است. تریاک دارای ۲۵ آلکالوئید و مهمترین آن مورفین، کدئین و پاپاورین میباشد. مقدار مورفین تریاک متفاوت و در حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد است. کلمۀ مورفین از Morfeus خدای خواب در میثولوجی یونان آمده و امروزه مشابهین آزمایشگاهی جای آنرا برای مصارف پزشکی گرفته اند.

معتادین نیز مصرف هروئین Diacetyl Morphine را ترجیح میدهند. در اعتیاد به هروئین سه پدیده تحمل، وابستگی جسمی و روانی بشدت وجود دارد. نقش مهم اختلالات شخصیتی در اتیولوژی این اعتیاد غیر قابل انکار است فقط ۵ درصد کل معتادین، معتادین پزشکی (Medical Addicts) هستند.

اثر تریاک و مشتقات آن بر روی سلسلۀ مرکزی اعصاب و در از بین بردن یا نقصان دادن غرایز اولیه (Primary Drives) از قبیل گرسنگی درد و میل جنسی است. همان طور که قبلاً گفته شد اثرات این مواد در بار اول استعمال با اثراتی که بر روی معتادین میگذارد بسیار متفاوت است. احساس آرامش، گرمی، مطلوب، خواب آلودگی توأم با بی غمی، بی تفاوتی به ناراحتیها و مسائل روزمره زندگی فقط مخصوص معتادین میباشد. برآستی پس از مدتی، زندگی يك معتاد در فکر کردن دائمی به هروئین، کوشش برای بدست آوردن و بالاخره استعمال آن خلاصه میشود.

در شهرهای بزرگ دنیا مخصوصاً نیویورک داستان جالب Heroin Traffic شنیدنی است. در نیویورک اسامی چهل هزار هروئینی به ثبت رسیده وجود دارد و ارقام واقعی دو برابر این مقدار تخمین زده میشود. مقدار هروئین که بسته بندی شده بدست خریدار میرسد اقلاشش الی هفت بار در این فاصله کمتر شده و بجای هروئین خالص مقداری کئین یا مانیپول به آن اضافه میکنند. خریدار بهیچوجه امکان ندارد که مقدار دقیق هروئین بسته ها را بداند مگر آنکه از روی اثرات آن مقدارش را حدس بزند. هر يك از بسته ها در حدود ۲ الی ۵ دلار قیمت دارند و معتادین بین ۲ الی ۴ بسته را در عرض روز مصرف میکنند. علائم پرهیز (Abstinence Syndrome) در مورفین ۶ ساعت و در هروئین ۴ ساعت پس از مصرف آخرین دوز شروع میشود. ترشح از بینی، ترشح اشک چشم، تعریق، خمیازه کشیدن و سپس بترتیب از ۲۴ تا ۳۶ ساعت بعد احساس اضطراب فوق العاده، کشش و درد عضلات پسا و کمر، حالت تهوع و حتی استفراغ و گاهی اسهال بروز میکند. تب مختصر، تنفس تند، افزایش مختصر فشار خون، Leukocytosis و هیپر گلیسمی دیده میشود. حداکثر علائم ۴۸ ساعت بعد از آخرین دوز تظاهر میکند و روز هفتم کاملاً برطرف میشود.

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

بیمارستانهای عمومی از قبول این نوع بیماران خودداری میکنند و بیمارستانهای روانی نیز این کار را با کمال بی میلی انجام میدهند. بطور کلی برای معالجه معتادین به نارکوئیکها ۴ روش مختلف بکار برده میشود که هر کدام از آنها طرفدارانی دارد.

۱- درمان جسمی- غذای خوب، کار سخت، هوای آزاد در شرایط عدم دسترسی به هروئین بدون در نظر گرفتن مسائل روانی، اجتماعی و فردی شخص معتاد. این نوع درمان در هنگ کنگ اجرا میشود و ادعا میکنند نتایج خوبی دارد.

۲- روش قرنطینه و بازدارنده- تنهائی و تنبه به زندانهای انفرادی طویل المدت، تهدید به مجازاتهای سنگین تر در صورت عود اعتیاد در شرایط عدم دسترسی به هروئین و عدم بررسی مسائل اجتماعی و فردی بر نامه این نوع درمان است. شعار اجرا کنندگان اینست که اعتیاد بیماری مسری است و باقرنطینه باید از همه گیری آن جلوگیری کرد.

۳- طریقه روانی - اجتماعی- معرفی به روان پزشک، بستری شدن در بیمارستان روانی، بررسی تحول شخصیت از کودکی، بررسی و مطالعۀ محیط اجتماعی و انگیزه های اعتیاد.

۴- روش دارویی - سازمان بهداشت جهانی معتقد است که بیماران وابسته باید با مجموع روش های روان شناسی، پزشکی و اجتماعی که مطابق با احتیاجات فردی آنهاست درمان شده و سپس Rehabilitate بشوند.

نتایج درمان را به نسبت عود به اعتیاد Relapse Rate می سنجند و این نسبت در بهترین صورت ۵۰ درصد و متأسفانه اکثراً، مخصوصاً در معتادین به نارکوئیکها، ۹۰ درصد گزارش میشود. موفقیت درمان بستگی به همکاری گروهی شامل پزشکان و روان شناسان و پرستاران و مددکاران اجتماعی و مذهبی دارد.

قبل از وارد شدن به مطلب پیشگیری فقط مختصری درباره نارکوئیکها و موادی که جدیداً مورد سوء استعمال قرار میگیرند توضیح داده و از بحث درباره اعتیاد به الکل و باربیتوریکها صرف نظر میشود.

تریاک و مشتقات آن Narcotics

در اثر تیغ زدن به پوستۀ خشخاش نارس از نوع Papaver Somniferum مایع شیرین رنگی بیرون می آید که بزودی تغییر رنگ

فوق‌العاده توأم با Visual Pseudohallucination مانند توهم رنگهای بسیارپررنگ و غیرطبیعی و احساس قدرت فوق‌العاده جسمی و مافوق بشری بروز میکند. برای مثال مورد مشهور جوان ۲۰ ساله‌ای را که در مقابل چشمان مادرش از پنجره ساختمان مرتفعی به پائین پریده بود، چون تصور کرده بود که میتواند پرواز کند، ذکر مینمایم.

جالب‌ترین اثر LSD حالتی است که شخص تصور میکند روح و جسمش از یکدیگر جدا شده یا مانند اینکه شخص از جسمش خارج شده در کناری ایستاده و بخودش نگاه میکند. این حالت پاشیدگی و جدائی جسمی احساس سبکی وزن و فانتزی رنگها تولید هراس فوق‌العاده مینماید. عده‌ای دیگر از مصرف کنندگان، نشئه LSD (High) را به حالت بی‌وزنی که در فضا بانسان دست میدهد تشبیه میکنند که در آن احساس دقت Time sense از بین رفته حال‌آینده توأم میشوند. معدودی از روشنفکران آمریکائی وعده بسیاری از روان‌پزشکان روی این اثرات LSD تکیه میکنند بنظر آنها عوامل Depersonalisation برای بدست آوردن تجربیات جدید روانی و احساس بشر بسیار مفید است. بعقیده آنها در اثر این‌عوامل و تجربیات، Ego یعنی مرکز ثقل شخصیت هر فرد که طی سالهای گذشته زندگی بارنج و مشقت و بمرور شکل گرفته، ناگهان از دست میرود، گم میشود و انسان تازه‌ای با بصیرت و بینش جدیدی متولد میگردد. آنها عقیده دارند پس از تجربیات فضائی ترس از مرگ از بین میرود.

همچنین پسیکوآنالیست‌ها Psychoanalysts از LSD بعنوان نوری برای دیدن ضمیر ناخودآگاه بیماران استفاده میکنند برخی دیگر آنرا با Microscope مقایسه کرده و Psychoscope نامیده‌اند.

موارد استفاده از LSD برای معالجه الکلیسم و از بین بردن ترس از مرگ در آخرین مراحل سرطان گزارش شده است. نشئه LSD یک الی دو ساعت ادامه داشته و سپس تا ۸ ساعت بعد روبه نقصان میرود. وحشت از دیوانگی و علائم Psychotic And Paranoid یکی از خطرات مصرف LSD است که اهل فن آنرا Bad Trip مینامند. Euphoria در LSD گاهی در مدت بسیار کوتاهی تبدیل به اندوه و افسردگی میشود. دوز سوء استعمال مختلف و بین ۱۵۰ تا ۱۰۰۰ میکروگرام است.

LSD بصورت پودر، مایع، کاغذ خشک کن و قرصهائی با رنگهای مختلف Blue Dots, Red Dots در بازار فروخته میشود متاع بازار اغلب حاوی مقدار ادعائی فروشندگان نیست. مصرف کنندگان را دانشجویان، روشنفکران، طبقه متوسط، روان‌شناسان، موسیقی‌دانان

علائم پرهیز بقدری ناراحت‌کننده و غیر قابل 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 تریاک و هروئین مولد میل به جنایت و اعمال تجاوزکارانه دیگر نیستند.

نحوه درمان معتادین در فوق شرح داده شد. فقط چند کلمه‌ای درباره درمان با متادان باید گفته شود. متادان ترکیب شیمیائی است که اثرات ضد درد آن (Analgesic) قوی تر از مورفین و برعکس اثر Euphoric آن به مراتب 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 متادان عبارت از جایگزینی تدریجی متادان و ترک مورفین و یا هروئین است و مکانیسم این جانشینی هنوز بدرستی معلوم نیست و تجربه نشان میدهد که معتادین پس از دریافت مقدار کافی متادان بدون تولید Euphoric و بدون بروز علائم پرهیز زندگی کرده و ولی برای مصرف هروئین نشان نمیدهند. حتی براحتی میتوانند شاهد مصرف هروئین توسط دیگران باشند. آیا تا چه مدت باید استعمال متادان را ادامه داد؟ و اگر قرار باشد استعمال متادان در تمام دوران زندگی فرد معتاد ادامه یابد چه اثرات بعدی بر روی بدن خواهد داشت؟

در آمریکا مطالعاتی بر اساس این پرسش‌ها ادامه دارد و در صورتیکه نتایج مثبتی از آن گرفته شود راه جدیدی در درمان اعتیاد به نارکوتیک‌ها باز شده است.

داروهای توهم‌آور The Hallucinogenic Drugs

این گروه شامل چندین نام است که قوی‌ترین و مهمترین آن LSD = Lysergic Acid Diethylamide ($C_{20}H_{25}N_3O$) یا آنطور که در بازار نامیده میشود Acid میباشد همچنین مسکالین (Mescaline) که از نوعی کاکتوس مکزیکی بنام - Anhaladnium levini یا Peyote و بالاخره Psilocybin که از قارچی بنام Psilocybe Mexicana تهیه شده‌اند جزو این گروه بوده و اثرات مشابهی دارند.

LSD در ابتدا از آلکالوئیدهای آرگوت مجزا گردیده و در حال حاضر بسیار آسان و با وسایل ساده‌ای در آزمایشگاههای موقتی و بسیار تهیه میشود. این ماده برای اولین بار در سال ۱۹۳۸ تهیه و سپس از سال ۱۹۵۰ مصرف آن در روان پزشکی شروع شد. درباره اثرات LSD مصرف کنندگان تعریفهای مختلفی کرده‌اند بطور کلی آنچه مسلم است اثرات روانی آن گاهی بقدری غیرمنتظره و قوی است که تولید وحشت و هراس فراوان و غیر قابل کنترل مینماید. در مدت ۳۰ دقیقه پس از مصرف، احساس هیجان

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

مصرف آن در آمریکا از سالهای ۱۹۳۰ توسط کارگران مکزیکي معمول شد و امروزه جای‌الکل را در محافل جوانان Chelsea و ساکنین Soho لندن گرفته است.

این گیاه که بطور وحشی در باغها و کنار جاده‌ها می‌روید و از ریشه های آن برای ساختن نخ و پارچه میتوان استفاده کرد دارای چند ماده فعال شیمیائی است که مهمترین آنها Tetrahydrocannabinol یا THC میباشد و بنام‌های مختلف حشیش، ماری جوانا، بنگ، گانجا و کانابیس معروف است. اهل فن و سوء استعمال کنندگان نام‌هایی از قبیل Reefer, Stick, Grass, Pot برای آن انتخاب کرده‌اند و صورتهای مختلف سیگار، آب نبات و شربت مورد مصرف قرار می‌گیرد. اثرات جسمی آن گشاد شدن مردمک چشم و حساسیت به نور، چشمان قرمز، دهان خشک و تشنگی، افزایش ضربان قلب در حدود ۱۶ عدد در دقیقه و احساس عجیب گرسنگی مخصوصاً به شیرینیجات و گاهی لرزش و Ataxia میباشد.

اثرات بروی سلسله مرکزی اعصاب

در باره اثر Euphoric آن عقاید مختلف است. برخی گزارش داده‌اند که بار اول استعمال Euphoria اثر آن کم و یاهیچ است برعکس معتادین آنرا زود و شدید احساس میکنند. نشئه (High) ماری - جوانا مربوط به تجربه و انتظاراتی است که مصرف کننده از آن دارد و همچنین درجه شرايطی آنرا مصرف کرده مثلاً اگر تنها باشد آرام و ساکت و خواب آلود و در جمع پر حرف و نا آرام است. اختلال احساس وقت و محل نیز بروز میکند. اثر Euphoric چند دقیقه پس از کشیدن سیگار شروع شده و تا دو ساعت ادامه دارد. سپس اثرات نشئه از بین رفته و حالتی شبیه Hangover الکل عارض میگردد.

باید تذکر داد که مواد فعال در ماری جوانا بمقدار بسیار کم و در مقایسه با حشیش در حدود ۵ الی ۸ بار کمتر است. دوز تریکسیک ماری جوانا تولید حواس پرتی، هیجان و اضطراب مینماید. چند مورد Psychosis گزارش شده ولی باید در نظر داشت که در اینگونه موارد چون استعمال کنندگان اغلب چند ماده را باهم و یا متناوب مصرف میکنند تشخیص بسیار مشکل میباشد. پسیکوز ماری جوانا یا Bad trip حالتی شبیه پسیکوز LSD میباشد. مصرف کنندگان کانابیس را دو دسته تشکیل میدهند اول آنهایی

جاذب و حتی روحانیون تشکیل میدهند. این گروه‌ها در آمریکا شبکه وسیع تلفنی ترتیب داده‌اند تا پس از مصرف LSD با نمره مربوطه تماس گرفته و عوالم خود را که در زبان اهل فن Psychedelic Experiences یا Mind Manifesting نامیده میشود توصیف کنند. آمار تقریبی نشان میدهد که در سال ۱۹۶۶ حداقل ۴ میلیون آمریکایی LSD مصرف کرده است.

اثرات بعدی - گاهی هفته‌ها پس از مصرف این ماده علائم ناگهانی و یا خاطرات آن عوالم در ذهن شخص ظاهر میشود و اگر این حالات که Trip Without Drugs یا Flash Back نامیده میشوند در محل کار و یا در حین رانندگی اتفاق بیافتد خالی از خطر نخواهد بود. مکانیسم این پدیده هنوز بدرستی معلوم نیست برخی آنرا هیستری و برخی Traumatic Neurosis میدانند.

درمان - پادزهر Antidotes مخصوصی وجود ندارد باریتورپت‌ها و فنوتیازین (Phenergan) عوالم استعمال را کوتاه نموده و در مدت ۳۰ دقیقه برگشت بحالت معمولی را ممکن می‌سازند. زرق کلر پرو - مازین Largactil ۵۰ الی ۱۰۰ میلی گرم در ماهیچه نیز درمان خوبی است (مواظبت فشار خون لازم است) همچنین Pentobarbitone و Nembutal را در حدود ۱۲۰ - ۶۰ میلی گرم میتوان تزریق نمود. پس از درمان اولیه باید بیمار را در بیمارستان بستری یا سرپائی مورد بررسی روان پزشکی قرارداد. آزمایش خون وادرار بیمار کمک بزرگی برای تشخیص میباشد.

LSD تولید وابستگی جسمی نمیکند ولی وابستگی روانی وجود دارد باین معنی که سه چهارم افرادی که آنرا قبلاً مصرف کرده‌اند بمصرف مجدد آن نیز اظهار تمایل نموده‌اند. در معتادین علاقه به زندگی، شغل، خانواده و اجتماع روز بروز کمتر شده و برعکس شخص پای بند «تجربیات فضائی» میشود.

اخیراً خطری که مصرف LSD کرموزمهای انسان را in Vitro و گویا in Vivo تهدید میکند مورد تحقیق قرار گرفته است (یک مورد بجه ناقص الخلقه از مادری که فقط یکبار در ماه اول بارداری LSD مصرف کرده است گزارش شده). تغییرات کرموزمها در گلبولهای سفید خون مشخص و عبارت از شکستگی کرموزمهاست و متأسفانه برخلاف تغییرات کرموزمی در بعضی بیماریهای ویروسی، زود گذر نبوده و ثابت میباشد. مطالعات روی موش صحرایی مثبت بوده است. این تحقیقات ادامه دارند و باید منتظر نتایج قطعی آنها بود.

CANNABIS INDICA

برگها و گل‌های شادانه ماده هندی Indican Hemp از زمانهای قدیم بعنوان ماده مخدر مصرف میشده است. هرودوت ۴۰۰ سال قبل از میلاد شرح مصرف آنرا داده است.

فاجعه تالیدومید اعلام خطری بود به همه آنهایی که از استعمال بی بند و بار انواع داروها پشتیبانی مینمایند. تاوقتی که تحقیقات پزشکی اثرات اولیه و ثانویه مواد مختلف را دقیقاً بررسی و معلوم نکرده است نوع کنترل و منع قانونی برای کانایس لازم میباشد.

مطالبی چند درباره آمفتامین Amphetamine

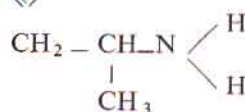
آمفتامین یکی از داروهای Sympathomimetic و اثرات آن بجز اثر تحریک کننده سلسله مرکزی اعصاب کاملاً شبیه افدرین میباشد. صنعت داروسازی امروزه بیش از ۵۰ ترکیب مختلف آمفتامین و یاترکیبات آمفتامین و مواد دیگر به بازار عرضه مینماید.

مثلاً از قبیل: Dexedrine,

Methamphetamine,

Methylamphetamine,

Preludine



سوء استعمال کنندگان آنرا Happiness pills یا Speed یا Bennies مینامند. آنچه باعث سوء استعمال داروست اثر Stimulant روی cortex مغز است که باعث کم شدن خستگی، احساس اعتماد بنفس، بی اعتنائی به قیود اجتماعی، پرگوئی و Euphoria میگردد. نقصان اشتها و خشکی دهان بطوریکه مصرف کننده مرتباً زبان خود را داخل لب پائین حرکت میدهد نیز یکی از علائم استعمال آمفتامین است.

موارد مصرف پزشکی آمفتامین چه در گذشته و چه در حال حاضر بطور اختصار از این قرارند:

۱- در Narcolepsy روزانه ۵۰-۳۰ میلی گرم

۲- در مسمومیت با باربیتوریتها

۳- در Epilepsy توأم با Anticonvulsant

۴- بطور تجربی و آزمایشی روی پسیکوپاتها Psychopaths
۵- در اختلالات اخلاق و رفتار بچهها مخصوصاً Enuresis که مربوط به خواب عمیق باشد (۲۵ میلی گرم موقع رفتن به تخت خواب).

۶- در چاقی مفرط

پدیده Tolerance در آمفتامین دیده میشود و موارد مصرف ۹۵۰ میلی گرم روزانه از راه دهان گزارش گردیده است.

که گاهی و بر حسب اتفاق در محافل آنرا استعمال مینمایند در این دسته حتی وابستگی روانی وجود ندارد و استعمال آن برای آنها مثل نوشیدن الکل توسط اغلب مردم است. این گروه احتیاجی به درمان ندارند.

گروه دوم وابستگان روانی هستند که حل مشکلات خود را در مصرف این ماده جستجو نموده و بدون مصرف آن احساس آرامش، خوشی و خوش مشرب بودن در مجالس برایشان غیر ممکن است. درمان این گروه بررسی روان پزشکی و اجتماعی و جستجوی دلایل خود آگاه و ناخود آگاه اعتیاد و درمان عوامل مولد میباشد.

ماری جوانا Aphrodisiac نیست در افراد نرمال میل به جنایت و جنایت جنسی را بوجود نمیآورد. گزارشهایی که درباره اعمال تجاوز و تبه کاری از کشورهای شرق می رسد در اثر استعمال حشیش بوده و دلیل آنرا باید نتیجه اثر کانایس در از بین بردن کنترل اعصاب، بی اعتنائی به قیودات اجتماعی، بروز عداوتهای پنهان و تشدید آمادگی به جنایت، در شخص مصرف کننده دانست. ماری جوانا Tolerance و وابستگی جسمی نمیدهد و قطع فوری آن موجب بروز Abstinence Syndrome یا علائم پرهیز نمیشود. در حال حاضر کانایس هیچگونه مورد مصرف پزشکی نیز ندارد.

قوانین آمریکا کانایس را جزء نارکوٹیکها بحساب آورده و برای خرید و فروش و حتی حمل و مصرف آن مجازاتهای سنگین از دوالی ده سال زندان تعیین کرده اند.

آمار تخمینی حاکی است که ۱۵ الی ۲۰ میلیون آمریکائی حداقل یکبار آنرا مصرف آزمایشی کرده اند.

یکی از مشکلات بهداشت مدارس کشورهای متحده آمریکا در حال حاضر سوء استعمال روزافزون این ماده درد بیرستانهای آن کشور است در عین حال گروهی که خود را Lemar (Legalize Marihuana) مینامند اثرات آنرا با الکل مقایسه و تقاضای قانونی نمودن آنرا دارند از طرفی مجازات سنگین جوانی که فقط یکبار اتفاقی ماری جوانا مصرف نموده، اخراج او از دبیرستان یا دانشگاه و باین ترتیب مسدود نمودن راه ترقی و آینده او بدلیل سوء سابقه کیفری کار درستی بنظر نمیآید. باید قانون فرقی بین قاچاقچیان اصلی که میلیونها دلار درآمد نامشروع دارند با مصرف کننده اتفاقی قایل شود و گرنه اثر مجازاتهای ظالمانه تشدید عوامل آمادگی به اعتیاد و درست عکس منظور قانون گزاران خواهد بود.

از طرف دیگر اولیای امور بخوبی میدانند که پس از مجاز نمودن مصرف کانایس مسئله انتخاب بین الکل و یا کانایس مطرح نبوده و بلکه الکل باضافه ماری جوانا بعنوان اعتیاد اجتماعی سلامتی جسمی و روانی بشریت را تهدید خواهد کرد. گذشته از این

وابستگی جسمی و علائم پرهیز وجود ندارد .

استعمال مقدار زیاد Over Dosage آمفتامین باعث بروز تاکی-کاردی و Cardiac Arrhythmia میشود باوجود این، تشخیص سوء استعمال از روی علائم فیزیکی مشکل است و باید بیمار را وادار باقرار سوء استعمال یا احیاناً همه داروهای مصرف شده نمود . آزمایش ادرار در این مواقع کمک مؤثری به تشخیص میباشد . اخیراً گزارشهای متعددی درباره مصرف داخل رگ آمفتامین میرسد که بسیار جالب است . از سال ۱۹۶۱ عده ای از پزشکان در سان فرانسیسکو برای معالجه بیماران معتاد به هرئین شروع به تزریق مقادیر زیادی آمفتامین داخل رگ نمودند . این پزشکان آمفتامین را برای یکنوع ترك اعتیاد تجویز مینمودند ولی بزودی اثرات Euphoric دارو و سوء استعمال آن باعث شد که آمفتامین I.V. در آمریکا بکلی از لیست داروخانه ها حذف شود باوجود این تعداد بسیاری شیمیست های آماتور در همه جای دنیا آمفتامین تزریقی تهیه نموده و میفروشند .

پس از تزریق Methamphetamine I.V. احساس قوی و ناگهانی لذت به مصرف کننده دست میدهد که آنرا Rush یا Flash نامیده و با احساس لذت جنسی مشابه میدانند .

معتادین سپس دوره تسلسل مصرف آمفتامین را شروع میکنند باین ترتیب که هر چند ساعت یکبار تزریق را تجدید نموده و سپس مدت چهارالی شش روز ادامه میدهند . در این مدت بطور کلی نمیخواهند و مشغول فعالیتهائی هستند که در ساعتهای اولیه مشکل و طبق برنامه ولی با گذشت ساعتها و روزها بدون هدف ، نامنظم و بی نتیجه میگردد . پس از چند روز بیخوابی و مصرف مداوم دارو حالت پریشانی، خستگی و حتی Paranoid Reaction به معتاد دست داده و او را از پا انداخته و مجبور به ترك مصرف مینماید . بیمار بخواب یا Semicoma فرو میرود که از ۱۲ ساعت تا دو الی سه روز ممکن است طول بکشد . پس از بیدار شدن حالت Paranoid بر طرف شده ولی بیمار Lethargic و آماده شروع دوره تزریقی دیگری است . مقدار دارو در ابتدای شروع سوء استعمال از ۲۰ الی ۴۰ میلی گرم در یک تزریق و سپس تا ۱۰۰ الی ۳۰۰ میلی گرم میرسد . بالاترین دوز گزارش شده تزریق یک گرم داخل رگ و تکرار هر دو ساعت یکبار آن بوده است . معتادین مقدار دوز مصرفی را در محلول بسیار کمی حل مینمایند تا اثرات آن فوری و با حجم کم محلول ظاهر شود . برخی نیز در صورت اجبار اقدام به حل قرصهای آمفتامین نموده و محلول آنرا داخل رگ تزریق مینمایند . روزهای تزریق اشتها بکلی از بین رفته و گاهی مدت چند روز بیماران لب بغذا نمیزنند . معتادین باتجربه که از خطرات بروز

علائم Paranoid بخوبی آگاه هستند برای جلوگیری از آن خود را مجبور به خوردن غذا، نوشیدن مایعات با ویتامینهای مختلف نموده و یا از مواد دیگر مانند باربیتوریتها و نارکوتیکها استفاده میکنند . گزارشهای مختلف حاکی است که بسیاری از معتادین به هرئین، انتقال وابستگی داده و آمفتامین تزریقی مصرف مینمایند . این انتقال برای معتادین، گذشته از آنکه بدست آوردن آمفتامین اغلب آسانتر است، صرفه جویی مالی نیز محسوب میشود .

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

درمان موارد حاد با لیبریوم کلروپرومازین و درمان وابستگی ها به عده روان پزشکان میباشد . آمار عود وابستگی بسیار شبیه ارقام مربوط به معتادین نارکوتیکها و بنا بر این بالاست .

اثرات فردی و اجتماعی اعتیاد به آمفتامین از قبیل فعالیت های غیرقانونی برای دسترسی به دارو، گرفتار شدن و گرفتار کردن دیگران به اعتیاد، بی اعتنائی به شغل، زندگی خانوادگی و از همه مهمتر اثرات بعدی آمفتامین یعنی Depression است که اغلب منجر به خودکشی یا اقدام بآن میگردد . اینها همه دلایل کافی برای کنترل دقیق نسخه های این دارو بوده و باید پزشکان تجویز کننده به اثرات آن آشنائی کامل داشته باشند . بخصوص که یکی از موارد استعمال پزشکی آن برای لاغری بوده و ممکن است در اثر تکرار استعمال غیرمجاز آن توسط زنان تولید وابستگی بنماید . بنظر میرسد تا وقتی که مطالعات و بررسی های دقیق روی اثرات و موارد استعمال درمانی آمفتامین تکمیل نشده است تحریم بدون قید و شرط آن نیز صحیح نمیباشد .

کوکائین

یکی دیگر از مواد Psychostimulant کوکائین است بر گهای درخت کوکا که در آمریکای جنوبی میروید توسط کشاورزان محلی جویده میشد و این کار بصورت یک احتیاج و رسم محلی درآمد بود . جویدن این برگها احساس گرسنگی را از بین برده و انرژی و قوه کارگران را بیشتر مینمود . برگهای کوکا توسط یک پزشک ایتالیائی در اواسط قرن نوزدهم به اروپا آورده شد و از آن کوکائین تهیه گردید . زیگموند فروید در سالهای اول تحقیقات علمی خود مقاله ای تحت عنوان «راجع به کوکا» نوشت و در ضمن شرح مفصل اثرات آن تأکید میکند که خودش چندین بار آنرا مصرف کرده است . فروید از کوکائین بعنوان داروی معجزه آسائی که میتواند در معالجه Neurasthenia و Melancholia مؤثر باشد یاد میکند . فروید در همین سالها از کوکائین برای معالجه بهترین و عزیزترین

دوستش که مر فینیست بود استفاده کرد و متأسفانه او را معتاد به کوکائین نمود درحقیقت کوکائین یکی از قویترین Stimulantهاست که تولید Euphoria نموده Hallucination و گاهی Paranoid Reaction میدهد. سوء استعمال این ماده در حال حاضر متروک و محدود به موارد بسیار نادر است در پزشکی نیز ترکیبات شیمیایی جانشین آن شده اند با وجود این چون عوالم مصرف تریقی آن مشابه آفتامین میباشد در صورت جلوگیری شدید قانونی و در دسترس نبودن آفتامین ممکن است مصرف کوکائین تریقی دوباره رواج پیدا کند.

پیشگیری

آمار کمیسیون مواد مخدر سازمان ملل متحد حاکی است که تعداد کل معتادین و سوء استعمال کنندگان مواد رو با افزایش میباشد یعنی سالیانه تعداد معتادین جدید بیش از آنهایی است که کاملاً معالجه شده اند. نتایج درمان نیز همانطور که در فوق اشاره شد بدلائل بسیاری رضایت بخش نیست. پس مثل معروف علاج واقعه را باید قبل از وقوع نمود در اینجا صدق میکند. نقش پیشگیری کاملاً بارز بوده و مرحله اصلی مبارزه با اعتیاد را تشکیل میدهد ولی آیا با این مسئله بغرنج و پیچیده که عوامل بسیاری در بوجود آمدن آن مؤثر هستند باید چطور نگاه کنیم؟ آیا اگر آنرا بیماری مسری تلقی کنیم و عامل مولد آن (مواد مخدر) و سرچشمه و راههای سرایت آنرا از بین برده یا محدود کنیم در پیشگیری موفق شده ایم؟ آیا منع کامل کشت و تولید، منع واردات مواد و مجازاتهایی سنگین برای متخلفین از قوانین تنها راه مؤثر برای پیشگیری است؟ البته اگر ماده مخدر وجود نداشت اعتیاد کاملاً ریشه کن شده بود اما چه کسی میتواند قوه ابتکار مغز بشری را برای رسیدن به آنچه که میخواهد و برایش منع شده است نادیده بگیرد.

در بسیاری از ممالک مبارزه با الکلیم و دیگر وابستگیها بعد از اداره بهداشت و جزئی از خدمات بهداشت عمومی است.

برنامه پیشگیری شامل:

- ۱- گزارش موارد Notification
- ۲- درمان
- ۳- کنترل دارویی
- ۴- آموزش بهداشت روانی
- ۵- ادامه تحقیقات پزشکی
- ۶- و بررسی انگیزه های اجتماعی و عوامل مولد میباشد.
- ۱- گزارش موارد - مقامات بهداشتی از پزشکان، دندان پزشکان، داروسازان و حتی مردم معمولی میخواهند که در صورت برخورد

به موارد سوء استعمال مواد و اعتیاد آنرا گزارش دهند. پس از اطلاع، مورد بیماری بررسی شده و تماسها (Contacts) و طرق بدست آوردن مواد معلوم میگردد. سپس ترتیب معاینه، بستری شدن و درمان بیمار توسط روان پزشک داده میشود. آنچه مربوط به بازار سیاه و باصطلاح Drug Traffic یا نقص قوانین باشد باید به پلیس گزارش داده شود.

۲- درمان - در بسیاری از کشورها درمان اجباری است یا لااقل یکنوع فشار قانونی و اجتماعی وجود دارد. مثلاً قانون ایران درباره درمان کارمندان دولت؛ درشوروی که الکلیم مسئله بزرگی را بوجود آورده بیمار معتاد با رأی دادگاه برای درمان بستری میگردد و در صورتیکه چندین بار متوالیا عود نماید به اردوگاه درمان باکار برای مدتی تا دو سال فرستاده میشود.

در آمریکا نیز در برخی از استانها درمان در بیمارستان روانی را در مقابل زندان برای انتخاب به معتاد پیشنهاد میکنند. پس درمان یعنی پاک کردن اجتماع از افراد معتاد یکی از راههای پیشگیری محسوب شده و بعنوان کنترل تقاضا باید مورد توجه قرار گیرد.

۳- کنترل دارویی - کنترل عرضه یعنی مواد مخدر بعنوان اولین و مهمترین قدم برای جلوگیری از سوء استعمال مورد نظر دولتها، قوای مجریه و مقامات پزشکی است.

الف - حسابرسی و کنترل دقیق از هنگام تولید تا جزئی فروشی داروها شامل: اجازه مخصوص و محدود برای تولید کنندگان، کنترل تجارت توسط اشخاص غیر مجاز، کنترل واردات غیر قانونی یعنی قاچاق، منع حمل و مصرف غیر مجاز مواد.

ب - فروش داروها به بیماران فقط در صورت تجویز پزشکان با ارائه نسخه، غیر قابل تجدید بودن نسخه های داروهای که ممکن است مورد سوء استعمال قرار بگیرند. باین ترتیب امکان بدست آوردن داروها از راه قانونی و طبی به حداقل میرسد.

در برخی از کشورها یکی از وظایف ادارات بهداشت کنترل و ثبت نسخه های مواد مخدر میباشد. نتایج گزارشهای اداره بهداشت ممکن است باعث اخطار به پزشک مربوط و منع تجویز یک یا چند داروی مخصوص توسط او گردد. اخیراً دولت و وزارت بهداشت انگلستان که متوجه تجویز سخاوتمندانه پزشکان برای معتادین به نازکوتیکها گردیده به ترتیب فوق درصدد کنترل آن میباشد. با وجود آنچه گذشت دنیای پزشکی نمیتواند از تجویز داروهای مخدر صرف نظر کند. جراحان احتیاج به نازکوتیکها دارند و تا وقتی درد وجود دارد، چه درد جسمی و چه درد روحی باید مورد درمان قرار گیرد.

اثر بیشتر داروهای روانی روی بافت‌های عصبی، متابولیسم و اثرات بیوشیمیائی آنها بر روی مغز بدرستی معلوم نیست. بررسی اثرات بعدی موادی که تولید وابستگی مینمایند بر روی ارگانهای مختلف بدن انسان تکمیل نشده است. تقسیم بندی داروها از نظر مضرات آن برای فرد و یا اجتماع باید هر چه زودتر انجام شود. از روی این تقسیم بندی قوه مجریه باید مجازات‌های عادلانه‌ای برای متخلفین تعیین کند. بایک چوب راندن قاچاقچیان اصلی، دلان، معتادین و سوء استعمال کنندگان اتفاقی و مجازات‌های سنگین برای معتادین راه صحیحی برای حل مشکل اعتیاد نمیباشد.

برنامه آموزشی دانشکده‌های پزشکی درباره وابستگی‌ها در اغلب کشورها ناقص است و باین ترتیب کادر پزشکی دارای معلومات کافی برای تشخیص و درمان آنها نمیشاند. سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کرده است که کشورهای عضو در صورت امکان یک بیمارستان دانشگاهی و انستیتوی مخصوصی برای انجام تحقیقات درباره اعتیاد بیماران معتاد بمنظور تربیت کادر پزشکی آینده داشته باشند. همچنین این سازمان گروهی از بهترین دانشمندان دنیا را برای تحقیق و بررسی اثرات داروهای جدید متشکل نموده که مرتباً گزارشهای خود را برای اطلاع مقامات پزشکی در تمام دنیا انتشار میدهد.

۶- بررسی انگیزه‌های اجتماعی

متخصصین علوم اجتماعی و روان شناسان باید انگیزه‌های اعتیاد را مطالعه کنند. این انگیزه‌ها ممکن است در نقاط مختلف دنیا کاملاً متفاوت باشند. دانشجوی آمریکائی که LSD مصرف مینماید بادهقان ایرانی که تریاک میخورده است و برهن هندی که حشیش میکشد انگیزه‌های متفاوتی دارند. همچنین شرایط اجتماعی، سطح زندگی اقتصادی و فرهنگی، مسئله بیکاری و فقر در بسیاری از کشورهای عقب افتاده و در حال توسعه عامل مؤثر دیگری در اقدام به سوء استعمال میباشد. اختلافات طبقاتی و تبعیض نژادی باید مورد توجه و بررسی قرار گرفته و در رفع آن کوشش بعمل آید. روان شناسان معتقدند که انگیزه اصلی و حقیقی بشر از سوء استعمال مواد فرار است. فرار از محرومیت‌های اجتماعی، فرار از فقر و گرسنگی و خستگی، فرار از درد، از دنیای بدون عشق و ترحم، از جنگ و خونریزی، فرار از یکنواختی زندگی روزمره و جستجوی بهشت موعود و لو موقتی برای چند ساعت و یا حتی چند لحظه. هدف نهائی ساختن چنان جامعه‌ای است که بشر باتمام قوا خواستار و مبتکر فرار از آن نباشد.

میلیونها نسخه در سال برای کدئین، ترکیبات مسکن و آرام بخش نوشته میشود. روان پزشکان نیز نمیتوانند از تجویز داروهای مؤثر روانی صرف نظر نمایند.

در سال ۱۹۶۵ در آمریکا ۱۲۳ میلیون نسخه برای سدابوها و ۲۴ میلیون برای آمفتامین نوشته شده است و تولید آمفتامین در همان سال ۱۳۰۰۰ میلیون قرص بوده است پس طبابت مستلزم تجویز داروهای مؤثر است و پزشکان مجبورند تجویز آنها را ادامه داده و حتی توسعه دهند. برآستی خبر تهیه هر داروی جدیدی مورد استقبال جامعه پزشکی قرار میگردد. و امروزه شاید تعداد داروها بیش از تعداد بیماران، بیماریها، اختلالات و نارسائی‌ها باشد. قرن ماقربن مصرف داروهاست. دارو برای لاغری، برای تحریک اشتها، برای خوابیدن و برای بیدار ماندن و برای اضطراب و حتی برای فهم و قدرشناسی بیشتر آثار هنری. این داروها همیشه و بدایل مختلف توسط مردم مورد سوء استعمال قرار گرفته و خواهند گرفت. طبابت بیماران برای خودشان Self Treatment از قدیم الایام مرسوم بوده و هنوز وجود دارد.

۴- آموزش بهداشت روانی

آگاهی عمومی از خطرات مصرف غیر مجاز داروها و عواقب آن قدم مؤثر دیگری برای پیشگیری از سوء استعمال آنهاست. رادیو، تلویزیون، فیلم، مطبوعات و پوسترهای بهداشتی همه باید وسایلی برای آموزش اصول بهداشت روانی بخانواده‌ها باشند. در این مورد باید باصراحت و صمیمیت از زیانها و مضرات داروها آنچه را که کاملاً و مطلقاً ثابت شده شرح بدهیم و آنچه را که نمیدانیم آنچه را که دانش پزشکی با همه سعی وافرش هنوز دقیقاً نتوانسته ثابت نماید بمردم بگوئیم. با انتشار تحقیقات غیر علمی و یا تکمیل نشده در جراید غیر طبی تولید هراس و وحشت نباید کرد. فقط در صورت دادن اطلاعات دقیق به مردم میتوان اعتماد آنها را با آنچه درباره مضرات مواد میگوئیم جلب نمود. بروز احساس تحقیر نسبت به معتادین و سوء استعمال کنندگان از جانب کادر پزشکی مانع بزرگی در راه توفیق هر نوع آموزش بهداشت روانی است. روان شناسان سرشناسی معتقدند که آمادگی به اعتیاد کم و بیش در همه افراد بشر وجود دارد بحقیقت برخی از مواد چنان اثرات قوی روانی دارند که اگر بهمه انسانهای روی زمین یکی از آنها را داخل رگ تزریق نموده و سپس او را برای تکرار آزاد میگذاشتند معلوم نبود چه مصیبت بزرگ پزشکی به بار میآمد.

۵- تحقیقات پزشکی

تحقیقات پزشکی درباره اثرات داروها باید وسعت یابد هنوز کمترین

خلاصه :

در این مقاله ، مسأله اعتیاد از نظر تهدیدی که همه گیری آن برای بهداشت عمومی در نقاط مختلف دنیا بوجود آورده ، بایک دید کاملاً 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.