

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دکتر سید علیرضا سیف الاسلامی
متخصص اعصاب و روان
روانپزشک قانونی سازمان پزشکی قانونی کرمانشاه



اختلال وابسته به مصرف و ترک

الکل

اپیدمیولوژی: وابستگی در سن ۱۲ سالگی $1/3$ درصد است و با افزایش سن افزایش می یابد و در ۲۱ سالگی به بالاترین تعداد خود می رسد ($25/4$ درصد) و سپس با افزایش سن کاهش می یابد، بطوریکه در ۶۵ سالگی فقط به یک درصد می رسد.

اتیولوژی :

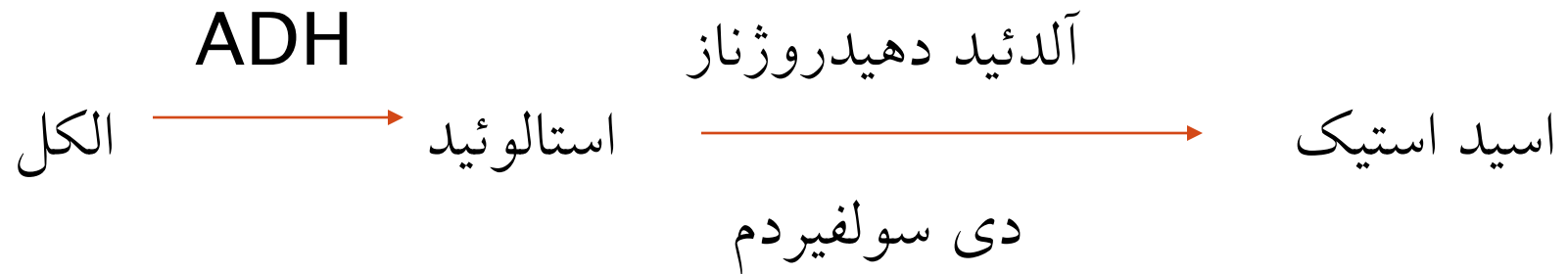
- عوامل سایکودینامیک : مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه های هم جنس گرایانه یا تظاهری از پسرفت دهانی است.
- عوامل ژنتیک:
- عوامل عصبی -شیمیایی: هیچگونه نوروترانسمیتر یا گیرنده ای برای الکل شناخته نشده است.
- مسیرهای عصبی شبه افیونی ، دوپامینرژیک و GABA مؤثر است.

هم ابتلائی:

- شخصیت ضد اجتماعی
- افسردگی و خودکشی
- اختلالات خلقی
- اختلالات اضطرابی

اثرات الکل :

- جذب ۱۰٪ در معده و ۹۰٪ در روده کوچک جذب می شود.
- متابولیسم : ۹۰٪ الکل جذب شده در کبد متابولیزه شده و ۱۰٪ بدون تغییر از طریق کلیه ها و ریه دفع می شود.
- الکل توسط دو آنزیم **ADH** (الکل دهیدروژناز) و آلئید دهیدروژناز متابولیزه می شود.



اثرات الککل بر مغز:

بیوشیمی: در مصرف کوتاه مدت با جایگزینی الککل بر غشاء نوروئی باعث افزایش سیلان نوروئی می شود.

- اثرات رفتاری:
- غلظت ۰.۰۵ درصد ← اختلال تفکر و قضاوت و تضعیف مهارها
- غلظت ۰.۱۵ - ۰.۱ درصد ← مسمومیت قانونی
- غلظت ۰.۲ درصد ← اختلال عملکرد حرکتی
- غلظت ۰.۳ درصد ← اختشاش شعور
- غلظت ۰.۴ - ۰.۵ درصد ← کوما

اثرات الککل بر خواب:

- کاهش دوره نهفتگی خواب
- کاهش مرحله ۴ خواب
- کاهش REM
- افزایش انقطاع خواب

ترک الککل :

رعشه: ۶-۸ ساعت پس از ترک
علايم پسيکوتیک و ادراکی: ۸-۱۲ ساعت پس از ترک
حملات تشنجی: ۱۲-۲۴ ساعت پس از ترک
دلیریوم ترمنس: ۷۲ ساعت پس از ترک

درمان:

- بنزودیازپین ها درمان استاندارد ترک الکل هستند.
- کاربامازپین با دوز ۸۰۰ میلی گرم در روز
- تا حد امکان از آنتی پسیکوتیک استفاده نشود.
- مهار فیزیکی برای بیمار مبتلا به **DTS** خطرناک است.
- تیامین به مقدار ۱۰۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز تا ۲-۱ هفته کمک کننده می باشد.

