

### اختلالات مربوط به مواد شبه افیونی-اپیوئید

مواد شبه افیونی (اپیوئید) دست کم از 3500 سال پیش و اکثراً به شکل تریاک خام در محلول های الکلی تریاک به کار رفته اند. نخستین بار مورفین در سال 1806 و کدئین در سال 1832 از تریاک جدا شدند. واژه های opiate (افیون) و opiod (شبه افیون) از واژه opium (تریاک) گرفته شده است که به معنای عصاره خشخاش است و حاوی تقریباً 20 نوع آکالوئید و از جمله مورفین است. هروئین رایج ترین ماده افیونی مورد سوء مصرف است که قابلیت انحلال و قدرت اثر آن از مورفین بیشتر است. به دلیل همین خواص هروئین از سرخونی و مغزی عبور می کند و اثری سریعتر از مورفین دارد.

مواد افیونی را می توان از راه دهان، انفیبه بینی، تزریق وریدی یا زیر جلدی مصرف کرد. مواد افیونی به دلیل اثرات نشئه آور که در مصرف کننده ایجاد می کنند، از لحاظ ذهنی اعتیادآور هستند. نشانه های همراه عبارتند از احساس گرما، سنگینی اندام ها، خشکی دهان، خارش صورت (به خصوص بینی) و برافروختگی صورت. در پس سرخوشی اولیه، یک دوره حالت رخوت پیدا می شود که در اصطلاح معتادین چرت (nodding) نامیده می شود. در کسانی که تجربه ای با مواد افیونی نداشته اند، این مواد ممکن است حالت ملال، تهوع و استفراغ ایجاد کنند.

### علامت:

علامت ترک مواد افیونی عبارتند از: کرامپ های شدید عضلانی و دردهای استخوانی، اسهال شدید، کرامپ های شکمی، آبریزش از بینی، اشک ریزش، سیخ شدن موها، خمیازه کشیدن، تب، اتساع مردمک، افزایش فشارخون، تاکی کاردی و بی نظمی حرارت بدن. میل شدید برای مواد افیونی ممکن است تا ماه ها پس از ترک دوام یابد. خصوصیات همراه ترک مواد افیونی عبارتند از: بی قراری،

تحریک پذیری، افسردگی، لرزش، ضعف، تهوع و استفراغ

### روشهای درمان بیماری

#### دارودرمانی:

متادون در حال حاضر داروی استاندارد انتخابی برای درمان وابستگی به مواد افیونی است. متادون به جای داروی مورد مصرف معتادین به آنها داده شده و موجب فرونشینی علامت ترک می شود. طول مدت تاثیر متادون از 24 ساعت تجاوز می کند. بنابراین یک دوز واحد روزانه کفایت می کند. درمان نگهدارنده با متادون تا زمانی تجویز می شود که بتوان بیمار را از متادون که خود اعتیادآور است بازگرفت. روان درمانی انفرادی، رفتار درمانی، رفتار درمانی شناختی، خانواده درمانی، گروه های حمایتی (نظیر معتادین گمنام) و آموزش مهارت های اجتماعی همگی ممکن است در بیماران خاص موثر باشند.

### اختلالات مربوط به مواد استنشاقی

اختلالات مربوط به مواد استنشاقی شامل سندرم های روانی ناشی از مصرف حلال ها، چسب ها و مواد چسباننده، مواد مولد فشار در آنروسل ها، تینر موجود در رنگ و انواع سوخت می باشد. نمونه های خاص این مواد عبارتند از: بنزین، پاک کننده های لاک، سوخت فندک، چسب هواپیما، سیان لاستیک، پاک کننده ها، رنگ اسپری، نرم کننده کفش و لاک غلط گیر.

بیشتر افراد احتمالاً مواد استنشاقی را برای مدتی کوتاه مورد استفاده قرار داده اند اما الگوی مصرف دراز مدت که به وابستگی و سوء مصرف منجر شود پیدا نمی کنند. با این حال وابستگی و سوء مصرف مواد استنشاقی روی می دهد.

در ملاک های تشخیص مسمومیت با مواد استنشاقی وجود تغییرات غیرانطباقی رفتاری و حداقل دو نشانه جسمانی تصریح شده است. مسمومیت غالباً با بی حالی، کاهش عملکرد شغلی و اجتماعی، اختلال قضاوت و رفتار پرخطرگانه یا تکانشی مشخص می شود و ممکن است با تهوع، بی اشتها، بی نیتاگموس، ضعف شدن رفلکس ها و دوبینی همراه باشد. در صورت مصرف دوزهای بالا به مدت طولانی حالت عصبی مصرف کننده ممکن است تا بهت و بی هوشی پیش رود و شخص ممکن است بعداً دوره مسمومیت را به یاد نیاورد. گاهی می توان مصرف اخیر مواد استنشاقی را با مشاهده بثورات اطراف دهان و بینی بیمار، بوی غیرعادی تنفس، بقایای مواد استنشاقی روی صورت، دست ها یا لباس بیمار و تحریک چشم ها، گلو، ریه و بینی او تشخیص داد.

مواد استنشاقی در دوزهای پایین ممکن است باعث مهارگیختگی شده، به احساس سرخوشی، تهییج و غوطه ور شدن منجر شوند و احتمالاً به خاطر همین اثرات است که مورد استفاده قرار می گیرند. مقادیر بالای مواد استنشاقی ممکن است موجب علایم روانشناختی دیگری شوند که عبارتند از: ترس، خطاهای حسی، توهمات شنوایی و بینایی و احساس دگرگونی در اندازه های بدن. علایم عصبی ممکن است شامل تکلم جویده، کاهش سرعت تکلم و آتاکسی باشد. مصرف دراز مدت ممکن است با تحریک پذیری، بی ثباتی هیجانی و اختلال حافظه همراه باشد. تحمل نسبت به مواد استنشاقی پدید می آید و قطع مصرف آن موجب سندرم ترک مواد استنشاقی می شود. سندرم ترک شایع نیست اما وقتی روی دهد با اختلال خواب، تحریک پذیری، نگرانی، تعریق، تهوع، استفراغ، تاکی کاردی و گاهی هذیان و توهم همراه است.

### روشهای درمان بیماری

در مسمومیت با مواد استنشاقی مانند مسمومیت با الکل معمولاً نیازی به توجه طبی نیست و خود به خود برطرف می شود اما اثرات مسمومیت مانند اغما، اسپاسم برونش ها، اسپاسم حنجره، آریتمی های قلبی، ضربه یا سوختگی به درمان نیاز دارند. درغیراینصورت موارد مراقبت عمدتاً شامل اطمینان بخشی، حمایت آرام و توجه به علایم حیاتی و سطح هوشیاری است.

### اختلالات وابسته به مواد توهم زا

داروهای توهم زا مواد طبیعی یا مصنوعی هستند که داروهای روانپزشکی را (psychedelics) یا مقلد سایکوز نیز نامیده می شوند، چون علاوه بر ایجاد توهم موجب قطع تماس با واقعیت و بسط و گسترش هشیاری می شوند.

توهم زا های طبیعی کلاسیک عبارتند از: پسیلویبین (که از برخی قارچ ها به دست می آید) و مسکالین (که از کاکتوس پیوت استخراج می شود). سایر توهم زا های طبیعی عبارتند از هارمین، هارمالین، ایبوگائین و دی متیل تریپتامین (DMT). توهم زای کلاسیک مصنوعی LSD (لیسرژیک اسید دی اتیلامید) است.

شروع اثر LSD ظرف یک ساعت روی می دهد، طی 2 تا 4 ساعت به اوج رسیده، 8 تا 12 ساعت طول می کشد. اثرات مقلد سمپاتیک LSD عبارتند از: لرزش، تاکی کاردی، افزایش فشارخون، هیپرترمی، تعریق، تاری دید و اتساع مردمک. همراه با مصرف مواد توهم زا ممکن است افزایش فشارخون یا هیپرترمی باعث آسیب قلبی یا عروق مغزی شده و مرگ عارض شود. مرگ همچنین ممکن است بر اثر آسیب دیدگی جسمی متعاقب اختلال قضاوت ایجاد شود (مثلاً متعاقب اختلال قضاوت در رانندگی یا توانایی پرواز). اثرات روانشناختی، معمولاً به خوبی تحمل می شود اما اگر شخص قادر به یادآوری تجربیات خود نباشد یا نتواند تشخیص دهد که این تجارب ناشی از مصرف مواد است، ممکن است از احتمال شروع جنون دچار ترس شود.

با مصرف مواد توهم زا ادراک معمولاً بسیار روشن و عمیق می شود. رنگ و جنس غنی تر به نظر می رسد طرح ها واضح می شوند، موسیقی از نظر هیجانی عمیق و تاثیر بیشتری پیدا می کند، بو و مزه ها قوی تر می شوند. جابه جایی حسی شایع است و بیمار ممکن است رنگ ها را بشنود و صداها را ببیند. تصویر ذهنی شخص از خود، درک زمان و مکان نیز ممکن است تغییر کند. توهمات، معمولاً بینایی و اغلب به صورت اشکال و نقش های هندسی است اما توهمات سمعی و لمسی نیز گاهی بروز می کند. هیجانانگیز به صورتی غیرعادی شدت یافته، غالباً تغییرات ناگهانی پیدا می کنند. ممکن است دو احساس ظاهراً متضاد با هم تجربه شوند. تلقین پذیری شدت یافته و حساسیت بی بی تفاوتی نسبت به دیگران ممکن است ظاهر شود. سایر خصوصیات شایع عبارتند از: آگاهی ظاهری از اعضای داخلی بدن، زنده شدن خاطرات فراموش شده گذشته های دور، آزاد شدن محتویات ناخودآگاه به شکل نمادین و پسرقت و تجربه مجدد حوادث گذشته دور از جمله تولد.

اندیشه های درون نگرانه، احساسات مذهبی و نگرش های فلسفی شایع است. احساس فرد از خود شدیداً دچار تغییر شده و تاحد مسخ شخصیت، پیوستن با جهان خارج، جدایی روح از تن پیش می رود.

#### روشهای درمان بیماری

مسمومیت با مواد توهم زا در گذشته از طریق حمایت روانشناختی در مدت باقیمانده تأثیر ماده توهم زا یا اصطلاحاً آرامبخشی کلامی درمان می شد. این روش وقت گیر است و باتوجه به بی ثباتی افراد دچار هذیان ناشی از مواد توهم زا، ممکن است خطرناک باشد. بنابراین درمان انتخابی مسمومیت با این مواد، تجویز 20 میلی گرم دیازپام خوراکی است. این دارو ظرف 20 دقیقه تجربه LSD و هر گونه حمله هول مرتبط با آن را متوقف می کند و نسبت به آرامبخشی کلامی که چند ساعت طول می کشد یا تجویز داروهای آنتی سایکوز ارجحیت دارد.

04

#### اختلالات وابسته به کوکائین

کوکائین آلکالوئیدی است که از بوته اربرتروکسیلون کوکا استخراج می شود. این گیاه جزو گیاهان بومی آمریکای جنوبی است و بومیان آمریکای جنوبی برگ های آن را به منظور کسب اثرات تحریکی می جوند. آلکالوئید کوکائین اول بار در سال 1860 جدا شده و در سال 1880 به عنوان بی حس کننده موضعی مورد استفاده قرار گرفت. کوکائین هنوز هم به دلیل اثرات منقبض کننده عروقی مخصوصاً در جراحی چشم، بینی و گلو به عنوان بی حس کننده موضعی به کار می رود. در سال 1914 کوکائین به عنوان یک داروی مخدر طبقه بندی شد و در ردیف هروئین و مورفین قرار گرفت چون اثرات اعتیادآور و عوارض آن مشخص شده بود.

**سوء مصرف کوکائین و وابستگی به آن:** از نظر بالینی و عملی وابستگی به کوکائین یا سوء مصرف آن را در افرادی می توان مطرح کرد که قراین تغییرات غیرقابل توجیه شخصیت در آنها مشاهده می شود. تغییرات شایع مربوط به مصرف کوکائین عبارتند از: تحریک پذیری، اختلال تمرکز، رفتار تکانشی، بی خوابی شدید و کاهش وزن.

همکاران و اعضای خانواده ممکن است متوجه ناتوانی فزاینده و عمومی شخص در انجام تکالیف مورد انتظار در ارتباط با شغل و زندگی خانوادگی بشوند. بیمار ممکن است به دلیل صرف مقدار زیادی پول برای تهیه کوکائین شواهد تازه در ناتوانی برای پرداخت به موقع صورت حساب ها یا وام ها نشان دهد. مصرف کننده های کوکائین هر 30 تا 60 دقیقه خود را از محل کار یا موقعیت های اجتماعی کنار می کشند تا در مکانی خلوت کوکائین استنشاق کنند. آنها به دلیل اثرات منقبض کننده عروقی همواره دچار احتقان بینی هستند و ممکن است با اسپری های ضداحتقان اقدام به خوددرمانی کنند.

**مسمومیت با کوکائین:** کوکائین به دلیل ایجاد احساس نشئه، سرخوشی، افزایش عزت نفس و ایجاد تصور کاذب مبنی بر انجام بهتر تکالیف جسمی و روانی توسط فرد مورد استفاده قرار می گیرد. **نشانه های مسمومیت با دوزهای بالای کوکائین عبارتند از:** سراسیمگی، تحریک پذیری، اختلال قضاوت، رفتار جنسی بالقوه خطرناک و تکانشی، پرخاشگری، افزایش همه جانبه در فعالیت روانی- حرکتی و احتمالاً نشانه های مانیا (شیدایی) نشانه های جسمی عمده عبارتند از: تکی کاردی، افزایش فشارخون و اتساع مردمک. **نشانه های ترک کوکائین:**

پس از قطع مصرف کوکائین یا بعد از مسمومیت حاد، افسردگی پسامسمومیتی یا فروریزی (crash) ظاهر می شود که با احساس ملال، فقدان احساس لذت، اضطراب، تحریک پذیری، خستگی، خواب آلودگی و گاهی سراسیمگی همراه است. در موارد مصرف کم یا متوسط نشانه های ترک ظرف 18 ساعت برطرف می شود اما در مصارف زیاد به گونه ای که در وابستگی کوکائین دیده می شود، نشانه های ترک ممکن است تا یک هفته طول بکشد و معمولاً ظرف 2 تا 4 روز به اوج می رسد. طبق گفته برخی بیماران و بعضی گزارش های موردی سندرم های ترک کوکائین هفته ها و ماه ها طول کشیده اند. نشانه های ترک در بیمار ممکن است با افکار خودکشی همراه باشد. در حالت ترک، میل شدیدی به مصرف کوکائین در بیمار وجود دارد زیرا فرد می داند که مصرف کوکائین نشانه های ناخوشایند ترک را از بین می برد. افرادی که نشانه های ترک کوکائین را تجربه می کنند اغلب با مصرف الکل، داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب نظیر؛ دیازپام اقدام به خوددرمانی می کنند.

#### روشهای درمان بیماری

##### پرهیز و حمایت:

مصرف کنندگان کوکائین اغلب داوطلبانه برای درمان مراجعه نمی کنند. تجربه آنها از کوکائین مثبت تر و اثرات منفی آن از دیدگاه ایشان کمتر از آن است که جستجوی درمان را ایجاب کند. مانع عمده درمان اختلالات وابسته به کوکائین، میل شدید مصرف کننده به کوکائین است. ممکن است بالینگر مجبور شود برای دور نگه داشتن بیمار از زمینه اجتماعی معمول که در آن فرد کوکائین تهیه و مصرف می کرده است بیمار را به طور نسبی یا کامل بستری کند. درمان پیشگیری از عود (RTP) نوعی روش درمانی مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری است که در کنار بستری یا درمان سرپایی با هدف فقط پرهیز در بیمار اعمال می شود. مداخله روانشناختی معمولاً با استفاده از روش های فردی، گروهی و خانوادگی صورت می گیرد.

05

#### اختلالات وابسته به حشیش

گیاه شاهدانه هندی که بوته شاهدانه نامیده می شود از چهارهزار سال پیش در آسیای مرکزی و چین شناخته شده بود. شاهدانه گیاهی مقاوم و معطر با رشد سالیانه است. مواد فعال زیستی مشتق از آن، روی هم رفته حشیش (cannabis) نامیده می شوند.

طبق اکثر برآوردها حشیش رایج ترین ماده غیرقانونی مورد مصرف در جهان است. قوی ترین انواع حشیش از سرشاخه های گلدار گیاه یا از ترشح رزینی قهوه ای مایل به سیاه خشک شده برگ های آن که hash یا hashish نامیده می شود، به دست می آید. بوته شاهدانه را معمولاً می برند، خشک می کنند، خرد کرده و داخل سیگار (که معمولاً سیگاری joints نامیده می شود) ریخته و آن را دود می کنند.

اسامی رایج حشیش عبارتند از: ماری جوانا، علف (grass)، جام (pot)، علف هرز (weed)، چای (tea) و مری جین (Mary Jane) و....

نام های دیگر حشیش که انواع آن با قدرت های متفاوت را توصیف می کنند عبارتند از: شاهدانه، چاسرا (chakra)، نینگ، گانجا (ganja)، داگاو سین سمیلا (sinsemilla).

شایع ترین اثرات جسمانی حشیش اتساع عروق خونی ملتحمه چشم (قرمزی چشم) و تکی کاردی خفیف است. در دوزهای بالا افت فشارخون وضعیتی ممکن است بروز کند. افزایش اشتها (که اغلب اشتهای گاوی نامیده می شود) و خشکی دهان اثرات شایع دیگر مسمومیت با حشیش هستند.

جدی ترین عوارض احتمالی حشیش از همان هیدرورکربن های سرطان زای ناشی می شود که در توتون معمولی نیز وجود دارند و شواهدی وجود دارد که مصرف کننده های افراطی حشیش در معرض خطر بیماری مزمن تنفسی و سرطان ریه قرار دارند. روش تدخین سیگارهای حاوی حشیش تا ته سیگار، جذب ماده به خصوص قطران (tar) را افزایش می دهد.

مسمومیت با حشیش اغلب حساسیت مصرف کننده را نسبت به محرکهای بیرونی بالا می برد، جزئیات تازه ای را آشکار می کند، رنگ ها را غنی تر و عمیق تر از گذشته می نمایاند و درک ذهنی زمان را کند می کند. در دوزهای بالا مصرف کنندگان ممکن است احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت پیدا کنند. مهارت های حرکتی با مصرف حشیش مختل می شود و اختلال مهارت های حرکتی تا پس از رفع اثرات ذهنی و نشئه آور ادامه می یابد. 8 تا 12 ساعت پس از مصرف حشیش اختلال مهارت های حرکتی در رانندگی با وسایط نقلیه و سایر ماشین آلات تداخل می کند. به علاوه این اثرات به اثر الکل که معمولاً توام با حشیش مصرف می شود افزوده می گردد.

#### روشهای درمان بیماری

##### پرهیز و حمایت:

پرهیز از طریق مداخله مستقیم نظیر بستری کردن یا کنترل دقیق به طور سرپایی با استفاده از غربالگری اداری دارو (که وجود حشیش را تا 4 هفته پس از مصرف نیز نشان می دهد) صورت می گیرد. حمایت از طریق روان درمانی فردی، خانوادگی و گروه درمانی انجام می شود. آموزش باید شالوده برنامه های پرهیز و حمایت باشد. چون بیماری که دلایل عقلانی پرداختن به مشکل سوء مصرف مواد را نمی فهمد انگیزه چندانی برای ترک نشان نمی دهد. برای برخی بیماران تجویز داروهای ضد اضطراب ممکن است در رفع کوتاه مدت نشانه های ترک مؤثر باشد. در برخی دیگر از

بیماران مصرف حشیش ممکن است با اختلال افسردگی زمینه ای مربوط باشد که به داروهای ضدافسردگی خاص پاسخ دهد.

06

### [اختلالات وابسته به الکل و سوء مصرف الکل](#)

نیاز به مصرف روزانه مقادیر زیادی الکل برای دستیابی به عملکرد کافی، الگوی منظم مصرف افراطی الکل محدود به روزهای آخر هفته و دوره های طولانی پرهیز که در فواصل آنها به مدت چند هفته تا چندماه افراط در مصرف الکل صورت می گیرد همگی قویاً حاکی از وجود وابستگی به الکل و سوء مصرف الکل است. الگوهای مصرف الکل اغلب با رفتارهای خاصی همراهند:

(1) ناتوانی برای قطع یا کاهش مصرف

(2) تلاش مکرر برای کنترل یا کاهش افراط در مصرف الکل از طریق دوره های پرهیز موقت یا محدود کردن مصرف الکل به اوقات خاصی از روز

(3) میگزساری (مستی مستمر در تمام طول روز حداقل به مدت 2 روز)

(4) مصرف گاه به گاه یک پنجم گالن مشروب تقطیری (یا معادل آن شراب یا آبجو)

(5) دوره های فراموشی برای رویدادهایی که در جریان مستی روی داده اند (دوره های فراموشی الکلی)

(6) ادامه مصرف الکل علیرغم اختلال جسمی جدی که شخص می داند مصرف الکل آن را تشدید می کند.

(7) نوشیدن الکل غیرخوراکی، نظیر سوخت و محصولات صنعتی حاوی الکل. به علاوه افراد دچار سوء مصرف و وابستگی به الکل به علت مصرف الکل در عملکرد شغلی یا اجتماعی دچار اختلال هستند، نظیر خشونت ضمن مستی، غیبت از کار، از دست دادن شغل، مشکلات قانونی (مثلاً دستگیر شدن به دلیل رفتار مستانه و تصادف رانندگی ضمن مستی) و مشاگره و اختلاف با اعضای خانواده و دوستان به علت مصرف زیاد الکل.

### **روشهای درمان بیماری**

#### **پرهیز و حمایت:**

#### **درمان فرد الکلی پس از تشخیص شامل سه مرحله است: مداخله، سم زدایی و بازپروری**

1- مداخله: هدف این مرحله که مواجهه نیز نامیده می شود، غلبه بر احساسات انکار و کمک به بیمار برای شناسایی پیامدهای نامطلوبی است که احتمالاً در صورت عدم درمان بروز خواهند کرد.

مداخله فرایندی است که با هدف افزایش انگیزش درمان و تداوم پرهیز انجام می شود.

2- سم زدایی: نخستین مرحله اساسی سم زدایی، معاینه کامل است. در صورت فقدان یک اختلال طبی جدی یا سوء مصرف ماده ای دیگر، احتمال بروز سندرم شدید ترک الکل اندک است. مرحله دوم سم زدایی عبارت است از: استراحت، تغذیه کافی، ویتامین های مختلف و به خصوص انواع حاوی تیامین.

3- بازپروری: در اکثر بیماران بازپروری دارای سه بخش عمده است، (1) تلاشهای مداوم برای افزایش انگیزه ترک و حفظ انگیزه درحد بالا (2) کمک به بیمار برای سازگاری مجدد با شیوه زندگی عاری از الکل (3) پیشگیری از عود.

07

### [اختلالات وابسته به کافئین](#)

کافئین، معمولاً به صورت قهوه یا چای، رایج ترین ماده روانگردان در ممالک غربی است. در امریکای شمالی حدود 80 درصد از بالغین به طور مرتب نوشینی های حاوی کافئین مصرف می کنند. در سراسر جهان مصرف کافئین کاملاً در رسوم فرهنگی روزمره ادغام شده است (مانند وقت قهوه در آمریکا یا زمان چای در انگلستان و جویدن جوزکالا در نیجریه). از آن جا که مصرف کافئین تا این حد فراگیر بوده و مقبولیت وسیعی دارد، ممکن است اختلالات مربوط به مصرف کافئین نادیده گرفته شود. با این حال باید دانست که کافئین یک ترکیب محرک روانی است و می تواند انواع مختلفی از سندرمها را ایجاد کند.

#### **مسمومیت با کافئین:**

نشانه های شایع مربوط به مسمومیت با کافئین عبارتند از اضطراب، سرآسیمگی روانی- حرکتی، بی قراری، تحریک پذیری و شکایات روانی فیزیولوژیک نظیر پیچش عضلانی، صورت برافروخته، تهوع، دیورز، ناراحتی معدی- روده ای، تعریق مفرط، احساس مورمور شدن در انگشتان دست و پا و بی خوابی، مصرف بیش از 1 گرم کافئین می تواند موجب تکلم بی ربط، تفکر مغشوش، آریتمی های قلبی، خستگی ناپذیری، سرآسیمگی بارز، وزوز گوش و توهمات بینایی خفیف (جرقه های نورانی) شود. مصرف بیش از 10 گرم کافئین ممکن است سبب بروز تشنج تونیک- کلونیک منتشر، نارسایی تنفسی و مرگ شود.

#### **ملاک های DSM-IV-TR برای ترک کافئین:**

ظهور علائم ترک نشان دهنده تحمل و وابستگی فیزیولوژیک است که در نتیجه مصرف مستمر کافئین ایجاد می شود. چندین مطالعه همه گیری شناسی حاکی است که در 50 تا 75 درصد افراد مصرف کننده کافئین نشانه های ترک کافئین بروز می کند. شایعترین علائم عبارتند از: سردرد و خستگی، سایر علائم شامل موارد زیر است: اضطراب، تحریک پذیری، نشانه های افسردگی خفیف، اختلال عملکرد روانی- حرکتی، تهوع، استفراغ، میل شدید برای کافئین و درد و سفتی عضلانی. تعداد و شدت نشانه های ترک با میزان کافئین مصرفی و میزان ناگهانی بودن ترک رابطه دارد. نشانه های ترک کافئین 12 تا 24 ساعت پس از آخرین دوز شروع می شوند، طی 24 تا 48 ساعت به اوج خود رسیده و ظرف یک هفته برطرف می شوند.

### **روشهای درمان بیماری**

#### **پرهیز و حمایت:**

داروهای ضد درد نظیر آسپرین تقریباً همواره برای کنترل سردرد و دردهای عضلانی همراه با ترک کافئین کفایت می کنند. به ندرت بیماران برای تخفیف نشانه های ترک به بنزودیازپین ها نیاز دارند. نخستین مرحله کاهش یا حذف کافئین این است که بیمار میزان مصرف روزانه کافئین را مشخص کند. بیمار باید تمامی منابع کافئین در رژیم غذایی و از جمله اشکال مختلف کافئین (مانند نوشابه ها یا داروهای حاوی کافئین) را شناسایی کند و با دقت میزان مصرف آنها را ثبت نماید.

بیمار و بالینگر باید درمورد برنامه ای برای کاهش مصرف کافئین تصمیم بگیرند. در این برنامه هرچند روز یک بار میزان مصرف 10 درصد کاهش می یابد. از آن جا که کافئین اصولاً به صورت نوشیدنی مصرف می شود، بیمار می تواند به تدریج نوشابه های غیرکافئینی را جایگزین نوشیدنی های کافئین دار کند. در طول این دوره ثبت میزان مصرف بایستی ادامه یابد به طوری که سرعت کاهش مصرف کافئین درحدی باشد که نشانه های ترک تقلیل یابد. بیمار باید از قطع ناگهانی مصرف کافئین خودداری کند زیرا در چنین حالتی احتمال بروز نشانه های ترک وجود دارد.

08

### [اختلالات وابسته به آمفتامین \(شبه آمفتامین\)](#)

#### **آمفتامین های قابل وصول عمده در ایالات متحده عبارتند از:**

دکستروآمفتامین (dextedrine)، متامفتامین (desoxy)، نمک مخلوط دکستروآمفتامین-آمفتامین (adderall) و متیل فندیت (ritalin).

این داروها اسامی خیابانی نظیر کریستال، یخ، کریستال مت و سرعت (speed) دارند. به عنوان یک طبقه کلی آمفتامین ها را مقلدهای سمپاتیک، محرک ها و محرک های روانی هم می نامند. آمفتامین های تیپیک برای بالابردن عملکرد و ایجاد احساس سرخوشی مصرف می شوند. محصلینی که برای امتحانات آماده می شوند، رانندگان کامیون در سفرهای طولانی، بازرگانانی که موعدهای مقرر مهم پیش رو دارند و ورزشکاران به هنگام مسابقه از جمله مصرف کننده آمفتامین ها هستند.

وابستگی به آمفتامین می تواند موجب نزول سریع توانایی های شخصی برای مدارا با تعهدات و استرس های شغلی و خانوادگی شود. شخصی که به سوء مصرف آمفتامین می پردازد برای رسیدن به نشئه معمول ناچار است مقادیر فزاینده ای از این دارو را مصرف کند و علائم جسمی سوء مصرف آمفتامین (مثلاً کاهش وزن و افکار پارانوئید) تقریباً همواره با سوء مصرف مستمر پدید می آید.

## ملاك هاي تشخيصي DSM-IV-TR براي مسموميت با آفتامين عبارتند از:

الف) مصرف اخير آفتامين يا مواد وابسته (مانند متيل فنديت)

ب) (تغييرات روانشناختي يا رفتاري غيرانطباقي که از لحاظ باليني قابل توجه است (مانند سرخوشي يا کندي عاطفه، تغييراتي در ميزان معاشرت با ديگران، گوش به زنگي، حساسيت بين فردي، اضطراب و تنش يا خشم، رفتارهاي قالبی، اختلال قضاوت يا اختلال عملکرد اجتماعي يا شغلي) و اين تغييرات در خلال مصرف آفتامين (يا مواد وابسته به آن) يا کمي بعد از آن بروز مي کند.

پ) بروز دو يا چند علامت از علايم زير در خلال مصرف آفتامين (يا مواد وابسته به آن) يا کمي بعد از آن:

1- تاكي کاردی يا برادی کاردی

2- اتساع مردمک

3- افزايش يا کاهش فشارخون

4- تعریق يا احساس سرما

5- تهوع يا استفراغ

6- شواهد کاهش وزن

7- سرآسیمگی يا کندی روانی-حرکتی

8- ضعف عضلانی، ضعف تنفسی، درد قفسه سينه يا آريتمی های قبلي

9- اغتشاش شعور، حملات تشنج، اختلال حرکتی، ديستونی يا اغما

ت) علايم ناشي از يك بيماري طبي عمومي نبوده و يك اختلال رواني ديگر توضيح بهتری براي آنها نيست.

## ملاك هاي تشخيصي DSM-IV-TR براي ترک آفتامين:

الف) قطع يا کاهش مصرف طولاني و افراطي آفتامين (يا يك ماده وابسته به آن)

ب) (خلق ملالت بار و وجود دو يا چند مورد از تغييرات فيزيولوژيك زير که ظرف چند ساعت تا چند روز پس از ملال الف بروز مي کنند:

1- خستگی

2- روياهای ناخوشايند و روشن

3- بي خوابي يا پرخوابي

4- افزايش اشتها

5- سرآسیمگی يا کندی روانی حرکتی

پ) نشانه های مندرج در ملاک ب ناراحتی قابل ملاحظه باليني ايجاد کرده يا موجب تخریب عملکرد اجتماعي، شغلي يا ساير زمينه های مهم کارکردی مي شوند.

ت) علايم ناشي از يك بيماري طبي عمومي نبوده و يك اختلال رواني ديگر توضيح بهتری براي آن نيست.

## روشهای درمان بيماری

### پرهيز و حمايت:

در درمان اختلالات وابسته به آفتامين يا شبه آفتامين کمک به بيمار براي پرهيز از دارو که کيفيت تقويت کننده قوی داشته و ميل شديد ايجاد مي کند، دشوار است. معمولاً براي دستيابي به پرهيز

پايدار بستري کردن و استفاده از چندین روش درمانی (روان درمانی انفرادی، خانوادگی و گروهی) ضروری است. درمان اختلالات اختصاصی وابسته به آفتامين (نظير اختلال سایکوتیک ناشي از

آفتامين) با داروهای اختصاصی (نظير داروهای ضد جنون و داروهای ضد اضطراب) ممکن است براي مدتی کوتاه ضروری باشد.