

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد مرودشت

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی  
ارشد رشته روانشناسی عمومی

عنوان :

مقایسه عملکردهای اجرایی مصرف  
کنندگان مت آمفتامین  
( شیشه ) با افراد عادی

استاد راهنما :

دکتر رابرت فرنام

استاد مشاور :

دکتر حجت الله جاویدی

نگارش :

محمد علی غلامرضا زاده شیرازی

تابستان ۸۹

## تقدیم به همسر و دخترم

عزیزانی که بخاطر انجام این کار صبر بسیار بخرج داده و گاهی آسایش آنها را بهای کارم قرار دادم .

## تقدیر و تشکر

اکنون که این پژوهش به پایان رسیده است ، لازم است که از راهنمایی های گرانقدر استاد ارجمند آقای دکتر فرنام در سمت استاد راهنما و زحمات ارزشمند استاد ارجمند آقای دکتر جاویدی در سمت استاد مشاور کمال تشکر و قدردانی را بعمل آورم .

همچنین از کلیه عزیزان و سروارانی که هر نوع قدمی را در راه انجام این پژوهش برداشته اند کمال امتنان و قدردانی را دارم و توفیق روز افزون همگی را خواستارم .

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی عملکردهای اجرایی در مصرف کنندگان مت آمفتامین (شیشه) بود. این مطالعه بصورت علی-مقایسه ای بر روی یک گروه نمونه ۳۵ نفری از وابستگان و مصرف کنندگان مت آمفتامین و یک گروه نمونه ۳۵ نفری از افراد عادی با روش نمونه گیری در دسترس انجام گرفت. در این پژوهش از آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین استفاده شد. دوگروه مورد بررسی از نظر سن، جنسیت و تحصیلات همتاسازی شدند.

داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج زیر به دست آمد: تفاوت میانگین دو گروه در تعداد تلاشهای انجام شده برای تکمیل دسته ها؛ تعداد پاسخهای خطا و درصد آن؛ پاسخهای درجماندگی و درصد آن؛ خطاهای درجماندگی و درصد آن؛ پاسخ های تراز ادراکی و درصد آن؛ تعداد طبقات تکمیل شده و تعداد تلاش های انجام شده برای تکمیل اولین دسته معنی دار بود. در تعداد خطاهای غیر درجماندگی و درصد آن و یادگیری یادگیری تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

بدلیل آسیب های شناختی و اشکال در حوزه های مختلف عملکرد های اجرایی ایجاد شده در مصرف کنندگان مت آمفتامین بهتر است درمان ها معطوف به درمان های رفتاری دراز مدت با جلسات کوتاه از نظر زمانی طرح ریزی شوند و روان درمانی این بیماران به سوی درمان های رفتاری شناختی پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به این که در حوزه یادگیری یادگیری بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود نداشت با پشتکار و اجرای مناسب درمان امید بهبودی این بیماران قابل توجه و بیشتر است.

واژگان کلیدی: مت آمفتامین، عملکردهای اجرایی، آزمون دسته بندی ویسکانسین، اعتیاد، شیشه.

**فصل اول ( بیان موضوع پژوهش )**

۲	۱- مقدمه
۳	۱-۱- بیان مساله
۴	اهمیت مساله
۱۳	۱-۲- اهداف تحقیق
۱۳	۱-۳- سوالات تحقیق
۱۴	۱-۴- تعاریف نظری
۱۴	۱-۴-۱- تعریف نظری وابستگی به مواد
۱۴	۱-۴-۲- تعریف نظری عملکرد اجرایی
۱۵	۱-۴-۳- تعریف عملیاتی وابستگی به مواد
۱۵	۱-۴-۴- تعریف عملیاتی عملکرد اجرایی

**فصل دوم ( ادبیات و پیشینه تحقیق )**

۱۷	۲- ادبیات تحقیق
۱۷	۲-۱- وابستگی به مواد
	۲-۲- رابطه عملکرد لوب پیشانی با رفتار و عملکرد روانشناختی
۲۰	۲-۳- عملکرد های اجرایی در مصرف کنندگان مواد
۲۱	پیشینه تحقیق

**فصل سوم ( روش تحقیق )**

۳۹	۳-۱- طرح کلی پژوهش
۳۹	۳-۲- جامعه آماری
۳۹	۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری
۳۹	۳-۴- روش اجرای پژوهش
۴۰	۳-۵- ابزار سنجش
۴۰	۳-۶- اعتبار و پایایی آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین
۴۱	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل آماری

**فصل چهارم ( یافته ها و تجزیه و تحلیل آنها )**

۴۳	۴- تجزیه و تحلیل آماری
----	------------------------

**فصل پنجم ( بحث و نتیجه گیری )**

۵۰	۵- خلاصه پژوهش
۵۰	۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۵۰	۵-۲- سوال اول پژوهش

۵۱	.....	سوال دوم پژوهش	۳-۵
۵۱	.....	سوال سوم پژوهش	۴-۵
۵۱	.....	سوال چهارم پژوهش	۵-۵
۵۱	.....	سوال پنجم پژوهش	۶-۵
۵۱	.....	سوال ششم پژوهش	۷-۵
۵۱	.....	سوال هفتم پژوهش	۸-۵
۵۱	.....	سوال هشتم پژوهش	۹-۵
۵۲	.....	سوال نهم پژوهش	۱۰-۵
۵۳	.....	نتیجه گیری	
۵۳	.....	محدودیت های پژوهش	۱۱-۵
۵۳	.....	پیشنهادات پژوهشی	۱۲-۵

#### منابع

۵۴	.....	منابع فارسی
۵۵	.....	منابع انگلیسی

.....  
ضمیمه  
برگ ثبت امتیازات آزمون دسته بندی کارت های  
ویسکانسین

## فهرست جداول

صفحه

عنوان

---

---

جدول ۱-۴	توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در پژوهش بر اساس جنس	۴۳
جدول ۲-۴	مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی بر اساس سن و سالهای تحصیل	۴۳
جدول ۳-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد تلاش های انجام شده برای تکمیل دسته ها	۴۴
جدول ۴-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد پاسخ های خطا و درصد آن	۴۴
جدول ۵-۴	میانگین و انحراف و استاندارد پاسخ ها و درصد پاسخ های درجماندگی	۴۵
جدول ۶-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد و درصد خطاهای درجماندگی	۴۵
جدول ۷-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد و درصد پاسخ های غیر درجماندگی	۴۶
جدول ۸-۴	میانگین و انحراف استاندارد پاسخ های تراز ادراکی و درصد آن	۴۶
جدول ۹-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد طبقات تکمیل شده	۴۷
جدول ۱۰-۴	میانگین و انحراف استاندارد تعداد تلاشهای انجام شده برای تکمیل اولین طبقه	۴۷
جدول ۱۱-۴	میانگین و انحراف استاندارد یادگیری یادگیری	۴۸



فصل اول  
طرح کلی پژوهش

## ۱- مقدمه

مت آمفتامین یکی از مهمترین مواد گروه داروهای محرک مغزی (از گروه ترکیبات آمفتامین) است، همچنین قدرتمندترین و یکی از پرمصرف ترین داروهای گروه مواد محرک مغزی بشمار می رود (موسسه ملی سوء مصرف دارو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). آمفتامین ها و دارو های آمفتامین مانند تشکیل دهنده گروه وسیعی از دارو های محرک سلسله اعصاب مرکزی<sup>۲</sup> هستند (DSM IV<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ ترجمه نیکخو و همکاران، ۱۳۷۴). فرم دود کردنی آن که از درجه خلوص بالا و نقطه تبخیر نسبتاً پایینی برخوردار است مت آمفتامین نام دارد (کاپلان و سادوک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۱؛ DSM IV، ۱۹۹۴). این ماده اولین بار در سال ۱۹۱۹ ساخته شد اما به عنوان دارو استفاده نشده در سال ۱۹۳۲ به عنوان داروی بنزدترین به بازار عرضه گردید در سال ۱۹۳۸ اولین گزارش مبنی بر سوء مصرف این ماده منتشر شد (موسسه ملی سوء مصرف دارو، ۱۹۹۶). محرک ها بطور وسیع در سرتاسر دنیا مصرف می شوند و تقریباً هر جامعه ای مقداری از اشکال مختلف این محرک ها را مورد استفاده قرار می دهد، برای مثال کافئین درکشور های غربی، خت<sup>۵</sup> درخاورمیانه و مت آمفتامین درکل دنیا متداول است. آمفتامین ها و کوکائین متداول ترین محرک های اعتیاد آور دنیا هستند

---

<sup>۱</sup> - National Institute on Drug Abuse (NIDA)

<sup>۲</sup> -Central nerves system

<sup>۳</sup> - Diagnostic and Statistical Mental Disorder-4 th edition (DSM IV)

<sup>۴</sup> -Kaplan & Sadock

<sup>۵</sup> - Khat

( ویور و اسکنول<sup>۱</sup> ، ۱۹۹۹ ) . مت آمفتامین و مشتقات آن در دهه های ۵۰ و ۶۰ بعنوان درمان چاقی و ضد افسردگی استفاده می شد و حال حاضر ۴/۷ میلیون آمریکایی ( ۱/۵ درصد جمعیت آمریکا ) استفاده از این دارو را چندین بار در زندگی خود تجربه کرده اند . استفاده مستمر از این ماده سبب وابستگی به آن می شود ( آنجلین و همکاران<sup>۲</sup> ، ۲۰۰۰ ) .

از اواسط دهه هفتاد که تولید این ماده بصورت دارو محدود شد، مت آمفتامین به یک داروی خیابانی تبدیل شد و خارج از حیطه کنترل کشوری شروع به تولید گردید ( هابر و همکاران<sup>۳</sup> ، بدون تاریخ) . استفاده از این دارو سبب بروز آثار زیر در مصرف کننده میشود : ۱- تحریک سلسله اعصاب مرکزی ۲- تحریک سایکوموتور که سبب افزایش فعالیت فیزیکی میشود ۳- کاهش احساس خستگی ۴- کم خوابی یا بی خوابی ۵- بی اشتهایی ۶- تحریک سمپاتیک مانند: افزایش فشار خون ، تاکیکاردی ، هیپر ترمی ( مک کان و ریکات<sup>۴</sup> ، ۱۹۹۳ ) . وابستگی به کوکائین و آمفتامین مشابه است، زیرا هر دوی این مواد از محرک های قوی دستگاه عصبی مرکزی هستند و اثرات مشابه روانگردان و تحریک کننده دستگاه سمپاتیک دارند آمفتامین درمقایسه با کوکائین اثرطولانیتری دارد (موسسه ملی مصرف دارو ، ۲۰۰۶ ؛ DSM IV ، ۱۹۹۴) . وابستگی به آمفتامین در همه سطوح اجتماعی دیده میشود ولی در میان اشخاص ۱۸ تا ۳۰ ساله رواج بیشتری دارد .

---

<sup>۱</sup> -Weaver & Schenoll

<sup>۲</sup> - Anglin

<sup>۳</sup> - Huber

<sup>۴</sup> - Mc Cann & Ricaurte

نسبت مردان به زنان ۳ یا ۴ به ۱ است ( DSM IV ) ،  
( ۱۹۹۴ ) .

مت آمفتامین ماده ای پودری شکل کریستال مانند است که گاهی اوقات در تکه های بزرگ سنگ مانند موادمخدر یافت میشوند. هنگامی که پودر مت آمفتامین در قطعه اصلی ( در اثر تراشیدن ) ایجاد میشود، قطعاتی شبیه شیشه در آن دیده میشود و به همین دلیل است که در عوام به ماده مت آمفتامین شیشه نیز گفته میشود. مت آمفتامین معمولاً بسته به درجه خلوصش به رنگ سفید یا زرد روشن است کریستال مت بسیار شبیه به قطعات کریستال خالص چینی شبیه به بلورهای یخ می باشد ( موسسه ملی سوء مصرف دارو ،  
( ۲۰۰۶ ) .

#### ۱-۱- بیان مساله

مصرف مت آمفتامین یکی از مسایل روبه رشد در ایالات متحده است . بسیاری از مردم گزارش می دهند که در طول عمر خود حداقل یکبار از آن استفاده کرده اند . مصرف مت آمفتامین از ۹/۴ میلیون نفر در ( ۱۹۹۹ ) به ۱۲/۳ میلیون نفر در سال (۲۰۰۳) رسید و طبق گزارش مرکز ملی مطالعات سوء مصرف دارو (NIDA) در سال (۲۰۰۴) یافته های بازبینی شده اشاره دارند ۶/۲ درصد دانش آموزان دبیرستانی سال دوازدهم حداقل یکبار در طول عمر خود مت آمفتامین مصرف کرده اند  
( کاپل<sup>۱</sup> و همکاران ، ۲۰۰۵ ) . برخلاف دارو های کند ساز

---

<sup>1</sup> Kuppe

و مواد افیونی ، دارو های محرک موادی هستند که هشیاری و برانگیختگی کلی را افزایش می دهند ( هیلگارد<sup>۱</sup> ، ترجمه براهنی، ۱۳۷۸ ).

بسیاری از مطالعات از این فرضیه حمایت کرده اند که بخشی از فرایند اعتیاد، تغییر در فرایند توجهی است که به موجب این تغییر، نشانه های مرتبط با مواد به ویژه در زمان وسوسه چشمگیرتر و برجسته به نظر می رسند (گاروان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

### اهمیت مساله

همانگونه که مشاهده شده مت آمفتامین به عنوان داروی قوی اعتیادآور، با تضعیف در شناخت اجتماعی ارتباط دارد و رفتار مصرف کنندگان را تغییر می دهد. تغییرات فیزیولوژیکی در ساختار و عملکرد مغز خصوصاً در قسمت قدامی مغز شناسایی شده است. اگر چه شروع مت آمفتامین با میل به اجتماعی شدن افراد همراه می باشد ولی مصرف کننده دایمی دچار افسردگی فزاینده، پرخاشگری و طرد شدن از اجتماع و همچنین درگیر مشکلات مغزی در قسمت قدامی می شود (هامر<sup>۳</sup> و همکاران ، ۲۰۰۸ ).

عملکردهای اجتماعی به عنوان فرایندهای کنترل توصیف می شوند و معمولاً به قشر پیش پیشانی مربوط می شوند اگرچه سایر ساختارهای مغزی نیز ممکن است در این فرایند درگیر باشند (هارگریو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). قشر پیشانی انسان نقش اساسی در تنظیم و بهنجار کردن اعمال هدفمند

---

<sup>1</sup> Hilgard

<sup>2</sup> Garavan

<sup>3</sup> Homer

<sup>4</sup> Hargrave

بازی می کند، همچنین این ناحیه در تنظیم هیجانات سطح بالا درگیر است (استوس و نایت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

عملکردهای اجرایی از مولفه های مهم شناختی هستند که تحت تاثیر مواد قرار می گیرند و دارای مولفه های گوناگونی همچون خودگردانی، حافظه کاری و ادراک زمان هستند. عملکردهای اجرایی در طول فرایند رشد با افزایش سن کودک تحول می یابند و به تدریج به فرد کمک می کنند تا تکالیف پیچیده تر و سخت تری انجام دهد. آسیب در عملکردهای اجرایی می تواند پیامدهای قابل ملاحظه ای در عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی فرد داشته باشد.

با توجه به اثرات زیانبار جسمی، روانی و شناختی و اجتماعی مواد روانگردان که گروه وسیعی از مردم جهان از مبتلا ساخته و مضرات زیادی را متوجه کشورها می سازد، در این پژوهش سعی براین است که تاثیرات مت آمفتامین (شیشه) را بر عملکردهای اجرایی در مصرف کنندگان مورد بررسی قرار دهیم.

---

<sup>1</sup> Stuss & Night

دزوکسین<sup>۱</sup> ، چاک<sup>۲</sup> ، کرانک<sup>۳</sup> ، کریپتو<sup>۴</sup> ، کریستال<sup>۵</sup> ، کریستال مت<sup>۶</sup> ، فایر<sup>۷</sup> ، گلاس<sup>۸</sup> ، مت<sup>۹</sup> ، تویک<sup>۱۰</sup> ، تینا<sup>۱۱</sup> ، وایت کراس<sup>۱۲</sup> ، شارد<sup>۱۳</sup> ، آیس<sup>۱۴</sup> ، اسپید<sup>۱۵</sup> ، آپرز<sup>۱۶</sup> ، بنزدرین<sup>۱۷</sup> ، بنیز<sup>۱۸</sup> ، دکسدرین<sup>۱۹</sup> . . . از نام های عامیانه دیگر این مواد است . مت آمفتامین را می توان از طریق دود کردن ، خوردن ، تزریق کردن ، استنشاق<sup>۲۰</sup> کردن و شیاف<sup>۲۱</sup> استفاده کرد ( هیلگارد ، ۱۳۷۸ ؛ موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶ ؛ کاپلان و سادوک ، ۱۹۹۱؛۲۰۰۷ ؛ باور والسون<sup>۲۲</sup> ، ۲۰۰۷ ؛ اکبریان و همکاران ، ۱۳۸۴) .

آمفتامین ها محرک های نیرومندی هستند که افزایش هشیاری و کاهش احساس خستگی و ملال از اثرات فوری اینگونه داروهاست. مصرف آمفتامین ها ممکن است پرداختن به فعالیت های پر تلاش را که مستلزم استقامت بدنی است تسهیل کند انگیزه اصلی مصرف آمفتامین ها نیز مثل سایر داروها، توانایی تغییر خلق و افزایش اعتماد به

---

<sup>1</sup> desoxym

<sup>2</sup> Chalk

<sup>3</sup> crank

<sup>4</sup> Crypto

<sup>5</sup> crystal

<sup>6</sup> Crystal meth

<sup>7</sup> Fire

<sup>8</sup> galss

<sup>9</sup> meth

<sup>10</sup> Tweek

<sup>11</sup> tina

<sup>12</sup> White cross

<sup>13</sup> shard

<sup>14</sup> ice

<sup>15</sup> spped

<sup>16</sup> uppers

<sup>17</sup> bemzederine

<sup>18</sup> bennies

<sup>19</sup> dexderine

<sup>20</sup> Snorting

<sup>21</sup> Insert anally

<sup>22</sup> Bauer & Olson

نفس است (هیلگارد، ۱۳۷۸؛ هامر و سولومون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). مهمترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و روانشناختی است که دلالت بر آن دارند که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به آن ادامه می دهد (DSM IV، ۱۹۹۴؛ جاکوبس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ رید<sup>۳</sup> و همکاران ۲۰۰۳ به نقل از هستر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). بلافاصله پس از دود کردن یا تزریق مت آمفتامین، شخص مصرف کننده یک حالت هیجانی و سرخوشی<sup>۵</sup> قوی را تجربه می کند این حالت تنها چند دقیقه بطول می انجامد و نهایتاً یک حالت سرخوشی و لذت در مصرف کننده ایجاد می کند خوردن و استنشاق مت آمفتامین سرخوشی و لذت کمتری نسبت به دود کردن آن فرد ایجاد میکند. پس ازحالت سرخوشی اولیه بطور مشخص یک مرحله هیجانزدگی وبرانگیختگی شدید در فرد ایجاد می شود که می تواند منجر به رفتار های تند گردد (موسسه ملی سوء مصرف دارو، ۲۰۰۶؛ جاکوبس و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویور و اسکنول، ۱۹۹۹). در پی این حالت سرخوشی، نشانه های همراه با افزایش سر زندگی، جمع گرایی، بیش فعالی، بیقراری، گوش به زنگ بودن، حساسیت میان فردی، پرحرفی، اضطراب، تنش، هوشیاری، بزرگ منشی، رفتار های کلیشه ای و تکراری، خشم و نزاع و اختلال در قضاوت ظاهری شود (DSM IV، ۱۹۹۴).

---

<sup>1</sup> Home & Solomon

<sup>2</sup> Jacobs

<sup>3</sup> Reid

<sup>4</sup> Hester

<sup>5</sup> Rush



تأثیرات طولانی مدت مصرف مت آمفتامین بستگی به تحمل<sup>۱</sup> و میزان اعتیاد و وابستگی مصرف کننده به این نوع مواد دارد ( موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶ ) .

تحمل عبارتست از نیاز به مصرف مقادیر بیشتر یک دارو جهت رسیدن به اثرات مشابه مصرف اولیه آن ، قدرت تحمل نسبت به تأثیر محرک ها بسرعت پیشرفت می کند بخصوص در مواردی چون تأثیرات قلبی- عروقی، حالت سرخوشی حاصل از مصرف دارو و بسیاری از فعالیت های دستگاه عصبی مرکزی ( ویورو اسکنول ، ۱۹۹۹ ) . مصرف کنندگان کوکائین نسبت به برانگیزاننده های مرتبط با مواد واکنش فیزیکی شدیدی از جمله فعالیت در شبکه پاداش عصبی مبنی بر ناحیه لیمبیک نشان می دهند ( رید و همکاران ، ۲۰۰۳ به نقل از هستر و همکاران ۲۰۰۶ ) .

الگویی از مصرف مکرر مواد وجود دارد که معمولاً به ظهور تحمل و رفتارهای اجباری<sup>۲</sup> مصرف دارو می انجامد ( DSM IV ۱۹۹۴ ؛ موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶ ) . مصرف مقادیر زیاد آمفتامین احساس سرخوشی<sup>۳</sup> ایجاد می کند ، اما بدنبال آن نوعی تحریک پذیری و احساس ناراحتی بوجود می آید که تنها با مصرف بیشتر داروها از بین می رود و سرانجام به احساس کوفتگی<sup>۴</sup> ، خواب عمیق و بدنبال آن دوره ای از بیحالی و افسردگی منجر می شود. مصرف کننده آمفتامین ممکن است برای رهایی از این ناراحتی به الکل و هرویین روی آورد ( هیلگارد ، ۱۳۷۸ ) . کسی که آمفتامین مصرف می کند اغلب متوجه است که این نشانه ها از مضرات داروی محرک ناشی می شوند ( DSM IV ) ،

---

<sup>1</sup> Tolerance

<sup>2</sup> -Compulsive

<sup>3</sup> -rush

<sup>4</sup> -crash

(۱۹۹۴) و به منظور جلوگیری از حالت افسردگی ناشی از کاهش تدریجی اثرات محرکها به مصرف خود ادامه می دهد که نتیجه آن اعتیاد شدید یا تحمل حاد می شود که این امر مصرف دوزهای بالا تا اتمام ذخیره دارویی در فرد می شود ( ویورواسکنول، ۱۹۹۹) و وابستگی به آمفتامین با دو نوع مصرف دارو در الگوی مصرف دوره ای با دوزهایی از عدم مصرف مشخص می شود ( DSM IV ، ۱۹۹۴) . فقدان یک الگوی مصرف روزانه دلیل براین موضوع نمی شود که فرد دچار اختلال کمتری می گردد ، بلکه در واقع اعتیاد به محرکها توسط افراط و دفعات مصرف مشخص می شود ( ویور و اسکنول، ۱۹۹۹) . در برخی موارد مصرف کنندگان دچار پرخوری و پرخوابی و هیجان زدگی می شوند و به همین نسبت مصرف مت آمفتامین در آنها افزایش می یابد به طوری که در طول شبانه روز به دفعات تکرار می شود تا آنجا که یا مواد مصرفی به اتمام می رسد یا در مصرف مواد فوق العاده بی نظم و بی برنامه رفتار می کنند ( موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶) .

در مورد اعتیاد به محرکها بغیر از ناراحتیهای فیزیولوژیکی، اختلالات و علایم روانی عمده ای مطرح می شود. در طول یک مصرف، فرد به دفعات، اوج حالت سرخوشی را تجربه می کند. و این حالت بصورت خاطرات واضحی در ذهنش ثبت می گردد که بعداً چنین حالتی با حالت افسردگی ناشی از تحلیل تدریجی اثرات دارو، روبرو شده و فرد را دچار تضاد درونی و در نهایت ، وسوسه برای مصرف مجدد می کند دود کردن مت آمفتامین همچنین می تواند منجر به ضایعات دهانی گردد ؛

آسیب های جدی و پایدار به دندانها و لثه ها که در اثر استنشاق ترکیبات بکار رفته در آفتامین ایجاد می گردد. این ترکیبات شامل آمونیاک بدون آب ، اسید باطری ، محلولهای جرم گیر و ... می باشد (موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶). مصرف مقادیر زیادی از آفتامین ها می تواند منجر به بروز سایکوز آفتامین با تظاهرات شبیه اسکیزوفرنیا گردد ( حسینی ، ۱۳۸۴؛ جاکوبس و همکاران ، ۲۰۰۸). که اغلب بصورت رفتارهای پرخاش جویانه و عصبی بروز پیدا می کند ( موسسه ملی سوء مصرف دارو ، ۲۰۰۶). رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت بار با وابستگی به آفتامین رابطه دارند همچنین فکر پارانوپایی و رویدادهای روانپریشی مشابه اسکیزوفرنی نوع پارانوئید ایجاد می نماید. مسمومیت با آفتامین چه از نوع حاد یا روانی و تظاهرات آن به مقدار ماده مصرف شده و خصوصیات فردی بستگی دارد ( مثل تحمل ، سرعت جذب ، مدت مصرف)، تغییرات مربوط به مسمومیت با آفتامین دیرتر از یک ساعت پس از مصرف ظاهر نمی شوند وگاهی نیز با توجه به نوع دارو و روش مصرف آن در عرض چند ثانیه بروز می کند (DSM IV ، ۱۹۹۴) در مورد مسمومیت مزمن ممکن است افت عاطفی یا هیجانی با خستگی یا غمزدگی و کناره گیری اجتماعی دیده شود این تغییرات رفتاری یا روانی با یک یا چند مورد از علائم زیر مشخص می شود: تپش یا کندکاری قلب ، اتساع مردمک چشم ، افزایش یا کاهش فشار خون ، تعریق یا احساس سرما و لرز ، تهوع یا استفراغ، شواهد حاکی از کاهش وزن ، بیقراری یا کندی روانی حرکتی ، درد قفسه سینه

بی‌نظمی ضربان قلب، کنفوزیون، تشنج، حرکت پریشی<sup>۱</sup>، دیستونی یا اغماء و... (DSM IV، ۱۹۹۴؛ هیلگارد، ۱۳۷۸، اکبری‌ان و همکاران ۱۳۸۴، ویوراسنکول، ۱۹۹۹).

مهمترین مشخصه ترک آمفتامین وجود نشانگان خاص ترک است که چند ساعت تا چند روز پس از قطع یا کاهش مصرف شدید و دراز مدت آمفتامین ظاهر می‌شود. مشخصه نشانگان ترک، ظاهر شدن خلق ملال‌انگیز و دو یا بیشتر از دو مورد از تغییرات فیزیولوژیک زیر است: خستگی، رویاهای روشن و ناخوشایند، بیخوابی یا پرخوابی، افزایش اشتها و بیقراری یا کندی روانی حرکتی، فقدان احساس لذت<sup>۲</sup> و اشتیاق<sup>۳</sup> به مصرف دارو<sup>۳</sup> نیز ممکن است وجود داشته باشد. نشانه‌های قابل ملاحظه، ترک (فروپاشی)<sup>۴</sup> اغلب در پی یک دوره مصرف زیاد و شدید Speed run ظاهر می‌شوند. این دوره با احساسات شدید و ناخوشایند خستگی روحی و جسمی و افسردگی مشخص می‌شوند و معمولاً شخص به چند روز استراحت و تجدید نیرو نیاز دارد (DSM IV، ۱۹۹۴؛ هیلگارد، ۱۳۷۸؛ مکس ول<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

در جریان مصرف شدید مواد محرک معمولاً کاهش وزن رخ می‌دهد. در حالیکه در جریان ترک مصرف، افزایش قابل توجهی در کاهش اشتها و وزن مشاهده می‌شود. ممکن است نشانه‌های افسردگی چندین روز به طول انجامد و امکان دارد با اندیشه پردازی در مورد خودکشی همراه باشد. امکان دارد خشم شدید همراه با برونریزی، تهدید یا رفتار پرخاشگرانه ظاهر شود. تغییرات درفعالیت

---

<sup>۱</sup> -dyskinesia

<sup>۲</sup> -anhedonia

<sup>۳</sup> -drug craving

<sup>۴</sup> -Crashing

<sup>۵</sup> - Maxwell