

## گزارش ۴۲ مورد ترک اعتیاد

و

### بحث در نتایج آن

موضوع گزارش ما بررسی درجه‌های و دومورد درمان معتادان به مواد مخدر (هروئین و تریاک و مرفین) است که در سال‌های ۱۳۴۱-۱۳۴۲-۱۳۴۳ در بیمارستان سیمنت تحت درمان قرار گرفته‌اند.

از مطالعه پرونده‌ی این چهل و دو بیمار نکاتی چند برگزیده می‌شود:

۱- سن بیماران - از چهل و دو نفر از سن پانزده تا بیست سالگی معتادی وجود نداشته است. بین ۲۰-۲۵ نفر (۴/۲۱٪) بین ۲۵-۳۰ نفر (۶/۱۶٪) بین ۳۰-۳۵ نفر (۴/۲۱٪) بین ۳۵-۴۰ نفر (۷/۱۱٪) بین ۴۰-۵۰ نفر (۶/۱۶٪) از ۵۰ سالگی به بالا ۵ نفر (۷/۱۱٪) معتاد بوده‌اند.

۲- وضع زناشویی - ۱۲ نفر مجرد، ۲ نفر متأهل، ۱۰ نفر وضع ازدواج خود را پنهان کردند.

۳- پایه تحصیلات - بیسواد و سواد مختصر ۲ نفر (۲/۵۴٪) ابتدائی ۶ نفر (۷/۱۴٪) سیکل اول ۶ نفر (۷/۲۱٪) دیپلم چهارده نفر (۳/۳۳٪) تحصیلات عالی چهار نفر (۲/۹٪) و ۱ نفر پایه تحصیلات خود را پنهان داشتند.

۴- نوع اعتیاد - هروئین تنها ۱۷ نفر (۷/۴۰٪) تریاک تنها ۱۷ نفر (۷/۴۰٪) هروئین و مرفین توأم ۱ نفر (۲/۳۷٪) هروئین و تریاک ۷ نفر (۶/۱۶٪). توضیح آنکه کسانی که هروئین و تریاک را توأم استعمال می‌کردند در آغاز تریاک را شروع و بعداً به هروئین دچار شده بودند.

۵- دفعات اعتیاد - ۲۲ نفر از این بیماران برای اولین بار، ۸ نفر برای بار دوم و ۷ نفر برای بار سوم، ۲ نفر برای بار چهارم، یک نفر برای بار هفتم و ۱ نفر دفعات اعتیاد و ترک او بقدری

زیاد بود که ممکن نشد تعیین کنیم بار چندم بوده است - ۴ نفر بیمار ما هیچیک مجدداً مراجعه نکردند ولی اطلاعات کافی برای همه آنها در دست نداریم که بدانیم دوباره دچار ویاچای دیگر مراجعه کرده‌اند یا نه .

۶- مدت اعتیاد - یک‌ماه ۱ نفر، سه ماه ۱ یکنفر، یکسال ۱۲ نفر، دو سال ۴ نفر، سه سال ۳ نفر، پنج‌سال ۵ نفر، شش‌سال ۱ نفر، هشت‌سال ۱ نفر، ۱۰ سال ۳ نفر، پانزده سال ۳ نفر، بیست‌سال پنج‌نفر، و از این بیماران فقط ۱ نفر در حدود چهل‌سال اعتیاد داشته‌است .

۷- نوع درمان - اساس درمان ما بر پایه‌ی «ترك ناگهانی» Sevrage massive بود و

داروهای آرام‌بخش بمقدار کافی تجویز میگردید . با تزریق وبعداً خوراکی داروهای خواب - آور ، ویتامینهای B کومپلکس ، استرکئین خوراکی مخصوصاً ویتامین B<sub>۱۲</sub> بمقادیر زیاد (در روزهای اول آمپول ۳۰۰ - ۹۰۰ میلی‌گرم وبعداً قرصهای ۱۰۰ میلی‌گرمی . ۱ تا ۲ عدد در روز که بمحض بهبود همزمان باکم کردن داروهای دیگر بتدریج روزی ۱۰۰ میلی‌کم میگردید) . بیشتر اوقات داروهای کیدنی خوراکی تجویز میشد . اگر بیمار از درد شکایت داشت مسکن تجویز میشد . ولی در تمام دوران درمان ، سعی میشد موادجان‌نشینی بکارنرود . اغلب بیماران از روز سوم چهارم رویار میشدند .

۸- مدت درمان - ۱ تا ۱۰ روز ، ۲۱ نفر (۵۰٪) ده تا بیست روز ۳ نفر (۳۰٪) بیست تا سی روز ۸ نفر (۱۹٪) .

حداقل مصرف تریاک این بیماران از چند نخود وحداکثر چند مشتال در روز بوده است حداقل هروئین مصرفی بیماران ۱ سانتی‌گرم وحداکثر ۵ گرم در روز بوده است .

۹- علت ابتلاء - اکثر بیماران میگفتند بر اثر معاشرت ناباب ودوستان معتاد بان گرفتار شده‌اند . تعداد کمتری برای جلب لذت دچار شده‌اند چند نفر بعلت دردهای عضوی (در دسر وشکم وغیره) مبتلا شده‌اند . فقط ۱ نفر علت را الکنت زبان واینکه مورد تمسخر قرار میگرفته و ناراحت میشده است ذکر کرده که برای فرار از این ناراحتی معتاد شده‌بود . یک نفر در اثر شکست در مسابقه ورودی دانشگاه ، ۱ نفر بعلت عارضه‌ی روانی بشکل افسردگی که از جوانی داشته دچار شده است بقیه علت را اتفاق وتصادف ذکر کرده‌اند مدت درمان بنظر نمی‌رسد که با مقدار مصرف هروئین ودیگر مخدرات تناسبی داشته باشد و زیادی و کمی دوران درمان ، بیشتر بستگی دارد به شخصیت واوضاع واحوال جسمی وروحي اجتماعي و خانوادگی بیمار .

۱۰- نیرنگه‌ری بیمارستان - نیرنگه‌هایی که بیماران در چند روز اول برای بدست آوردن مواد مخدر بکار میبردند بی‌شمار است . تطمیع پرستاران ، استفاده از بیماران دیگری که سرخص

اسروزی را روشن میسازد:

بیل به سواد مخدر، هم از آغاز تاریخ بشر در تمام کشورها وجود داشته است خشخاش که از آن عصاره تریاک میگیرند در بعضی از زبانهای باستان کشت میشده است - خواص مستی آور شاهدانه که حشیش از آن میگیرند در هند از قدیم برای تهییج حالت خلسه در تشریفات مذهبی بکار رفته است فقط در آغاز قرن نوزدهم است که این سواد در اروپا شناخته و وارد شد و این در دورانی است که میتوان گفت سواد مخدر «صرف ادبی» پیدا کرده بود!

«بودلر» Baudelaire شاعر بدین معروف فرانسوی در کتاب موسوم به «بهشت‌های مصنوعی» Paradis. Artificiels خود ضمن ترجمه‌ی کتاب تریاک از توماس دوکسی «Thomas Dequincey و حماسه‌سرائی از لذات مستی حشیش (از شراب تاحشیش ۱۸۵۱ و ترانه‌های حشیش ۱۸۶۰) افکار عمومی را متوجه این سواد نمود ولی علیه «غریزه‌ی جستجوی لذت توکسی‌کوبانی» باهمه‌ی حماسه‌ها «وجدان اخلاقی اجتماع» قد برافراشته مخالفت کرد. اخلاقیون، پزشکان و نوع دوستان همه متفقاً، تمام آنچه را که لذت‌گناه‌آمیز میداد از الکل و مواد مخدر حتی دخانیات منع کردند. این مرحله‌ی دوم تاریخ «سم دوستی» است که بواکنش اجتماعی مشخص میشود و در این دوران است که این هشدارها موجب گردید که اولیاء امور کشورها بدان توجه کرده با موافقت‌نامه‌های بین‌المللی جلوی این بلای خانمانسوز را بگیرند (نخستین قرارداد ۲۵ ژانویه ۱۹۱۲ - دومین قرارداد تریاک ژنو ۱۶ نوامبر ۱۹۲۵ و قرارداد محدودیت تولید و تنظیم و توزیع سواد مخدر ۳ ژوئیه ۱۹۳۱ که ۶۴ دولت آنرا امضاء کردند). باهمه‌ی این مقررات دفاع اجتماعی، هر قدر هم مهم و لازم باشد مشکلاتی را که مسئله‌ی «سم دوستی» بوجود آورده است حل نمیکند. چنانکه «بریسه» (CH. Brisset 1953) گفته است: خطر در خود نیاز و اشتها «توکسیکوبانی» است و این نیاز مسئله‌ایست روانشناسی و روانپزشکی که میشود آنرا «سم دوستی» اصطلاح کرد بحسب جنبه‌ی اجتماعی و اخلاقی آن و نیاز در محیط‌هایی که در آن گسترش می‌یابد متفاوت است در شرق مصرف تریاک در بعضی کشورها موضوع عادی و جاری است در فرانسه مصرف الکل یا اقلاً مصرف شراب باغذا تا اندازه مجاز و عادی می‌باشد ولی خطر شناخته شده است و حتی بوسیله‌ی شرکتهای تعاونی تولید شراب تشویق میشود تا بدانجا که وقتی قرار بود لایحه منع فروش شراب در چند ساعت از نیمه شب به بعد در مجلس شورای آن کشور مطرح شود تمام مردم و مخصوصاً شرکتهای تولیدکننده شراب، چنان سروصدا و راه انداختند که ناچار لایحه دفن گردید.

در کشورها نیز با آنکه لایحه منع کشت تریاک تصویب شده و اجرا میشود، نسبت

به‌الکل عملاً و قانوناً معنی وجود ندارد در صورتیکه مضرات آن اگر بیشتر از مواد مخدر نباشد کمتر نیست. این تنوع و اختلافات در درك مواد سمی در نقاط مختلف باید ما را وادارد که مسئله را از نو مطرح کرده در مقام کشف راه حل برآئیم بنظر میآید که ما باید موضوع را به وضعی منحصرآ پزشکی به منظور درمان معتادان اتخاذ کنیم بی آنکه توجهی به قضاوت‌های اخلاقی‌ای که در این باره میشود و موجب اخلاخل عمل پزشکیست ، بنمائیم .

آگاهی دشوار بر خصوصیات روانشناسی و زیست‌شناسی معتادان ، مشخص مرحله‌ی سوم تحول افکار است . این موضوع و این تحول فعلاً مورد توجه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی است که در تعریف بالینی آن بکار برده‌اند در کی چنین از توکسیکومانی است که اجازه میدهد پزشک معتاد را بعنوان بیمار بشناسد و نظری کاملاً پزشکی و درمانی داشته باشد نه - بعنوان نقصی اخلاقی و عینی توأم با گناهی بزرگ و نابخشودنی . بدین ترتیب افکار که سابق در اطراف کنجکاوهای ادبی مسموم دور سیزده‌سوز دیگر دفاع اجتماع را برابر فرد معتاد و جبهه همت خود ساخته است تا بتواند مشکلات روانی و زیست‌شناسی‌ای را که سم دوستی بوجود آورده است ، حل نماید .

باید توجه داشت بررسی مواد سمی که سابق بنظر میآید از همه‌ی حیث کابل شده باشد از آغاز ۱۹۳۹ ، بعلت پیدایش مخدرهای مصنوعی : از نو مورد توجه قرار گرفته است و نیز باید بخاطر بیاوریم که کارهای «مورودوتور» Moreau de Tours که هم از سال ۱۸۴۵ ، نخستین دوران تسمم، متوجه فواید پزشکی و روانشناسی ناشی از بررسی شخصیت معتاد گردیده مطبوعات ارزنده‌ای بوجود آورده است . و بعنوان «الفضل لالمتقدم» باید از او تجلیل کرد . انجمن داروئی روانشناسی فرانسه که نام «مورودوتورا» را برای خود اختیار کرده است تجلیلی بجا از دانشمند مذکور نموده است .

کسانیکه پیش از آنچه گذشت بخواهند اطلاعاتی از تاریخ «توکسیکومانی» پیدا کنند ممکن است به مطبوعات مربوط سراجعه نمایند و این مختصر برای موضوع مورد بحث ما کافی است .

### بحث در نتایج موارد ما.

نکاتی چند در این شرح حالها جالب است که ما بشرح زیر از آن بحث میکنیم .

۱- جالب است که در کشور ما از نظر سن ، افرادی که بین ۲۰-۳۰ سالگی دچار اعتیاد میشوند بمراتب بیشتر از سنین دیگر است و در این آمار ۱/۴ درصد بین ۲۰-۳۰ سالگی و از ۳۰-۳۵ سالگی نیز ۱/۴ درصد دچار بوده‌اند که چون این دو رقم را جمع نمائیم معلوم میشود ۱/۸ درصد از معتادان ۲۰-۳۰ ساله بوده‌اند و این باید زنگ خطر باشد برای ما از نظر

درغیراینصورت نسل جوان ما هرروز باعثیاد وازآنجا به فساد وعصیان سوق داده میشود و خسارتی اجتماعی وروانی واقتصادی به بار خواهد آمد که بهیچ وجه قابل جبران نخواهد بود. بیائید خطرا را کوچک نشمریم ومباند صاحبخانه ای که در سجاورخانه دیگری است که بحریق دچار شده نباشیم وچون آتش هنوز بخانه ی ما نرسیده فقط بدتماشای شعله ی حریق اکتفا نکنیم. متأسفانه اگر جلوی شیوع اعتیاد را نگیریم این بلا بما نیز خواهد رسید پس بکوشیم تا در اطفاء حریق شریک باشیم.