مواد مخدر و پیامدهای سوء آن

به نام خدا

سرفصل دوره آموزشی:

۱- کلیات و مفاهیم

۲- آشنایی با انواع مواد مخدر و اثرات روانی و جسمانی هر کدام

۳- اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر

۴- علل و عوامل مؤثر در اعتیاد

- عوامل فردی
- عوامل خانوادگی
- عوامل محیطی و اجتماعی

۵- عواقب و پیامدهای ناخوشایند فردی و اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر

۶- علائم مختلف سوءمصرف مواد مخدر و نشانه‌های بالینی آن

۷- علائم مختلف سوءمصرف مواد مخدر در محیط کار

۸- راه‌کارهای پیشگیرانه از سوءمصرف مواد مخدر در سازمان‌های دولتی

۹- کسب مهارت‌های موردنیاز زندگی برای مقابله با سوءمصرف مواد مخدر

۱۰- شیوه‌های درمانی روان‌پزشکی، روانشناسی و مددکاری

۱۱- آشنایی با مراکز و مؤسسات درمانی

سرفصل مطالب

مقدمه

فصل اول: کلیات و مفاهیم

۱-۱- تعاریف و مفاهیم..... ۱
۱-۱-۱ اعتیاد..... ۱
۱-۱-۲- مصرف..... ۱
۱-۲-۱- تقسیم‌بندی مصرف‌کنندگان..... ۱
۱-۲-۲- اَشکال مصرف..... ۱
مصرف آزمایشی..... ۱
سوءمصرف مواد..... ۲
شناسایی علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوءمصرف مواد..... ۲
معیارهای تشخیصی برای سوءمصرف مواد..... ۳
وابستگی..... ۴
وابستگی روانی..... ۴
وابستگی جسمی یا فیزیکی..... ۴
معیارهای تشخیصی برای وابستگی..... ۴
۱-۱-۳- مفهوم تحمل..... ۵
۱-۱-۴- وسوسه..... ۵
۱-۱-۵- علائم محرومیت..... ۵
۱-۱-۶- علائم ترک..... ۶
۱-۱-۷- سم‌زدایی..... ۶
۱-۱-۸- بهبودی..... ۶
۱-۱-۹- پسرفت کامل بیماری..... ۶
۱-۱-۱۰- پسرفت نسبی..... ۶
۱-۱-۱۱- پسرفت اولیه بیماری..... ۷
۱-۱-۱۲- پسرفت مستمر..... ۷
۱-۱-۱۳- لغزش..... ۷
۱-۱-۱۴- عود..... ۷
۱-۲- اهداف درمان..... ۷

۱-۳- رویکردهای درمانی.....۷
۱-۳-۱- پرهیز کامل و دستیابی به زندگی عاری از مواد.....۷
۱-۳-۲- کاهش آسیب و عوارض ناشی از اعتیاد در فرد.....۸
۱-۴- جوانب مختلف اعتیاد.....۸
۱-۵- انواع مواد.....۸
۱-۵-۱- مواد مخدر.....۹
اصطلاح‌شناسی.....۹
موارد استفاده.....۱۰
۱-۵-۱- مواد مخدر نیمه سنتز شده (نیمه مصنوعی).....۱۱
۱-۵-۱-۲- مواد مخدر سنتز شده (مصنوعی).....۱۱
۱-۵-۱-۳- پپتیدهای اپیوئیدی مغز.....۱۱
۱-۵-۱-۴- آنتاگونیست‌های اپیوئیدی.....۱۲
تأثیرات زیستی – رفتاری اپیوئیدها.....۱۲
روش‌های استفاده.....۱۳
توزیع، پخش و دفع.....۱۳
مصارف پزشکی.....۱۴
آثار مضر.....۱۴
سوء استفاده و وابستگی به مخدرها.....۱۵
شیشه.....۱۵
مکانیسم عمل.....۱۶
علائم مصرف.....۱۶
علائم محرومیت.....۱۶
نکات مهم در این زمینه.....۱۷
حشیش (علف، گراس، ماری‌جوآنا).....۱۷
اثرات استفاده کوتاه‌مدت از حشیش.....۱۸
اثرات استفاده بلندمدت از حشیش.....۱۸
نکات مهم در این زمینه.....۱۸
مشروبات الکلی.....۱۹
اثرات مصرف مشروبات الکلی.....۱۹
نشانه‌های سوءمصرف مشروبات الکلی.....۲۰
نکات مهم در این زمینه.....۲۰

کوکائین و کراک..... ۲۱
اثرات مصرف کوکائین..... ۲۱
نکات مهم در این زمینه..... ۲۱
آنابولیک استروئیدها..... ۲۲
اثرات مصرف استروئیدها..... ۲۲
مهم ترین عوارض جانبی..... ۲۳
۱-۵-۶- مواد توهم‌زا..... ۲۳
اثرات استفاده از توهم‌زاها..... ۲۴
نکات مهم در این زمینه..... ۲۴
۱-۵-۷- قرص‌های اکس(اکستاسی)..... ۲۵
اثرات مصرف اکس..... ۲۶
۱-۵-۸-سیگار..... ۲۶
نمونه سؤالات فصل اول..... ۲۸

فصل دوم: پیشگیری و درمان

۲-۱- خانواده و درمان اعتیاد..... ۳۶
۲-۲- عوامل مخاطره‌آمیز و محافظتی در اعتیاد..... ۳۷
۲-۲-۱- عوامل زمینه‌ساز مستعد کننده اعتیاد..... ۳۷
۲-۲-۲- عوامل مخاطره‌آمیز..... ۳۷
۲-۲-۲-۱- عوامل مخاطره‌آمیز فردی..... ۳۷
دوره نوجوانی..... ۳۷
استعداد ارثی..... ۳۷
صفات شخصیتی..... ۳۸
اختلال‌های روانی..... ۳۸
نگرش مثبت به مواد..... ۳۹
موقعیت‌های مخاطره‌آمیز فردی..... ۳۹
تأثیر مثبت مواد بر فرد..... ۳۹
عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی..... ۴۰
عوامل مربوط به خانواده..... ۴۰
عوامل مربوط به دوستان..... ۴۰
عوامل مربوط به مدرسه..... ۴۰

عوامل مربوط به محل سکونت..... ۴۱
عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی..... ۴۱
۲-۳- راه‌کارهای پیشگیرانه از سوءمصرف مواد مخدر..... ۴۲
۲-۳-۱- پیشگیری از اعتیاد..... ۴۲
۲-۳-۱- نظریه‌های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)..... ۴۳
تبیین‌های روان‌شناختی..... ۴۳
تبیین‌های زیست‌شناختی..... ۴۴
نظریه‌های جامعه شناختی..... ۴۵
نظریه مرتن (عوامل اجتماعی)..... ۴۵
نظریه کنترل اجتماعی..... ۴۶
۲-۴- علل گرایش به اعتیاد..... ۴۷
۲-۴-۱- علل فردی..... ۴۷
۲-۴-۱- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل فردی..... ۴۹
۲-۴-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در علل خانوادگی..... ۵۰
۲-۴-۲-۱- علل زمینه‌ساز خانوادگی..... ۵۰
۲-۴-۲-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل خانوادگی..... ۵۴
۲-۴-۳- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در علل اجتماعی..... ۵۵
۲-۴-۳-۱- علل زمینه‌ساز اجتماعی..... ۵۵
۲-۴-۳-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه عوامل اجتماعی..... ۵۷
۲-۵- درمان اعتیاد..... ۵۸
۲-۵-۱- انواع روش‌های درمانی..... ۵۸
۲-۵-۱- روان درمانی فردی..... ۵۸
۲-۵-۱-۲- خانواده درمانی..... ۵۹
۲-۵-۱-۳- گروه درمانی..... ۶۰
۲-۵-۱-۴- گروه‌های خودیار..... ۶۱
جلسات معتادان گمنام (NA)..... ۶۱
روش کار معتادان گمنام..... ۶۱
۲-۵-۱-۵- اجتماع درمانی..... ۶۱
۲-۵-۱-۶- کار درمانی..... ۶۲

نمونه سؤالات فصل دوم.....۶۴
نتیجه‌گیری
منابع

مقدمه

از موضوعاتی که امروزه در تمام جوامع بشری مورد بحث و بررسی می‌باشد و به‌عنوان یک معضل اجتماعی بسیار خطرناک و مضر تجزیه و تحلیل می‌شود، موضوع اعتیاد است.

اعتیاد یک اختلال روانی جسمی و اجتماعی و معنوی می‌باشد که بر این اساس تنوعی از درمان‌های دارویی روانشناختی و مداخلات اجتماعی برای کنترل آن طراحی شده است.

آنچه که اهمیت دارد این است که فرد معتاد بر اساس شرایط و مشخصات خود به برنامه درمانی مناسب هدایت شود؛ چرا که هیچ‌گاه نمی‌توان یک نسخه واحد برای کلیه معتادین جامعه تجویز کرد.

در جمهوری اسلامی ایران، مصرف و سوءمصرف مواد طبق ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر جرم محسوب می‌شود؛ اما چنانچه بیمار به مرکز درمان اعتیاد مراجعه کند و تحت پوشش یکی از انواع برنامه‌های درمانی قرار گیرد، از تعقیب کیفری معاف می‌گردد.

در سال ۱۳۸۵؛ برنامه کاهش آسیب جایگاه قانونی خود را در مجمع تشخیص مصلحت نظام پیدا نمود که ۳ رکن اصلی این برنامه از: آموزش، ارائه لوازم بهداشتی (سرنگ و سوزن استریل، کاندوم و...)، درمان نگهدارنده با متادون.

برنامه مذکور؛ پس از تصویب توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام، جهت اجرا به قوای سه گانه ابلاغ شد.

برنامه‌های مواد گستره‌ای از درمان‌های مختلف از درمان سم‌زدایی گرفته تا اجتماعات درمان‌مدار و درمان‌های نگهدارنده را در بر می‌گیرد، اما هسته اصلی آن در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.

فصل اول:

کلیات و مفاهیم

۱-۱- تعاریف و مفاهیم

۱-۱- اعتیاد[1]

واژه اعتیاد از نظر لغوی، اسم مصدر عربی از ریشه "عاد" است، که در فرهنگ لغت معین، به مفهوم "عادت کردن" و "خوگرفتن" و در لغت‌نامه دهخدا، به مفهوم "پیاپی خواستن چیزی" آمده است.

اعتیاد عبارت است از تطابق بدن با هر فعالیت، دارو یا ماده شیمیایی خارجی غیرلازم به مدت طولانی، که یکی از انواع عادات حیاتی یا عادات بیولوژیکی محسوب می‌گردد.

بر اساس تعریف "سازمان بهداشت جهانی"[2]؛
اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یا مزمن است که مضر به حال شخص و اجتماع بوده و زاییده مصرف دارویی طبیعی یا مصنوعی می‌باشد.

۱-۱-۲- مصرف[3]

شامل یک بار مصرف ماده قانونی است (در زمینه مواد غیرقانونی حتی یک‌بار مصرف ماده هم سوءمصرف است).

۱-۱-۲-۱- تقسیم‌بندی مصرف‌کنندگان

افراد در زمینه اعتیاد به ۳ گروه مختلف تقسیم می‌شوند)

- افرادی که اصلاً مواد مصرف نمی‌کنند.
- افرادی که مواد مصرف می‌کنند، ولی در حد کم تا متوسط هستند.
- افرادی که دچار بیماری مصرف مواد هستند.

۱-۱-۲-۲- اَشکال مصرف

بیماری مصرف مواد دارای ۳ شکل آزمایشی، سوءمصرف[4] و وابستگی[5] می‌باشد.

الف) مصرف آزمایشی

در این نوع مصرف، مصرف‌کننده اولین تجربه یا تجارب مصرف را پشت سر می‌گذراند. این گونه مصرف‌کنندگان عمدتاً جوان هستند. مصرف آنها کوتاه‌مدت است و ممکن است در انتخاب ماده فقط به یک ماده اکتفا کنند و یا

---

[1] Addiction
[2] WHO
[3] use
[4] substance abuse
[5] Dependency

ممکن است چند ماده را تجربه کنند. مصرف مواد نامنظم است و حتی ممکن است فقط یک بار باشد مثل مصرف سیگار توسط یک نوجوان.

ب) سوءمصرف مواد

در این حالت مصرف مواد منظم‌تر است. مصرف ماده برای سرگرمی و تفریح است یا آنکه فرد می‌خواهد از تفریحات لذت بیشتری ببرد. در بین این نوع مصرف‌کنندگان، مقدار ماده مورد مصرف متفاوت است؛ اما مصرف مواد نقش محوری در زندگی فرد ندارد. بدین معنا که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد، ولی آن را مصرف می‌کند.

به عبارت دیگر، سوءمصرف مواد یعنی:

- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن غیر قانونی است.
- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روحی در فرد می‌شود.
- استفاده از ماده‌ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می‌رساند.

مسلماً یک بار مصرف معادل اعتیاد بیست ساله نیست؛ ولی طبق تعریف، مصرف خطرناک[1] شامل مصرف مداوم برای یک ماه یا مصرف متناوب برای ۱۲ ماه است.پس عدم مصرف مداوم معادل نبودن بیماری نیست.

ا) شناسایی علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوءمصرف مواد

- سرخ شدن چشم‌ها
- نگاه‌های مات به مدت طولانی
- نامفهوم و جویده شدن طرز صحبت
- عدم تعادل در حرکات
- کم شدن توجه به نظافت
- محل‌های متعدد تزریق سرنگ در بدن
- غیبت‌های مکرر از کلاس درس و کاهش علاقه به تحصیل
- بی‌قراری شدید
- تغییرات ناگهانی خلق
- به مشام رسیدن بوهای غیرعادی از دهان یا لباس
- وجود سوزن‌ها و سنجاق‌های سیاه شده، قاشق خمیده و دود گرفته و ورق آلومینیومی
- لوله‌های خالی خودکار، کبریت نیم‌سوخته در محل‌های غیر معمول

[1] Harmful use

- طولانی شدن زمان ماندن در دستشویی و حمام
- ناپدید شدن بعضی اشیاء در خانه
- خواب‌آلودگی
- تغییر دوستان
- تأخیر در حرکات و کند شدن رفتارها

II) معیارهای تشخیصی برای سوءمصرف مواد

برای تشخیص سوءمصرف مواد حداقل یک یا چند مورد از علائم زیر لازم است که در طول ۱۲ ماه تظاهر یابد)

A) مصرف مکرر مواد منجر به اختلال در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تفریحی و خانوادگی گردد؛ مثلاً غیبت از مدرسه یا نرسیدن به مسئولیت‌های شغلی
B) مصرف مکرر مواد در موقعیت‌های خطرناک؛ مثلاً هنگام رانندگی یا کار با وسایل مکانیکی
C) تخلفات قانونی مربوط به سوءمصرف مواد؛ مثل جلب شدن به کلانتری
D) مصرف مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای مخاطره‌آمیز آن؛ مثل درگیری با همسر

دقت کنید، سوءمصرف شکل خفیف وابستگی است.

- مصرف تریاک در کشور ما غیر قانونی است، پس حتی یک‌بار کشیدن آن سوءمصرف است.
- مصرف حشیش باعث بهم خوردن شعور فرد می‌شود، پس کشیدن آن سوءمصرف است.
- مصرف مشروبات الکلی؛ گاهی باعث بروز عصبانیت و پرخاشگری می‌شود، پس نوشیدن آن سوءمصرف است.

ج) وابستگی

در این نوع؛ مصرف، بخش اصلی زندگی فرد است و او ماده را مصرف می‌کند تا احساس طبیعی بودن داشته باشد. در این حالت، عوارض مصرف پردامنه‌تر (ابعاد جسمی، عاطفی، روابط اجتماعی و سبک زندگی فرد را در بر می‌گیرد) است، نسبت به ماده وابستگی جسمی یا روانی به‌وجود می‌آید و مصرف بیش از ۳ بار در هفته و به‌صورت منظم است. فردی که به مصرف مواد وابسته (معتاد) است؛ در صورت عدم مصرف مواد، دچار مجموعه‌ای از نشانه‌های ناخوشایند جسمی و روانی می‌شود. برای مثال دل‌پیچه، درد استخوان، خارش بدن، احساس تشویش و دل‌شوره به گونه‌ای است که وی برای کاهش این علائم، مجدداً ماده مخدر را مصرف می‌کند. از طرف دیگر؛ اگر به تاریخچه مصرف مواد در او بنگریم، درمی‌یابیم که هم اکنون وی ماده را در مقادیر بسیار بیشتر از آنچه که در ابتدا مصرف می‌کرده، استفاده می‌کند و مصرف ماده، نه برای دست یافتن به نشئگی و سرخوشی؛ که برای دوری از علائم و نشانه‌های جسمی و روانی فرد است.

سندرم بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد.

وابستگی در نتیجه مصرف مکرر مواد اعتیادآور روی می‌دهد.

در وابستگی سلول‌های عصبی به مواجهه مکرر با مواد عادت می‌کنند و فقط در زمان وجود یا مصرف این مواد به‌صورت طبیعی اعمال و وظایف خود را انجام می‌دهند.

به هنگام قطع مصرف ماده، چندین واکنش جسمانی مختلف بروز می‌کند که به آنها علائم محرومیت یا ترک مواد گفته می‌شود.علائم محرومیت از مواد می‌تواند بسیار شدید باشد و در نتیجه، شخص برای اجتناب از آنها به مصرف مجدد ماده بپردازد.

مواد احساس سرخوشی یا حالت لذت‌بخش به‌وجود می‌آورند.این حالت می‌تواند در تعامل با مسیر پاداش در مغز یک تقویت‌کننده مثبت باشد.

وابستگی روانی

عبارت است از حالتی که در آن شخص پس از مصرف ماده، احساس اقناع و رضایت می‌کند و به‌علاوه همراه با آن رغبت و تمایل روانی نسبت به مصرف مجدد ماده (به‌طور دائم یا دوره‌ای)، برای اجتناب از ناراحتی پیدا می‌کند.

وابستگی جسمی یا فیزیکی

عبارت است از حالت تطابق در شخص پس از استعمال مکرر دارو که در صورت عدم استعمال دارو و یا خنثی کردن اثر دارو توسط داروی دیگر، شخص دچار اختلالات شدید جسمی می‌گردد.

وابستگی باعث بروز برخی اختلال‌ها، رفتارها و حالت‌های غیرعادی در فرد می‌شود که عبارتند از:

- ایجاد تحمل
- بروز علائم ترک
- در بیشتر بیماران تمایل برای قطع مصرف مواد وجود دارد، ولی بیمار قادر به انجام کار نمی‌باشد.
- بیمار برای تهیه مواد، هزینه کرده و سرمایه‌های دیگران و خانواده را نیز مصرف می‌کند.
- در پی استمرار مصرف مواد و تغییرات روانی و رفتاری در بیمار؛ مشارکت وی در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی، تفریحی و شغلی کاسته می‌شود.
- علیرغم آگاهی بیمار از عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی‌باشد.

I) معیارهای تشخیصی برای وابستگی

بروز ۳ مورد یا بیشتر از موارد زیر در مدت ۱۲ ماه:

A) بروز محرومیت و خماری به‌دنبال قطع مصرف
B) ماده به مقدار بیشتر و دوره طولانی‌تر از آنچه مورد نظر است، مصرف شود.
C) وجود میل دائم جهت مصرف و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده
D) صرف وقت زیاد جهت به‌دست آوردن مواد، مصرف و یا بهبودی از عوارض مصرف
E) مصرف مکرر مواد منجر به اختلال (کاهش یا مشکل شدید) در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تفریحی و خانوادگی گردد.
F) مصرف مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای مخاطره‌آمیز آن
G) پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف

۱-۱-۳- مفهوم تحمل

اثر برخی مواد در نتیجه تکرار استعمال مقدار ثابتی از آن ماده، کاهش می‌یابد.به عبارت دیگر؛ بیمار در دفعات بعدی مصرف، برای رسیدن به سطح قبلی روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد، باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند.

- ☜ مصرف مکرر و طولانی مدت مواد اعتیادآور باعث بروز پدیده تحمل می‌شود.
- ☜ شخص مصرف‌کننده دیگر به مقدار ماده ای که در ابتدای مصرف پاسخ می داده، واکنش مثبت نشان نمی‌دهد.
- ☜ شخص نیاز به مقدار بیشتری از ماده دارد تا به احساسی مانند احساس اولیه دست یابد.
- ☜ ظهور پدیده تحمل به معنای اعتیاد نیست.
- ☜ تحمل در مورد مورفین یا هروئین در سطح اهداف سلولی رخ می‌دهد.

مثال:

- ❖ اگر فردی روزی ۱ نخود تریاک مصرف می‌کرده، به‌تدریج مجبور می‌شود روزی ۲ نخود مصرف کند.
- ❖ اگر فردی روزی ۲ بار حشیش می‌کشیده، به‌تدریج مجبور می‌شود روزی ۵ بار حشیش بکشد.

۱-۱-۴- وسوسه

تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده

۱-۱-۵- علائم محرومیت

مجموعه ناراحتی‌های جسمی، روانی، افت عملکرد اجتماعی و خانوادگی و حرفه‌ای به‌دنبال کاهش یا قطع مصرف مواد

۱-۱-۶- علائم ترک

در فرد وابسته به ماده مخدر، در اثر کاهش یا قطع ماده مصرفی، عوارض ناراحت کننده جسمانی و روانی مانند بی‌قراری، اضطراب، بی‌خوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر می‌شود.

مثال:

- ترک تریاک باعث ایجاد درد در دست‌ها و پاها می‌شود.
- ترک حشیش گاهی باعث ایجاد تهوع می‌شود.

این مسلم است که بین سوءمصرف و وابستگی حرکت وجود دارد؛ ولی آنچه که مهم است این است که تمام سوءمصرف‌کننده‌ها، به‌خصوص در اوایل؛ مشکل خود را اصلاً قبول ندارند.در این میان، بسیاری از درمانگران (پزشک، پرستار، بهورز و...) عملاً این نوع مصرف را جزء نرمال جامعه حساب می‌کنند.متأسفانه؛ بعضی از افراد سوءمصرف مواد را حتی به‌عنوان یک روش بزرگ شدن و یا یکی از مراحل بلوغ می‌دانند.

با تغییر تدریجی شیوه زندگی به‌دنبال پیشرفت تمدن، همان‌گونه که بشر از رفاه بیشتری برخوردار می‌شود عوارض و معضلات نیز رخ می نماید.زمانی انسانها به شیوه‌ای سنتی و ابتدایی زندگی می‌کردند و مسائل و مشکلات جمعی و روانی‌شان را نیز به‌طور سنتی حل می‌کردند؛ اما با تغییر شیوه زندگی به شکل امروزی و جدید، گاهی مسائلی ایجاد می‌شود که حل آن از عهده بسیاری از افراد خارج است.

بروز بیماری‌های روانی و سیر تدریجی آن منجر به ایجاد رفتارها و عادت‌هایی در انسان می‌شود که بعضاً کنترل و ترک آن بسیار مشکل و گاهی غیرممکن است.

۱-۱-۷- سم‌زدایی

فرآیندی که در آن سعی می‌شود فرد معتاد سریعاً به وضعیت عاری از مصرف مواد رسانده شود.

۱-۱-۸- بهبودی

بازگشت به حالت طبیعی و سلامت پیش از بیماری است که درمورد اعتیاد کاملاً نسبی بوده و بسته به عوامل مختلف می‌تواند از قطع کامل تا کم کردن دفعات مصرف باشد.

۱-۱-۹- پسرفت کامل بیماری

فرد معتاد (وابسته) به‌دنبال درمان در حال حاضر حداقل به مدت ۱ ماه، هیچ یک از ملاک‌های وابستگی به مواد را نداشته باشد.

۱-۱-۱۰- پسرفت نسبی

فرد معتاد (وابسته) به‌دنبال درمان در حال حاضر بیش از ۱ ماه کمتر از ۳ مورد از ملاک‌های وابستگی را دارد.

۱-۱-۱۱- پسرفت اولیه بیماری

فردی که قبلا وابسته بوده در حال حاضر بیش از ۱ ماه و کمتر از ۱ سال، ملاک‌های وابستگی به مواد را نداشته باشد یا این ملاک‌ها در او کمتر از حد لازم برای وابسته تلقی شدن باشد.

۱-۱-۱۲- پسرفت مستمر

فردی که قبلاً وابسته بوده، در حال حاضر بیش از ۱۲ ماه ملاک‌های وابستگی به مواد را نداشته باشد یا این ملاک‌ها در او کمتر از حد لازم برای وابسته تلقی شدن باشد.

۱-۱-۱۳- لغزش

یک بار مصرف مواد بعد از ترک آن؛ عمدتاً بدلیل وسوسه که لزوماً به عود و وابستگی مجدد منجر نمی‌شود.

۱-۱-۱۴- عود

مصرف مجدد مواد به‌صورت منظم بعد از ترک آنکه به‌دنبال لغزش ایجاد می‌شود (وابستگی کامل ایجاد می‌شود) .در واقع بیماری اعتیاد یک بیماری مزمن با عودهای مکرر است؛ لذا عود نباید منجر به ناامیدی درمانگر و خانواده بیمار گردد.

۱-۲- اهداف درمان

الف) رسیدن به زندگی عاری از مواد
ب) افزایش انگیزه بیمار برای حفظ پرهیز
ج) حذف رفتارهای ضد اجتماعی و بهبود روابط اجتماعی
د) کمک به ارتقاء عملکردهای مختلف فرد در زندگی
ه) رسیدن به مطلوب‌ترین حالت بدنی از نظر طبی
و) شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی در فرد
ز) بهبود دوباره عملکرد حرفه‌ای فرد در جامعه
ح) بالا بردن ارزش‌های معنوی فرد
ط) کسب مهارت حل مشکل جهت رویارویی با وسوسه مصرف مواد

ی) کسب ظرفیت‌های لازم جهت رشد و بلوغ شخصیتی
ک) پیشگیری از عود اعتیاد

۱-۳- رویکردهای درمانی

۱-۳-۱- پرهیز کامل و دستیابی به زندگی عاری از مواد

مثال:

- حین درمان با متادون، با کاهش تدریجی دوز متادون و قطع آن بیمار را به زندگی عادی می‌رسانیم.

۱-۳-۲- کاهش آسیب و عوارض ناشی از اعتیاد در فرد

مثال:

- حین درمان نگهدارنده با متادون، دوز مصرفی متادون را به حدی می‌رسانیم که وسوسه مصرف مواد به‌طور کامل از بین برود.این روش تازمانی که مورد تشخیص درمانگر است ادامه می‌یابد؛ اگر چه طی مصاحبات انگیزشی با بیمار وی را به انجام سم‌زدایی به‌طور مکرر تشویق می‌کنند.

انتخاب شیوه درمان با کمک و راهنمایی درمانگر و مشارکت بیمار و پس از ارزیابی دقیق از شرایط فردی و اجتماعی وی صورت می‌گیرد.

۱-۴- جوانب مختلف اعتیاد

الف) اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی ومعنوی است.عوامل متعددی در سبب‌شناسی[1] سوءمصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند.

عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی، عوامل درهم بافته‌ای هستند که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند.درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به‌طور هدفمند طرح‌ریزی شود.

ب) یک پدیده زیستی است که به ارگانیسم امکان می‌دهد تا خود را تدریجاً با پاره‌ای از مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره مقادیری از این مواد را که برای ارگانیسم معمولی کشنده است، تحمل نماید.

ج) حالتی است که استعمال متوالی یا متناوب مواد مخدر در فرد ایجاد می‌کند. با استعمال مواد مخدر تحریک‌پذیری سلول‌های عصبی افزوده شده و در نتیجه؛ داروی بیشتری لازم است که آن را به حالت تعادل بازگرداند (تعریف فیزیولوژیست‌ها).

[1] Etiology

د) مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع است و زاییده مصرف داروی طبیعی یا صنعتی است.

ه) در محافل دانشگاهی به‌جای اعتیاد اصطلاح وابستگی به مواد به‌کار می‌رود.

اعتیاد واژه‌ای قدیمی است که امروزه به دلیل کاستی‌های آن، اصطلاح وابستگی جایگزینش شده است.

۱-۵- انواع مواد

مواد اعتیادآور انواع بسیار متنوعی دارند و معمولاً در ۱۱ گروه طبقه‌بندی می‌شوند که در اینجا به آن دسته از مواد اعتیادآور غیرقانونی که مصرف آنها در کشور ما شایع است و یا اخیراً شیوع بیشتری پیدا کرده است، اشاره می‌پردازیم:

- خانواده حشیش : حشیش، چرس، بنگ و....
- خانواده مخدرها : تریاک، هروئین، کراک هروئین، مرفین، کدئین و...
- خانواده محرکها : متاآمفتامین (یا شیشه)، ریتالین و...
- خانواده کوکائین : کوکائین و کراک کوکائین
- خانواده توهم‌زاها : LSD یا اسید لیزرژیک، اکستازی و...
- خانواده مواد استنشاقی : چسب، بنزین، تینر و...
- داروها
- داروهای مخدر یا محرک مثل ترکیبات کدئین، دیفنوکسیلات، ترامادول، ریتالین، فن فلورامین، پزودوافدرین و...
- داروهای خواب‌آور مثل خانواده بنزودیازپین‌ها شامل دیازپام، اکسازپام، لورازپام، فلورازپام و....یا خانواده فنوباربیتال
- الکل و مشروبات الکلی

۱-۵-۱- مواد مخدر

مواد مخدر طبیعی[1] مانند تریاک، از جوانه تریاک[2] (از خانواده خشخاش) که یک گیاه زیبا و گل‌دهنده است و سالیانه جوانه می‌زند، گرفته می‌شود.

قدمت استفاده از مواد مخدر به ۶ هزار سال قبل برمی‌گردد.

از مواد مخدر برای درمان بیماری‌های متفاوتی از جمله بیماری افسردگی استفاده می‌شد.استفاده از این ماده بسیار گسترده بود و اغلب افراد از آن برای درمان خود استفاده می‌کردند، چرا که عمدتاً به‌عنوان مرهمی برای

[1] natural opiates
[2] papaver somniferum

تمامی مشکلات آدمی؛ از جمله کاهش درد، درمان سرفه و اسهال پنداشته می‌شد.لذاؤ تجارت و داد و ستد این ماده مخدر رشد چشمگیری داشت.

الف) اصطلاح‌شناسی

مواد مخدر از مشتقات تریاک[1] هستند که شامل مرفین[2]، کدئین[3] و مواد نیمه سنتز شده از آنها مانند هروئین[4] می‌شود.

اصطلاح اپیوئید[5] اصطلاحی است گسترده‌تر که تمامی آگونیست‌ها[6] و آنتاگونیست‌ها[7]یی را که فعالیت مشابه مرفین دارند؛ مانند پپتیدهای اپیوئیدی طبیعی از جمله آندورفین‌ها را شامل می‌شود.گاهی اوقات به اپیوئیدها اصطلاح مخدر اطلاق می‌گردد؛ چرا که این مواد خواب‌آلودگی یا حالت شبه رؤیا که به آن چرت زدن[8] نیز گفته می‌شود، ایجاد می‌کنند.

ب) موارد استفاده

در سال ۱۸۰۶؛ داروساز آلمانی به نام فردریک سرترنر[9] عنصر فعال موجود در تریاک را کشف کرد و آن را مورفیوم[10] نامید که برگرفته از لغت مورفیوس[11] در زبان یونانی به معنای خدای رؤیاهاست.
در ۱۸۳۲؛ ماده کدئین کشف شد که این ماده نیز مانند مرفین، دیگر ماده روان‌گردان موجود در تریاک به‌شمار می‌رود.شناسایی این مواد مصادف با ابداع سرنگ‌های زیرپوستی[12] در اوایل دهه ۱۸۵۰ گشت که این امر از یک سو به شکل چشمگیری به درمان دردهای شدید و از سوی دیگر به افزایش شیوع اعتیاد به مواد مخدر منجر شد.از آنجا که استفاده از مواد مخدر تحت هیچ‌گونه سیستم نظارت کننده‌ای قرار نداشت و دسترسی به آنها نیز بدون نسخه پزشک ممکن بودؤ لذا شیوع آن افزایش چشمگیری پیدا کرد.علاوه بر این، استفاده از این مواد در میان بسیاری از سربازان که در جنگ‌های قرن نوزدهم مانند جنگ داخلی آمریکا (۱۸۶۱) ۱۸۶۵) شرکت داشتند، رواج یافت و زمانی که این سربازان از جنگ بر می‌گشتند اعتیاد آنان به این مواد ادامه می‌یافت.از این رو؛ اعتیاد به تریاک در آن زمان، به‌عنوان بیماری سربازان[13] شناخته شد.

---

[1] opium
[2] morphine
[3] codeine
[4] heroin
[5] opioid
[6] agonists
[7] antagonists
[8] nod
[9] frederich serturner
[10] morphium
[11] morphius
[12] hypodermic syringes
[13] soldiers disease

طی قرن نوزدهم؛ تعداد پزشکان و درمان‌های پزشکی بسیار محدود بود و برای رفع این کمبود، صنعت جدیدی به وجود آمد که استفاده از داروهای مقوی حاوی مواد مخدر و شربت‌های مختلف حاوی این ماده را تشدید کرد.این داروها و شربت‌ها بسیار ارزان قیمت بود و موجب کاهش درد و ناآرامی و رفع اسهال و سرفه می‌شد، ولی در عین حال مواد اعتیادآور بود.

در ایالات متحده؛ نگرانی از افزایش تعداد افراد مبتلا به اعتیاد به مواد مخدر باعث وضع قانون غذا و دارو[1] در سال ۱۹۰۶ و نهایتاً قانون مواد مخدر هاریسون گشت که براساس آن تجویز این مواد تحت کنترل و نظارت پزشکان قرار گرفت.

۱-۵-۱- مواد مخدر نیمه سنتز شده (نیمه مصنوعی)

استفاده گسترده از مواد مخدر و توانایی چشمگیر آنها در کاهش درد، و نیز وجود بازار بالقوه سود آور، باعث شد تا تحقیقات بسیاری در خصوص ساختار شیمیایی این مواد انجام پذیرد.در اواخر قرن هجدهم، محققان دریافتند که با اضافه کردن دو گروه استیل به مولکول مرفین، می‌توان به ماده جدیدی به نام هروئین دست یافت.اضافه شدن دو گروه استیل به مرفین باعث افزایش حلالیت آن در در چربی می‌شود و نهایتاً آن را قادر به عبور سریع از سد خونی می‌سازد.

هروئین با ورود به مغز مجدداً به مرفین تبدیل می‌شود.آثار مرفین و هروئین کاملاً مشابه یکدیگر است، با این تفاوت که هروئین ۳ برابر قوی‌تر از مرفین است و سریع‌تر از مرفین اثر خود را اعمال می‌کند.

۱-۵-۱-۲- مواد مخدر سنتز شده (مصنوعی)

یکی از شناخته‌شده‌ترین مواد مخدر سنتز شده ماده متادون است که نیمه عمر طولانی یعنی چیزی حدود ۱۸ تا ۲۲ ساعت دارد.این ماده طی جنگ جهانی دوم توسط آلمان‌ها به‌منظور مقابله و جبران کاهش مرفین و دیگر مواد بی‌حس‌کننده تولید شد.این ماده ابتدا دولوفین[2]، گرفته شده از نام آدولف هیتلر و به‌منظور درمان معتادان به هروئین به بازار آمد.

متادون دارویی است اعتیادآور و روان‌گردان؛ ولی زمانی که در شرایط کنترل شده کلینیکی مصرف شود، باعث کاهش نیاز به مواد مخدر در محیط‌های غیر قابل کنترل مانند خیابان‌ها می‌شود.علاوه بر این؛ استفاده از آن در مقدار بالا، نه تنها باعث انسداد و یا از بین رفتن آثار سرخوشی هروئین می‌شود؛ بلکه خطرهای مرتبط با استفاده جمعی از سرنگ‌های آلوده به ویروس ایدز و یا هپاتیت را کاهش می‌دهد.

ماده مخدر سنتز شده دیگر مپریدین[3] یا دمرول[4] نام دارد که در مقایسه با متادون، از نیمه عمر کوتاه‌تری برخوردار است.

---

[1] food and drugs act
[2] dolophine
[3] meperidine
[4] Demerol

۱-۵-۱-۳- پپتیدهای اپیوئیدی مغز

همانطور که ذکر شد، اپیوئیدها موادی اعتیادآور و روان‌گردان هستند و سلامت افراد را به خطر می‌اندازند؛ لذا در اینجا این سؤال مطرح می‌شود که به چه علت بدن افراد به اپیوئیدها پاسخ می‌دهد؟

در اوایل دهه ۱۹۷۰ محققان دریافتند که گیرنده‌های مواد مخدر درون‌زاد[1]، نه تنها در سیستم اعصاب مرکزی بلکه در سیستم‌های دیگری مانند معدی-روده‌ای نیز وجود دارند.

دلیل وجود گیرنده‌های خاصی مانند این نوع گیرنده‌ها در بدن این است که بدن خود به تولید موادی که شبیه مواد مخدر خارجی[2] هستند، می‌پردازد. اولین اپیوئیدهای پپتیدی درون‌زادی که کشف شدند، دارای زنجیره آمینواسید کوتاهی بودند که به نام‌های لوسین–انکفالین[3] و متایونین– انکفالین[4] شناخته شدند.به‌دنبال شناسایی این دو اپیوئید پپتیدی، اپیوئید پپتید دیگری به نام بتا اندورفین[5] نیز کشف شد که قسمتی از ساختار آمینو اسیدی آن شبیه ساختار آمینو اسیدی متایونین– انکفالین بود.

با پیشرفت فناوری و افزایش تحقیقات، محققان دریافتند که آندورفین‌های مختلف و متنوعی در مغز و دیگر قسمت‌های بدن تولید و ساخته می‌شوند که هدف آنها مقابله طبیعی بدن با درد است؛ برای مثال تحقیقات نشان داده‌اند که در حین تولد نوزاد، وقایع آسیب‌زا و نیز در حین دویدن، میزان آندورفین موجود در پلاسما افزایش می‌یابد.در حقیقت؛ درخصوص مورد آخر یعنی دویدن، افرادی که به شکل مرتب به ورزش دویدن می‌پردازند، از پدیده‌ای به نام سرخوشی دونده[6] برخوردارند که طی آن فرد دونده میزان لذت زیادی را در حین دویدن و بعد از آن احساس می‌کند

۱-۵-۱-۴- آنتاگونیست‌های اپیوئیدی

آنتاگونیست‌های اپیوئیدی داروهایی هستند که از تأثیرگذاری مواد مخدر بر گیرنده‌های مربوطه پیشگیری می‌کنند و آثار آنها را خنثی می‌کنند.در صورتی که این دسته از داروها به شکل داروی پیشگیری کننده[7] استفاده شوند، مواد مخدر مسمومیتی ایجاد نخواهند کرد.آنتاگونیست‌های اپیوئیدی آنقدر در خنثی کردن آثار مواد مخدر مؤثرند که از آنها در درمان مسمویت ناشی از استفاده بیش از حد[8] دارو استفاده می‌کنند؛ برای مثال، داروی نالوکسون (نارکن[9])، که یک آنتاگونیست اپیوئیدی است، بدین منظور استفاده می‌شود.این دارو، فقط چند ثانیه بعد از تزریق وریدی، باعث می‌شود تا بیمارانی که دچار حالت اغمای ناشی از استفاده بیش از حد

---

[1] endogenous
[2] exogenous opioids
[3] leucine-enkephaline
[4] methionine-enkephalin
[5] beta endorphin
[6] runners high
[7] prophylactic
[8] overdose
[9] narcan

اپیوئیدها شده‌اند، به سرعت به حالت هوشیاری برگردند.آنتاگونیست اپیوئیدی دیگری به نام نالترکسون (ریویـا[1]) وجود دارد که در درمان معتادان به الکل و هروئین مؤثر است.

الف) تأثیرات زیستی – رفتاری اپیوئیدها

- انقباض مردمک چشم
- کاهش میزان نبض
- کاهش دمای بدن
- کاهش تنفس
- بازتاب‌های آهسته
- تکلم آهسته و آرام
- استفراغ
- حافظه و توجه مختل
- گیجی یا اغما

ج) روش‌های استفاده

I) دهانی

قدیمی‌ترین روش استفاده از مخدرها، روش دهانی است.کیک‌های تریاکی، آب‌نبات‌ها و شربت‌های مختلف حاوی این مواد، جزو روش‌های سنتی استفاده از مخدرها به شمار می‌روند.
از آنجا که مخدرهای طبیعی از حلالیت نسبتاً کمی در چربی برخوردارند، استفاده دهانی از آنها گرچه مؤثر است، اما ارزش حیاتی[2] چندانی ندارد.

II) ریوی

استفاده بیش از حد و گسترده تریاک در چین تا قبل از هزاره اول کاملاً عادی و از لحاظ اجتماعی قابل قبول پنداشته می‌شد، در حالی که سیگار کشیدن (تنباکو) به‌عنوان عملی اهانت‌آمیز و غیرقابل قبول به شمار می‌رفت.در سال ۱۶۴۴؛ امپراتور چین کشیدن سیگار را ممنوع اعلام کرد، ولی در خصوص تریاک این ممنوعیت اعمال نگشت.به همین دلیل، کشیدن تریاک به سرعت تبدیل به روش معمول استفاده از این ماده مخدر شد.

---
[1] revia
[2] bioavailability

III) استنشاقی

پودر تریاک و هروئین را می‌توان از طریق بینی استفاده کرد.از این طریق، این مواد به سرعت از پوشش بینی عبور کرده و وارد جریان خون می‌شوند.اگرچه تریاک معمولاً از این طریق استفاده نمی‌شود؛ افرادی که برای اولین بار از این ماده استفاده می‌کنند، آن را به این روش مورد استفاده قرار می‌دهند.از آنجا که هروئین ماده‌ای است با حلالیت بالا در چربی، از این طریق به سرعت وارد جریان گردش خون می‌شود.

IV) تزریقی

مرفین که به شکل مایع موجود است یا دیگر مواد مخدر حلال مانند هروئین را می‌توان از ۳ روش تزریق زیرپوستی، درون عضلانی و درون وریدی استفاده کرد.

د) توزیع، پخش و دفع

کلیه مخدرها در تمامی قسمت‌های بدن توزیع و پخش می‌شوند، بالاخص در قسمت دستگاه اعصاب مرکزی که تأثیرات روان‌گردانی خود را در آنجا اعمال می‌کنند.از آنجا که قابلیت حلالیت در چربی، مواد مخدر طبیعی کم است؛ عمدتاً کندتر از مخدرهای نیمه سنتز شده مانند هروئین، وارد مغز می‌شوند.مانند داروهای دیگر؛ اگر مواد شبه مخدر دود شوند یا کشیده شوند، به سرعت وارد خون می‌شوند.مواد مخدر در کبد متابولیزه می‌شوند و از نیمه عمر تقریباً کوتاهی(تقریباً ۳ ساعت) برخوردارند.تنها مورد استثناء در این خصوص، داروی متادون است که نیمه عمر آن چیزی حدود ۲۲ تا ۲۵ ساعت است.

ه) مصارف پزشکی

استفاده عمده از مواد شبه؛ مخدر مانند مرفین، در درمان درد است.مواد شبه مخدر در کاهش درد بسیار مؤثرند.زمانی که افراد تحت تأثیر این مواد هستند؛ از وجود درد آگاهی دارند، ولی قادر به پاسخ‌گویی به آن نیستند.مواد شبه مخدر که به شکل کدئین هستند، در درمان سرفه بسیار مؤثرند؛ گرچه مشتق‌های سنتز شده آن مانند دکسترومتورفان[1] بدون آنکه دارای خواص اعتیادآور و مسکنی باشند، در درمان سرفه نیز استفاده می‌شوند.

و) آثار مضر

در مقایسه با داروهای روان‌گردان غیرمخدر، مخدرها مضرات کمتری دارند.با این حال، مخدرها مضرات بالقوه‌ای برای افراد دارند.برای مثال؛ این داروها از قابلیت اعتیادآور و نیز مسمویت بسیار بالایی برخوردارند.همچنین باعث کاهش فعالیت آن دسته از قسمت‌های ساقه مغز می‌شوند که میزان دی اکسید کربن موجود در خون را کنترل می‌کنند.یکی از تبعات مسمومیت با مخدرها کاهش میزان تنفس و نهایتاً مرگ است.اکثر مخدرها باعث تحریک

[1] dextromethorphan

نورون‌های موجود در قسمت بصل‌النخاع مغز و موجب رفلکس استفراغ می‌شوند.در نتیجه؛ افرادی کـه از مـوادی مانند هروئین استفاده می‌کنند، حالت تهوع و استفراغ را تازمانی که وضعیت تحمل نسبت به این ماده و در آنهـا ایجاد نشده، تجربه می‌کنند.

زنان بارداری که مواد مخدر استفاده می‌کنند؛ نه تنها خود، بلکه جنین خود را در معرض خطر قرار می‌دهند.آن دسته از زنان معتاد به هروئین، در صورت قطع مصرف این ماده؛ زمانی که کودک آنها متولد می‌شود، علائم ترک دارو را تجربه می‌کنند که این تجربه می‌تواند بسیار ناراحت کننده و مضر برای جنـین آنهـا باشـد.کودکان زنـان معتاد به هروئین اغلب از ناراحتی‌هایی مانند بی‌قراری و تحریک‌پذیری رنج مـی‌برنـد.همچنین ایـن کودکـان بـه علائم ترکی که بزرگسالان از آن رنج می‌برند؛ مانند آبریزش بینی، نیز دچار می‌شوند و گریه آنهـا بسـیار شـدید است.

نوزادان زنان معتاد به هروئین؛ اکثراً جثه کوچک‌تری دارند و سر آنها بسیار کوچک‌تر از نوزادان مادران غیرمعتاد است.در ارتباط با رشد شناختی کودکان مادران معتاد بـه هـروئین، گـزارش‌هـای چنـدان روشـن و واضـحی در دسترس نیست.با این حال گزارش‌های موجود حاکی از آن است که این کودکـان زمـانی کـه وارد دوره ابتـدایی می‌شوند، توانایی یادگیری‌شان نسبت به کودکان دیگر کمتر است و اکثراً دچار عقـب مانـدگی ذهنـی[1] و تـأخیر رشد[2] می‌شوند. مادران معتاد به هـروئین، اغلـب از مـواد دیگـری ماننـد نیکـوتین نیـز اسـتفاده مـی‌کننـد و از مراقبت‌های پیش از تولد؛ مانند مراقبت‌های بهداشتی، اجتماعی و روانی کمتری بهره‌مند می‌شوند.درنتیجه؛ این عوامل می‌توانند منجر به تأثیرات عمیقـی بـر روی آنهـا و بـروز بیمـاری‌هـا و اسـترس روحـی– روانـی درآنهـا گردد.همچنین می‌تواند زمینه‌ساز بروز بیماری‌های متعددی؛ اعم از فیزیکی و روانی برای کودکان آنها نیز باشد.

ز) سوء استفاده و وابستگی به مخدرها

پدیده تحمل نسبت به مواد مخدر فقط طی چند روز پس از استفاده از آن ایجاد مـی‌شـود و بـا تـداوم در طـول فرآیند اعتیاد افزایش می‌یابد.تحمل نسبت به مواد شبه مخدر بسیار جالب و متفـاوت اسـت.در پـاره‌ای از مـواد، شاید میزان بسیار کمی از اختلالات در فرد مسموم شده مشاهده می‌گردد.بـرای مثـال تحمـل نسـبت بـه آثـار ضددرد، سرخوشی و همچنین تأثیرات جانبی استفاده از این مواد مانند استفراغ ایجاد می‌شود؛ ولی تحمل نسبت به تأثیرات ضددرد این‌گونه مواد مخدر بر روی انقباض مردمک چشم ایجاد نمی‌گردد و در خصوص تأثیر یبوستی ایجاد تحمل بسیار کم است.در میان معتادان مزمن، حتی مقادیر بالای دارو، سرخوشی کمـی ایجـاد مـی‌کنـد و استفاده از دارو، فقط به‌منظور دوری جستن از بروز علائم ترک صورت می‌گیرد.

مواد شبه مخدر به‌طور کلی و بدون در نظر گرفتن نوع آنها (طبیعی، نیمه سنتز شده ویا سنتز شـده) وابسـتگی فیزیکی ایجاد می‌کنند.استفاده مرتب و منظم از این داروها نهایتاً بعد از قطع مصـرف، باعـث بـروز علائـم تـرک می‌شود.ترک داروهای مخدر ضددرد به ندرت زندگی فرد را به مخاطره می‌اندازد.این‌گونـه علائـم، شـبیه علائـم

[1] delayed mental ability
[2] delayed motor development

بیماری آنفولانزاست؛ یعنی فرد دچار درد می‌شود و احساس خستگی، تحریک‌پذیری، حساسیت بیش از حد و آبریزش بینی را تجربه می‌کند.بعضی از این علائم، فقط به مدت چند ساعت بعد از آخرین دفعه استفاده از دارو بروز می‌کنند.

۱-۵-۲-شیشه[1]

شیشه ماده مخدر روان‌گردان، ساخته شده در آزمایشگاه‌ها و کارگاه‌های غیر قانونی، همان ماده روان‌گردان مت‌آمفتامین (محرک اعصاب- می‌باشد که در مجاورت حرارت همانند یخ، بخار می‌شود و به شکل پودر سفید رنگ و ذرات ریز بلور شکل، بدون بو و تلخ که به‌راحتی در مایعات حل شدنی است؛ یافت می‌شود.

الف) مکانیسم عمل

یخ یا همان مت‌آمفتامین یا ماده مخدر روان‌گردان صناعی وقتی وارد سیستم عصبی مرکزی[2] می‌شود، باعث آزاد شدن ناگهانی واسطه شیمیایی دوپامین از مغز شده که این عامل، باعث تحریک سلول‌های مغزی و افزایش خلق و خو، حالت تهاجمی و غیر قابل کنترل و افزایش حرکات جسمی می‌شود و در صورت ادامه مصرف، بعد از مدتی علائم بدخلقی، افسردگی و علائم اختلال حرکتی مثل پارکینسون در فرد خواهد شد.

ب) علائم مصرف

- افزایش ضربان قلب
- افزایش موقتی توانایی جنسی
- افزایش اشتها
- کاهش خواب
- بی‌قراری
- پرحرفی
- توهم
- خلق تحریک‌پذیر (بیش از حد-
- افزایش موقتی فعالیت بدنی
- افزایش دمای بدن
- گیجی
- افزایش تعداد تنفس
- لرزش،تشنج
- اضطراب

[1] Met Amphetamine
[2] CNS

- بدبینی
- خشونت
- صدمه به عروق مغزی و سکته قلبی
- سکته مغزی

ج) علائم محرومیت

- خلق تحریک‌پذیر: عصبی بودن، بهانه‌جویی، بی‌قراری، پرخاشگری، بی‌حوصلگی
- عدم کنترل روانی: توهم، هذیان، بدبینی، آشفتگی مغزی یا مرگ روانی یا اسکیزوفرنی
- کاهش میل جنسی
- بی‌اشتهایی،لاغری
- ضعف بدنی
- ایجاد وابستگی شدید روانی
- کسالت و سستی

د) نکات مهم در این زمینه

- مصرف این ماده بین جوانان به‌عنوان محرک در مجالس شادی و پارتی شیوع بیشتری داشته که متأسفانه با گذشت زمان وابستگی روانی شدید ایجادشده که باعث اعتیاد می‌شود.
- تولیدکنندگان اصلی این مواد جهت سودآوری بیشتر، در کارگاه‌های غیر قانونی تولیدی این دارو از موادشیمایی پتروشیمی؛ مثل کود شیمیایی کشاورزی استفاده می‌کنند که متأسفانه عوارض خطرناکی در سیستم بدن به‌جا می‌گذارد.
- تصور غلط در جامعه مبنی بر استفاده از این روان‌گردان برای دوره سم‌زدایی و درمان افسردگی، اصلاً پایه علمی نداشته و متأسفانه باعث وابستگی روانی شدید به ماده در فرد می‌شود.
- مصرف زیاد این ماده روان‌گردان؛ چه به‌صورت نوع مواد و چه به‌صورت زمان مصرف، متأسفانه پیامد بیماری عصبی مثل افسردگی اسکیزوفرنی و یا پارکینسون(اختلالات مغزی-را به‌دنبال دارد.
- ماده اصلی شیشه بر گرفته از ماده اصلی قرص‌های روان‌گردان اکس، همان آمفتامین، تأثیرات خطرناکی بر سلامت انسان داشته و باعث افت حافظه، پرخاشگری و تهاجم، رفتار جنون‌آمیز و آسیب قلبی و مغزی شده و عوارض خطرناک ارتباط نامشروع جنسی، هپاتیت و ایدز را به‌دنبال دارد.
- اعتیاد به شیشه مانند سایر مواد، در ابتدا همراه با تجربیات لذت‌بخش و به مرور زمان، اثرات لذت‌بخش آن کاهش یافته و مصرف آن جنبه اجبار پیدا کرده و تبدیل به اعتیاد به شیشه می‌شود.

۱-۵-۳- حشیش (علف، گراس، ماری‌جوآنا)

حشیش یکی از پر مصرف‌ترین مواد درایالات متحده می‌باشد و درمیان موادی که نوجوانان و جوانان تمایل به استفاده ازآن ها را دارند، رتبه اول را دارد؛ اما این بدان معنی نیست که اکثر نوجوانان حشیش مصرف می‌کنند. براساس مطالعه‌ای که درسال ۱۹۹۴ بر روی دانش آموزان دوره دبیرستان صورت گرفت، مشخص شدکه ۳۰/۷٪ ازآنها درطول یک سال گذشته حشیش مصرف کرده‌اند. درحالی که ۶۹/۳ ٪ آنها ازاین ماده مخدر استفاده نکرده‌اند.

حشیش، اثرات منفی روانی و جسمانی متعددی دارد. استفاده ازآن می‌تواند به آسیب و ضعف حافظه کوتاه‌مدت و توانایی فهم منتهی شود، احساس زمان را تغییر دهد و توانایی انجام فعالیت‌هایی که نیاز به تمرکز و هماهنگی حواس درآنها وجود دارد؛ برای مثال رانندگی را کم کند.

معمولاً افراد خجالتی از حشیش زیاد استفاده می‌کنند و کارهایی انجام می‌دهند که در نهایت موجب پشیمانی آنها می‌شود.

الف) اثرات استفاده کوتاه‌مدت از حشیش

- حالت خواب‌آلودگی و احساس گرسنگی زیاد
- ناتوانی درتعقیب زمان و آسیب یا کاهش توانایی حافظه کوتاه‌مدت
- کاهش توانایی‌هایی که نیاز به تمرکز و هماهنگی حواس دارند، مانند رانندگی کردن
- تشدید فعالیت قلب
- احتمال بروز عوارض قلبی برای افرادی که از بیماری‌های قلبی رنج می‌برند
- قرمزشدن چشم‌ها براثر پرخون شدن بافت های آن
- کاهش بازداری اجتماعی در رفتار
- احتمال بروز بدگمانی وسوءظن، توهم و اضطراب شدید

ب) اثرات استفاده بلندمدت از حشیش

- افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های ریوی؛ ازجمله سرطان ریه
- کاهش سطح هورمون تستسترون (هورمون مردانه-در مردان
- افزایش سطح هورمون تستسترون در زنان
- کاهش تعداد اسپرم‌ها در مردان
- افزایش خطر ناباروری در زنان
- بروز وابستگی عاطفی و روانی و نیاز به افزایش مصرف جهت رسیدن به حالت نشئگی اولیه

بعضی ازافراد تصور می‌کنندکه حشیش می‌تواند اشتهای آنان را افزایش دهد که این امر منجر به پرخوری و افزایش وزن می‌شود.

براساس یک مطالعه ازمیان ۱۰۲۳ مورد بیمار دچار ضربه و سانحه که در قسمت اورژانس پذیرش شده بودند، در خون یک سوم آنها، میزان قابل توجهی حشیش وجود داشت.

ج) نکات مهم در این زمینه

- در صورت اعتیاد به حشیش، فرد معتاد قادر به انجام وظایف خود نیست و درکارهایی که احتیاج به تمرکز دارند، با مشکل مواجه خواهدشد.
- مصرف حشیش باعث پایین آمدن تعداد اسپرم‌ها در مردان و افزایش خطر ناباروری در زنان می‌شود.
- استفاده از حشیش احتمال صدمه دیدن را افزایش می‌دهد؛ برای مثال تصادفات اتومبیل، افتادن از ارتفاع، سوختگی، غرق شدن و خودکشی با مصرف این ماده در ارتباط است.
- مصرف مواد می‌تواند ظاهر و چهره نوجوان را خراب کند، او را افسرده سازد و سبب افت تحصیلی وی شود.
- یک بار مصرف تصادفی و تفننی، ممکن است فرد را مجبور به کاری کند که در تمام طول عمر از کرده خود پشیمان شود.
- مصرف این ماده می‌تواند سلامتی جسمی و روانی، پیشرفت تحصیل، روابط خانوادگی و زندگی اجتماعی فرد را به خطر اندازد.
- استفاده از حشیش، نه تنها به فرار ازمشکلات کمک نمی‌کند؛ بلکه باعث بروز مشکلات دیگری خواهدشد.

۱-۵-۴-مشروبات الکلی

بعضی از مردم که در موقعیت‌های اجتماعی خجالتی می‌باشند؛ برای سر پوش نهادن بر این موضوع، مشروبات الکلی می‌نوشند و رفتارهای ناشایستی را انجام می‌دهند که مایه شرمساری آنان می‌شود.

الف) اثرات مصرف مشروبات الکلی

- الکل مستقیماً وارد چرخه گردش خون می‌شود و به همین دلیل، تمام سیستم‌های بدن را تحت‌تأثیر آثار نامطلوب خود قرار می‌دهد.
- نوشیدن مداوم و زیاد مشروب سبب بروز سرطان و سیروز کبدی می‌شود.
- فرزندان خانواده‌هایی که اعضای آن مشروب می‌خوردند، بیشتر در معرض ابتلا به مصرف مشروبات الکلی و الکلیسم (اعتیاد به الکل-هستند.

- در مردان؛ افراط در نوشیدن مشروبات الکلی باعث پایین آمدن هورمون تستسترون و ناتوانی جنسی می‌شود.
- استفاده از مشروبات الکلی می‌تواند موجب خودکشی یا اقدام به قتل شود.
- نوشیدن مشروبات الکلی می‌تواند منجر به صدمات جدی و حتی مرگ شود.
- بیشتر از ۳۸٪ ازتصادفات مرتبط با مصرف مشروبات الکلی هستند.
- **آثار طولانی‌مدت زیاد نوشیدن مشروب** عبارتند از
  - بی‌اشتهایی
  - کمبود ویتامین‌ها دربدن
  - مشکلات معده
  - ناتوانی جنسی
  - صدمه به کبد، قلب و سیستم اعصاب مرکزی
  - ازدست دادن حافظه

ب) نشانه‌های سوءمصرف مشروبات الکلی

- عدم توانایی درکنترل نوشیدن به گونه‌ای که به نظر می‌رسد فرد بدون توجه به تصمیم قبلی، بیش از پیش مشروب می‌خورد.
- نوشیدن مشروبات الکلی برای فرار از مشکلات
- تغییر در رفتارهای معمولی و"انگشت‌نما" شدن در میهمانی‌ها
- افزایش میزان مصرف تاحدی که باعث مستی شود.
- فراموشی به این معنی که گاهی اوقات فرد نمی‌تواند به خاطر آورد که در زمان مستی و نوشیدن مشروب چه اتفاقی افتاده است.
- بروز مشکلات در دانشگاه یا محل کار به واسطه نوشیدن مشروب.
- انگشت‌نما شدن و نگرانی خانواده و دوستان درخصوص مشروب خواری فرد

ج) نکات مهم در این زمینه

- الکل مانع از ارسال درست پیام‌ها به مغز شما می‌شود و حواس، احساسات، قوه بینایی، بویایی و هماهنگی را دگرگون می سازد.
- مشروبات الکلی، کندکننده سیستم اعصاب مرکزی‌اند. آنها بر تمام اندام‌ها اثر گذاشته و مصرف مداوم آن باعث بروز عوارض غیر قابل برگشتی نظیر اعتیاد به الکل می‌شود.

- مشروبات الکلی سبب پائین آمدن بازداری‌ها در فرد می‌شود، قضاوت او را مختل می سازد و باعث بروز رفتارهای خطرناکی چون روابط جنسی نامشروع می‌شود. این امر می‌تواند منجر به ابتلا به ویروس HIV/AIDS و انتقال دیگر بیماری‌های مقاربتی و حاملگی‌های ناخواسته شود.
- الکل؛ همچنین باعث از بین رفتن هماهنگی،کند شدن زمان واکنش، ضعف حواس و حواس‌پرتی و فراموشی می‌شود.
- رابطه بین مصرف مشروبات الکلی و تصادفات وسایل نقلیه تاحد زیادی روشن شده است. برای مثال در آمریکا طی سال ۱۹۹۳، ۴۰٪ از ۵۹۰۵ مورد تصادفات مرگبار درسنین ۱۵ تا ۲۰ سال، دراثر مصرف مشروبات الکلی بوده است (فکر می‌کنید در ایران این آمار چگونه خواهد بود؟).
- اعتیاد و وابستگی به الکل یک بیماری است. دقیقاً شبیه مرض قند ویا فشار خون بالا، الکل می‌تواند فرد را دچار کمبود کالری، خماری و تنگی‌نفس کند.

۱-۵-۵- کوکائین و کراک

کوکائین پودر سفید رنگی است که از برگ درختی به نام کوکا در امریکای جنوبی به دست می‌آید. کوکائین یک ماده محرک است و باعث به‌وجود آمدن اختلالات شناختی نظیر داشتن قدرت بی‌حد و حسر و انرژی می‌شود که در نهایت به افسردگی، عصبی شدن و عطش مصرف می‌انجامد.

کراک نوع دیگری ازکوکائین است که با روش‌های شیمیایی، به‌گونه‌ای در می‌آید که بتوان آن را تدخین کرد. کوکائین و کراک به شدت اعتیاد آورند. این اعتیاد می‌تواند سلامت بدنی و روانی فرد مصرف‌کننده را از بین ببرد و تا جایی پیش برود که تمام جنبه‌های زندگی فرد معتاد به این ماده را تحت‌تأثیر خود قرار دهد. استفاده از کوکائین و کراک؛ در بسیاری حوادث از جمله غرق شدن، تصادفات، سقوط ازارتفاع، سوختگی و یا خودکشی نقش داشته است.
مردم اغلب زمانی که تحت‌تأثیر مصرف کوکائین و کراک هستند، کارهای خطرناکی انجام می‌دهند و مدتی بعد نیز پیشیمان می‌شوند.

الف) اثرات مصرف کوکائین

- افزایش فشار خون، فعالیت قلب و تنفس
- بالا رفتن حرارت بدن
- حمله قلبی، و اختلالات تنفسی
- -انتقال بیماری‌های عفونی نظیر هپاتیت و ایدز ازطریق سرنگ آلوده واستفاده مشترک از آنها
- حملات تشنجی مغز، سکته مغزی

- کاهش توانایی بدن برای مقاومت و مقابله با عفونت‌ها
- بروز رفتارهای خصمانه، غیرعادی و توأم با سوءظن
- بروز توهم به‌ویژه توهم حشرات موذی (احساس اینکه حشرات روی پوست بدن حرکت می‌کنند و می‌لولند.)
- آشفتگی فکری، افسردگی، اضطراب و ازدست دادن تمایل به غذا و ارتباط جنسی.
- پسیکوز ناشی از کوکائین یعنی قطع ارتباط با واقعیت و بی‌علاقگی به دوستان، افراد فامیل، ورزش، سرگرمی‌ها و دیگر فعالیت‌ها

ب) نکات مهم در این زمینه

- افسانه: کراک و کوکائین لذت آمیزش جنسی را افزایش میدهد.
- حقیقت: معتادان به کوکائین و کراک، اغلب در برقرار کردن رابطه جنسی ناتوان هستند.
- اعتیاد در هر زمان از دوره عمر ممکن است اتفاق بیفتد، هرگز خود را در برابر اعتیاد ایمن ندانید.
- حتی کسانی که برای اولین بار کوکائین و کراک را استفاده می‌کنند، ممکن است دچار تشنج و یا حمله قلبی شوند.
- حتی مقداری کم کوکائین و یا کراک، می‌تواند کشنده باشد.
- تزریق کوکائین می‌تواند باعث ابتلا به هپاتیت یا ایدز شود.
- استفاده از این ماده احتمال مصدومیت را افزایش می‌دهد. تصادف ماشین، پرت شدن ازبلندی، سوختگی، غرق شدن و خودکشی با استفاده از این ماده، ارتباط دارد.
- استفاده از این ماده می‌تواند ظاهر و چهره مصرف‌کننده را خراب کند، فرد را افسرده سازد و سبب افت تحصیلی وی شود.
- یک بار مصرف تصادفی یا تفننی این ماده ممکن است منجر به اعتیاد و یا حتی مرگ شود.
- استفاده از این ماده ممکن است سلامتی، تحصیلات، پیوندهای خانوادگی و زندگی اجتماعی را به خطر بیندازد.
- استفاده از این ماده هیچ‌گاه یک رفتار معمولی و مورد پذیرش و تأیید نمی‌باشد.
- استفاده از این ماده به فرار از مشکلات کمک نمی‌کند؛ بلکه باعث بروز مشکلات جدید می‌شود.

۱-۵-۶- آنابولیک استروئیدها

استروئیدهای اندروجنیک آنابولیک که معمولاً به‌عنوان استروئیدها شناخته می‌شوند، شامل هورمون مردانه تستسترون و مشتقات مصنوعی آن می‌باشد.

استروئیدها غالباً برای درمان انواع خاصی از بیماری‌ها نظیر کم‌خونی و بعضی از انواع سرطان‌های سینه و کمبود تستسترون استفاده می‌شوند. استفاده غیرپزشکی از استروئیدها غیرقانونی است؛ ولی به‌هرحال، به دلیل کاربرد

آن در رشته پرورش اندام و تقویت کارآیی و توان جسمی، از اواخر دهه ۱۹۵۰، ورزشکاران و افراد عادی به‌صورت غیرقانونی از استروئیدها استفاده نموده‌اند.

استروئیدها به ۲ صورت خوراکی و تزریق در عضله استفاده می‌شوند. هم مردان و هم زنان ازاستروئیدها استفاده می‌کنند؛ ولی مقدار مصرف آن در مردان بیشتر است.

بر اساس مطالعاتی که اخیراً انجام شده است، نوجوانان مصرف‌کننده استروئید، غالباً ازمواد دیگر و سرنگ‌های مشترک استفاده می‌کنند.

الف) اثرات مصرف استروئیدها

عوارض بهداشتی بی‌شماری درمصرف کوتاه‌مدت استروئیدها نهفته است که فقط تعدادی ازآنها قابل جبران هستند.اثرات بلندمدت استفاده ازاستروئیدها تا حد زیادی ناشناخته است؛ ولی شواهد مستدلی مبنی بر آثار روانی آن وجود دارد. محققان گزارش داده‌اند که این ماده می‌تواند باعث نوسان‌های شدید خلفی و رفتارهای خشونت‌آمیز شود. مصرف‌کنندگان این ماده ممکن است دچار سوءظن و حسادت، تحریک‌پذیری، هذیان، قضاوت نادرست و احساس شکست ناپذیری شوند. خودکشی، ارتکاب به قتل، بیماری‌های کبدی، حملات قلبی و سرطان از جمله موارد گزارش شده در مصرف‌کنندگان این ماده است. علاوه بر این؛ به علت آن که کیفیت واقعی مواد استروئیدی خیابانی نامشخص است، مصرف‌کنندگان این مواد درمعرض خطر بیشتری قرار می گیرند.

ب) مهم ترین عوارض جانبی این ماده عبارتنداز:

- به‌وجود آمدن غده در کبد
- ابتلا به یرقان
- احتباس مایعات در مثانه
- فشار خون بالا
- بروز جوش‌های دردناک
- زرد شدن رنگ پوست و چشم‌ها
- اضطراب و لرزش
- ضعیف شدن تاندون‌ها که می‌تواند منجر به پارگی و یا ازکار افتادگی آنها شود.

درجدول زیر عوارض مصرف استروئیدها ذکرشده است

مردان	زنان	نوجوانان
کوچک شدن بیضه‌ها	روئیدن مو درصورت	کندشدن رشد به دلیل
کاهش تعداد اسپرم	نامرتب شدن قاعدگی	آسیب نواحی رشـدی درانتهـای استخوان‌ها
عقیم شدن	بزرگ شدن کلیتوریس	
ریزش مو	دورگه شدن صدا	
بزرگ شدن سینه‌ها		

۱-۵-۶- مواد توهم‌زا

مواد تواهم‌زا، موادی هستندکه حقایق و ماهیت اشیاء را غیرواقعی نشان می‌دهند.

معروف‌ترین مواد توهم‌زا عبارتنداز: فن سیکلدین[1]، اسید[2]، مسکالین، پیوت و پسیلوسیبین یا قارچ جادویی.

تحت‌تأثیر مواد توهم‌زا؛ احساس جهت، فاصله و زمان دچار مشکل می‌شود.
این مواد می‌تواند باعث رفتارهای غیر قابل پیش‌بینی، عجیب و خصمانه‌ای شود که گاهی منجر بـه آسـیب‌هـای جدی و حتی فوت می‌گردد. درهمین ارتباط، مواردی از قبیل غرق شدن، سقوط از ارتفاع، سوختگی و تصادف با اتومبیل نیز گزارش شده است. درسال ۱۹۹۳ در آمریکا، مصرف مواد توهم‌زا باعـث ۱۰ هـزار مـورد مراجعـه بـه اورژانس بیمارستان‌ها و حدوداً ۲۰۰مورد مرگ شد. افراد تحت‌تأثیر این مواد، مکرر ا به خود آسیب می رسانند و یا رفتارهای پرخاشگرانه نشان می‌دهند.

الف) اثرات استفاده از توهم‌زاها

I) جسمی

- افزایش فشار خون و تپش قلب
- خواب‌آلودگی و احساس لرزش
- ناتوانی در هماهنگی عضلانی
- تکلم پراکنده، تکه‌تکه و بی‌انسجام

[1] PCP
[2] LSD

- کاهش آگاهی حسی نسبت به لمس و درد که می‌تواند باعث بروز آسیب به خود شود.
- تشنج
- فرو رفتن به کما

II) روانی

- داشتن احساس بیگانگی و احساس تنهایی
- افسردگی، اضطراب، بدگمانی و سوءظن
- رفتار خصمانه
- اغتشاش فکر، سوءظن و عدم کنترل بر رفتارها
- به خاطر آوردن خاطرات گذشته
- بروز رفتارهایی شبیه بیماران اسکیزوفرنیک
- بروز علائم کاتاتونیک که در این حالت مصرف‌کننده ساکت، بی‌حال و آشفته می‌شود و حرکات بی‌معنی‌ای را تکرار می‌کند.

ب) نکات مهم در این زمینه

- عکس‌المعل افراد نسبت به مصرف مواد توهم‌زا یکسان نمی‌باشد و هیچ راهی برای پیشگویی اینکه در صورت استفاده، "سفر بد" در انتظار فرد نباشد، وجود ندارد.

مصرف‌کنندگان به این تجربه خود و عوارض آزاردهنده ناشی ازآن واژه "سفر بد" را اطلاق می‌کنندکه حدوداً ۱۲ ساعت به طول می انجامد.

- اثر مواد توهم‌زا می‌تواند تا ۱۲ ساعت در بدن باقی بماند.
- این تصور غلطی است که مصرف مواد توهم‌زا سبب مکاشفه در خود می‌شود. استفاده از مواد توهم‌زا سبب ضعف یادگیری و حافظه می‌شود.
- **حقایق صریح وروشن**

  - اثرات مصرفLSD غیر قابل پیش‌بینی است و بستگی دارد به میزان مصرف، شخصیت فرد مصرف‌کننده، خلق و انتظارات شخص از محیطی که در آن این ماده مصرف می‌شود.
  - معمولاً مصرف‌کننده اولین اثرات مصرف این ماده را بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بعد از مصرف، احساس خواهد کرد. این اثرات عبارتند از گشادشدن مردمک چشم، افزایش فشارخون و تپش قلب، عرق کردن، ازدست دادن اشتها، خواب‌آلودگی، خشکی دهان و لرزش.

- تغییر دراحساسات و عواطف مشخصاً بیشتر از علائم بدنی رخ می‌دهد. فرد مصرف‌کننده احتمال دارد چندین احساس مختلف را در یک زمان تجربه کند و یا اینکه خیلی سریع از یک احساس و حالت، به حالت دیگری سوق داده شود.
- بسته به میزان مصرف، این ماده می‌تواند باعث هذیان و توهم بینایی شود که این خود سبب ایجاد ترس و وحشت می‌شود.
- افکار و احساسات ترسناک، ترس از مرگ ودیوانگی، صدمات و حوادث مرگ‌بار در طول مصرف و نشئگی LSD از دیگر عوارض آن است.
- LSD همانند کوکائین، مشروبات الکلی یا نیکوتین سیگار؛ در فرد مصرف‌کننده اجباری را برای مصرف ایجاد نمی‌کند، بلکه سبب حالت تحمل می‌شود و به همین دلیل است که شخص مجبور است برای رسیدن به نشئگی، هردفعه نسبت به دفعه قبل میزان مصرف LSD را بالاتر برد.

باتوجه به غیر قابل پیش‌بینی بودن آثار این ماده، این کار بسیار خطرناک است و می‌تواند به تشنج، کما، از کار افتادن ریه‌ها، قلب و نهایتاً مرگ منجر شود.

۱-۵-۷- قرص‌های اکس(اکستاسی)

اکستاسی یک ماده محرک و تا حدی توهم‌زا است. معمولاً به‌صورت قرص و رنگ آن سفید می‌باشد.

الف) اثرات مصرف اکس

عوارض‌مصرف قرص‌های اکس غیرقابل پیش‌بینی‌اند؛ ولی شایع‌ترین و شناخته‌شده‌ترین آنها عبارتند از:

- فرد احساس می‌کند که هوشیارتر شده است.
- صداها، رنگ‌ها، احساسات و عواطف بسیار شدیدتر حس می‌شود.
- انرژی کاذب زیادی ایجاد می‌کند.
- پس از مصرف آن فرد احساس می‌کند که عضلات فک او سفت شده‌اند و دچار حالت تهوع، تعریق و افزایش ضربان قلب می‌شود.
- با کاهش آثار آن در بدن، فرد خسته شده و دچار احساس افسردگی می‌شود که ممکن است چند روز به طول انجامد.
- از آنجا که انرژی کاذبی ایجاد می‌کند، ممکن است فرد مصرف‌کننده چندین ساعت فعالیت فیزیکی نماید، بدون آنکه احساس تشنگی نماید. این امر باعث به‌هم ریختن تعادل مواد شیمیایی خون شده که در نهایت مرگ را در پی خواهد داشت.
- مصرف این قرص سبب مشکلات کبد و کلیه می‌شود.
- تاکنون در کشور انگلستان ده‌ها نفر بر اثر مصرف قرص اکس کشته شده‌اند.

۱-۵-۸- سیگار

می‌توان با اطمینان، سیگار را رایج‌ترین ماده مصرفی اعتیاد آور در جهان به حساب آورد.

اعتیادآوری سیگار به‌خاطر وجود نیکوتین در توتون آن است. با این حال؛ عوارض اصلی سیگار را نمی‌توان به نیکوتین نسبت داد. این عوارض عمدتاً در دود حاصل از سوختن توتون یافت می‌شوند.

سیگار در مجموع، مرگ‌آورترین ماده اعتیاد آور در جهان است.

الف) اثرات مصرف سیگار

از جمله عوارض دود سیگار عبارتند از:

- افزایش احتمال ابتلاء به انواع سرطان در نواحی ریه، دهان، حلق، حنجره، مری، مثانه، پانکراس، دهانه رحم و غیره.
- بیماری‌های مزمن تنفسی
- افزایش احتمال خطر
  - بیماری‌های کرونر قلبی
  - فشار خون بالا
  - سکته مغزی
  - خونریزی مغزی
  - سرطان خون
  - آب مروارید چشم (دو برابر افراد غیرسیگاری)
  - بیماری‌های غده تیروئید
  - سقط جنین
  - یائسگی زودرس
  - پوکی استخوان
  - بیماری پوستی

نمونه سؤالات فصل اول

۱-اعتیاد یک بیماری.....است.

الف- زیستی، اجتماعی، روانی، معنوی

ب-ژنتیکی، جسمی، اقتصادی، فردی

ج- جسمی، معنوی، درمانی

د-فردی، اجتماعی، جسمانی

۲-ارکان اصلی برنامه کاهش آسیب اعتیاد عبارتند از .....

الف- آموزش،درمان،پیشگیری

ب- ارائه لوازم بهداشتی، آموزش، درمان نگهدارننده با متادون

ج- پیشگیری، درمان، کاهش آسیب اعتیاد

د- توزیع و ارائه لوازم بهداشتی

۳)عبارت "سوءمصرف موادمخدر" با "وابستگی" برابر است.

الف- صحیح است

ب- صحیح نیست

ج- تاحدودی صحیح است

د- مستلزم گذشت زمان است

۴-علائم محرومیت از مواد (سندروم محرومیت-عبارتند از:

الف- مجموعه علائم ترک که فرد تجربه میکند

ب- مجموعه ناراحتی های جسمی-روانی

ج- گرفتن مواد از فرداست

د- همه موارد

۵-صحیح‌ترین جمله در خصوص توصیف معنی"عود" .....

الف-گرایش به سوی مواد لغزش و عود نام دارد

ب-لغزش به‌دنبال یک وسوسه و یکبار اتفاق می افتد و لزوماً به عود منجر نمی‌شود.

ج-مصرف مجدد مواد به‌صورت منظم بعد از ترک را عود گویند.

د-هیچ‌کدام

۶-کدامیک از گزینه‌ها از اهداف درمان نیست؟
الف-رسیدن به زندگی عاری از مواد
ب-شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی در فرد
ج-افزایش انگیزه بیماربرای حفظ پرهیز
د-تمرکز روی دوستان و آشنایان

۷-در مجامع دانشگاهی به‌جای کلمه اعتیاد، اصطلاح.....بکار می‌رود.
الف-سوءمصرف مواد
ب-وابستگی به مواد
ج-مصرف موادمخدر
د- همه موارد

۸-برای تشخیص سوءمصرف موادحداقل یک نشانه بمدت .....لازم است.
الف-۶ماه
ب-۳ماه
ج- ۱۲ماه
د-یک ماه

۹-گزینه درست درخصوص دسته و خانواده مواد کدام است؟
الف-خانواده حشیش: حشیش، چرس، بنگ، علف.
ب-خانواده مخدرها:کراک، هروئین، کوکائین
ج-خانواده کوکائین:کوکائین و کراک کوکائین، ریتالین
د- هیچ‌کدام درست نمی‌باشند.

۱۰-قدمت استفاده از مواد مخدر به ..... قبل می‌گردد.
الف-۱۵۰۰سال
ب-۶هزارسال
ج-۳هزارسال
د-هیچ‌کدام

۱۱-در گذشته بیماری اعتیاد به ..... را بیماری سربازان می‌گفتند.
الف-کدئین ب- مرفین ج- تریاک د- حشیش

۱۲-آثار مرفین و هروئین کاملاً مشابه همدیگراست، با این تفاوت که هروئین ..... .قوی‌تر از مرفین است.

الف-۴برابر

ب- ۲برابر

ج-۳برابر

د-۱۰ برابر

۱۳-روش‌های استفاده مواد مخدرعبارتند از.....

الف-دهانی، ریوی، استنشاقی، تزریقی

ب-کشیدنی، تزریقی، استنشاقی

ج-کشیدنی، استنشاقی، تزریقی، دماغی

د- ریوی، تزریقی، کشیدنی

۱۴-شیشه(متاآمفتامین-یک ماده ..... است.

الف- محرک غیرمصنوعی

ب-محرک مصنوعی

ج- غیرمحرک مصنوعی

د-هیچ‌کدام

۱۵-انواع مصرف موادعبارتنداز.....

الف-آزمایشی، تفننی، وابسته

ب-گاه گاهی، تفریحی، آزمایشی

ج-تفریحی، سوءمصرف، وابسته

۱۶-مشروبات الکلی جزو دسته ..... سیستم اعصاب مرکزی‌اند.

الف-کندکننده‌ها

ب- تضعیف کننده‌ها

ج-محرک‌ها

د-تشدیدکننده‌ها

۱۷-قرص‌های اکستازی جزو مواد .....و تا حدی..... هستند.

الف-کندساز-توهم‌زا ب-محرک- توهم‌زا

ج-توهم‌زا وغیرمحرک د- شادی‌آور-توهم‌زا

۱۸)مهمترین راه مقابله با بروز پدیده اعتیاد .....

الف-ترویج سبک زندگی سالم

ب-خانواده سالم وعاری از مواد مخدرو محرک

ج-آموزش مهارت‌های زندگی به افراد

د-همه موارد

۱۹-ترک اعتیاد به حشیش راحت‌تر از اعتیاد به شیشه است.

الف- بستگی به سن و جنس فرد دارد

ب- بستگی به نوع درمان دارد

ج- بستگی به میزان مصرف دارد

د- همه موارد

۲۰-اکستاسی یک ماده ..... و به‌صورت ..... .استفاده می‌گردد.

الف-محرک-تزریقی

ب-توهم‌زا-خوردنی

ج- محرک-قرص

د-پودر-توهم‌زا

۲۱-ازجمله اثرات کوتاه مدت استفاده از حشیش ..... می‌باشد.

الف-حالت خواب‌آلودگی و احساس گرسنگی زیاد

ب-کاهش تعداد اسپرم‌ها در مردان

ج- افزایش احتمال ابتلاء به بیماری‌های ریوی

د- افزایش بروز خطرناباروری در زنان

۲۲-ماده ..... از پرمصرف‌ترین مواد در ایالات متحده امریکا می‌باشد.

الف-حشیش

ب-کراک

ج-اکس

د-کوکائین

۲۳-برای کلیه معتادین می‌توان یک نسخه واحد تجویز کنیم و آنها را نجات دهیم.

الف- درست است ب- نادرست است

ج- تاحدودی درست است د-هیچ‌کدام

۲۴-در جمهوری اسلامی ایران مصرف و سوءمصرف مواد طبق ماده ۱۵ قانون مبارزه با مـواد مخـدر ..... محسوب می‌شود، اما چنانچه بیمار به مرکز درمان اعتیاد مراجعه کند و تحت پوشش یکـی از انـواع برنامـه‌هـای درمانی قرار گیرد از تعقیب کیفری ..... .می‌گردد.

الف- جرم –گناه

ب- گناه – زندان

ج- خطا- مجرم

د-جرم – معاف

۲۵- برنامه کاهش آسیب اعتیادتوسط ..... .جهت اجرا به قوای سه گانه ابلاغ شده است.

الف- مجمع تشخیص مصلحت نظام

ب- مجلس شورای اسلامی

ج-سران سه قوه

د- هیئت وزیران

۲۶- سم‌زدایی یعنی .....

الف-فرآیندی که در آن سعی می‌شود فرد معتاد سریعاً به وضعیت عادی از مصرف مواد رسانده شود.

ب- رفع مواد از سراسر بدن را گویند.

ج- پاک شدن از سموم مواد مخدر در اولین فرصت

د- همه موارد

۲۷-بهبودی عبارتست از:

الف-خوب شدن فرد معتاد

ب-برگشت معتاد به محل کار

ج-فقدان وسوسه در فرد معتاد

د-بازگشت به حالت طبیعی و سلامت پیش از بیماری است

۲۸-گروه‌های مختلف در زمینه اعتیاد عبارتند از:

الف-افرادی که اصلاً مواد مصرف نمی‌کنند، افرادی کـه مواد مصرف می‌کنند ولی در حد کم تا متوسط هستند، افرادی که دچار بیماری مصرف مواد هستند

ب-مردانی که یک‌بار مصرف‌کننده بوده‌اند، مردانی که دچار بیماری مصرف مواد هستند.

ج-همه زنان و مردان مصرف‌کننده مواد، افرادی‌که در ظاهر معتاد نیستند، افرادی‌که کم مصرف می‌کنند.

۲۹-..... را تعریف مصرف use)-عنوان می‌کنند.
الف-شامل یک بار مصرف ماده قانونی است.
ب-مصرف دوماده باهم
ج- مصرف مداوم مواد
د-همه موارد

۳۰- مفهوم تحمل عبارتست از:
الف-مصرف مکرر و طولانی مدت مواد اعتیادآور باعث بروز پدیده تحمل می‌شود.
ب-اثر برخی مواد در نتیجه تکرار استعمال مقدار ثابتی از آن ماده، کاهش می‌یابد.
ج-بیمار در دفعات بعدی مصرف، برای رسیدن به سطح قبلی روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد، باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند.
د-ب و ج

۳۱- تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده ..... است.
الف-عود
ب-وسوسه
ج-لغزش
د-میل مصرف

۳۲-ترک حشیش گاهی باعث ..... می‌شود.
الف- دست و پا درد
ب- ایجاد توهم
ج- ایجاد تهوع
د- همه موارد

۳۳-مصرف داروهای مخدر اعتیادآور نیست.
الف- درست است
ب- بستگی به مقدار دارو دارد
ج- زیر نظر پزشک بلامانع است
د-اشتباه است

۳۴-در سال ۱۹۰۶ براساس قانون ..... تجویز این مواد تحت کنترل و نظارت پزشکان قرار گرفت.
الف- مجلس ب- هاریسون ج- جانسون د- بزه کاران مواد مخدر

۳۵- از نظر ساختار و عملکرد هروئین.....
الف- با ورود به مغز مجدداً به مرفین تبدیل می‌شود.
ب- در مغز جذب می‌شود.
ج- در بافت نرم مغز اثر می‌گذارد.
د- بدون بو و مزه است.

۳۶- ماده متادون یک .....با نیمه‌عمری بین ..... ساعت هست.
الف-مصنوعی-۱۲تا ۱۸
ب-ماده مخدر سنتز شده-۱۸)۲۲
ج-طبیعی-۱۲تا۲۰
د-هیچ‌کدام

۳۷-کدام جمله صحیح است؟
الف-بدن خود به تولید موادی که شبیه مواد مخدر خارجی (opioids exogenous-هستند، می‌پردازد.
ب- گیرنده‌های مواد مخدر درون‌زاد (endogenous-نه تنها در سیستم اعصاب مرکزی بلکه در سیستم‌های دیگری مانند معدی-روده ای نیز وجود دارند.
ج- هردو مورد
د-هیچ‌کدام

۳۸-آنتاگونیست‌های اپیوئیدی داروهایی هستند که .....
الف- از تأثیرگذاری مواد مخدر بر گیرنده‌های مربوطه پیشگیری می‌کنند و آثار آنها را خنثی می‌کنند.
ب-ماده غیرصنعتی هستند که برای بدن مضر هستند.
ج-برای فرد اعتیادآور هستند.
د-همه موارد

۳۹-ماده " هروئین " را میتوان به‌صورت ..... استفاده کرد.
الف-تزریق زیر پوستی
ب- تزریق عضلانی
ج- تزریق وریدی
د- همه موارد

۴۰-زنان بارداری که از مخدرها سوء استفاده می‌کنند، .....

الف- ممکن است مشکل خاصی پیدا نکنند.

ب- بی‌عارضه است

ج- با عارضه است

د- هم خود هم جنین در معرض خطر هستند.

فصل دوم:

پیشگیری و درمان

۲-۱- خانواده و درمان اعتیاد

رفتار خانواده با فرد معتاد در جهت بهبودی، یکی از موضوعاتی است که دانستن آن می‌تواند در درمان و پیشگیری از اعتیاد نقش معجزه‌آسایی داشته باشد. نقش خانواده و اطرافیان در ادامه اعتیاد به‌قدری مهم است که همیشه گفته‌اند:

"اگر خانواده و اطرافیان بیمار در شروع اعتیادش مقصر نباشند، در ادامه اعتیادش می‌توانند کاملاً مقصر باشند!"

متأسفانه بسیاری از خانواده‌ها تصور می‌کنند اعتیاد یک عادت ساده است که با مصرف مواد شروع می‌شود و فرد معتاد از ترس علائم خماری و اذیت شدن قادر به قطع مصرف نیست و در صورتی‌که ما به او کمک کنیم تا قطع مصرف کند و از لحاظ بدنی اذیت نشود. با توجه به اینکه زندگی دردناک گذشته‌اش را بیاد آورده و درس عبرت خواهد گرفت و به سمت مصرف مواد بر نمی‌گردد.

بر اساس چنین تصور اشتباهی است که اطرافیان بیشترین انرژی و هزینه را در سم‌زدایی و قطع مصرف مواد صرف می‌کنند و توقع دارند چون فرد بعد از سم‌زدایی (با روش های درمانی یا بستری شدن در کمپ یا خودسرانه-دیگر دچار علائم خماری نمی‌شود و مشکلات جسمی ندارد؛ اگر به سمت اعتیاد برگردد، تنها دلیل آن بی‌غیرتی، بی‌ارادگی، هوس‌بازی و بسیاری انگ‌های دیگر است! علیرغم تصوری که اکثر بیماران و خانواده‌های آنها دارند؛ امروزه قسمت اول درمان اعتیاد که همان قطع مصرف مواد است، به‌راحتی صورت می‌گیرد؛ ولی متأسفانه بیمار در قسمت اصلی درمان که همان بازتوانی و کسب مهارت برای برخورد درست با مشکلات است، کاملاً تنها می ماند.
چیزی که باید آن را فریاد بزنیم این است که:
خانواده محترم، بیماری که قطع مصرف کرده است چشمش به تمام تخریب‌هایی که به علت اعتیاد صورت گرفته، باز شده و تمام مسئولیت‌هایی که تا کنون نادیده گرفته است؛ مانند سیلی خروشان به سمتش در حرکت‌اند. افسردگی و بسیاری از اختلالات پیدا و پنهان روانپزشکی یا روانشناختی و حتی اختلالات جسمی، بسیاری از توانایی‌ها و مهارت‌ها را از بیمار گرفته است.
وحشناکت تر از تمام اینها میل جدیدی به نام میل مصرف مواد را با خود همراه دارد، به‌طوری‌که در برخورد با کوچکترین مشکل یا شرایط مرتبط با مصرف مواد؛ مانند رفتن در مکانی که در آنجا مصرف مواد داشته، ممکن است به‌قدری دچار وسوسه و هوس مصرف مواد شود که تصورش برای ما غیرممکن باشد.

کسب مهارت برای برخورد درست با این مشکلات، هم زمانبر است هم نیاز به شرایط مساعد دارد و در نهایت ممکن است با موفقیت اندکی همراه باشد.

در بیشتر موارد دلسوزی‌ها و توقع‌های نابه‌جا یا به‌صورت خلاصه برخورد نادرست خانواده و اطرافیان با این بیماری باعث می‌شود سرمایه‌های مالی و اخلاقی از بین برود، بنیان خانواده از هم بپاشد و فرد معتاد با تخریب بیشتر به رفتار خود ادامه دهد. متأسفانه این واقعیتی است که در خانواده اکثر معتادان جامعه وجود دارد.

تصور کنید اگر هر فرد معتاد به‌صورت مستقیم و غیر مستقیم زندگی حداقل ۵ نفر از اطرافیان خود را فلج کند و اگر در جامعه ۴ میلیون معتاد داشته باشیم، حدود ۲۰ میلیون نفر به‌خاطر اعتیاد زندگی‌شان فلج شده است.

۲-۲- عوامل مخاطره‌آمیز و محافظتی در اعتیاد

۲-۲-۱- عوامل زمینه‌ساز مستعد کننده اعتیاد

اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی است. عوامل متعددی در اتیولوژی سوءمصرف و اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند.

عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و کلیه علل و عوامل درهم بافته‌ای هستند که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به‌طور هدفمند طرح‌ریزی شود.

۲-۲-۲- عوامل مخاطره‌آمیز

عوامل مخاطره‌آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین‌فردی، محیطی و عوامل اجتماعی است.

۲-۲-۲-۱- عوامل مخاطره‌آمیز فردی

الف) دوره نوجوانی

مخاطره‌آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگ‌سالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود، ارزش‌های خانواده رازیر سؤال می‌برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش‌های جدید خود دارد. مجموعه این عوامل؛ علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می‌نماید.

ب) استعداد ارثی

شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی، عمدتاً از طریق اثرات فارماکوکینتیک و فارکودینامیک مواد در بدن می‌باشد که تعیین‌کننده تأثیر ماده بر فرد است. برخی از

عوامل مخاطره‌آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند؛ مانند برخی اختلال‌های شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلال‌های یادگیری.

ج) صفات شخصیتی

عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان؛ برخی از صفات بیشتر پیش‌بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به‌طور کلی؛ فردی را تصویر می‌کنند که با ارزش‌ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابراز احساس‌های دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی‌آید. این صفات عبارتند از:

- عدم پذیرش ارزش‌های‌سنتی و رایج
- مقاومت در مقابل منابع قدرت
- نیاز شدید
- احساس فقدان کنترل بر زندگی خود
- اعتماد به نفس پایین
- فقدان مهارت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران
- فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی.

از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیط‌های اجتماعی شروع می‌شود، هر قدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

د) اختلال‌های روانی

در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلال‌های دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیص‌ها عبارتند از:

- افسردگی اساسی
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
- فوبی
- دیس تایمی
- اختلال وسواسی- جبری
- اختلال پانیک
- مانیا
- اسکیزوفرنی

ه) نگرش مثبت به مواد

افرادی که نگرش‌ها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش‌های منفی دارند. این نگرش‌های مثبت معمولاً عبارتند از:

- کسب بزرگی و تشخص
- رفع دردهای جسمی و خستگی
- کسب آرامش روانی
- توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد

و) موقعیت‌های مخاطره‌آمیز فردی

بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت‌ها یا شرایطی قرار دارند که آنها را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهد. مهمترین این موقعیت‌ها عبارتند از

- در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی
- ترک تحصیل
- بی‌سرپرستی یا بی‌خانمانی
- فرار از خانه
- معلولیت جسمی
- ابتلا به بیماری‌ها یا دردهای مزمن
- حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش‌های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می‌کند.

ز) تأثیر مثبت مواد بر فرد

این متغیر وقتی وارد عمل می‌شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تأثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف کننده است. تأثیر مواد بر فرد مصرف‌کننده، به میزان قابل توجهی به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از:

- شرایط جسمی فرد
- انتظار فرد از مواد
- تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که هم زمان مصرف شده‌اند.

مواد مختلف نیز تأثیرهای متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند. مثلاً هروئین و کوکائین؛ سرخوشی شدید، الکل؛ آرامش و نیکوتین؛ مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

ح) عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی

I) عوامل مربوط به خانواده

- غفلت از فرزندان
- وجود الگوی نامناسب در خانواده
- خانواده آشفته

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است؛ منبعی برای تنش، شکل و اختلال نیز می‌باشد. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری‌ها مانند سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین والدینی که مصرف‌کننده مواد هستند، باعث می‌شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنها مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند.

II) عوامل مربوط به دوستان

- دوستان مصرف کننده مواد

تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به‌دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوءمصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف‌کنندگان مواد، برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان، سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه"همسالان"، به‌خصوص در شروع شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی‌ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروه‌هایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هر چند پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد؛ احتمال پیوند او با این قبیل گروه‌ها بیشتر می‌شود.

III) عوامل مربوط به مدرسه

- فقدان محدودیت
- فقدان حمایت

- از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راه‌هایی زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد:
  بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه
- استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی
- فقدان حمایت معلمان و مسئولان از نیازهای عاطفی و روانی به‌خصوص به‌هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنها.

IV) عوامل مربوط به محل سکونت

- شیوع خشونت و اعمال خلاف

عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد شود. از جمله

- فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی
- شیوع خشونت و اعمال خلاف
- وفور مشاغل کاذب
- آشفتگی و ضعف همبستگی بین افراد محل
- حاشیه نشینی

ط) عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی

- فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر
- بازار مواد
- مصرف مواد به‌عنوان هنجار اجتماعی
- کمبود فعالیت‌های جایگزین
- کمبود امکانات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی
- توسعه صنعتی، محرومیت اجتماعی- اقتصادی

I) بازار مواد

میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد؛ تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند، افزایش می‌یابد. همچنین؛ سهل‌الوصول بودن مواد به تعداد مصرف‌کنندگان آن می‌افزاید.

II) مصرف مواد به‌عنوان هنجار اجتماعی

در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزیی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است؛ مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوءمصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

III) کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی

کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع‌طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان؛ موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیر سالم می‌شود.

IV) عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی

در زندگی افراد، موقعیت‌ها و مشکلاتی پیش می‌آید که آنها را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می‌دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی، اجتماعی حمایت نماید؛ فرد را تنها و بی‌پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می‌کند.

V) توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی- اجتماعی

توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می‌دهد. مهاجرت باعث می‌شود تا فرد برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزش‌های سنتی و ساختار حمایتی قبلی؛ به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد می‌انجامد. کم‌سوادی، فقدان مهارت‌های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به‌دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقا؛ فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می‌کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه‌های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می‌دهد.

۲-۳- راه‌کارهای پیشگیرانه از سوءمصرف مواد مخدر

۲-۳-۱- پیشگیری از اعتیاد

پیشگیری در لغت به معنای "جلوگیری" و "دفع" آمده است.

در زمینه پیشگیری ۳ موضوع "انسان اعتیادپذیر"، "محیط اعتیادساز" و "عامل اعتیاد" را باید در نظر گرفت.

در نتیجه؛ برای پیشگیری باید با توجه به ریشه اعتیاد در زمینه‌ها و موارد خاص با درایت تمام، باید حداقل یکی از این علل را حذف کرد تا زنجیره اعتیاد از هم بپاشد.
پیشگیری از اعتیاد باید در ۲ جهت مورد توجه قرار گیرد: تقاضا و توزیع.

هر کدام از این دو جهت، ویژگی‌های مخصوص به خود را دارند. راهکارهای پیشگیری از عرضه‌کننده، مجموعه فعالیت‌هایی می‌باشد که از منبع تولید تا مصرف‌کننده را در برمی‌گیرد. بخش دیگر که مربوط به فرد معتاد (تقاضاکننده-می‌باشد، جنبه وسیعی دارد. از این رو؛ ضروری است که عوامل مستعدکننده گرایش به مواد مخدر، نظیر نابسامانی‌های خانواده، دوستان بد، مدرسه و محل زندگی نامناسب؛ مورد توجه قرار گیرند. پیش از پرداختن به علل گرایش به اعتیاد، ابتدا به مهم‌ترین تبیین‌ها و نظریه‌های انحرافات اجتماعی (و به‌طور اخص گرایش به اعتیاد- اشاره می‌گردد:

۲-۳-۱- نظریه‌های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)

الف) تبیین‌های روان‌شناختی

تبیین‌های روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارند. تفاوت‌هایی که می‌تواند به شکل تفاوت‌هایی ظریف و جزئی در رفتار برخی افراد با افراد متعارف یا حتی در قالب اختلالات وخیم شخصیتی ظاهر شود و برخی افراد را به سبب عللی مانند افزایش خشم و عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به یکدیگر، یا تمایل به خطر کردن و لذت‌جویی با شدت بیشتری مستعد ارتکاب رفتارهای کجروانه سازد.

یکی از تبیین‌های روان‌شناختی که بر نارسایی‌های شخصیتی تأکید دارد؛ تبیین فروید است. فروید ساختار شخصیت را شامل ۳ لایه "نهاد"، "من" و "من برتر" می‌داند.

نهاد؛ همان نفس اماره و سرچشمه نیروی نفسانی می‌باشد که هیچ‌گونه قید و بندی نمی شناسد.

من؛ هسته اصلی شخصیت و مبین آموزش و فراگیری واقعیات زندگی است. این بخش پیونددهنده "نهاد" و "من برتر" و به اصطلاح، دروازه‌بان شخصیت است.

من برتر؛ شامل ارزش‌های اخلاقی و وجدانی فرد است که به‌تدریج با آموزش و پرورش و تأثیر عوامل محیطی ایجاد می‌شود.

فروید معتقد است که عرصه زندگی انسان صحنه کشاکش ۲ نیروی "نهاد" و "من برتر" می‌باشد. زمانی رفتار انحراف‌آمیز پیش می‌آید که "نهاد" در مبارزه با "من برتر" پیروز گردد.

ژان برژه معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار "روان نژند"، "روان‌پریش" و "افسرده حال" تقسیم می‌کند. اما به‌طور کلی، تقسیم‌بندی دیگری وجود دارد که بیشتر روانشناسان پای‌بند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به "نوروتیک"، "سا یکوتیک" و "سازمان‌نیافته" است.

معتادان "نوروتیک" خودآزار و دیگرآزارند و دارای اختلال در روابط عاطفی و خانوادگی می‌باشند. از نظر روانی، این افراد با مصاحبه و رویارویی و نیز از طریق همدلی، اعتماد و اطمینان بخشیدن به آنها باید تحت درمان قرار گیرند.

معتادان "سایکوتیک"، واقعیت‌گریز هستند. روانکاوی این گروه و کنترل پرخاشگری در آنها بهترین راه درمان این گروه محسوب می‌گردد.

معتادانی که دارای رفتار "سازمان نیافته" هستند، قادر به برقراری ارتباط با واقعیت‌ها نیستند و ناکامی‌های خود را معلول محیط اجتماعی و خانوادگی دوران کودکی خود می‌دانند و بسیار خیال‌پرداز هستند. این گروه نیز از طریق روانکاوی فردی و گروهی تحت درمان قرار می گیرند.

می‌توان نتیجه گرفت که هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود. در این هنگام، در معرض خطر کج‌روی و انحراف واقع می‌شود که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می‌باشد. این‌گونه افراد؛ به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی‌توانند خود را با محیط سازش دهند. علاوه بر آن؛ دچار مشکلات احساسی و عاطفی می‌گردند. در نتیجه؛ زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید. برای مثال؛ افراد عقب‌مانده ذهنی به دلیل اینکه خطر ناشی از اعتیاد را نمی‌دانند و شخصیت تلقین‌پذیری دارند، تحت تأثیر تلقین دیگران و با همنشینی افراد معتاد به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند.

ب) تبیین‌های زیست‌شناختی

تبیین‌های زیست‌شناختی را می‌توان به ۲ حیطه تبیین‌های حاکی از اختلالات بدن و تبیین‌های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین‌های زیست‌شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کجروی می‌شمرند. به نظر آنها مجرمان و تبهکاران دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت می‌باشند؛ یعنی بین نقص بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان پزشکان نیز ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می‌دانند. بر این اساس، عواملی مانند ارث، کروموزوم‌ها، ژن‌ها، ابتلا به بیماری‌ها، جنسیت، سن و نژاد به نوعی عامل رو آوردن فرد به اعتیاد معرفی می‌شود.

لامبروزو، پدر نظریه زیستی؛ معتقد است مجرمان، خصایص انسان‌های ابتدایی و وحشی را دارا می‌باشند. به عقیده وی، ویژگی‌های جسمی و ظاهری وجود دارد که مجرمان را از بقیه انسان‌ها جدا می‌کند.

دیدگاه جانی زادگان و عوامل وراثتی در این بخش قرار می‌گیرد. آنان معتقدند برخی افراد "جانی مادرزاد" می‌باشند و خواه ناخواه، مرتکب انحرافات اجتماعی می‌شوند. آنها دارای علائم بدنی می‌باشند که از دیگران متمایزند. علائم مزبور عبارتند از:

- داشتن پشتی خمیده، دندان‌های غیرعادی
- داشتن دید بسیار قوی و علاقه‌مندی شدید به خونریزی
- عدم تغییر رنگ در مواقع هیجان و شرم
- داشتن خصوصیات معکوس جنسی
- بی‌تفاوت در مقابل درد
- احساس پیری در جوانی به دلیل ترشح نادرست غدد داخلی

برخی از این متفکران بر نقش وراثت و کروموزوم ها تأکید دارند و معتقدند اغلب افراد تبهکار دارای تفاوتی در ژن‌ها می‌باشند (افرادی که جنایتکار به دنیا می‌آیند، الگوی کروموزوم xyy دارند).

برخی نیز معتقدند بین تیپ جسمی افراد و گرایش آنها به جرم رابطه وجود دارد. مثلا؛ در تیپ‌شناسی شلدون، افراد به ۳ دسته چاق، عضلانی و استخوانی تقسیم می‌شوند. وی معتقد است: افراد چاق؛ مهربان، افراد عضلانی؛ زورگو (و اغلب بین این افراد جرم بیشتر به چشم می خورد- و افراد استخوانی؛ گوشه‌گیر و حساس می‌باشند.

ج) نظریه‌های جامعه شناختی

بر نقش مهم و اساسی محیط اجتماعی در شکل دادن به پدیده کجروی تأکید دارند و هنگام توجه به چگونگی شکل گرفتن رفتارهای کجروانه در صحنه اجتماع، اساساً به عللی توجه می‌کنند که گروه‌ها یا قشرهایی را از اعضای آن، در معرض کجروی قرار می‌دهد.

این دسته تبیین‌ها، شکل‌گیری رفتارهای کجروانه را عمدتاً به اموری مانند ساخت اجتماعی و شرایط و موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آنها قرار می‌گیرد نسبت می‌دهند. استدلال عمده در این دسته تبیین‌ها آن است که نهادهای اجتماعی و مناسبات کلی اجتماعی را باید به‌عنوان یک کل نگریست و بر همین اساس، کجروی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد. معمولاً این تبیین‌ها پاسخ به این پرسش را هدف خود قرار داده‌اند که: چه چیزی در محیط های اجتماعی وجود دارد که مردم را کجرو و بزهکار می‌سازد؟

د) نظریه مرتن (عوامل اجتماعی)

از نظر بسیاری از جامعه‌شناسان، انحراف نتیجه نارسایی‌های موجود در فرهنگ و ساختار اجتماعی یک جامعه است. هر جامعه‌ای نه تنها هدف‌های فرهنگی تجویزشده‌ای دارد؛ بلکه وسایل اجتماعاً پذیرفته شده‌ای را نیز برای

دستیابی به این هدف‌ها در اختیار دارد. هرگاه این وسایل در دسترس فرد قرار نگیرد، احتمالاً آن شخص به رفتار انحراف‌آمیز دست می‌زند.

رویکرد نابسامانی اجتماعی به‌عنوان یکی از نظریه‌های جامعه‌شناختی انحراف اجتماعی و بعضاً اعتیاد می‌باشد. مهم‌ترین نظریه‌پرداز در این رویکرد مرتن؛ جامعه‌شناس آمریکایی است.

رویکرد نابسامانی اجتماعی، منشأ کجروی را تنها به ساخت اجتماعی و فرهنگ (نه شخص کجرو و شکست‌های او) مربوط نمی‌سازد، بلکه این توجه را نیز به دست می‌دهد که چرا افراد برخی اعمال کجروانه، به‌ویژه جرایم مالی را مرتکب می‌شوند. این رویکرد؛ هم در مورد کجروی فردی و هم در مورد کجروی گروهی بحث می‌کند و به‌گونه‌ای، بسیاری از رفتارهای کجروانه را در برمی‌گیرد. بی‌هنجاری که به حالت عدم هنجارمندی یا بی‌ریشگی اطلاق می‌شود؛ زمینه ایجاد کجروی و انحراف اجتماعی می‌باشد، زیرا حالت بی‌هنجاری زمانی پیش می‌آید که چشمداشت‌های فرهنگی با واقعیت‌های اجتماعی سازگاری ندارد. مرتن کوشیده است بی‌هنجاری را به انحراف اجتماعی ربط دهد.

وی معتقد است که فرد در نتیجه فراگرد اجتماعی شدن، هدف‌های مهم فرهنگی و نیز راه‌های دستیابی به این اهداف را که از نظر فرهنگی مورد قبول باشند، فرا می‌گیرد. هرگاه تعارض میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مقبول و قابل دسترس در جامعه ایجاد شود؛، فرد به ناهنجاری و کجروی روی می‌آورد. وی گونه‌های متفاوت این کجروی‌ها را در ۴ صورت زیر تصویر کرده است:

I) کجرو در عین قبول اهداف اجتماعی، برای رسیدن به آن از وسایل غیرمقبول استفاده می‌کند. برای مثال، در زمینه مواد مخدر کسی که از راه مشروع به ثروت و موقعیت اجتماعی دسترسی پیدا نمی‌کند، ممکن است از راه‌های غیرمشروع و غیرقانونی؛ مانند توزیع مواد مخدر، برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند.

II) کجرو، اهداف مقبول جامعه و وسایل صحیح رسیدن به اهداف را نفی می‌کند. در این مورد، معمولاً افراد از جامعه منزوی می‌شوند. برخی از این افراد به‌منظور جبران تنهایی خود، معمولاً به مشروبات الکلی و یا مواد مخدر روی می آورند.

III) کجرو، اهداف و وسایل مقبول جامعه را رد کرده و اهداف و وسایل مقبول خویش را مطرح می‌کند. در این مورد، افراد روحیه انقلابی می‌گیرند و از طریق مبارزه با نظام سعی در تغییر آن دارند.

IV) کجرو، اهداف مقبول جامعه را نمی‌پذیرد، اما برای رسیدن به مقاصد خود از وسایل مقبول جامعه استفاده می‌کند. در این مورد، افراد کوشش می‌کنند تا وارد بدنه قدرت شوند و از راه‌های قانونی به اهداف خود برسند.

ه) نظریه کنترل اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی تاریخی طولانی دارد و این عقیده که "شکل‌گیری رفتار انحرافی به وسیله جوانان" علت فقدان برخی کنترل‌های اجتماعی است، برای مدتی به‌طور کلی مورد قبول بوده است. این نظریه هم‌نوایی را حاصل وجود پیوندهای اجتماعی بین افراد جامعه و اعمال انواع کنترل از طرف جامعه بر افراد می‌داند و ناهم‌نوایی را ناشی از گسستن پیوندهای شخصی بر نظم قراردادی جامعه قلمداد می‌کند.

هیرشی، یکی از نظریه‌پردازان معروف این حوزه نظری و مفسر دیدگاه دورکیم نشان داده که چگونه در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، نقش برجسته‌ای در تعاریف جرم و بزهکاری داشته اند. نظریه کنترل اجتماعی بر این پیش فرض استوار است که اگر بخواهیم از تمایلات رفتار انحرافی جلوگیری شود، باید همه افراد اعم از جوان و بزرگسال؛ کنترل شوند. طبق این نظریه؛ رفتار انحرافی، عمومی و همه‌گیر است و آن نتیجه کارکرد ضعیف سازوکارهای کنترل اجتماعی می‌باشد. این نظریه بر ۲ نوع کنترل شخصی و کنترل اجتماعی تأکید دارد. نظام‌های کنترل شخصی شامل عوامل فردی و به‌ویژه روان‌شناختی می‌باشد. اعتماد به نفس به‌عنوان عامل اساسی روان‌شناختی در کنترل شخصی شناخته شده است. عوامل کنترل اجتماعی شامل وابستگی و پای‌بندی به نهادهای بنیادین اجتماعی مانند خانواده، دین، سیاست و آموزش می‌باشد.

یکی دیگر از پیش‌فرض‌های نظریه کنترل اجتماعی این است که وفاق کلی در مورد هنجارها، ارزش‌ها، اعتقادات و باورهای رایج در جامعه وجود دارد و کنترل اجتماعی بر مبنای این وفاق اجتماعی انجام می‌شود. امروزه به دلایل گوناگون، از جمله افزایش جمعیت، کنترل رسمی بیشتر و حتی جایگزین کنترل‌های غیررسمی‌شود. ابزار مهم کنترل اجتماعی، اجتماعی کردن افراد است که ضعف در این امر موجب بروز رفتارهای نابهنجار و از جمله اعتیاد می‌شود.

۲-۴- علل گرایش به اعتیاد

۲-۴-۱- علل فردی

بسیاری از روانشناسان علل رفتارهای انحرافی را بر حسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می‌کنند و بر این باورند که برخی از گونه‌های شخصیت، بیشتر از گونه‌های دیگر، گرایش به تبهکاری و ارتکاب جرم دارند. علل فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه‌های روان‌شناختی متکی می‌باشند.
با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهند، می‌توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه‌ریزی‌های دقیق و مؤثر انجام داد.

مشکلات روانی، کنجکاوی، ضعف اراده، فرار از زندگی تکراری، انگیزه‌های درمانی، و شخصیت نابهنجار فرد مهم‌ترین علل فردی گرایش به اعتیاد می‌باشند.

الف) مشکلات روانی

گروهی از افراد که بعضاً ضعیف النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقّی می‌کنند. برای رهایی از ناراحتی ها، فشارهای روانی، بی اعتمادی به خویشتن و رفع هیجانات درونی در جستوجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان‌گردان پناه می‌برند.این افراد فکر می‌کنند که با مصرف مواد از گرفتاری های زندگی رهایی می یابند و دنیا را به نحو دیگری مشاهده می‌کنند.

زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می‌شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت های زندگی بی تفاوت باشد.همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است.

یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می گیرند افراد افسرده هستند. به عقیده برژه افسردگان بیشترین و مهم ترین بخش معتادان را تشکیل می دهند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند.آن ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. به عقیده سیدنی کوهن، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستوجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیتشان را برطرف کنند.

ب) کنجکاوی

عده ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می‌کنند حس کنجکاوی در آنها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می‌شود. زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود.البته آن ها غافل از این هستند که این نوع لذت هازودگذر و خانمانسوز می‌باشند.

دسته ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار مصرف معتاد نمی‌شوند و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می دهند.احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است.

ج) ضعف اراده

اراده عامل حرکت فرد می‌باشد. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می نماید، از خود تزلزلی نشان نمی‌دهد و هدف خود را در زندگی به‌طور قطعی انتخاب می‌کند دارای اراده ای قوی می‌باشد. اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولا، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می‌شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد.در این صورت، نه تنها شخص نمی‌تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می‌گردد. این مسئله دراعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد.

د) رهایی از زندگی عادی

تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می‌گیرد، باور روانی و انگیزه ای، که از آن

گرایش به مواد مخدر تعبیر می کنیم، ایجاد می‌شود. فرد دائم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می‌کند. این داوری نوعاً شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص داوری کننده صورت می پذیرد. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد.

یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می‌گیرد.

بر اساس آماری که به دست آمده، قریب ۸۰۰ هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفننی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد می‌باشد.

ه) انگیزه های درمانی

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه های درمانی آن است.حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدّر، در آغاز، جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است.شیوع مواد مخدّر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می پذیرد.در این بخش استفاده از مواد مخدّر برای رسیدن به تعادل جسمی است.در برخی از روستاها برای تسکین درد کمر، درد دندان، درد گوش و مانند آن از تریاک استفاد می‌کنند.

و) شخصیت متزلزل

آلپورت در تعریف خود از شخصیت می گوید "شخصیت سازمانی است پویا از نظام های روانی ـ جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری های بی همتا و بی نظیر او با محیط می‌شود".

بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می آورد.از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می‌شود. بدین سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است.شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به‌منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل‌گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می‌شود عبارتند از: شخصیت "پارانویایی" و "شخصیت ضد اجتماعی".

ویژگی‌های خاص شخصیت "پارانویایی" این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند. به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آن ها در اثر همین بی اعتمادی مختل شده است.این افراد خود بزرگ بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می‌کنند.

ضعف "شخصیت ضداجتماعی" نوعی به هم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است.این افراد نسبت به هنجارها و مقرّرات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت هستند و سعی می‌کنند به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند.این افراد ارزش های اخلاقی را پایمال می‌کنند و به علت جستوجوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدّر و الکل می‌شوند.از نشانه‌ها و ویژگی‌های شخصیت ضد اجتماعی می‌توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد.

۲-۴-۱- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل فردی

- ایجاد تقویت و معرفی مراکز مشاوره روان شناسی به‌منظور آنکه افراد بتوانند به‌راحتی و بدون پرداخت هزینه مشکلات روانی خود را با آن مراکز در میان بگذارند.
- خانواده‌ها باید با تشریح کامل اعتیاد و عوارض مصرف مواد مخدر به فرزندانشان، مشکلات روانی و افسردگی هایی که پس از اعتیاد رخ می‌دهد (همچنین عوارضی که بر زیبایی و ظاهر افراد ایجاد می‌شود) به آن ها متذکر شوند و از این طریق مانع گرایش و کنجکاوی افراد خانواده به سمت اعتیاد گردند.
- آموزش به خانواده‌ها در جهت رفع مشکلات روانی فرزندانشان و اهمیت قایل شدن به خواسته های آن ها.
- حمایت از بیماران روانی و توجه به مراکزی مانند بهزیستی، تیمارستان ها و...
- توسعه همه جانبه امکانات و مراکز درمانی اعتیاد از نظر شرایط و علوم روان‌شناختی.
- با تبلیغ و گوشزد کردن این مطلب که حتی یک مرتبه مصرف کردن مواد مخدّر ممکن است منجر به اعتیاد شود، میل به استفاده از مواد مخدر را، حتی برای یک مرتبه هم در افراد از بین ببرند.
- افراد خانواده نباید در مهمانی هایی که در آن ها به‌طور تفنّنی از مواد مخدّر استفاده می‌شود، شرکت نمایند.
- ایجاد سرگرمی های مثبت و سازنده برای اینکه افراد به دلایل تفنّنی به اعتیاد روی نیاورند.
- عضویت بخشی فرزندان در گروه های هنری، ورزشی و مانند آن، تا از این طریق آن هایی که روحیه ضعیف و افسرده دارند، نقاط مثبت خود را بشناسند و استعدادهای خود را شکوفا نمایند.
- آموزش همگانی و همه جانبه افراد جامعه به لحاظ شناخت خویشتن انسانی و تقویت عزت نفس.
- از بین بردن تصورات باطل در خانواده‌ها مانند این تصور که "با مصرف مواد مخدّر، مشکلات زندگی فراموش می‌شود و زندگی به نحوی زیبا تغییر می‌یابد!"
- خودداری از طبابت خانگی با استفاده از مواد افیونی.
- تقویت مراکز درمانی و بهداشتی، بخصوص در روستاها و شهرهای دورافتاده
- مراقبت های ویژه از افرادی که به لحاظ روحی و شخصیتی آمادگی بیشتری برای گرایش به اعتیاد دارند.

- شناسایی افرادی که از نظر شخصیتی متعادل نیستند (مثلا در مدارس، توسط معلمان و...) و آموزش آن ها برای دوری از اعتیاد.
- خانواده‌ها سعی نمایند فرزندانشان را اجتماعی پرورش دهند، به نحوی که فرد با روحیه و شخصیت برون گرا و فعال تربیت شود.

۲-۴-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در علل خانوادگی

۲-۴-۲-۱- علل زمینه‌ساز خانوادگی

خانواده اصلی ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد.یک خانواده سالم خانواده ای است که همه امور و فعالیت های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد.یافته های تحقیقات حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده‌های بی بند و بار زندگی می‌کرده اند.بی توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به‌دنبال خواهد داشت.

نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی‌های اخلاقی پدر و مادر، نحوه رفتار با کودکان، طلاق، وجود ناپدری و نامادری، تعدد ازدواج، فرهنگ خاص حاکم بر خانواده، میزان تحصیلات والدین، پدرسالاری یا مادرسالاری، وضع اقتصادی خانواده، از هم پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده، و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می‌باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می نمایند.

تحقیقات نشان می دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده‌های از هم پاشیده و بی ثبات تعلق دارند.یکی دیگر از زمینه های اعتیاد فرزندان اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می‌باشد. امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است.به هم خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس های سطحی به جای عشق، و افزایش طلاق، سبب گردیده اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب های اجتماعی از دست بدهد.

اما در جامعه ما که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه های خانواده باشیم.به‌طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به‌صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش های حاکم بر آن از طرف معصومان بیان شده است. در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادرانشان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده اند.بررسی دیگر نشان می‌دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده اند که از هم جدازندگی کرده و بین آن ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است.

در زیر به برخی عوامل زمینه ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می‌گردد:

الف) کمبود محبت در خانواده

بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند.تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده اند.

فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی اش برآورده نشود، مجبور می‌شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید.در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت ها سوء استفاده می‌کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می کشانند.

ب) افراط در محبت

زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می‌باشد و هیچ‌گاه احساس استقلال و بزرگمنشی نخواهد کرد.زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلافی خواهد زد.

ج) تبعیض بین فرزندان

این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می نماید.توجه نکردن به این امر خود می‌تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید.

د) محدود کردن فرزندان

همان گونه که آزادی بی حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می‌شود، محدود بودن نیز می‌تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد; زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می‌شود.کنترل بیش از حدّ فرزندان سبب می‌شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور-باشد; یعنی تازمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی‌زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می‌یابد و به رفتارهای انحراف آمیز روی می آورد; زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان-او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالازور وابسته بوده است.

ه) اعتیاد یکی از اعضای خانواده

افرادی که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود. اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آن ها از یک سو، کنترل و تسلط آن ها را بر فرزندان کاهش

می‌دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود.البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آن ها، از این صفت دوری می جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندانشان نقش مؤثر دارند.

نتایج تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و... داشته اند.

و) رفاه اقتصادی خانواده

در خانواده‌هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می‌گردد.ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است.بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف تر می‌گردد.

همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می نماید.

خداوند در قرآن کریم، رفاه طلبی و "اتراف" را به شدت مورد حمله و نکوهش قرار می‌دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طغیان، فساد و ظلم و کژی ها معرفی می نماید.همچنین در متون دینی آمده است که رفاه طلبی و زندگی مرفهانه سبب طغیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت گرایی، غرق شدن در کامیابی ها و نیز اقدام به کجروی ها می‌شود.پیامبر اکرم(صلی الله علیه وآله) در فرازی می فرمایند: من از ثروت بیش از حد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می دانم، و نیز امام علی(علیه السلام) فزونی ثروت را مایه هلاکت، طغیان و فنا دانسته است.

ز) بی سوادی یا کم سوادی والدین

تحصیلات پایین یا بی سوادی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد.بی سوادی و کم سوادی عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارسایی های اجتماعی و انحرافات است.روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می‌کنند.والدین تحصیل کرده با روش های علمی و منطقی می‌توانند فرزندان را کنترل نمایند.آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می‌کنند.حال آنکه، بی سوادی والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، نپذیرفتن تغییرات در نگرش های جوانان و تأکید بر روش ها و اعتقادات سنّتی خود می‌شود که تمامی این مسائل موجب می گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد.

غالب تحقیقات نشان می دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بی سواد و کم سوادند."پدرِ ۶۴ درصد معتادان و مادرِ ۸۳ درصد آن ها بی سواد می‌باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی سواد بوده اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند.همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی سواد بوده اند."

ح) فقر خانواده

فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران با هم مرتبط می‌باشند.آنان پدیده های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده اند.در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی‌ها و استعدادهای فردی شخص می‌دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می‌دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند.

اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقّی شده، در یک چرخه علّی و معلولی قرار می گیرند.بر اساس این‌گونه تبیین‌ها، مشخص می‌شود که در سطح نهادها، سازمان ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجوددارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است.

تحقیقات و پژوهش ها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می نماید.بر این اساس، فقر به‌عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات و افزایش میزان آن، به ویژه در زمینه جرایم زنان، اعتیاد و سرقت تأثیرگذار است.در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است; بر این اساس، فقر انگیزش روی آوری به کجروی را افزایش می‌دهد.همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه ای بسیار قوی می‌باشد.

همان گونه که فقر می‌تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشاند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می‌باشد; یعنی رابطه ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می‌شود; زیرا از سویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می‌باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد.

ط) ستیزه والدین

خانواده، حریم امن و آرامش است.ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری ها و اعتیاد است.افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند.طبق یافته های تحقیقی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده‌های لاابالی زندگی می‌کنند.همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می‌دانند.

زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می‌کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچیانی که به‌دنبال شکار می گردند مهیا می‌سازد.باید توجه

داشت که هر قدر ستیزه های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدّر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است.

۲-۴-۲-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل خانوادگی

- والدین باید ارتباط با فرزندانشان را بهبود بخشند و به آن ها استقلال رأی و دخالت در امر تصمیم گیری بدهد.
- انتخاب یک مشاور، برای خانواده و گرفتن راهنمایی از او برای ابراز محبت و علاقه به فرزندان و همچنین رفع نیازهای عاطفی آن ها.
- جلوگیری از بحث و مجادله والدین و تقویت روحیه گذشت و ایثار در خانواده.
- والدین باید پشتوانه مادی و معنوی فرزندان در موقعیت های شغلی، تحصیلی و...باشند.
- تمامی خواسته های فرزندان را نباید بدون چون و چرا برآورده ساخت، بلکه اجازه دهند فرزندان سختی زندگی را کمی احساس نمایند تازمانی که در اجتماع قرار گرفتند و با مشکلی روبه رو شدند، بتوانند با آن مقابله کنند.
- خانواده‌ها باید عیوب فردی و اجتماعی فرزندان را به آنان تذکر دهند تا فرزندان کمبودها و نقص های دوران کودکی خود را به دوران بزرگسالی منتقل نکنند و در پی رفع عیوب خود باشند.
- والدین بین فرزندان خود تبعیض قایل نشوند.
- توجه و کنترل فرزند از نظر چگونگی مصرف پول و سعی در رفع نیازهای مالی فرزندان در حد معقول.
- نظارت بر وضعیت تحصیلی و شغلی فرزندان و توجه به آن ها در موقع ترک تحصیل و....
- تحکیم پایه های اعتقادی و آموزش فرزندان و آشنا کردن آنان با عوارض اعتیاد به جای محدود کردن آنان.
- اجرای طرح قانونی، که از کودکان بی سرپرست حمایت شود.
- حمایت از خانواده‌های فقیر توسط دولت (تقویت مراکزی مانند کمیته امداد امام خمینی(قدس سره).
- ایجاد بازار کار برای جوانان و نوجوانان.
- ایجاد شغل در شرایط خاص برای افراد معتاد، به نحوی که هم جنبه درآمدی برای آن ها داشته باشد و هم اینکه با کنترل وبرنامه ریزی برای آن هازمینه ترک اعتیاد پی ریزی گردد.
- از طریق رسانه های همگانی باید برنامه‌هایی را پخش کرد که بر کانون گرم خانواده تأکید کند و از خانواده با الگوی غربی در برنامه‌ها انتقاد شود، به نحوی که بر زندگی خانوادگی همراه با محبتوبه حضوروهمدلی والدین تأکید نماید.

۲-۴-۳- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در علل اجتماعی

۲-۴-۳-۱- علل زمینه‌ساز اجتماعی

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می‌باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری علل اجتماعی روبه رو می‌گردد که برخی از آن ها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز و مؤثر می‌باشند عبارتند از:

الف) دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بودن مواد مخدر علتی می‌باشد که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می نماید، به گونه ای که اگر در فرد زمینه کجروی وجود داشته باشد و مواد مخدّر به آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی نماید.

دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد. از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین، و برنامه ریزی های مسئولان برای مهار مواد مخدر.

ب) بیکاری و اعتیاد

عامل بیکاری به‌طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می انجامد.بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماری‌های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد بنفس، و از بین رفتن امیدواری می‌شود که در نهایت، به اعتیاد شخص منجر می‌گردد.فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می نماید.یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است.بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می‌شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه ریزی های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می‌شود، چرا که در این فرصت فرد با منحرفان و معتادان آشنا می‌گردد و به آن ها می پیوندد.

پس می‌توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه ای می‌باشد که می‌تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر، موجب روی آوری فرد به سوی اعتیاد گردد.

ج) نابرابری های اقتصادی و اجتماعی

نابرابری های اقتصادی، اجتماعی جنبه های وسیعی دارد، که نابرابری ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابری های جنسی و نژادی را شامل می‌شود.

عامل نابرابری به‌طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی‌گردد، اما می‌تواند زمینه ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد.از این رو، به‌طور غیرمستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می‌شود. اختلاف طبقاتی در هر جامعه، به بی ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود.همین بی ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد. مطالعات اجتماعی نشان می دهند در کشورهایی که توزیع ثروت به‌صورت عادلانه صورت نمی‌گیرد، هر روز فقرا

فقیرتر و اغنیا ثروتمندتر می‌شوند، فاصله طبقاتی فزونی می‌یابد و به علت عدم آموزش های اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی گرایی و فردگرایی ـ که از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه است ـ افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی عدالتی اجتماعی نیستند.در نتیجه، ارزش های اجتماعی فاقد اعتماد می‌شوند، نظارت اجتماعی سست می‌گردد و بزهکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می‌کنند.

د) نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت

نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به‌راحتی صورت می‌گیرد، و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد.

در مورد محل سکونت، این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه های پر پیچ و خم و خانه های مخروبه می‌باشد، زندگی می‌کنند.واقعیت این است که محیط های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعدادهای موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند.در این‌گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می‌باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند.از سوی دیگر، غالباً این‌گونه مکان ها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت می‌شوند.همچنین اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله های قدیمی، شلوغ و مخروبه ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند.

ه) نقش دوستان ناباب

عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرآیندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه پذیری به‌صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح سنجیده ای در آن انجام می پذیرد.گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملا حول محور منافع و علایق اعضا قرار دارد.اعضای این گروه می‌توانند به جستوجوی روابط و موضوع هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است.

تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به‌دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد.

ارتباط و دوستی با همسالان مبتلابه سوءمصرف مواد، عامل مستعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است.مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند.نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل می‌باشد.در این نظریه، کجروی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرآیند جامعه پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش ها، در درون خود جایگزین کرده است و به‌صورت رفتار بروز می‌دهد.در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را برعهده دارند.

گروه همسالان، بخصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار مؤثرتر است.بعضی از دوستی ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد.

و) نقش توسعه صنعتی و مهاجرت و حاشیه نشینی

ز) نقش بی سوادی و عدم آگاهی فرد

ح) نقش وسایل ارتباط جمعی

۲-۴-۳-۲- راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه عوامل اجتماعی

- ایجاد روحیه امر به معروف و نهی از منکر و همدلی بین مردم، به نحوی که در مواقع دیدن توزیع مواد مخدر در جامعه، مسئولان را در جریان امر قرار دهند.
- ایجاد زمینه اشتغال برای همه اقشار جامعه.
- ارتقای فرهنگی افراد جامعه از طریق ارتقای سطح آموزش.
- کنترل شدید مرزهای کشور.
- توجه به امکانات مورد نیاز مردم ساکن محیط های دورافتاده و پایین شهر، و ایجاد امکانات رفاهی، تفریحی (سینما، استخر، شهربازی و...-که متناسب با نیاز و وضعیت مردم آن مناطق باشد.
- نظارت هر چه بیشتر مأموران انتظامی در مناطق پایین شهر و دورافتاده.
- ایجاد امکانات رفاهی و مشاغل مورد نیاز روستاییان در روستاها برای جلوگیری از مهاجرت آن ها به شهرها.
- مبارزه شدید با قاچاقچیان مواد مخدر و برخورد اصلاحی با معتاد.
- قاطعیت در اجرای قوانین و مبارزه با مواد مخدر.
- جداسازی معتادان در زندان ها از بقیه مجرمان.
- تشکیل ستادهای هماهنگ با یکدیگر در موردمبارزه با مواد مخدّر، که تحت نظارت یک واحد خاص و مشخص باشند.
- آگاه سازی خانواده‌ها در زمینه های علائم فرد معتاد و عوامل گرایش فرد به اعتیاد، نحوه تهیه و محل مصرف مواد، موارد شایع در منطقه زندگی، و عوامل و موقعیت هایی که سبب مصرف مواد می‌شود، تا از این طریق خانواده‌ها بتوانند از اعتیاد اعضایشان خودداری نمایند.
- نمایش دادن دوستی های ناباب و عواقب حاصل از آن، از طریق فیلم و رسانه های دیگر.
- حمایت از دانش آموزان معتاد و تربیت و اصلاح آنان، به‌منظور بازگشت به جامعه.

- شناسایی کانال های ارتباطی و روش های جذب افراد به فعالیتهای فرهنگی و مذهبی و ایجاد ارتباط با نوجوانان.
- تلاش صدا و سیما برای بیان عواقب اعتیاد به مواد مخدّر از طریق ساختن فیلم، میزگرد، جلسات مشاوره ای و....
- نمایش دادن فیلم ها و سریال های سازنده که رابطه دینداری و دوری از اعتیاد را مشخص می‌سازد.

۲-۵- درمان اعتیاد

۲-۵-۱- انواع روش‌های درمانی

۲-۵-۱- روان درمانی فردی

در روان فردی معتادین به مواد مخدر مسائل بسیار مهم و سودمندی در نظر گرفته می‌شود که از جمله آنها ایجاد رابطه مثبت با بیمار معتاد از طریق پذیرش بی قید و شرط او بعنوان یک انسان دردمند و نیازمند آشنا نمودن بیمار با ویژگیهای شخصیتش از طریق روش های روانکاوانه به‌منظور ایجاد تغییر یا تعدیل لازم در آن ویژگی ها تقویت صفات مثبت شخصیتی و تصحیح افکار و اعتقادات افراطی از طریق بحث های شناختی آموزش مهارت های اجتماعی به‌منظور توانا ساختن بیمار در برخورد مناسب با موقعیت های اجتماعی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس وروش های مناسب حل مسئله در بحران های زندگی و ستفاده بهینه از استعدادها خود می توان اشاره نمود

در این نوع از روان درمانی ملاک بهبودی عبارت است از تغییر در باورها و نگرش ها بالا بردن اعتماد به نفس احساس خودکفائی لذت اززندگی و ارتباط سالم با دیگران که همه این تغییرات از اهمیت بسزائی برخوردار است.

۲-۵-۱-۲- خانواده درمانی

باتوجه به اینکه اختلالات رفتاری فرزندان با مشکلات روانی پدرو مادر ارتباط دارد میتوان در اغلب موارد فرض را بر این گذاشت که اختلال رفتاری فرزندان از بافت زندگی خانواده او نشات میگیرد ناراحتی کودک اغلب نشانه وجود اختلال عصبی در مجموعه خانواده اونیز توجه داشت تحلیل های روانی حاکی از آن است که سستی درانجام وظایف سرپرستی از جانب پدرو مادر معمولا پایه غیر منطقی داشته واغلب ناشی از اختلال عصبی و بدور از کنترل آنها صورت میگیرد دراغلب موارد قصد وعمدی در کار نیست بیشتر والدین میخواهند پدر و مادر های خوبی باشند و کاری در جهت منافع فرزندان صورت دهند اما با کمال تعجب آنچه در عمل انجام میدهند با تصویرایده آلی که در ذهن خود دارند مطابقت نمی‌کند برای درمان کودکان باید به والدین توجه نمود اما فقط با توجیه و آموزش نمیتوان طرز تلقی های پدر و مادر را اصلاح کرد برای رسیدن به این مهم بایستی به روش‌های روان درمانی اقدام نمود و دراین بین یکی از شاخه های مهم روان درمانی خانواده درمانی است –خانواده درمانی به‌عنوان راهی جدید برای رویا رویی با آن دسته از مشکلات انسان که قبلا به وسیله یکی از اشکال گوناگون

رواندرمانی فردی با آن برخورد می شد شکل گرفت واکنون یک شیوه تازه و ارائه مفهومی جدید از نحوه به‌وجود آمدن مشکلات است پیش از این تصورمی شد که مشکلات مذکور عمدتا نتبجه فرآیندهای روانی درونی با آسیب شناسی روانی فرد باشند ولذا عقیده برآن بود که ریشه اغلب مشکلات در تجارب اوایل کودکی است در حالی که رویکرد خانواداگی براین باور استوار گشته که این مشکلات به تعاملات فعلی موجود میان افراد خانواده و گاهی اوقات میان افراد و دیگر سیستم های اجتماعی مربوط هستند در واقع علت مشکلات افراد درسیستم های اجتماعی با وضعیت حال حاضر آنها فهمیده می‌شود ونه از تاریخچه و شرح حال گذشته آنها خانواده برای حفظ تعادل خود در مقابل تغییر چه در جهت مثبت و چه در جهت منفی مقابله می‌کند اگر فرزند سر به راه خانواده شب دیر به خانواده بیاید خانوماده در مقابلش می ایستد و بالعکس اگر فرزند نااهل خانواده پس از عدم پذیرش وی سر به راه شود خانواده فشار خود را برای تداوم نابهنجاری او افزایش می‌دهد رفتار نابهنجار معلول رفتار متقابل اعضای خانواده با یکدیگر است از نقطه نظر این دیدگاه بیماری فرد حتما به رابطه او با همسر و خانواده وی مربوط می‌شود.

۲-۵-۱-۳- گروه درمانی

روان درمانی گروهی یک نوع درمان کاملا پذیرفته شده روانشناختی است که از تعاملات سازنده بین اعضا و مداخلات یک رهبر آموزش دیده جهت تغییر رفتار غیر انطباقی تفکرات و احساسات افراد مبتلا به نارضایتی استفاده می نماید.طی دهه های گذشته تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران روانی توسط گروه درمانی مداوا شده‌اند گروه درمانی برای بیماران بستری سرپائی و در خیلی دیگر از موقعیت های اجتماعی قابل اجرا می‌باشد همچنین برخی اصول رواندرمانی گروهی با موفقیت زیادی در زمینه های اقتصادی آموزشی و به‌صورت گروه‌های رویا روی کاربرد داشته است.

بسیاری از مسائل و مطالب عنوان شده در روان درمانی گروهی در زندگی روزانه ما بسادگی اتفاق می افتد تدابیر درمان که مهمترین مسئله مورد بحث در روان درمانی گروهی است تنها به گروه درمانی اختصاص ندارد بلکه در هر گروه عادی کم و بیش وجود دارد به‌طور عادی ما درزندگی روزمره خود با افراد و گروه های مختلفی ارتباط داریم که این روابط برای سلامتی ما لازم است البته همه روابط زمینه سلامت بخشی ندارند و حتی بعضی از روابط نیز ناسالم و بیماری زا هستند.

آن دسته از روابط فیمابین افراد که توام با ریا و تزویر و فخر فروشی باشد و همچنین روابط توام با فشار تحقیر روابطی ناسالم و صمیمانه رابطه ای است که از نظر روانشناسی نیازهای روانی انسان را ارضا می‌کند و هر انسانی با تمام وجود آنرا طلب می‌کند.

روان درمانی گروهی چیزی جز ارائه شناخت و تصحیح رفتار بیمار گونه نیست رفتاری که باعث شده دیگران از فرد فاصله یگیرند واو تنها منزوی گردد شاید یکی ازعلل رشد درمان های روانی در جوامع بزرگ و پیشرفته مسئله تنهائی و بی همدمی افراد باشد بنابراین روان درمانی گروهی زمانی ضرورت پیدا می‌کند که نیازاجتماعی

فرد در ارتباط با دیگران برآورده نشده و یا محیط به گونه ای است که هر چند روابط انسانی به حد کافی وجـود دارد ولی روابط موجود غلط و ناسالم می‌باشد.
دربررسیهای کلینیکی به عمل آمده ازمعتادین مشخص شده است که اغلب آنهـا قبـل از اعتیـاد دچـار بیمـاری افسردگی بوده و درروابط درون فردی و بین فردی دارای مشکل هستند معتادین معمولا با خانواده خـود روابـط سالمی ندارند. همچنین با گروه های طبیعی اجتماعی نیز دچار مشکل هستند بنابر این پـس از طـی دوره سـم زدایی و ترک جسمی بایستی شرکت در جلسات گروه درمانی با جدیت دنبال شود تا خلاء روابـط ناسـالمی کـه قبلا در گروه های طبیعی داشته است برطرف گردد و روابط بین فردی بتدریج بهبود یابد.ناگفته نماند که بر اثـر تعامل ایجاد شده در گروه علاوه بر بهبودی روابط بین فردی روابط درون فردی معتادان نیـز دسـتخوش تحـول گردیده و نگرش های فردی نسبت به خود مثبت شده و نهایتا درمان کامل دنبال می‌شود.

۲-۵-۱-۴- گروه‌های خودیار

معتادان گمنام یک منبع یا یک سازمان غیر انتفاعی متشکل از معتادان در حال بهبودی است که به شکل محلی و منطقه ای در بیش از ۶۰ کشور جهان مشغول به فعالیت میباشند. اعضاء انجمن معتادان گمنام از یکدیگر یـاد میگیرند که چگونه بدون مواد مخدر زندگی کنند و به چه طریق از اثراتی که اعتیاد در زندگیشان گذارده اسـت بهبود یابند.

الف-جلسات معتادان گمنام (NA)

زیر بنای گروه و طرز برخورد اصولی واساسی معتادان گمنام با مسئله بهبودی برپایه ارزش درمانی استوار اسـت اعضای این انجمن با در میان گذاشتن تجربیات ونحوه بهبودی خود از اعتیاد فعالانه در جلسات شرکت میکننـد جلسات معتادان گمنام حالتی غیـر رسـمی دارد و در مکانهـایی کـه توسـط گـروه‌هـا اجـراره شـده‌انـد برگـزار میشودرهبری جلسات وانجام بقیه امور آن را اعضای جلسه به‌طور نـوبتی وم داوطلبانـه برعهـده میگیرنـد کلیـه مخارج جلسات معتادان گمنام و خدمات دیگر از طریق کمک مـالی داوطلبانـه اعضـا و فـروش نشـریات تـامین میشود هیچ گونه کمک مالی از افراد غیر عضو پذیرفته نمیشود.
اکثر جلسات معتادان گمنام به‌طور مرتب در همان محل و طبق برنامه زمانی همه هفته تشکیل میشود محل این جلسات معمولا از میان مکانها مؤسسات عمومی وعام المنفعه انتخاب میشود جلسات معمولا دو نوعند-
جلسات علنی یا باز و جلسات غیر علنی یا بسته حضور در جلسات علنی برای عموم آزاد است جلسات غیر علنی فقط با حضور معتادان برگزار میشوددستور جلسه و موضوع صحبت در هر یک از جلسات بـا یکـدیگر تفاوتهـای زیادی دارند در تعدادی از جلسات موضوع خاصی انتخاب میشـود و برخـی جلسـات مخصـوص سـئوال وجـواب هستند ولی هدف جلسات همیشه یکی است و آن به‌وجودآوردن یک محیط مطمئن و مناسب برای بهبودی فرد می‌باشد.

ب-روش کار معتادان گمنام

همیاری و کمک معتادان به یکدیگر بمنظور بهبودی پایه و اساس کار معتادان گمنان است اعضای این انجمن به‌طورمرتب جهت در میان گذاشتن تجربیات بهبودی خود گرد هم میایند و همچنین اعضای با تجربه تر که به آنها راهنما گفته میشومد شخصا به اعضای جدیدتر کمک میکنند.

قدم های ۱۲ گانه اصولی ترین برنامه معتادان گمنام هستند و به منزله قلب این انجمن میباشند این قدمهایکسری دستورالعملهای شخصی را جهت بهبودی ارائه میدهد با به‌کارگیری این دستورالعملها و تماس نزدیک و دائم باسایر اعضا در نتیجه معتادان میآموزندکه چگومنه از مصرف مواد مخدر خودداری کنند و با فراز و نشیبهای زندگی روبرو شوند.

۲-۵-۱-۵- اجتماع درمانی

اجتماع درمانی به شکل کنونی آن اولین بار در سال ۱۹۵۸معرفی شد و به سرعت کارآرایی خود را در درمان و توانبخشی معتادان نشان داد.

بازسازی الگوهای رفتاری مخرب که در طول زندگی کسب شده است نیاز به تغییر دربافت اجتماعی داشته و به همین جهت یک برنامه ساخت یافته و نظارتی قوی جهت درمان مسائل رفتاری هنجانی خانوادگی و عاطفی معتادان را طلب می‌کند.

هدف از ایجاد تغییرات کلی در سبکو شیوه زندگی معتادان پرهیز از مصرف مواد مخدر ایجاد صداقت فردی کسب مهارت‌های اجتماعی مفید حذف عقاید ضد اجتماعی و رفتارهای غیر قانونی است به‌منظور دستیابی به این اهداف معتادین بایست مدتی را که بسته به نوع برنامه درمانی می‌تواند از سه ماه تا دو سال باشد دراجتماعات مبتنی بر درمان‌های روانشناختی و اجتماعی زندگی کنند مطی فیزیکی این اجتماعات بسته به گروه‌های تحت درمان می‌تواند متغیر باشد مثل بیمارستان شهرک های کوچک و...

الف) انواع روش های اجتماع درمانی

TC اجتماعی طبقاتی است و در آن بیماران باسطوح مختلف نگهداری می‌شوند و به وسیله کارکنانی (staff-که ارزیابی از وضعیت بیمار وهدایت بسوی تغییر رفتار را بعهده دارند اداره می‌شوند در بدو ورود هر بیمار در موقعیتی از این سلسله مراتب قرار می گیرد ورفتن به سطوح بالاتر از راه پیشرفت درمانی و مولد بودن عملی خواهد شد.

اقدام به تصمیم گیری ها در مورد وضعیت بیمار ترخیص انتقال اخراج و بعهده پرسنل درمان می‌باشد برنامه روزانه ضمن داشتن تنوع کاملا فشرده است.

ارزیابی های متعدد از برنامه‌های TC نشان میدهد که چنین برنامه فشرده و منسجمی برای افرادی که قبلا در موقعیت های نابسامان بهمریخته و بی نظم زندگی کرده و شخصیتشان براین اساس شکل گرفته است منجر به

عدم مصرف مواد و پرهیزاز اعمال خلاف خواهد شد یادگیری به شیوه"TC" بعنوان یک یادگیری اجتماعی حداقل به 3 روش صورت می گیرد:

I) یارگیری از طریق رقابت و عمل

II) یادگیری با استفاده ازفرا گییر بودن شرایط و مشکلات در بین همه اعضا اجتماع

III) یادگیری از طریق بروز دادن عواطف فردی مثل رویا خشم ترس وآرزوها و رویاروئی با آنها

۲-۵-۱-۶- کار درمانی

کار درمانی در اعتیاد عبارت است از ارائه انواع فعالیتها و روش‌های درمانی بمنظورپیشگیری از اعتیاد تسریع روند بهبودی و رفع عوارض آن معمولا معتاد در روابط اجتماعی وسلوک ورفتار دچارمشکل میگردد و در نتیجه قدرت کاری تمایل به کارحس تشریک مساعی و احساس مسئولیت وی مختل میشود.

لذا برای اینکه فرد بتواند زندگی سود مندی را در اجتماع از سر بگیرد لازم است سلوک و رفتار وی طبیعی گرددو احساس مسئولیت وحس اجتماعی را باز یابد.

در برنامه‌های کاردرمانی سعی در آمادگی فرد برای زندگی عادی و روزمرهروابط سالم اجتماعی و روبرو شدن با واقعیات زندگی وجود دارد همچنین کاردرمانی علائق انگیزه هاو تمایلات انسانی را پرورش داده علائم وعوارض بیماری را بهبود می بخشد و فر را برایسازش با الگوهای موجودوحاکم در زندگی اجتماعی آماده می نماید.

در کار درمانی افراد با دقت کامل ارزیابی میشوند کمبودها نواقص و نیازهای بیماران به‌طور کامل مشخص میگردد و برای هر فرد متناسب با مشکلات و نیازهایش ببرنامه‌های مفید و مؤثر تنظیم میگردد.

این برنامه‌ها هم ازنقطه نظر فردی و هم گروهی بسوی هدفی معین و مشخص رهبری میشود هرچند اهداف درمانی در مورد افراد مختلف متفاوت است ولی به‌طور کلی بهتر است برنامه‌های زیر در مورد اغلب افراد معتاد منظور شده و اجرا گردد:

- سعی در بهبود و پرورش قابلیت های فرد با ارضا و تکامل مهارت‌ها وتوانائیهای او
- کاهش دادن علائم و عوارض اعتیاد تا آنجائیکه فرد وظایف خود را در مسیر واقعیت های زندگی و اجتماع ایفا کند.
- کوشش در تکامل و پرورش ابعاد شخصیت و انگیزه های بیمار ضمن فعالیتهای روزمره و را قالب تجارب موفقیت آمیز بیمار.
- سعی در پرورش وارتقا سطح پذیرش و اقناع فرد از زندگی عادی بر اساس قابلیت های او.
- سعی در افزایش قدرت تصمیم گیری وعادات مطلوب ومثبت نسبت به کار و فعالیت.
- ایجاد وضعیت های کافی و لازم برای استقرار مناسبات و ارتباطات اجتماعی مفید و مؤثر.

- آموزش و پرورش توانائی های فرد برای تفریح بهتروبهره بردن مفید تر از اوقات فراغت خود.
- ارشاد و تربیت افراد برای پیدا کردن اعتماد به نفس کافی جهت تامین زندگی مستقل در سطوح واقعیت های روابط اجتماعی موجود.

نمونه سؤالات فصل دوم

۱-گرایش به اعتیاد فرزندان ارتباط مستقیمی با شیوه های ارتباطی آنها دارد.
الف- صحیح است
ب-صحیح نیست
ج- تاحدودی موافقم
د-بستگی به والدین دارد

۲-مخاطره‌آمیزترین دوره زندگی از نظرشروع مصرف مواد مخدردوره.....است.
الف-نوجوانی
ب-جوانی
ج-بزرگسالی
د-دوران سربازی

۳-شایعترین اختلالات روانی همراه با اعتیاد.....
الف-افسردگی،اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی
ب-اضطراب،اختلال شخصیت اسکیزوئید
ج-اختلالات رشد،اختلالات غدد، بیماری‌های گوارشی
د- بیماری‌های مزمن اعصاب وروان

۴-ازعوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی عوامل مربوط به خانواده است.
الف-غفلت ازفرزندان
ب-وجود الگوی نامناسب در خانواده
ج-خانواده آشفته
د-همه موارد

۵-به‌طور کلی تقسیم بندی شخصیت معتاد به‌صورت.....است.
الف-نوروتیک،سایکوتیک،سازمان یافته
ب-پرخاشگر،افسرده،ضداجتماعی
ج-سایکوتیک،افسرده،سازمان نیافته
د-منفعل، پرخاشگر، افسرده

۶-تقسیم بندی گرایش به اعتیاد شامل.....می‌باشد.
الف-علل فردی،علل خانوادگی،علل اجتماعی
ب-علل اقتصادی،علل فرهنگی،علل خانوادگی
ب-علل ژنتیکی،علل فردی، علل روانی
د-علل سایکوتیک، علل خانوادگی،علل ارثی

۷-کدامیک از علل فردی گرایش به اعتیاد محسوب نمی‌شود.
الف-کنجکاوی
ب-مشکلات روانی
ج-ضعف اراده
د-بیکاری

۸-کدامیک از عبارات زیر در خصوص علل خانوادگی گرایش به مواد مخدر صحیح نیست.
الف-کمبود محبت
ب-افراط محبت در خانواده
ج-تبعیض بین فرزندان
د-تعداد زیاد فرزندان

۹-رابطه بین فقر واعتیاد.....
الف-رابطه یک سویه است
ب-رابطه دوسویه است
ج-رابطه ایی ندارند
د-رابطه موازی است

۱۰-از مهمترین علل اجتماعی گرایش به سوی اعتیاد.....
الف-دسترسی آسان به مواد مخدر،بیکاری،،نابرابری اقتصادی و اجتماعی،نقش دوستان
ب-محل زندگی، پدر مستبد،مشکلات فرهنگی، بیکاری
ج-تحصیل ناموفق،شغل،مشکلات اقتصادی،دوستان ناباب
د-بیکاری، زندگی در شهر،بیسوادی،مشکلات قانونی

۱۱-رابطه اعتیاد و بیکاری.....
الف-یک رابطه غیر مستقیم است
ب-رابطه مستقیم است

ج-رابطه ایی ندارند
د-هیچ‌کدام

۱۲-در درمان اعتیاد، نقش خانواده در بهبودی.....
الف-مهم واثربخش است
ب-بدون اراده فرد بی فایده است
ج-کمک رسان و موقتی است
د-هیچ‌کدام
۱۳-جلسات معتادان گمنام (NA)معمولا".....هستند.
الف-علنی وغیر علنی
ب-اختیاری وغیرعلنی
ج-باز و علنی
د- شلوغ

۱۴-ازجمله روش های درمان معتادین روش اجتماع درمانی است که...
الف-درمان فردی است
ب-درمان گروهی است
ج-درمان دارویی است
د-درمان موفقی است

۱۵-کاردرمانی در پیشگیری از عود اعتیاد مؤثراست.
الف-موافقم
ب-مخالفم
ج-تاحدودی موافقم
د-هیچ‌کدام

۱۶-در فرد معتاد..... از وابستگی روانی و.....از وابستگی جسمانی حکایت می‌کند.
الف-کاهش انگیزه –درد جسمانی
ب- اضطراب-افسردگی
ج-اختلال رفتاری،اضطراب
د- عدم اراده –بی‌خوابی

۱۷-درمان مؤثر اعتیاد درمانی است مبتنی بر.....
الف-درمان فردی،خانوادگی،اجتماعی،گروه درمانی
ب-دارویی،اجتماعی و اقتصادی
ج-درمان دارویی است
د-کمترین سهم با دارو است

۱۸)سیگار کشیدن افراد.....
الف-اعتیادآور است
ب-رایجترین اعتیاد است
ج-ارتباط با خانواده دارد
د- همه موارد

۱۹-رابطه خانواده و درمان اعتیاد :
الف-رابطه ندارند
ب-رابطه ضعیفی دارند
ج-نقش معجزه آسانی دارند
د-در ادامه اعتیادش مقصراند

۲۰-این تعریف صحیح است
الف-اعتیاد یک عادت ساده ای است که با مصرف مواد شروع میشود
ب-اعتیاد یک رفتار از طرف فرد معتاد است
ج-قطع مصرف مواد راحت وبستگی به اراده فرد دارد
د-هیچ‌کدام

۲۱-ممکن است معتاد بقدری دچار.....و.....مواد شود که تصورش برای ما غیر ممکن است
الف-فشار و میل به مصرف
ب-وسوسه و هوس مصرف
ج-عجز و تسلیم
د-ضعف اراده و فشار

۲۲-خانواده معتاد باید بداند که معتاد.....
الف-در موقع ترک اعتیاد یکسری مسئولیتها به‌صورت سیلی خروشان به سمتش در حرکتند
ب-فردی بی اراده است وباید کمکش کنند

ج-در هرجا و مکان کمکش کنند
د-هیچ‌کدام

۲۳-از جمله عوامل مخاطره‌آمیز صفات شخصیتی شامل میشود
الف-صفات ضد اجتماعی
ب- پرخاشگری
ج- اعتماد به نفس پایین
د- همه موارد

۲۴-از جمله اختلالات روانی وابسته به عوامل مخاطره‌آمیز.....و.....هستند
الف- افسردگی اساسی - فوبی
ب-اضطراب – میل به مصرف
ج- کمبود عزت نفس – اراده
د- پرخاشگری – بی توجهی

۲۵-شواهد مختلفی از استعداد.....اعتیاد به الکل و.....وجود دارد
الف- ذاتی – مصرف
ب- ارثی - مواد
ج- گرایش – سوءمصرف
د- هیچ‌کدام

۲۶-هرقدر فرد قدرت.....و.....بیشتری داشته باشدبهتر میتواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند
الف- فکر – اراده
ب-تصمیم گیری – مدیریت استرس
ج-تصمیم گیری – مهارت ارتباطی
د-تمرکز – اراده

۲۷)افراد دارای نگرش مثبت به مواد احتمال مصرف و اعتیادشان.....است
الف-بیشتر
ب-کمتر
ج-فراوانی زیادتر
د-تمایل بیشتر

۲۸-از موقعیت‌های گرایش نوجوانان وجوانان به مصرف مواد مخدر نیست
الف- دوستی با بزرگتر از خود
ب- ترک تحصیل
ج- دردهای مزمن
د- معلولیت جسمی

۲۹-تأثیر مواد بر فرد مصرف کننده به میزان قابل توجها به این مشخصات او بستگی دارد
الف- شرایط جسمی فرد
ب- انتظار فرد از مواد
ج- تجربیات قبلی تأثیر مواد
د- همه موارد

۳۰-از جمله تأثیرات متفاوت مواد بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند مثلا هروئین و کوکائین.....الکل.....ایجاد میکنند
الف :خواب‌آلودگی –هوشیاری
ب- سر خوشی شدید – آرامش
ج-افزایش تمرکز –بدبینی
د-کم حسی – فراموشی

۳۱-از جمله عوامل مربوط به محل سکونت و توان به.....اشاره کرد
الف- شیوع خشونت
ب-در دسترس بودن –نبودن فضای بازی
ج-اعمال خلاف
د-موارد الف و ب

۳۲-خانواده اولین مکان رشد.....باورها و.....رفتاری فرد است
الف- شخصیت
ب- الگوهای رفتاری
ج-تربیت فرزند – هدایت
د-موارد الف و ب

۳۳-در زمینه اعتیاد بعد از خانواده.....بهترین نهاد آموشی و تربیتی است

الف-مسجد

ب-محله

ج-مدرسه

د-همه موارد

۳۴-از جمله راه‌های زمینه ساز مصرف مواد در نوجوانان سن مدرسه می‌باشند

الف-استرس شدید تحصیلی و محیطی

ب- فقدان حمایت معلمان

ج- طرد شدن از طرف اولیاء

د-همه موارد

۳۵-از جمله عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی نمی‌باشد

الف-بازار مواد

ب- کمبود فعالیتهای جایگزین

د-سن شروع

د-موارد الف و ب

۳۶-زمینه های پیشگیری عبارتند از :

الف-انسان اعتیاد پذیر

ب-محیط اعتیاد ساز

ج- عامل اعتیاد

د- همه موارد

۳۷-از نظر فروید (تبین روانشناختی)زمانی رفتار انحراف آمیز پیش می‌آید که.....در مبارزه با.....پیروز گردد

الف : من - من برتر

ب- من برتر - من

ج- نهاد – من برتر

د-فرد – من

۳۸-ژان برژه معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان .....

الف- روان نژند

ب-افسرده

ج- روان پرسش

د- همه موارد

۳۹-تبیین‌های زیست‌شناختی به حیطه های.....و.....تقسیم میشوند

الف-ملوکولی –سلولی

ب-سلولی – ژنتیکی

ج-اختلالات بدن – تبیین‌های ژنتیکی

د-عوامل جسمی – اختلالات روانی

۴۰-از نظر بسیاری از جامعه شناسان انحراف نتیجه نارسایی های موجود در ..... و.....یک جامعه است

الف-خانواده – گروهای

ب-خانواده – مشکلات

ج-فرهنگ – ساختاراجتماعی

د-نیازها – کمبود ها

نتیجه‌گیری

متأسفانه معضل اعتیاد در تمام جوامع و در میان اقشار مختلف رایج می‌باشد و فرد بدون آگاهی نسبت به عواقب آن، به‌دنبال آن می‌رود و چه بسا در آمارهای جهانی اعتیاد روز به‌روز زیاد و زیادتر می‌شود.فرد معتاد، نیروی مولد انحراف و نابودی است.آمارها نشان داده است که اعتیاد به مواد مخدر، علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلاء به بیماری‌های عفونی واگیردار مانند ایدز، هپاتیت، سل و...، باعث جرائم و جنایات فراوانی شده است.اعتیاد هزینه‌های فراوانی را به فرد متحمل می‌سازد و این ضرر به خانواده کشیده می‌شود و در نهایت، جامعه و دولت نیز، سرمایه‌گذاری‌های فراوانی را برای فرد معتاد متحمل می‌شود.بنابراین باید در جهت پیشگیری و درمان آن کوشش بسیار کرد و این امر میسر نخواهد شد مگر با همکاری جمعی فرد، خانواده و اجتماع.

منابع:

- احترامی، مهرداد و همکاران. ۱۳۹۲. آشنایی با درمان نگهدارننده با متادون و بوپره نورفین. معاونت امور درمان
- ادیب‌فر، حجت‌اله. ۱۳۹۵. درمان دارویی و غیر دارویی معتادین. چشم انداز قطب
- باوی، ساسان. ۱۳۸۸. اعتیاد (انواع مواد، سبب‌شناسی، پیش‌گیری و درمان)، جلد اول. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز
- بهادری، بهاره.۱۳۹۴. آسیب‌های اجتماعی. مجتمع آموزش فنون نفت اهواز (شرکت ملی مناطق نفت‌خیز جنوب)
- فروتن کیا، سلیمان. ۱۳۹۲. درآمدی بر پیشگیری از اعتیاد با رویکرد اسلامی. نشر دارالحدیث
- مکری، آذرخش. ۱۳۹۲. راهنمای درمان سومصرف موادمحرک (ماتریکس). مرکز ملی مطالعات اعتیاد