

سوء مصرف مواد

پیشگفتار

کشور ایران به لحاظ جغرافیایی در منطقه ای واقع شده است که بزرگ ترین منبع تولید مواد مخدر را در کنار خود دارد، قرار گرفتن در مسیر اصلی قاچاق این مواد و همچنین برخورداری جامعه ایران از ویژگی هایی همچون جوان بودن جمعیت و قرار داشتن در دوران گذار و تحولات ناشی از آن جامعه ما را در برابر صدمات مرتبط با مواد مخدر آسیب پذیر ساخته است گرفتار آمدن گروه بزرگی از جوانان در دام این مواد و کاهش مستمر میانگین سن اعتیاد باعث اتخاذ سیاست ها و اقدامات گسترده ای از سوی نظام جمهوری اسلامی ایران برای مقابله با تهدیدات ناشی از این مواد گردیده است که از جمله آنها می توان به مبارزه شدید با سوداگران مرگ اشاره کرد. در کنار چنین برنامه هایی مبارزاتی اجرای برنامه های پژوهشی جهت شناخت ویژگی های روان شناختی، پیشگیری و درمان شخصیت مختل شده افراد گرفتار در دام اعتیاد ضروری به نظر می رسد.

۲- تعاریف

اعتیاد: عبارت است از یک حالت روانی و گاهی جسمانی ناشی از تاثیر دارو بر روی یک موجود زنده که به اجبار به بروز رفتار و عکس العمل های خاصی در فرد می انجامد و همیشه با یک کشش افراط آمیز همراه است (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان ۱۳۷۷)

از سوی دیگر اعتیاد^۱ واژه ای است که امروزه به دلیل کاستی های آن از اصطلاح، وابستگی به مواد، استفاده می شود.

وابستگی نیز به نوبه خود به معنای تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده می باشد به طوری که وابستگی به عنوان یک سندرم بالینی با جنبه های رفتاری شناختی و فیزیولوژیکی باعث می شود که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد.

سوء مصرف: بدین معناست که اگر چه فرد نسبت به آن مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می کند.

معیارهای تشخیص: برای تشخیص وابستگی به مواد^۲ حداقل وجود ۳ نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- ۱- تحمل: افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی به علائم مصرف آن ماده^۳
 - ۲- پیدایش علائم ترک و در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف
 - ۳- تمایل دائمی به مصرف و تلاشهای ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده
 - ۴- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی
 - ۵- تداوم مصرف علی رغم آگاهی از عوارض آن (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶)
- معتاد: به انسانی اطلاق می شود که از چهار طریق خوردن، تزریق، دود کشیدن یا تنفس و بالاخره به مصرف یک یا چند ماده مخدر به طور مداوم می پردازد و در صورت قطع این عمل با مشکلات تنفسی، روانی و رفتاری به تنهایی و یا با هم دچار می گردد. (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۷۷)
- به عبارت دیگر معتاد قربانی یک نوع وابستگی دارویی یا روانی به مواد مخدر شناخته می شود. (بررژه، ۱۳۶۸)

۳- شخصیت معتاد

استعمال مواد مخدر انسان را دچار بی تفاوتی نسبت به پستی و بلندی های زندگی می کند یعنی در شخص معتاد شخصیت عذر اجتماعی بروز می کند و اکثر آنان در حالتی جنگ و گریزند با اجتماع میانه خوبی ندارد و نه تنها به افراد بلکه به اجتماع نیز وفادار نیستند اینان عادات و رسوم ملی و مذهبی را زیر پا می گذارند.

حس مسئولیت فردی و اجتماعی ندارند، اغلب قید و بندی احساس نمی کنند، خود پسندانند و دیگران را مسئول اعمال و رفتار خود قلمداد می کنند، نمی توانند احساس گناه کنند، مرتب از دیگران انتقاد دارند و تمایل به کار کردن ندارند اگر هم به کاری

^۱ - addiction

^۲ - substance dependence

^۳ - intoxication

مشغول شوند نمی توانند به خوبی آن را انجام دهند، معتادان به ظاهر خود بی علاقه اند، زیاد دروغ می گویند، افکار عجیب و غریبی دارند و در حالت افسردگی و گوشه گیری به سر می برند .

در واقع استعمال مواد مخدر اراده شهامت و جرات را از بین می برد افراد مبتلا را به طور کامل بی هدف می کند قدرت جسمی آنها را به تحلیل می برد و آنان جرات مقاومت ایستادگی و پشتکار در برابر مشکلات را از دست می دهند تنها هدف فرد معتاد بدست آوردن ماده مورد اعتیاد است تا زمانی که نشئه است ایمان و اعتقادش پا به برجاست و وقتی خمار می شود بجز مواد مخدر چیز دیگری را پذیرا نیست معتادان به تریاک اغلب علاقه مندند که تنها و بدون مسئولیت خانوادگی بسربرند زیرا لذت خود را فقط در منقل و وافور می بینند و در کنار آن احساس خوشبختی میکنند و دیگر نیازی به خانواده ندارند. (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۷۷)

بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد یعنی فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها و شکستها ، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی عدم ثبات عاطفی و ناملايمات دیگر به اعتیاد روی می آورد و بدین ترتیب بین اعتیاد و شخصیت دور باطلی ایجاد می گردد که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی از طریق ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر می باشد بالاخره فساد بافت های مغزی در اثر مصرف مواد مخدر موجب می گردد که شخص کنترل حرکات خود را از دست بدهد و آمادگی آسیب رسانی به خود و دیگران را پیدا نماید .

۴- علل و انگیزه های گرایش به اعتیاد

- ۱ - جستجوی پناهگاه : انسان کنونی با از دست دادن ارزش های معنوی دچار اضطراب و پریشانی گردیده است و بدنبال یافتن پناهگاه و مایه آرامشی می باشد از این رو زمانی که اوضاع را بر وفق مراد خود نمی بیند به سراپ ها دل می بندد.
- ۲ - دوستان ناسالم : تنگناهای زندگی و بیشتر سهل انگار بها و بی دقتی ها در انتخاب دوستان موجب می گردد که افرادی به حریم خانواده ها و منازل راه یابند که هیچ نوع شایستگی دوستی و آشنایی در آنها وجود ندارد اینان همان افرادی هستند که معاشران خود را به راه های انحراف اعتیاد و آلودگی ها سوق می دهند .
- ۳ - کام جویی در عالم خیال : مواد مخدر ، انسان ها در عالم خیال سیر می دهد و آنها را از واقعیت های زندگی دور نگه می دارد از این رو کامیابی خیالی و تسکین خاطر موقتی برای کسانی که در صحنه های واقعی زندگی موفقیتی به دست نیاورده اند عاملی جهت روی آوردن به این گونه مواد به شمار می آید:

۴ - بیکاری و اشتغال کاذب

۵ - سابقه اعتیاد در خانواده

۶ - کنجکاوی و حساسیت دوران بلوغ

۷ - محرومیت در خانه و خانواده

۸ - آزادی بیش از حد

۹ - فقدان ایمان و درک فضائل انسانی

۱۰ - محیط مساعد

۱۱ - خانواده از هم پاشیده و متزلزل (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۷۷)

بدین ترتیب، عواملی که موجب اعتیاد می گردند عبارتند از :

۱ - کمبود اعتماد به نفس : مانند فردی که در مقابل درخواست دوستانش برای کشیدن حشیش جرات مخالفت ندارد

۲ - ناراحتی روانی : کسی که ناراحتی اعصاب دارد و برای کاهش افسردگی خود مواد مصرف میکند

۳ - درد یا بیماری جسمی مزمن : مانند فردی که دچار پا درد است یا کودکی که گوش درد دارد و به جای درمان توسط پزشک خود فرد یا خانواده او به اشتباه از تریاک استفاده می کنند

عواملی که مربوط به شرایط فرد و محیط خارجی است :

۱ - عوامل مخاطره آمیز فردی

الف : دوره نوجوانی : مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد مخدر دوره نوجوانی - دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی - به شمار می آید.

ب : صفات شخصیتی : عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند و برخی از صفات پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند از جمله عدم پذیرش ارزش های نسبی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت های اجتماعی و انضباطی .

ج: اختلالات روانی : در ۷۰ درصد موارد اعتیاد با اختلالات دیگر روانپزشکی نیز همراه است .

د - نگرش مثبت به مواد مخدر : افرادی که نگرشی مثبت یا خنثی به مواد مخدر دارند بیش از کسانی که دیدگاهشان منفی است در خطر اعتیاد قرار دارند مانند کسانی که از این مواد جهت کسب بزرگی، رفع دردهای جسمی و خستگی و کسب آرامش روانی استفاده می کنند .

۲- عوامل مخاطره آمیز محیطی :

الف - خانواده : خانواده اولین مکان رشد شخصیت ، تشکیل باورها و کسب الگوهای رفتاری برای فرد است از این رو، ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین با فرزندان، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته از نقش بسزایی در گرایش به مواد مخدر برخوردارند.

ب - دوستان : در ۶۰ درصد موارد اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد چنانکه که ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد عامل مستعد کننده مهمی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد به شمار می آید و مصرف کنندگان این مواد برای گرفتن تأییدی جهت رفتار خود از دوستان سعی می کنند آنان را نیز به این عمل وادار نمایند .

۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی

الف - فقدان قوانین و مقررات جدی بر ضد خرید و فروش حمل و مصرف مواد مخدر موجب وفور و ارزانی آن می شود .

ب - مصرف مواد به عنوان یک هنجار اجتماعی : در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی شود بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخص و وسیله احترام و پذیرایی است به فراگیر شدن آن خواهد انجامید .

ج - کمبود امکانات فرهنگی ، ورزشی ، تفریحی : کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی ، روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان ، ماجراجویی و ... به گسترش استعمال این مواد کمک خواهد کرد .

د- عدم دسترسی به سیستم های خدماتی ، حمایتی ، مشاوره ای و درمانی :

فقدان امکانات لازم و عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتوان فرد را از نظر روانی مالی ، شغلی ، بهداشتی و اجتماعی حمایت نمود به افزایش گستره این مواد منجر خواهد شد .

ه- توسعه صنعتی جامعه ، فقدان مهارت کافی ، کمبود فرصت های شغلی و محرومیت اقتصادی : توسعه صنعتی ، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می دهد .

مهاجرت باعث می شود تا فرد با موانع جدیدی برخورد نماید و در صورت ناکامی و ناآگاهی به مصرف این گونه مواد روی آورد . (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶).

۵- مراحل اعتیاد

اعتیاد به هر شکلی که باشد معمولاً طی یک دوره سه مرحله ای انجام می گیرد:

۱ - مرحله آشنایی : در این مرحله شخص در اثر مسامحه یا تشویق دیگران یا میل به انجام یک کار تفریحی یا کنجکاوی یا علل دیگر مانند کسب لذت با مصرف مواد مخدر آشنا می شود .

۲ - مرحله میل به افزایش مصرف مواد : در این مرحله بدن هر روز به دریافت مواد بیشتر نیاز پیدا می کند بعد از مدتها استفاده نامرتب از مواد مخدر شخص دچار شک و تردید می شود و برای رهایی از آن دست به مبارزه با امیال خود می زند .

۳ - مرحله اعتیاد (بیماری) : در این مرحله بعد از شک و تردید و شاید مدتی ترک اعتیاد شخص سرانجام به مرحله اعتیاد واقعی می رسد که اگر مواد مخدر بدون رعایت ترتیبات لازم ناگهان قطع شود نشانه های سندرم محرومیت بروز می کند.

۶- عوارض اعتیاد

۱ - عوارض جسمی

اگر مصرف روزانه شخص معتاد متوقف گردد پس از گذشت ده تا دوازده ساعت عوارض جسمی و ناراحتی های عصبی، اضطراب، بی قراری، عطسه، ریزش مکرر آب از بینی و چشم، ناراحتی عضلانی، فشار شدید در ستون فقرات، دل درد و دل پیچه، بی اشتها، استفراغ مکرر، لاغری و کاهش وزن نمودار می گردد.

۲- عوارض روانی

شخص معتاد فاقد تعادل روانی است و لابلالی گری، عدم توجه به اصول و مقررات جامعه، تسلیم شدن در برابر پیشامد ها، ضعف اراده، بی توجهی به مسئولیت های فردی و اجتماعی از خصوصیات رفتاری او به شمار می آید.

معتادان از لحاظ عاطفی، نابالغ، عصیانگر، بی قرار و دارای احساسات خصومت زا هستند افرادی مضطربند که احساس بی کفایتی و تنهایی می کنند به این واکنش ها و تمایلات پسیکونوروتیک و پسیکوپاتیک را می توان در آنها تشخیص داد. اصل اتکای روانی مقدم بر تاثیر اعتیاد بر جسم است زیرا شخص معتاد پیش از آنکه تعادل جسمانی خود را از دست بدهد تعادل روانی خود را تا رسیدن به دارو از دست می دهد.

۳- عوارض اجتماعی

معتادان نه تنها مولد و سازنده نیستند بلکه مصرف کنندگانی هستند که غیر از ضرر اجتماعی، هنری ندارند فرد معتاد نسبت به اعضای خانواده خود احساس مسئولیت نمی کند موقعیت اجتماعی او متزلزل است به دیگران اعتماد ندارد بر آوردن نیازهای خود را مقدم بر دیگران می داند روابط اجتماعی او بسیار سطحی و تصنعی است و به ندرت می تواند پیوند های مستحکم عاطفی و وفاداری و تعهد داشته باشد چنین فردی فقط برای کسی که بتواند برای او مواد مخدر تهیه کند اهمیت قابل است بدین ترتیب ارتکاب جرائم معتادان به علت ضعف روابط انسانی روز به روز بیشتر می شود و به همین دلیل اعتماد عمومی و اهمیت اجتماعی به خطر می افتد، زیرا بیشتر معتادان برای تامین مخارج مصرف مواد مخدر خود به راه های نادرستی نظیر دزدی، تجاوز به دیگران، و آدمکشی روی می آورند.

۴ - انواع مواد

۱-۷ - مواد افیونی

مواد افیونی[□] از گیاه خشخاش[□] به دست می آیند و تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی می باشند مهمترین این مواد عبارتند از:

تریاک، شیره، و سوخته تریاک، کدئین، پروتئین، مرفین، میریدین و متادون

آثار مصرف مواد افیونی

۱ - تغییرات روانی یارفتاری (ابتدا سرخوشی و سپس بی تفاوتی، کج خلقی، پرخاشگری، بی قراری و...)

۲ - تهوع و استفراغ

۳ - کاهش احساس درد

۴ - احساس گرما، گر گرفتگی، خارش بینی

۵ - سنگینی دست و پا و رخوت

۶ - خشکی دهان

۷ - کاهش فشار خون

□ opium -
□ papaver somniferum-

۸ - انقباض مردمک

۹ - انقباض عضلات

۱۰-افت عملکرد شغلی و اجتماعی

مصرف طولانی مواد افیونی نیز عوارض زیر را در پی دارد :

۱ - اعتیاد

۲ - یبوست طولانی

۳ - تیره شدن رنگ پوست

۴ - کاهش میل جنسی

۵ - بهم خوردن دوره های قاعدگی در زنان

۶ - اختلال نعوظ در مردان

۷ - کاهش وزن و سوء تغذیه

۸ - پایین آمدن سطح سلامتی به علت بی توجهی به وضعیت بهداشتی

۹ - تغییر ساعات خواب و بیداری

۱۰-افسردگی

۱۱-عوارض تزریقی و ریوی

علائم ترک مواد افیونی :

پس از اعتیاد به مواد افیونی قطع ناگهانی مصرف آنها باعث بروز علائم ناخوشایندی می شود که ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین بار مصرف، ظاهر می گردد و تاده روز باقی می ماند اوج شدت علائم در روزهای دوم و سوم پس از قطع به چشم می خورد :

- درد استخوانی و عضلات

- دل پیچه و اسهال

- آبریزش از چشم و بینی

- عطسه ، سسکسه و خمبازه

- سیخ شدن موهای بدن و احساس سرما و لرز

- بی قراری

- عصبانیت و پرخاشگری

۷-۲- مواد توهم زا[□]

مواد توهم زا، دسته ای مواد هستند که سبب ایجاد تغییرات در خلق و ادراک می شوند و سردسته این گروه از مواد (ال . اس . دی)[□]

است تحمل نسبت به این داروها خیلی سریع و پس از ۲ تا ۴ روز مصرف مستمر پدید میآید .

مواد توهم زا وابستگی جسمانی بوجود نمی آورند و با قطع مصرف آنها علائم ترک ظاهر نمی شود اما وابستگی روانی شدیدی در فرد به وجود می آورد.

آثار مصرف ال . اس . دی

[□] *halluciogens* -
[□] *Lysergic acid diehy lamide*

- تغییرات روانی یا رفتاری (اضطراب ، ترس از دیوانگی ، افکار پارانوئید ، اختلال قضاوت ، رفتارهای خود آزارانه و حتی خود کشی)
واکنش پانیک ، اختلال ادراکی (مسخ شخصیت ، توهم ، خطای حسی در ادراکات مثل شنیدن رنگ ها و یا دیدن صداها)

- اختلال تعادل

- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

۳-۷- آمفتامین ها [□]

آمفتاتین ها گروهی از داروها هستند که به لحاظ ساختمانی با ناقل های عصبی نورایی نفرین و دوپامین مربوطند و به نام داروهای مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی نیز معروفند .

آثار مصرف آمفتامین ها

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی ، اضطراب ، و بی قراری ، عصبانیت ، اختلال قضاوت)

- اتساع مردمک

- تغییرات فشار خون

- لرز

- تهوع و استفراغ

- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

۴ ۷ - فن سیکلیدین [□]

فن سیکلیدین (p.c.p) نیز نوعی مواد مخدر است که مصرف آن عوارض زیر را به دنبال دارد :

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه وری و سرعت ، بی قراری ، اختلال قضاوت)

- سفتی عضلات

- کاهش واکنش به تحریکات دردناک

- دیس آرتری

- آناکسی

- نیستاگموس

- افزایش فشار خون

- بلند شنیدن صداها (رحیمی موقر و همکاران ، ۱۳۷۶)

۸ - نظریه ها

اینک این مسئله که اعتیاد به کدام یک از علوم مربوط می شود خود یکی از مباحث روز شده است بعضی از پزشکان اعتیاد را یک بیماری زیستی و بیولوژیک ، برخی جامعه شناسان آن را ناهنجاری اجتماعی ، عده ای از روان شناسان به اعتیاد با رویکرد روان شناختی و شماری از حقوق دانان اعتیاد را جرم و معتاد را مجرم می دانند و هر گروه از بعدی خاص به فکر حل این مشکل بر آمده اند .

واقعیت این است که اعتیاد را باید به صورت معضلی چند بعدی نگریست و عوامل و راه حلها را در سطوح خرد ، میانه و کلان جستجو

کرد. (ماهنامه سراب، شماره ۹، شهریور ۱۳۷۸)

۱-۸ - نظریه روانکاوی

در مقالات روانکاوی، رفتار معتاد به مواد مخدر بر حسب تثبیت لیبیدویی، با پسرقت به سطوح پیش تناسلی ، دهانی ، یا حتی سطوح ابتدایی تر رشد روانی ، جنسی توصیف شده و بیش از همه روی حالت دهانی تاکید شده است از سوی دیگر ضرورت توضیح روابط سوء مصرف دارو، دفاع، کنترل تکانه ، اختلالات عاطفی و مکانیسم های انطباقی منجر به انحراف اخیر در فرموله کردن پویایی با تاکید بر روان شناسی ایگو گردیده است.

amphetamines - [□]
phencyclidine - [□]

همچنین اغلب تصور می شود که پاتولوژی شدید ایگو با سوء مصرف مواد مخدر رابطه دارد و حاکی از آشفتگی های عمیق مربوط به رشد می باشد .

رابطه بین ایگو و عواطف نیز به عنوان یک مسئله کلیدی همواره مطرح بوده است.

۸-۲- نظریه های روانی - اجتماعی و روان پویایی

نظریه های متعدد روان پویایی در مورد سوء مصرف مواد در ۱۰۰ ساله اخیر رواج یافته اند و از منظرهای گوناگون به این مسئله پرداخته اند .

در نظریه های کلاسیک سوء مصرف مواد، معادل استمنا و یک مکانیسم دفاعی در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهری از پس رفت دهانی تلقی می شد، اما در فرمول بندی های روان پویایی اخیر بر رابطه بین مصرف مواد و افسردگی تاکید می گردد و مصرف این مواد بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می شود در رویکردهای روان پویایی به احتمال ارتباط سوء مصرف مواد با بی ثباتی دوران کودکی فرد نیز اشاره می گردد و پژوهش های زیادی هم اختلافات شخصیت را پیدایش وابستگی به این مواد ربط ندارند .

اما در مجموع در شمار کمی از نظریه های روانی اجتماعی به نقش خانواده و جامعه در گرایش به مواد مخدر تاکید شده است چون دلایل چندان محکمی برای قائل شدن به یک نقش اجتماعی در پیدایش الگوهای سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد وجود ندارند.

امروزه روزنامه ها مملو از حکایات تکان دهنده در مورد چگونگی نفوذ فرهنگ استعمال مواد مخدر به ویژه در نواحی فقیر شهری است این مقالات نشان می دهند که چگونه کودکان در سنین بسیار پایین با دنیای این مواد آشنا می گردند اما با وجود این چندان موید تاثیر فشار اجتماعی بر کودکان جهت سوء مصرف مواد یا وابستگی به آنها نیستند و بیشتر بر سایر عوامل اشاره دارند .

۸-۳- نظریه های رفتاری

بعضی از نظریه های سوء مصرف مواد مخدر بر رفتار مواد طلبانه افراد تاکید کرده اند تا علائم جسمی وابستگی به بیان دیگر در مدل رفتاری نمی توان بر وجود علائم ترک یا تحمل متکی بود چراکه سوء مصرف بسیاری از مواد با پیدایش وابستگی فیزیولوژیکی همراه نیست .

بعضی از پژوهشگران در پی یافتن آن بوده اند که کدام اصول رفتاری عمده در ایجاد رفتار مواد طلبانه موثرند و یافته های آنان نشان داده است که زمینه های تقویت مثبت و اثرات نامطلوب بعضی از مواد در درجه اول اهمیت قرار دارند به طوری که در بیشتر موارد سوء مصرف با تجربه مثبت پس از نخستین بار مصرف که به عنوان یک تقویت کننده برای رفتار مواد طلبانه عمل می کند تداوم می یابد . البته بسیاری از مواد نیز با اثرات نامطلوب همراه هستند که در این صورت در جهت کاهش رفتار مواد طلبانه عمل می کنند.

همچنین شخص باید قادر به تفکیک ماده سوء مصرف با سایر مواد باشد و تقریباً تمام رفتارهای مواد طلبانه او با نشانه های دیگری که ممکن است با تجربه مصرف دارو همراه گردند. رابطه دارند

۸-۴- نظریه های ژنتیک

قرائن محکم به دست آمده از مطالعه فرزند خوانده ها و دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شده اند حاکی از آن است که در علت سوء مصرف الکل یک جزء ژنتیک وجود دارد اما سایر انواع سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد وجود یک الگوی ژنتیک چندان قطعیت ندارد با وجود این در بعضی از مطالعات یک پایه ژنتیک برای وابستگی و سوء مصرف مواد غیرالکلی یافت شده است محققین به تازگی از روش یکی مورفسم طولی قطعات عدود شده[□] در مورد سوء مصرف و وابستگی مواد استفاده کرده اند و گزارش های معدودی از روابط (rfi, p) منتشر شده است. (پور افکاری، ۱۳۷۸، جلد دوم).

۸-۵- نظریه های فور و شیمیایی

امروزه پژوهش گران برای اکثر مواد سوء مصرف -به استثنای الکل- نوعی ناقل های عصبی یا گیرنده های ناقل عصبی که مواد بر آنها موثراند، شناسایی کرده اند .

به عنوان مثال ترکیبات تریاک برگیرنده های تریاک اثر می کنند. بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درون زا کم است (سطح اندورفین ها) پایین یا فعالیت آنتاگونیستی افیونی درون زا خیلی بالاست) خطر ابتلا به وابستگی به ترکیبات تریاک بیشتر می باشد اما بعضی از

پژوهشگران این نوع فرضیه را *mv* مطالعات خود تضعیف می کنند حتی در کسی که کارکرد گیرنده درون زا در او کاملاً طبیعی و غلظت ناقل های عصبی بهنجار است.

از سوی دیگر مصرف طولانی یک ماده مورد سوء مصرف ممکن است سیستم های گیرنده را در مغز تعدیل نماید به طوری که مغز برای حفظ تعادل خود حضور ماده برون زا طلب می کند چنین فرایندی در سطح گیرنده مرکزی □□ می باشد. با این وصف، اثبات تعدیل میزان آزاد شدن ناقل عصبی و عمل گیرنده های ناقل عصبی دشوار است و پژوهش های جدید بر تاثیر مواد بر سیستم پیام برنده دوم و تنظیم ژن متمرکز می باشد. (در این قسمت طرح صفحه ۱۳ باید درج گردد.)

۸-۶ دیدگاه سنخ شناسی

به نظر طرفداران این دیدگاه از پیش نمی توان عامل یا عواملی را علت آسیب های اجتماعی به شمار آورد بلکه آسیب های اجتماعی - و از جمله اعتیاد- در خصوص تیپ های معین افراد و سنخ شناسی آسیب ها قابل بحث و بررسی است به بیان دیگر هر آسیب اجتماعی در زمینه گونه های مختلف انسانی دارای عامل تعیین کننده متفاوت می باشد. (برژره، ۱۳۶۸)

۹ - پیشگیری از اعتیاد

۹-۱ پیشگیری از اعتیاد در جهان

مهم ترین استراتژی های پیشگیری از اعتیاد در سطح جهان به شرح زیر است :

- ۱ - آگاه سازی افراد در مورد خطرات و مضرات مواد مخدر.
 - ۲ - افزایش مهارت های زندگی مانند مهارت تصمیم گیری، حل مسئله و ارتباطات اجتماعی.
 - ۳ - تقویت فعالیت های جایگزین به جای مواد مخدر برای ارضای نیازهای روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان.
 - ۴ - مشاوره و مداخله در بحران های مختلف در طول زندگی.
 - ۵ - ارتقای سطح بینش فرهنگی و مذهبی.
 - ۶ - تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد مخدر.
 - ۷ - درمان معتادان برای جلوگیری از افزایش اعتیاد در سطح جامعه
- بدیهی است که استراتژی های فوق در قالب فعالیت های زیر قرار می گیرند :
- ۱ - فعالیتهای متمرکز بر فرد
 - ۲ - فعالیت های متمرکز بر آموزش و آگاه سازی والدین .
 - ۳ - فعالیت های متمرکز بر معلمان و مدرسه.
 - ۴ - فعالیت های پیشگیری با استفاده از رسانه ها.
 - ۵ - فعالیت پیشگیری با استفاده از شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه .
 - ۶ - وضع و اجرای قوانین و مقررات لازم .

۹-۲- روش های پیشگیری از اعتیاد

مهمترین روشهای پیشگیری از اعتیاد (توسط خانواده ، مدرسه ، رسانه ، دستگاه های مسئول بهداشت و ..) را می توان در قالب محورهای زیر خلاصه کرد:

- ۱ - تاثیر بر ارزش ها و نگرشها : تغییر نگرش های مثبت و تثبیت نگرش های منفی نسبت به مصرف مواد مخدر
 - ۲ - آموزش مهارت های اجتماعی و تطابق با استرس ها :
- مهارت های اجتماعی به معنای توانایی انطباق کافی در روابط بین فردی است از این رو با افزایش مهارت های اجتماعی می توان فرد را به پیش بینی عواقب رفتار خود و دیگران هدایت کرد این توانایی موجب تنظیم رفتار فرد و درونی کردن تشویق ها و تنبیه ها و در نتیجه تغییر رفتاری او می شود مطالعات نیز ثابت کرده که آموزش مهارت های اجتماعی منجر به کاهش سوء مصرف مواد مخدر و در نتیجه افت پر خاشگری، انزوا ، و فرار از مدرسه و خانه می شود و سرقت را هم کاهش می دهد. بدین ترتیب مهمترین مهارت های اجتماعی عبارتند از :

الف) مهارت‌های ارتباطی.

ب) توانایی اظهار نظر.

ج) توانایی مخالفت و رد کردن.

۳- شناسایی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات لازم: ضروری است که کسانی را که با ارزش‌ها و ساختارهای اجتماعی (خانواده، مدرسه، مذهب) پیوندی ندارند شناسایی و مورد توجه قرار داد. همچنین به افراد درگیر با استرس‌های گوناگون از قبیل (مرگ والدین، بیماری، بلایای طبیعی، مهاجرت، اخراج از مدرسه، فرار از خانه) که معمولاً منجر به بروز واکنش‌های حاد روانی می‌شوند و مدتی طول می‌کشد تا فرد با شرایط جدید سازگار گردد در مورد عدم استفاده از مواد مخدر جهت کاهش درد و زجر هشدار داده شود.

۴- ارضای نیازهای اجتماعی و روانی نوجوانان.

۵- آموزش مقاومت در مقابل فشارهای دوستان.

۶- الگو بخشی و آموزش از طریق همسالان.

۷- فعالیت‌های پیشگیری متمرکز بر آموزش و آگاه‌سازی والدین.

۸- آموزش اطلاعات لازم در مورد مواد مخدر.

۹- افزایش مهارت لازم برای تحکیم پیوند‌های خانوادگی.

۱۰- وضع مقررات واضح در خانواده.

۱۱- آموزش الگوی خوب بودن.

۱۲- تشویق فعالیت‌های سالم و خلاق.

۱۳- ترغیب تشکیلات والدین.

۱۴- اجرای فعالیت‌های پیشگیری از طریق مدرسه و معلمان.

۱۵- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از امکانات رسانه‌ها: تلویزیون، رادیو، روزنامه، مجلات و پوستر.

۱۶- اجرای فعالیت‌های پیشگیری از طریق محل‌های کار و مکان‌های تجمع مانند سربازخانه‌ها، کارخانه و دانشگاه‌ها.

۱۷- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکه مراقبت‌های بهداشتی.

۱۸- وضع و اجرای قوانین و مقررات لازم (اداره کل مطالعات و پژوهش‌های مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۷).

منابع :

- اداره کل مطالعات و پژوهش های مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۷) اعتیاد جنگل را بیابان می کند
- اداره پیشگیری سازمان بهزیستی استان سیستان و بلوچستان (۱۳۷۱) اعتیاد و پیامد های آن
- اداره مبارزه با مواد مخدر (۱۳۶۹) علل گرایش به اعتیاد
- برژره ژان (۱۳۶۸) اعتیاد و شخصیت
- پورافکاری، نصرت اله (۱۳۷۸) به نقل از کاپلان و سادوک ، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری ، روانپزشکی بالینی
- پیران ، پرویز (۱۳۶۸) بررسی اعتیاد و باز پروری معتادان ، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دادگران ، محمود (۱۳۶۱)، علل اعتیاد به مواد مخدر در ایران، سازمان صدا و سیما
- رحیمی ، موفر ، آفرین و همکاران (۱۳۷۶) راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد .
- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
- ستوده ، هدایت (۱۳۷۳) مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی
- سراب (۱۳۷۸) ماهنامه علمی فرهنگی اجتماعی شماره ۹
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی (۱۳۷۶) گزارش هایی در مورد وضعیت اعتیاد در استان کهگیلویه و بویر احمد .

زمانی فرد (نهاوند)