

اثرات رفتاری اعتیاد به مواد مخدر

عباس تفضلی مقدم

مجتمع دانشگاهی بیرجند

خلاصه مقاله : اعتیاد به مواد مخدر و اثرات سوء آن بر روی رفتار معتادان، مسئله مورد بحث و قابل توجه اغلب کشورهای جهان است و دامنه گسترش آن در برخی از جوامع به حدی است که مسئولان خطر انهدام نسل را به مردم هشدار داده اند. اختلالات و ناهنجاریهای رفتار که بر اثر استعمال این مواد به وجود می آید، ویژگیهای شخصیتی خاصی را به وجود می آورد که برای هر دسته از این داروها ماهیت نسبتاً خاصی دارد و از شکل ساده و تقریباً نرمال گرفته تا حالات شدید روان نژندی (نوراتیک) و روان پزشکی (پسیکوتیک) را شامل می شود. معتادان به مواد مخدر معمولاً حالت افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی و اسکیزوئید از خود نشان می دهند. امیال بیولوژیکی در آنها کمابیش مهار می شود و این امر به علت تاثیرات بیولوژیکی مواد و نیز استرسهایی است که شخص معتاد به خاطر عدم هماهنگی و تطابق اعمالش با معیارهای اجتماعی دریافت می دارد. از نظر روان پزشکی افرادی که داروهایی از قبیل آمفتامین به مقدار زیاد و مداوم مصرف می کنند، بیمارترین افراد جامعه معتادان محسوب می شوند که دچار افسردگی شدیدند و از هیچ گونه فعالیتی لذت نمی برند و لذا مرگ و میر در این گونه افراد بسیار زیاد است. در این مقاله تاثیرات سوء مواد مخدر بر روی رفتار و طبقه بندی آنها با توجه به تاثیر مواد بر امیال و ذائقه ها مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

چگونگی ناهنجاری رفتار از شکل به اصطلاح نرمال و طبیعی آن که مجموعه ای از حالت رفتار را تشکیل می دهد و ما آن را کاراکتر می نامیم، تا موارد حاد و شدیدی از اختلالات شخصیت از قبیل «نوروز» و حالات پسیکوتیک را در بر می گیرد .

دی لی (Delay) داروهای پسیکوتروپیک را بر حسب تأثیر واقعی یک «دوز» موثر طبقه بندی کرده و نوعی دسته بندی سه جانبه به شرح زیره کاربرده است:

- ۱- پسیکولیتیک یا داروهایی که فعالیتهای ذهنی را کند می کنند .
- ۲- پسیکوآنالپتیک یا داروهایی که فعالیت ذهنی را تحریک می کنند.
- ۳- پسیکودیس لپتیک یا داروهایی که باعث از هم پاشیدگی فعالیت ذهنی می شوند.

خاطر نشان شده است که تأثیر مواد مخدر به چگونگی افراد، محیط زندگی و «دوز» مورد استفاده مربوط است و چون می توان بیشتتر داروهای پسیکوتروپیک را بدون کمترین اثر سوء و نقص فعالیت ذهنی به کار برد، لذا بهتر است این داروها را بر حسب تأثیر آنها بر روی سائقه ها که محدوده کمتری را در بر می گیرند، طبقه بندی کرد. منظور از سائقه رفتار بیولوژیکی غریزی است که معمولا رفع نیازهای اولیه به وسیله اشیا و مواد خارجی را جستجو می-کنند. مواد مخدر اثرات گوناگونی بر روی سائقه ها باقی می گذارند و لذا با ساختهای شخصیتی خاصی سازگار و منطبقند و سائقه را به طرق خاص و مشخص هدایت می کنند. عامل اصلی مصرف درمانی دارو و اعتیاد به آن، اضطرابی است که در مورد امیال شخصی وجود دارد. این اضطراب که دو همه کس وجود دارد، به طرق مختلف تظاهر می کند.

از نظر روان پزشکی سوء استعمال دارو به معنی وجود یک بیماری خاص یا گروهی از بیماریها نیست، بلکه بیشتر به مجموعه ای از علایم و الگوهای رفتاری گفته می شود که همراه با انواع بی شماری از اختلالات روانی است و یا خود نمایانگر وجود چنین اختلالاتی است. طیف وسیع این اختلالات و امراض وابسته به آن در واقع تمامی بیماریهای روانی را در بر می گیرد و در حقیقت از افراد نرمال و طبیعی گرفته تا بیماران واقعی را شامل می شود، چون مرز بین مصرف این مواد به وسیله افراد طبیعی و سوء استعمال از آن به وسیله معتادان (که با نشانه های مخصوصی از امراض و علایم غیر عادی همراه است) به خوبی مشخص نشده است. برای مثال کشیدن سیگار شکل خاصی از سوء استعمال دارو (نیکوتین) است که در این زمره منظور نشده ولی احتمالا بعد از الکولیسم، مشکل ثانوی اقتصاد و بهداشت عمومی تلقی می شود که میلیونها نفر بدان مبتلایند.

اکثریت قابل ملاحظه ای از معتادان به سیگار از نظر روانی طبیعی به نظر می رسند. تحقیقات انجام شده نیز این مسئله را تأیید می کند. در مورد سیگار مانند سایر داروها کسانی که بیش از حد آن را مصرف می کنند، ممکن است علایم غیر عادی پسیکوپاتولوژی از خود نشان دهند. متأسفانه به علت مقبولیت عام و مصرف گسترده این ماده، روان پزشکان در مورد اختلالات روانی معتادان به سیگار به طور کلی غفلت کرده اند.

انواع خاصی از اعتیاد به مواد مخدر به طیف مخصوصی از ویژگیهای شخصیت وابسته است. این ویژگیها که در عین حال در هر دسته از داروها ماهیت نسبتا خاص خود را دارند، از لحاظ شدت و ضعف بر

عبارتند از موادی که باعث کاهش گرسنگی، میل جنسی، درد و سایر ناراحتیها می شوند. این داروها نوعی بی تفاوتی عاطفی در شخص ایجاد می کنند و چنانچه قوی باشند، گه گاه باعث تسکین و ارضای امیال می شود. ولی آن بخش از هیجان معمولی که به سائقه جنب فوریت و واقعیت می دهد، محو و نابود می شود یا به شدت کاهش می یابد. مشتقات تریاک از قبیل مرفین و هروئین از این دسته اند. مصرف زیاد و مزمن الکل و داروهای مسکن و خواب آور (باربیتوراتها) نیز باعث تضعیف سائقه ها می شود.

با توجه به اعتیاد شدید و مزمن به مواد مخدر در شهرهای بزرگ، عقیده عموم ناظران بر این است که صفات شخصیتی مشترکی بین این افراد مشاهده می شود هر چند تشخیصهای روان پزشکی در مورد آحاد افراد، تفاوتهای چشمگیری را نشان می دهد. این افراد اغلب اسکیزوئیدند یعنی به سختی می توانند احساسات درونی خود را ابراز و یا احساسات دیگران را درک کنند. گاهی اوقات چنین وانمود می کنند که قادر به ابراز احساسات خویشند اما در طول مصاحبه طولانی آشکار می شود که رفتار قالبی از خود نشان داده و در واقع نقش بازی کردند. این افراد دچار افسردگی شدید می شوند و حالت انفعالی و بی ارادگی نشان می دهند آشکارا یا مخفیانه حالت خصمانه به خود می گیرند و از نظر جنسی ضعیف و نابالغ محسوب می شوند. گرچه احتمالاً ممکن است به ندرت همانند بالغین اعمال جنسی فیزیکی نسبت به جنس مخالف از خود نشان دهند در عین حال در چهره این افراد حالت ابهام و بی ارادگی مشهود است و از محتوای احساس واقعی تهی به نظر می رسند.

الکلیهای پر سابقه مانند معتادان به مواد مخدر

در طبقه بندی مواد مخدر با توجه به اثر آنها بر روی امیال، چهار دسته به شرح زیر مشخص می شود:

۱- داروهایی که سائقه های اولیه را تضعیف می کنند.

۲- داروهایی که باعث منع امیال نمی شوند.

۳- داروهایی که باعث تقویت امیال نمی شوند.

۴- داروهایی که باعث ارضاکاذب امیال می شوند.

ولی باید توجه داشت که يك دارو بر حسب اینکه مصرف آن کم یا متناوب است یا به طور مزمن و به مقدار زیاد مصرف می شود، ممکن است در بیش از يك دسته بگنجد. اثرات اعتیاد به يك ماده مخدر فقط از ساختمان شیمیایی آن مشخص نمی شود، بلکه می شود آن را با توجه به تکرار دفعات مصرف، مقدار مصرف، تفاوتهای فردی، نحوه مصرف، وجود یا عدم تجربه قبلی شخص مصرف کننده، محل و موقعیت مصرف، ذهنیت معتاد هنگام مصرف و استعمال همزمان دارو اندازه گیری کرد. مثلاً الکل اگر متناوب و به مقدار کم مصرف شود از فرو نشانده شدن امیال جلوگیری خواهد کرد اما وقتی به طور مزمن و به مقدار زیاد مصرف شود، باعث تضعیف امیال خواهد شد. نیز مشتقات تریاک چنانچه با دوزهای مختلف و به طور داخل وریدی مصرف شوند، داروی تضعیف کننده امیال محسوب می شوند ولی چنانچه به طور خوراکی و با «دوزهای» منظم و ثابت مصرف شوند (چنان که در درمان نگه دارنده با متادون ذکر شد) تأثیری بر روی امیال نخواهند داشت.

داروهایی که باعث کاهش امیال

اولیه می شوند

داروهایی که سائقه های اولیه را کاهش می دهد،

تا به افراد . به همین دلیل ماده ای انتخاب می کند که دو نوع منفعت برایش به ارمغان آورد:

۱- عدم پذیرش اجتماعی

۲- رهایی از رفتارهای معمولی و هدفدار

شخص معتاد به مواد مخدر به جای رفتار معمولی، رفتاری را در پیش می گیرد که از نظر اجتماعی غیر قابل پذیرش است و ظاهراً هدفدار نیز به نظر می رسد. این وضع تا وقتی می تواند ادامه یابد که فرد معتاد داروی مورد نیاز را برای تسکین میل و نیاز خود بدست آورد تا علایم «سندرم» محرومیت تظاهر نکند .

استفاده از متادون به عنوان درمان نگه دارنده موفق ترین وسیله برای مقابله با اعتیاد مزمن تلقی می شود. بدین طریق که اولاً رفتار اعتیادی را از قلمرو رفتار اجتماعی حذف می کند و ثانیاً چون مصرف منظم «دوز» نگه دارنده متادون چرخش متناوب از سندرم محرومیت به اثرات شدید مصرف دارو را از بین می برد ، مانع بروز درك غلط و ناخودآگاه می شود که منشا بروز برخی از اعمال افراد معتاد است . حال شخص معتاد ناچار است اضطراب ناشی از رفتار هدفدار و خصمانه خود را به جهات دیگر سوق دهد که این خود با روان درمانی و سایر انواع روشهای توان بخشی قابل درمان است .

کلیه امیال بیولوژیکی در افراد مختلف کمابیش مهار می شود و این امر به علت فشارهایی است که شخص به خاطر عدم تطابق اعمال و رفتار با معیارهای اجتماعی و محیط خانوادگی یا هر دو دریافت می دارد .

مقدار کم داروهای مانند الکل، باربیتوراتها، آرام بخش های ضعیف و ماری جوانا مانع بروز امیال نخواهد شد. در حالیکه استفاده از داروها برای حذف

می کوشند تا سائقه های اولیه را تضعیف یا نابود کنند . تحقیقات در مورد ویژگیهای شخصیت این افراد که با استفاده از وسایل روان سنجی و شیوه های کلینیکی انجام شده، نشان می دهد که این افراد مآلاً همان خصوصیات اخلاقی معتادان به مواد مخدر را کسب می کند مثلاً در بررسی گسترده ای که با استفاده از شاخص شخصیتی چند مرحله ای «مینسوتا» به عمل آمده است، هر دو گروه معتادان به مواد مخدر و الکلها میزان بالایی از حالات افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی و اسکیزوئید نشان دادند لازم است به این مسئله توجه شود که چرا بعضی از معتادان مواد مخدر را انتخاب می کنند، در حالیکه برخی دیگر به الکل پناه می برند. مطالعات روان پزشکی نشان داده است که الکلها ظاهراً میل دارند رفتار افراد مصمم و با اراده و دارای میل و غریزه را از خود نشان دهند . این افراد هرگز مایل نیستند و به خود نیز اجازه نمی دهند در نظر مردم به عنوان اشخاص بی اراده و زن صفت جلوه کنند و لذا به موادی پناه می برند که این توانایی را به آنها عرضه کند که در اجتماع شکل خاصی از رفتار را از خود بروز دهند.

الکلها با زمینه شخصیت انفعالی و ترس از همجنس بازی برخورد اجتماعی خشن و کلیشه ای دارند و همواره سعی می کنند چهره معمولی و متعارف و پای بند آداب و رسوم از خود نشان دهند و لذا به مواد و داروهایی پناه می برند که نفع دو جانبه برایشان داشته باشند یعنی هم از نظر اجتماعی مورد قبول واقع شوند و هم اینکه رفتار کاذب و شبه اجتماعی داشته باشند از طرفی دیگر فرد معتاد به مواد مخدر به طور آشکار حالت انفعالی و بی ارادگی از خود نشان می دهد و رفتار خصمانه اش بیشتر متوجه سازمان اجتماعی است

در واقع راهی است برای مقابله با اضطراب ناشی از امیال، با برگشت به حالات عصبانیت ناخودآگاه اعتیاد به آمفتامین که دامنه آن از خانهای خانه داری که افسردگی مزمن دارند ولی از سایر جهات سالمند گرفته تا کسانی که مبتلا به بیماری شدیدند و «دوز» بالای این داروها را اغلب به صورت داخل وریدی به کار می‌برند، گسترش می‌یابد. از نظر روان پزشکی، افرادی که دوز بالا و طولانی آمفتامین را مصرف می‌کنند، بیمارترین افراد جامعه معتادان محسوب می‌شوند. آنها شدیداً دچار افسردگی‌اند و از هیچ فعالیتی محفوظ نمی‌شوند. حالت اخیسر یکی از تظاهرات شایع اسکیزوفرنیاست و بیماران اسکیزوفرنیک معمولاً می‌کوشند از آمفتامین برای تشدید هیجانات سطحی خود استفاده کنند تا به این ترتیب زندگی پرهیجان تری داشته باشند. ناتوانی و مرگ و میر ناشی از مصرف مزمن و با دوز زیاد آمفتامین بسیار زیاد است. آمفتامین به نام "speed" یا "سریع" معروف است. معتادان نیز واژه، مخصوصی برای این داروها دارند که عبارت است از "Speed Kills" یا کشته‌سریع. این بیماران چنانچه پس از مدت کوتاهی مصرف این داروها را قطع کنند، اغلب از آرتیمی کشته قلبی و یا حوادث عروقی رنج خواهند برد.

باید توجه داشت که پس‌یکوز حاد آمفتامین یک حالت ناشی از مصرف داروست که اغلب شباهت زیادی با اشکال خاصی از واکنشهای اسکیزوفرنیا دارد. مبتلایان به این بیماری به سرعت دچار حالت شدید «تحت تأثیر دیگری بودن» (ideas of reference) و توهمات شنوایی می‌شوند. آنها تصور می‌کنند که رادیو و تلویزیون پیامهایی برایشان می‌فرستند و یا اینکه تحت تعقیب پلیس قرار گرفتند و بنابراین شدیداً

امیال (چنانکه قبلاً گفته شد) اختلالات شخصیتی شدید و نوروژ به همراه داشت ولی استفاده از دارو برای جلوگیری از منع امیال معمولاً روند خوشخیم تری محسوب می‌شود. استفاده از الکل، آرام بخش‌های ضعیف و ماری جوانا به عنوان «مسهل اجتماعی» از نظر جوامع غربی پدیده‌ای است گسترده و همه‌گیر. این پدیده حتی در افرادی که از سلامت روانی نسبتاً خوبی هم برخوردارند، مشاهده می‌شود. علی‌رغم غیر قانونی بودن این مواد، اعمال روشهای کیفی شدید در مورد کسانی که گه‌گاه از این مواد استفاده می‌کنند، کاری است در خور نگرش. در عین حال شکست جامعه در به کارگیری روشهای جدیتر به منظور جلوگیری از مصرف بیش از حد داروهای مجاز مانند الکل نیز در خور نگرش است.

داروهایی که باعث تقویت امیال می‌شوند

این داروها شامل آمفتامین و داروهای مشابه آن و کوکائین است و به طور وسیع و گسترده‌ای به منظور انگیزش امیال در مواقعی که فرد برانگیخته نیست اما احساس نیاز به انجام فعالیتی می‌کند، به کار برده می‌شود.

متداول‌ترین داروهایی که برای تقویت امیال به کار می‌روند، آمفتامین و داروهای مشابه آنند. بسیاری از داروهای اشتهاآور اساساً از نظر نحوه، تأثیر گذاری مانند آمفتامین‌اند و اثرات اشتهاآوری آنها اغلب توجیهی برای مصرف این داروها توسط کسانی که آن را به عنوان محرک به کار می‌برند، محسوب می‌شود.

افسردگی زیر بنای نیاز به تقویت امیال است که

انرژی تهاجمی را فرا خوانند. اگر اضطراب این افراد در مورد انگیزه های آنی شان خیلی شدید باشد ، ممکن است آن را با انکار اعتبار اشکل متداول درک و شایستگی پاسخ دهند. در این موارد استفاده از آنچه به اصطلاح داروهای انبساط دهنده فکر نامیده می شوند (مانند LSD) در واقع درک غلطی ایجاد می کند که مسیری میان بر یا جانبی در مقابل درک صحیح است.

افراد سالمتر همچنان که اضطراب توأم با بحران شایستگی شان به تدریج از بین می رود، متوجه می شوند که بینشی که بر اثر استعمال داروهای توهم زا ایجاد شد، در واقع کاربرد عملی ندارد و مصرف این داروها را به تدریج متوقف می کنند. این افراد عموماً کسانیند که اختلالات شخصیتی اضطرابی و آزار دهنده و ترس ناخودآگاه از انگیزش تهاجمی خود دارند ولی در دوران نوجوانی و آغاز بلوغ مشکلاتشان را با استفاده از روشهای روان شناسی مرتفع می کنند.

درصد کمی از مصرف کنندگان داروهای توهم زا این داروها را در دوران بلوغ و یا حتی در تمام طول عمر مصرف می کنند. اینها کسانیند که اختلالات شخصیتی شدید دارند برای حل مشکلاتشان اقدامی نمی کنند و شاید تعدادی از آنها افراد اسکیزوفرنیک باشند که دارو را به طور مزمن و بادوز زیاد مصرف می کنند و چون قادر نیستند امیال خود را به نحو صحیح و منطقی برآورده کنند ، آنها را به شکل غیر متعارف و نامعقول ارضاء می کنند .

برانگیخته می شوند . لازم نیست که فرد قبل از ایجاد ناتوانی اسکیزوفرنیای خفته داشته باشد . گاه در افراد نسبتاً سالم که آمفتامین داخل وریدی استفاده می کنند نیز دیده می شوند . همچنین در کسانی که مقادیر زیاد قرصهای اشتهاآور به مدت طولانی مصرف می کنند، دیده شده است .

کوکائین یک داروی سمپاتومینه تیک نیست و به نظر می رسد که فعالیت فیزیولوژیکی خود را از طریق مهار باز جذب کات کولامین ها در انتهای اعصاب سمپاتیک اعمال می کند . با وجود این داروی بالقوه اعتیاد آوری است و در «دوزهای» بالا یا مصرف مزمن، حالات سرخوشی و شور و نشاط مفرط و مآلاً نوعی پسیکوز که شباهت زیادی با پسیکوز ناشی از آمفتامین دارد به وجود می آورد.

داروهای که موجب ارضای کاذب یا

غیر واقعی امیال می شوند.

داروهای توهم زا که شامل LSD ، پسیلوسیبین سکالین و انواع دیگری از داروهاست ، در این دسته قرار می گیرند . تتراهیدروکannabinیلون که مشتق پسیکواکتیو (فعال کننده روانی) ماری جواناست، وقتی به طور حاد و به مقدار زیاد مصرف شود در این دسته قرار می گیرد و یک داروی توهم زای واقعی محسوب می شود . تمام این داروها می توانند با دوزهای کم واکنشهای پسیکوتیک حاد ایجاد کند .

مصرف متناوب این مواد بخصوص داروهای توهم زا موجب ارضای کاذب امیال می شود و این پدیده ای است که در دوره نوجوانی و قبل از بلوغ با مشکلات خاصی همراه است. افراد این گروه سنی ناچارند به منظور تطبیق با زندگی و تکامل لیاقتهای اختصاصی،

REFERENCES

1. Bouton J; Ball Four. New York, World Publishing Company, 1970.
2. Delay J; Psychotropic drugs and experimental psychiatry. *Int J Neuropsychiat* 1; 104, 1965.
3. Eastwood MR, Trevelyan MH; Smoking and neurotic illness. *Lancet* 1; 107, 1971.
4. Ellenwood EH, Jr.; Amphetamine psychosis; A multi-dimensional process. *Seminars psychiat* 1; 208, 1959.
5. Erikson EH; Eight Ages of Man in Childhood and Society. New York, Norton, 1963.
6. Ewing JA; In AM Freedman, HI Kaplan (eds); *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967, P 1005
7. Hill HE, Haertzen CE, Davis H; An MMPI Factor analytic study of alcoholics, narcotic addicts and criminals. *Quart J Stud Alcohol* 23; 411, 1962.
8. Hollister LE; Marihuana in man, three years later. *Science* 172; 21, 1971
9. Innes IR, Nickerson M; Drugs acting on postganglionic adrenergic nerve endings and structures innervated by them. In LS Goodman, A Gilman (eds): *The pharmacological Basis of Therapeutics*, 4th ed. New York, Macmillan, 1970, pp 475- 523.
10. Iversen LL; *The Uptake and Storage of Noradrenaline in Sympathetic Nerves*. Cambridge Univ. Press, 1967, p 151.
11. Jaffe JH; Drug addiction and drug-abuse. INLS Goodman, A Gilman (eds): *pharmacological Basis of Therapeutics*, 4th ed. New York, Macmillan, 1970, pp 276- 313.
12. Kolb LC; *Modern Clinical psychiatry*, 7th ed. Philadelphia, Saunders, 1968, p 13.
13. Kornetsky, C; The pharmacology of the amphetamines. *Semin Psychiat* 1:227, 1969
14. Kris E; Ego development and the comic. *Int J Psychoanal* 19: 77, 1938.
15. Malitz S; Variables and drug effectiveness. In M Pinkel (ed): *Specific and Non-Specific Factors in Psychopharmacology*. New York, Philosophical Library, 1969.
16. Talbott J, Teague J; Marihuana Psychosis. *JAMA* 210- 1969.
17. Wikler A; Opioid addiction. In AM Freedman, HI Kaplan (eds); *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967.
18. Zeidenberg P; Effect of oral administration of 9 tetrahydrocannabinol in memory, speech and perception of thermal stimulation: Results with four normal human volunteer subjects. *Preliminary report. Compr Psychiatry* 14: 549, 1973.
19. Zwerling I, Rosenbaum M; Alcoholic addiction and personality. In S Arieti (ed): *American Handbook of psychiatry*. New York, Basic Books 1959.