



## اختلالات مرتبط با الکل

تهیه و تنظیم:

مرجان توکلی شوشتری

با همکاری واحد آموزش

مرکز آموزشی درمانی فرشچیان

آذر ماه ۱۳۹۱

**همه گیری:** شیوه مصرف الکل در آمریکاروبه فزونی است. اختلالات مربوط به الکل پس از بیماریهای قلبی و سرطان، مهمترین مسئله تندرستی را امروزه در آمریکا به وجود می آورد. در اکثر کشورهای غربی ابتلا به وابستگی به الکل حدود ۱۰٪ برای مردان و ۵٪ تا ۶٪ برای زنان در طول عمر می باشد. ۴۰ تا ۵۰ درصد مردها به مشکلات کوتاه مدت ناشی از الکل ۱۰ تا ۲۰ درصد مردها ۳ تا ۱۰ درصد زنان به مشکلات مداوم گسترده مرتبط به الکل دچار می شوند، حدود نیمی از مرگ و میرهای ناشی از رانندگی بارانندگی در حال مستی ارتباط دارد. حدود نیمی از دگر کشی های مربوط به الکل و اختلالات وابسته به آن است. سوء مصرف الکل خود ۱۵ سال از عمر افراد را کاهش می دهد. عمده ترین علل مرگ به ترتیب عبارتند از: بیماری قلبی، سرطان، تصادفات و خودکشی. الکلیسم شایعترین علت مرگ های ناشی از مصرف مواد می باشد. مصرف الکل در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بیشتر از سایر گروه هاست. مصرف کننده های مرد بیشتر از زن می باشد.

**سبب شناسی:** در گرایش به سوء مصرف الکل و سایر اختلالات مربوط به آن عوامل متعدد روانی و اجتماعی زیست شناسی و ژنتیکی نقش دارد.

**عوامل روانشناختی:** سابقه اختلال کمبود بیش فعالی و اختلال سلوک در کودکی و یا ابتلا به اختلالات شخصیت بخصوص اختلال شخصیت ضد اجتماعی استعداد ابتلا به اختلالات مرتبط با الکل را افزایش می دهد. از دیدگاه روانکاوی سوء مصرف تثبیت در مرحله دهانی است.

طبق نظریات روانکاوی افرادی که سوپر ایگو سختگیر دارند و خود تنبیه اند برای کاهش اضطراب ناخودآگاه روبه مصرف الکل می آورند. از دیدگاه رفتاری افراد برای کاهش اضطراب الکل مصرف می کنند و وقتی اضطراب آنها کم می شود به مصرف بیشتر آن روی می آورند و به تدریج به آن وابسته می شوند. در واقع کاهش اضطراب نقش تقویت مثبت برای ادامه مصرف الکل دارد. در کل افراد الکلی شخصیت های رشد نیافته، خجالتی، بی حوصله، تحریک پذیر و مضطرب هستند و تحمل محرومیت را ندارند و قبول مسولیت و روبرو شدن با مسائل زندگی برایشان سخت است. **عوامل اجتماعی فرهنگی:** بعضی از زمینه های فرهنگی و اجتماعی فرد را به افراط در مصرف الکل سوق می دهد و در بعضی از فرهنگ ها مصرف الکل ممنوعیت دارد.

### عوامل زیست شناختی:

بر اساس نتایج به دست آمده رابطه ای بین اختلالات مرتبط با الکل و گیرنده های دوپامینی تیپ ۲ (D2) دیده شده است. کاهش غلظت سروتونین و GABA یا متابولیت های آنها در بیماران مبتلا به اختلالات وابسته به الکل گزارش شده است.

**عوامل ژنتیکی:** خویشاوندان نزدیک افراد الکلی که خود به هیچ اختلال روانی دیگری مبتلا نیستند، تقریباً ۴ برابر بیشتر از سایر افراد در معرض ابتلا به الکل هستند.

**جذب و متابولیسم:** اتانول یک مولکول کوچک محلول در آب است که به سرعت از دستگاه گوارش جذب می شود و از مخاط دهان و مری به مقدار کم و روده بزرگ به مقدار متوسط جذب می شود و بخش پرو گزیمال روده کوچک محل اصلی جذب است.

## اثرات الکل بر سیستم بدن:

**سیستم عصبی مرکزی:** الکل سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی است و فعالیت نورون ها را کم می کند. الکل موجب آرام بخش و تسکین اضطراب و در غفلت های بیشتر، تکلم مبهم آتاکسی، اختلال در قضاوت و رفتار بدون مهار می شود و در غلظت های خیلی بیشتر تضعیف تنفس و مرگ می شود. مصرف الکل در افراد الکلیک مزمن برای ایجاد اثرات بالینی در دستگاه عصبی غلظت های خیلی بیشتری مورد نیاز است. مصرف مزمن و زیاد الکل در ۵ تا ۱۵ درصد الکل ها باعث نوروپاتی محیطی می شود.

## سیستم قلب و عروق:

مصرف زیاد الکل باعث افزایش فشار خون و افزایش خطر انفارکتوس میوکارد می شود. مصرف زیاد و مزمن می تواند تولید گلبولهای سفید خون و تحرک و چسبندگی گرانولوسیت ها را مختل کند. الکل میزان بروز سرطان بخصوص سرطان سر و گردن و مری و کبد و پانکراس را بالا می برد که دومین علت مرگ افراد الکلی است. مصرف مزمن الکل توسط مادر در دوران بارداری، ناهنجاری های قابل توجهی بر سلامت جنین دارد که به سندرم الکل جنینی معروف است که شامل تاخیر در رشد بدن، میکروسفالی، بدشکلی های جمجمه ای، صورتی، نقص های اندامی و قلبی می شود.

**اختلالات مرتبط با الکل:** وابستگی به الکل و سوء مصرف الکل نوشیدن مفرط الکل باعث وابستگی جسمانی الکل می شود.

فرد به منظور اجتناب و یا تسکین علائم محرومیت به مصرف الکل ادامه میدهد.

## اختلالات ناشی از الکل:

**مسمومیت الکلی:** باعث تغییرات غیر انطباقی رفتاری یا روانشناختی است مثل: رفتار پرخاشگرانه، رفتار جنسی نامناسب، بی ثباتی خلقی، اختلال قضاوت، اختلال در کارکرد شغلی و اجتماعی که در ضمن مصرف الکل رخ می دهد. شدت علائم مسمومیت به میزان غلظت الکل در خون بستگی دارد. در شروع مسمومیت بعضی از افراد وراج و پر سر و صدا و بعضی دیگر نیز عبوس و دم در کشیده می شوند. که در موارد شدید ممکن است به اغماء، تسکین تنفس و مرگ به علت وقفه تنفس یا اسپیراسیون مواد استفرافی منجر شود.

**درمان مسمومیت:** محافظت از بیمار و ممانعت از آسیب زدن به خود و دیگران که ممکن است نیاز به مهار فیزیکی باشد، از اقدامات مهم است. تزریق هالوپریدول برای کنترل رفتار تهاجمی مناسب است و از مواد مغذی مثل تیامین، ویتامین B12 استفاده می شود.

**علائم محرومیت شامل:** افزایش فعالیت سیستم خود مختار مانند افزایش ضربان قلب و سرعت تنفس و درجه حرارت و لرزش دست ها و بیخوابی، تهوع، استفراغ و اضطراب و حملات صرع بزرگ است.

**درمان:** علائم محرومیت از الکل را می توان با بنزودیازپین ها با دوز بالا تخفیف داد و این مقدار به تدریج با بهبود بیمار کاهش می یابد.

**اختلال فراموشی پایدار ناشی از الکل:** ویژگی اساسی اختلال ورنیکه و سندرم کورساکوف نیز می باشد. سندرم انسفالوپاتی ورنیکه یک سندرم حاد است که از کمبود ویتامین حاصل می شود و با آتاکسی و انواعی از ناهنجاری های حرکتی چشمی مانند نیستاگموس مشخص می شود که این سندرم ممکن است ظرف چند روز خود به خود بهبود یابد یا به سمت سندرم کورساکوف پیش رود.

**درمان:** در درمان سندرم ورنیکه و کورساکوف تجویز تیامین به مقدار ۱۰۰ میلی گرم ۲ تا ۳ بار در روز صورت می گیرد.

**اختلالات روانی ناشی از الکل:** اختلالات پسیکوتیک (توهم الکلی)، خلقی، اضطرابی، خواب و کنش جنسی است. توهم آنها به صورت توهم شنوایی است و در جریان ترک الکل دیده می شود. به خاطر فقدان اختلال حسی با دلیریوم متفاوت است.

**درمان وابستگی به الکل:** معاینه فیزیکی کامل و دقیق اولین و مهمترین اقدام در درمان است. موردی از نارسایی کبدی، خونریزی دستگاه گوارش و آریتمی قلبی ضروری است.

**روان درمانی:** در روان درمانی سه هدف اصلی وجود دارد:

۱- حفظ انگیزه بیمار

۲- کمک به بیمار برای اجتناب از عود.

۳- تسکین هر گونه مشکل روانی که در پیشرفت سوء مصرف الکل دخالت دارد.