

## اعتیاد، علل، درمان و پیش‌گیری

### DRUG DEPENDENCE, ETIOLOGY, TREATMENT AND PREVENTION ALI REZA RAJAI, PhD

#### Abstract

Drug dependence is an important problem of modern humans. In the DSM-IV, substance - related disorders means a range of problems associated with the abuse of substances such as alcohol, heroin and other drugs that cause changes in thought, feeling and behavior. Abuse of substances usually has caused social, occupational, family, and physical problems. By interaction with neurotransmitters the substances disturb the normal brain activities. The substances influence the reward centers of the brain. Considering etiology of addiction, theories and researches emphasize on factors such as social disorganization, peer pressure, family, genetic, emotional and mental problems. Law strategies, educational strategies, and therapeutic strategies have been proposed for control of addiction.

\* ACADEMIC MEMBER, OPEN UNIVERSITY, TORBATJAM

عصبی درانجام فعالیت‌های به‌هنگار مغز اختلال ایجاد می‌کنند. همچنین مواد، مراکز پاداش مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درمورد سبب شناسی اعتیاد، عواملی مانند درهم ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، ژنتیکی، مشکلات هیجانی و روانی در نظریه‌ها و تحقیقات مطرح شده‌اند. برای کنترل اعتیاد راهبردهای قانونی، راهبردهای تربیتی و راهبردهای درمانی رامی‌توان عنوان کرد.

#### مقدمه:

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است. کشور ما به‌دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد دارا است. بر همین اساس، یکی از تلاش‌های مسئولان نظام

اعتیاد، علل، درمان و پیش‌گیری  
دکتر علیرضا رجائی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

#### خلاصه

اعتیاد از مسائل اساسی انسان امروزی است. در DSM-IV منظور از اختلالات مرتبط با مواد، دامنه‌ای از مشکلات مربوط به سوء استفاده از موادی مانند الکل، هروئین و غیره است که تغییراتی را در تفکر، احساس و رفتار فرد به وجود می‌آورد. سوء استفاده از مواد معمولاً مشکلات اجتماعی، شغلی، خانوادگی و جسمی راباعث می‌گردد. مواد از طریق تعامل بانفعال دهنده‌های

به جا می‌گذارند عملی غیر اخلاقی است و گناه محسوب می‌شود. محققان در این دیدگاه اعتیاد را یک عمل ارادی تلقی می‌کنند که فرد بایستی از آن اجتناب کند.

۲- اعتیاد به‌عنوان یک بیماری (Disease).

براساس این دیدگاه که بیشتر جنبه پزشکی دارد فرد به دلیل شرایط زیستی خود مانند زمینه‌های ژنتیکی برای اعتیاد آمادگی دارد، و بنابراین اعتیاد خارج از اراده فرد است.

۳- اعتیاد یک رفتار غیر انطباقی (Maladaptive). بنابراین همان طوری که رفتارهای دیگر آموخته می‌شوند، رفتارهای اعتیادی نیز آموخته می‌شوند. بنابراین شرایط محیطی، خانوادگی، اجتماعی، و روانی فرد باعث رفتارهای اعتیادآور می‌شوند (تومبس (Thombs)، ۱۹۹۹).

هرچند که در کشورما دیدگاه عمل غیر اخلاقی درمورد استفاده از الکل وجود دارد و چنین دیدگاهی به دلیل شرایط مذهبی جامعه باعث کاهش چشم‌گیر استفاده از این ماده شده‌است، اما در مورد سایر مواد چنین دیدگاهی وجود ندارد. درحال حاضر دیدگاه سوم که می‌توان آن را دیدگاه روان‌شناختی نامید، بیشترین توجه را در زمینه شناخت عوامل، درمان و پیش‌گیری وابستگی دارویی در سراسر جهان به خود معطوف داشته است.

### اثر اساسی داروها

داروها چه اثراتی دارند که باعث وابستگی افراد به آنها می‌شوند؟ داروهای روان‌گردان مختلف دارای اثرهای متفاوتی هستند. اما آنچه اثرهای مختلف این داروها را به وجود می‌آورد تعاملی است که این داروها با انتقال دهنده‌های عصبی (Neurotransmitters) به وجود می‌آورند و از این طریق شرایط تبادل‌های شیمیایی مغز و سیستم عصبی را تغییر می‌دهند. از نظر روزنهان و سلینگمن (Rosenhan & Seligman، ۱۹۸۹)، سه عامل، اثر و توانایی داروها را در ایجاد تغییرات بدنی تحت تأثیر قرار می‌دهد:

۱- محل تجویز دارو. مثلاً داروهای کشیدنی به دلیل این که

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی مبارزه جدی با مواد مخدر بوده‌است. هرچند که در ابتدا مبارزه با این مشکل اساسی به صورت برخورد قانونی بوده‌است، اما به دلیل ناکارآمد بودن روش‌های قانونی در سال‌های اخیر، توجه به سوی درمان و پیش‌گیری از اعتیاد از طریق شناخت عوامل به وجود آورنده و استفاده از روش‌های علمی معطوف شده‌است. در جدیدترین تقسیم بندی اختلالات روانی (DSM-IV) از اختلال‌های مرتبط با مواد مخدر نام برده شده‌است. منظور از اختلالات مرتبط با مواد (Substance-related disorders) طیفی از مشکلات مرتبط با استفاده و سوء استفاده از داروهای مانند الکل، کوکائین، هروئین و دیگر موادی است که افراد برای تغییر در طرز تفکر، احساس و رفتار خود، استفاده می‌کنند. این مشکلات هزینه‌های فوق العاده انسانی، مادی و اقتصادی دارند (دوران‌دو بارلو، ۱۹۹۷) (Durand & Barlow). در تعریف سوء استفاده از مواد دوران‌دو بارلو (۱۹۹۷) چنین عنوان کردند: «الگوی از استفاده از مواد روان‌گردان که منجر به آشفتگی یا ضایعه مهمی در نقش‌های اجتماعی و شغلی و موقعیت‌های حساس گردد». براساس مطالعه مؤسسه تحقیق اجتماعی (Intitute for Social Research, ISR) در آمریکا استفاده از مواد در دهه ۷۰ و اوایل دهه ۸۰ در آمریکا افزایش چشم‌گیری داشته است اما از سال ۱۹۹۳ کاهش در استفاده از مواد نشان می‌دهد (به نقل از سیگل و سنا، ۱۹۹۷) (Siegel & Senna). هم‌چنین براساس گزارش واحد خدمات سلامتی و انسانی آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services) در سال ۱۹۹۵ در بین سالهای ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۴ استفاده از داروهای غیر قانونی از ۱۳/۷٪ در کل جمعیت به ۵/۸٪ در سال ۱۹۹۴ رسیده است (به نقل از دوران‌دو بارلو، ۱۹۹۷). چنین آماری حکایت از روش‌های پیش‌گیرانه مؤثری در طول این دوره دارد.

درگذر از تاریخ اعتیاد سه دیدگاه درمورد اعتیاد وجود دارد:

۱- اعتیاد به عنوان یک عمل غیر اخلاقی (Immoral).

براساس این دیدگاه اعتیاد به مواد به دلیل اثرهایی که از خود

داروهای روان‌گردان در تعامل هستند. این انتقال دهنده‌های عصبی در مرکز پاداش (Reward center) در سیستم مزولمبیک وجود دارند و احساس لذت و خوشایند را در اورگانیزم به وجود می‌آورند، و باعث می‌گردند که ارگانیزم در کارهایی که حافظ زندگی است، مانند خوردن و تولید مثل درگیر شود (ژولین، ۱۹۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد که احساس‌های خوشایندی که داروها در فرد به وجود می‌آورند به عنوان یک عامل گرایش به اعتیاد محسوب می‌گردند.

### چرا افراد دارو استفاده می‌کنند؟

در بحث سبب شناسی اعتیاد، از عوامل مختلفی صحبت شده‌است و نظریه‌های مختلفی نیز در این مورد مطرح است. سیگل و سنا، (۱۹۹۷)، عوامل گرایش به اعتیاد را به صورت زیر مطرح کرده‌اند:

درهم ریختگی اجتماعی (Social disorganization).

فشار همسالان (Peer pressure).

عوامل خانوادگی (Family Factor).

عوامل ژنتیکی (Genetic Factor).

مشکلات هیجانی (Emotional Problems).

سندرم مشکل رفتاری (Problem Behavior Syndrome) (PBS).

انتخاب منطقی (Rational Choice).

درهم ریختگی اجتماعی که شامل فقر، شرایط نامناسب اجتماعی، احساس درماندگی می‌گردد. همچنین احساس بی‌عدالتی، بی‌هویتی، عزت نفس پائین، شرایط اقتصادی ضعیف و زندگی در محل‌های آلوده به عنوان علل اعتیاد مطرح شدند. بوم و برونس (Baum & Burnes)، (۱۹۹۳) عنوان کردند که ۸۰٪ افراد بی‌خانمان افرادی هستند که بیمار روانی، یا سوء استفاده کننده از مواد و یا دارای سابقه جنائی هستند (نقل شده از دوین و رایت (Devine & Wright)، ۱۹۹۷) تحقیقات نشان می‌دهد که سوء استفاده از مواد ارتباط نیرومندی با رفتارهای «بهترین دوستان فرد» خصوصاً هنگامی که نظارت

سریع‌تر به مغز می‌رسند، اثر بیشتری دارند تا داروهایی که از طریق دهان خورده می‌شوند.

۲- توانائی دارو در ورود به مغز. به عبارت دیگر هرچه دارو سریع‌تر بتواند از سد خونی- مغزی (Blood-brain barrier) عبور کند، سریع‌تر هم می‌تواند عمل کند. مثلاً هروئین از مرفین سریع‌تر از سد خونی- مغزی عبور می‌کند.

۳- میزانی که یک دارو غیرفعال می‌گردد. طول مدت اثر داروها به میزان غیر فعال شدن دارو بستگی دارد. میزان غیر فعال از طریق نیم عمر (Half-Life) محاسبه می‌شود. یعنی مدت زمانی که طول می‌کشد تا ۵۰ درصد دارو از بدن دفع گردد. هروئین از داروهایی است که نیم عمر کمی دارد و به همین دلیل مسمومیت با این دارو سریعتر و علائم ترک شدیدتری دارد.

اما داروها چگونه با انتقال دهنده‌های عصبی تعامل برقرار می‌کنند. داروها یا اثرات انتقال دهنده‌های عصبی را تسهیل (Facilitation)، یا بازداری (Inhibition) و یا اثرات مشابه با انتقال دهنده‌های عصبی به وجود می‌آورند (روزنهان، سلیگمن، ۱۹۸۹، دوراندو بارلو، ۱۹۹۷، تومبس، ۱۹۹۹). در ارتباط با موادافیونی (Opiates) (تریاک و مشتقات آن) در سال ۱۹۷۳ کشف شد، که در مغز پستانداران گیرنده‌هایی برای این مواد وجود دارد (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۹). تحقیقات بعدی نشان داد در مغز، موادی وجود دارند شبیه به موادافیونی.

این مواد که اندروفین‌ها (Endorphins) نامیده می‌شوند دارای انواع مختلفی می‌باشند که از نوع شناخته شده آنها انکفالین‌ها و (Enkephalins) بتاندروفین‌ها (Beta-endorphin) هستند این مواد به طور طبیعی در شرایط استرسی برای جلوگیری از درد بدن و هیجان ترشح می‌شوند. موادافیونی به گیرنده‌های اندروفین‌ها در مغز می‌چسبند و آنها را اشغال می‌کنند. به این طریق احساس آرامش و خالی از درد بودن ایجاد می‌کنند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۹). انتقال دهنده‌های عصبی دیگری نیز که در سیستم مزولمبیک وجود دارند مانند سروتونین (Setotonin)، گلوتامات (Glutamate)، و گابا (GABA) با

دارند (نقل شده از هنگلر (Henggeler)، ۱۹۸۹). وارن (Warren) و جانسون (۱۹۸۹) عنوان کردند نوجوانانی که به وسیله والدین خود مورد غفلت قرار گرفته‌اند و یا فقدان صمیمیت خانوادگی داشتند احتمال بیشتری دارد که درگیر بزهکاری و خلاف‌هایی مانند فرار از خانه و مدرسه و استفاده از داروها شوند سیگل و سنا (۱۹۹۷)

در مطالعات «خودگزارشی» (Self- Report) از رفتارهای انحرافی، هیرشی (Hirschi، ۱۹۶۹) روابط کمتر، تضاد زیاد، اعتماد کمتر، و صمیمیت پائین راباوالدین گزارش کرد. شواهدی وجود دارد که فرزندان والدین الکلی مشکلات روانی اجتماعی سوءاستفاده از مواد را بیشتر نشان می‌دهند (باررا (Barrera) لی (Li)، چسین (Chassin) ۱۹۹۳، بنت (Bennett)، ولین (Wolin)، ریس (Reiss) ۱۹۹۸، جانسون (Johanson)، لئونارد (Leonard)، و جاکوب (Jacob) ۱۹۸۹، میلر (Meller) و یانگ (Yang) ۱۹۷۷، پارکر (Parker) و هارفورد (Harford) ۱۹۸۸، شوکیت (Schuckit)، واسونی (Sweeney) ۱۹۸۷، واپیل (Whipple) و نوبل (Noble) ۱۹۹۱.

مک کورد (۱۹۸۶) دریافت که انحراف والدین هنگامی که با پرخاشگری والدین و تضاد آنها ترکیب می‌شود، بیشترین اثر را دارد و هنگامی که پدر برای مادر احترام قائل می‌شود و به کودک محبت می‌کند، اثر آن نسبتاً کم می‌شود (نقل شده از بلک‌برن ۱۹۹۳).

در ارتباط با تأثیر عوامل ژنتیکی بر روی استفاده از مواد نتایج متناقضی گزارش شده است. در تحقیقی که به وسیله تسانگ (Tsuang) و دیگران (۱۹۹۸) بر روی ۳۳۷۳ دوقلوی مرد در ویتنام انجام گرفت، با توجه به کارهای آماری، نسبت‌هایی را برای تأثیر عوامل ژنتیکی، محیط خانوادگی و محیط غیر خانوادگی بر روی داروهای مختلف گزارش داد. این ارقام در یک مدل آماری از آسیب‌پذیری (Vulnerability) بیان‌گردید که در جدول شماره ۱ برای هریک از داروها مشخص گردیده است.

والدین ضعیف و یا وجود نداشته‌باشد، دارد (دیشون، کاپالدی، اسپراکلن و لی (Dishion, Capalki, Spracklen, Li, ۱۹۹۵) در یک مطالعه توسط مک برید، جوی، سیمپسون، McBride (Joe, Simpson) ۱۹۹۱) بر روی ۱۱۰ آمریکایی مکزیکی (سن ۱۳ تا ۱۷ سال) انجام گرفت مشخص گردید که ارتباط با همسالان منحرف به‌طور جدی با استفاده از الکل و دارو مرتبط است. در یک مطالعه توسط رجایی (۲۰۰۰) در مشهد بر روی ۴۷۴ دانش آموز صورت گرفت مشخص گردید که از بین عوامل مختلف شامل عوامل خانوادگی، همسالان، مدرسه، رسانه‌های گروهی، عامل انحراف همسالان بیشترین همبستگی ربا رفتارهای انحرافی دانش‌آموزان دارد.

در ارتباط با عامل خانواده، بررسی منابع نشان می‌دهد که چهار زمینه خانوادگی در شکل‌گیری رفتارهای انحرافی نقش دارند. از هم‌گسیختگی خانوادگی (Family Breakup)، تضاد خانوادگی (Family Conflict)، غفلت خانوادگی (Family neglect) و انحراف خانوادگی (Family deviance).

باین حال در اکثر موارد این زمینه‌ها با یکدیگر تعامل عوامل مشاهده می‌شود. مثلاً در یک خانواده منحرف احتمال تضاد و یا غفلت هم وجود دارد (سیگل و سنا، ۱۹۹۷، بلک‌برن، ۱۹۹۳).

در ارتباط با از هم‌گسیختگی خانوادگی تحقیقات زیادی انجام شده است. مثلاً فراستنبرگ و سیلتزر (Furstenberg & Seltzer) ۱۹۸۶ و هترینگتون (Hetherington) ۱۹۸۷) عنوان کردند که طلاق، خطر مشکلات رفتاری را در کودکان بالا می‌برد (به نقل از کاپالدی و پاترسون (Capaldi & Patterson) ۱۹۹۱). در مطالعه‌ای توسط برودی (Brody) و فورهند (Forehand) ۱۹۹۳) که بر روی ۸۰ نوجوان انجام دادند، عنوان کردند که تضاد بین نوجوان و مادر می‌تواند استفاده از الکل را پیش‌بینی کند و طرد پذیرش از طرف مادر می‌تواند هم استفاده از دارو و هم گرایش به طرف همسالان منحرف را پیش‌بینی کند. در مطالعه‌ای دیگر توسط تولان (Tolan)، لوریون (Lorion) (۱۹۸۸) در یک نمونه ۳۳۷ نفری بر روی نوجوانان دریافتند که تضادهای خانوادگی نقش مهم‌تری را در رفتارهای بزهکارانه

جدول شماره ۱ - تأثیر عوامل ارثی، محیط خانوادگی،

محیط غیر خانوادگی بر روی سوءاستفاده از مواد

(اقتباس از سانگ و همکاران (۱۹۹۸))

دارو	درصد تأثیر عوامل ارثی	درصد اثر محیط خانوادگی	درصد اثر محیط خانوادگی
هروئین	۵۴	۱۳	۳۳
ماری جوانا	۳۳	۲۹	۳۸
محرک ها	۳۳	۱۹	۴۸
مسکن ها	۲۷	۱۷	۵۶
پسیکوز	۲۶	۲۱	۵۳

مشکلات هیجانی و زمینه‌های شخصیتی نیز در روی آوردن جوانان به اعتیاد مطرح شده‌است. بر اساس دیدگاه روان کاوی استفاده از مواد به جوانان کمک می‌کند، تا تکانه‌ها و نیازهای ناخودآگاه خود را تحت کنترل در آورند (پاول (Powell)، ۲۰۰۰) بعضی از روان‌کاران معتقدند جوانانی که مشکلات خود را درونی می‌سازند ممکن است از مواد و الکل برای کاهش احساس، عدم کفایت و ناایمنی خود استفاده کنند (سیگل و سنا، ۱۹۹۷).

همچنین بسیاری از جوانان به خاطر چیره شدن بر استرس به استفاده از مواد روی می‌آورند (روزز (Rhoses) و جیسون (Jeson، ۱۹۹۰)، ویندل و ویندل (Windle Windle)، ۱۹۹۶)، نقل شده از کیل (Kail) و کاوانگه (Cavanugh)، ۲۰۰۰). علاوه بر این بر اساس فرضیه انحراف بلوغ، در زمان بلوغ به دلیل شرایط هیجانی و استرسی در نوجوانان، آمادگی برای مشکل سازگاری و روی آوردن به استفاده از مواد فراهم می‌گردد (بروکس - گان (Brooks-Gunn) و پیترسن (Petersen) و ایکورن (Eichorn)، ۱۹۹۸، کاسپی (Caspi) و موفیت (Moffit)، ۱۹۹۱ نقل شده از تشان (Tschann)، ۱۹۹۴).

مطالعات نشان می‌دهند که ۲۵ تا ۴۰ درصد از بیمارانی که برای درمان سوء استفاده از مواد مراجعه کردند گزارشی از ضربه روانی داشته‌اند و همچنین به طور معنی داری دارای علائم اختلال پس از سانحه روانی (Post traumatic stress disorder PTSD) را از خود نشان می‌دهند (زلوتونیک (Zlotnick) و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین این اعتقاد وجود دارد که افراد معتاد ویژگی‌های رفتاری ضد اجتماعی (Psychopathic) را از خود نشان می‌دهند و دارای شخصیتی هستند که گاهی آنها را شخصیت مستعد - اعتیاد (Addiction - Prone peronality) می‌نامند (پلات و پلات، ۱۹۹۶؛ به نقل از سیگل و سنا، ۱۹۹۷) تحقیق بر روی ویژگی‌های روان شناختی سوء استفاده کننده‌گان از مواد مخدر، اختلال‌های پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی

در سال ۱۹۹۰ بلوم (Blum) و همکارانش عنوان کردند که ژنی را که عامل الکلیسم است کشف کردند. آن‌ها بر یک ژن واحد که عامل گیرنده نوع D۲ برای دوپامین بود تائید کردند. گیرنده‌های D۲ در هسته اکومبنس (Nucleus accumbens) که یک مرکز لذت در مغز است و همچنین در منطقه‌های دیگری که در پاداش درگیر هستند وجود دارند. اما بلافاصله پس از گزارش بلوم و همکارانش محققان دیگر (برای مثال بولوس (Bolos) و همکاران، ۱۹۹۰ جیجمن (Gejman) همکاران، ۱۹۹۴، پارسین (Parsian) و همکاران، ۱۹۹۱). وجود چنین ژنی را رد کردند. (نقل شده از تومبس، ۱۹۹۹). در مطالعه مشارکتی در مورد اثر ژن‌ها در الکلیسم (Collaborative study (COGA) on the Genetics of Alcoholism) که یک پروژه ۶۰ میلیون دلاری است که توسط مؤسسه ملی سوء استفاده از الکل و الکلیسم (National institut of Alcohol Aabuse and Alcoholism) و صورت می‌گیرد در تحقیقات اولیه (ریچ و دیگران (Reich)، ۱۹۹۸) عنوان شده است که الکلیسم یک پدیده تک‌ژنی نیست. بلکه احتمال دارد که چند ژنی (Polygenic) باشد. همچنین شواهدی برای ژن گیرنده‌های D ۲ دوپامین پیدا نشده‌است. به نظر می‌رسد که ویژگی‌های ارثی خطر الکلیسم را افزایش و یا کاهش دهد (به نقل از تومبس، ۱۹۹۹).

نمی‌کنند، اما بعضی از افراد به مواد وابسته می‌شوند. براساس مدل ترکیبی، فرد از طریق رسانه‌ها، دوستان، والدین و غیره در معرض مواد قرار می‌گیرد و پس از آن انتظارات فرهنگی و اجتماعی استفاده از مواد، استرس‌های روانی اجتماعی، عوامل روان‌شناختی و عوامل زیست‌شناختی می‌تواند تعیین نماید که فرد به مواد وابسته شود یا خیر؟

### درمان و پیش‌گیری

متأسفانه به دلیل پیچیدگی پدیده اعتیاد، درمان و پیش‌گیری آن کاری بسیار مشکل به نظر می‌رسد و همین پیچیدگی پدیده اعتیاد موجب شده است که راه‌بردهای کنترل استفاده از مواد نیز گوناگون باشد. باین حال، همان‌طور که بهترین تبیین برای علل اعتیاد یک مدل ترکیبی است که مجموعه‌ای از علل را شامل می‌گردد، بهترین راه مبارزه با اعتیاد نیز فقط یک راه نیست، بلکه باید در یک جامعه، در یک زمان، چندین راهبرد مورد استفاده قرار گیرند. می‌توان گفت که در حال حاضر سه راهبرد برای کنترل مواد در اغلب کشورهای جهان وجود دارد: راهبردهای قانونی و حفاظتی، راهبردهای تربیتی - آموزشی، راهبردهای درمانی.

سیگل و سنا (۱۹۹۷) راهبردهای قانونی را شامل کنترل منابع (Source Control) یعنی کنترل و مبارزه با باند‌های بین‌المللی قاچاق مواد مخدر، کنترل مرزها (Border Control) که از ورود مواد به داخل کشور جلوگیری شود، هدف‌گیری و تمرکز بر روی فروشندگان (Targeting Dealers) که شامل مبارزه با فروشندگان و توزیع کنندگان اعتیاد در سطح بین‌المللی، کشوری و محلی می‌گردند.

راهبردهای تربیتی در هر حال از جایگاه بسیار بالایی برخوردار است (سیگل و سنا ۱۹۹۷). از مهمترین فعالیت‌ها در این زمینه، آگاهی‌دادن به افراد مختلف جامعه در مورد علل روی آوردن به مواد، اثرات داروها، خطرات بدنی و روانی و اجتماعی استفاده از مواد می‌گردد. در حال حاضر بهترین مکان برای انجام چنین برنامه‌هایی، مراکز آموزشی یعنی مدارس است. دو پروژه مشهور در این زمینه در آمریکا «پروژه هشدار»

(Antisocial Personality disorder, ASPD) را نشان می‌دهد (استرین (Strain، ۱۹۹۵).

برای بسیاری از افراد، سوء استفاده از مواد یکی از مشکلات رفتاری است که در زندگی دارند. مطالعات طولی نشان می‌دهد افراد جوانی که از مواد استفاده می‌کنند، ناسازگار، از خود بیگانه، از نظر هیجانی آشفته، و مشکلات اجتماعی زیادی دارند. بنابراین به نظر می‌رسد که استفاده از مواد، بخشی از یک سندرم مشکل رفتاری باشد. داشتن یک زندگی منحرف مانند رابطه با همسالان منحرف، زندگی در خانواده‌هایی که والدین و برادر و خواهر از مواد استفاده می‌کنند، تحصیلات پایین، بیگانگی با هنجارهای اجتماعی، و درگیر بودن با رفتارهای بزهکارانه در سنین پایین، از جمله ویژگی‌های سندرم مشکل رفتاری است (دابکین (Dobkin) و همکاران، ۱۹۹۵: بروک (Brook) و همکاران، ۱۹۹۵؛ نقل شده از سیگل و سنا، ۱۹۹۷).

علاوه بر این‌ها براساس دیدگاه انتخاب منطقی، جوانان ممکن است به دلیل کسب احساس لذت و اثرات پاداشی که مواد به وجود می‌آورند از مواد استفاده کنند. با استفاده از مواد، افراد احساس شادمانی، آرامش، کفایت، رهایی از درد، فرار از واقعیت و احساس نیرومندی را تجربه می‌کنند. این اعتقاد که داروها می‌تواند شرایط بهتری برای آن‌ها به وجود آورد، باعث می‌گردد که آنها از عواقب خطرناک آینده غافل شوند (سیگل و سنا، ۱۹۹۷).

دورانت و بارلو (۱۹۹۷) این پدیده را تحت عنوان تقویت مثبت (Positive reinforcement) مطرح می‌نمایند. یعنی اثرات لذت بخش داروها یک عامل تقویت کننده برای ادامه دادن به استفاده از مواد است. هم‌چنین فرار از احساسات منفی به عنوان تقویت منفی (Negative reinforcement) برای ادامه استفاده از مواد مطرح شده است.

دورانت و بارلو (۱۹۹۷) یک مدل ترکیبی (Integrative model) (یکپارچه) را از سوء استفاده از مواد مطرح کرده‌اند. چرا بعضی از افراد از مواد استفاده می‌کنند ولی وابستگی پیدا

برنامه‌های مربوط به خانواده Family-Based Program. و در مورد هر کدام از برنامه‌های فوق نکات قابل توجه در این برنامه‌ها را ذکر نموده‌است.

بروکویتز (Berkowitz، ۱۹۹۰) در مورد اجرای برنامه‌های تربیتی در دانشگاه‌ها، این روش رانسبت به برنامه‌های معمولی مؤثرتر می‌داند. اما عنوان می‌کند برای انجام چنین برنامه‌هایی بهتر است که نگرش، رفتار و احساس دانشجویان رانسبت به استفاده از مواد مورد بررسی قرار داد و براساس آن برنامه‌ریزی کرد.

در بسیاری از کشورها مؤسسات و مراکز فراوانی جهت تحقیق، درمان و پیشگیری از اعتیاد به وجود آمده‌اند. هرچند در سال‌های اخیر در کشورما چنین کوشش‌هایی درجهت ایجاد چنین مراکزی انجام شده‌است، اما هنوز در مراحل اولیه قرار دارند. مهم‌ترین عاملی که می‌تواند در شکل‌گیری مراکز تحقیقاتی، درمانی و آموزشی دخالت داشته باشد آگاهی و دانش، و احساس نیاز مدیران به چنین مراکزی است.

در این میان مراکز آموزشی مانند آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها نیازمند به داشتن برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و ایجاد مراکز پیشگیری هستند. نقش مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها به عنوان پیشنهاد دهنده و مجری برنامه‌های پیشگیرانه کاملاً واضح است.

بنابراین در این مقاله پیشنهاد می‌گردد تا «انجمن مشاوران پیشگیری سوء استفاده از مواد در دانشگاه‌ها» زیر نظر مراکز مشاوره تشکیل گردد و اهداف اصلی این انجمن پژوهش، درمان و انجام برنامه‌های پیشگیری سوء استفاده از مواد در دانشگاه‌ها باشد. علاوه بر این پیشنهاد می‌گردد یک واحد درسی بانام اعتیاد (علل، درمان، پیشگیری) به دروس کلیه رشته‌ها افزوده شود.

دورانت و بارلو روش‌های درمان اعتیاد رابه دو روش اساسی درمان‌های زیست شناختی (Biological Treatments) و درمان‌های روان‌شناختی (Psychological Treatments) تقسیم بندی نموده‌است. از روش‌های درمانی زیست شناختی می‌توان از جانشین سازی (Agonist Substitution) که دارویی را که شخص به آن وابستگی دارد بداروی دیگر که ساختار

(Alert) که در مدارس متوسطه شهرهای کالیفرنیا (California) و اورگون (Oregon) انجام گرفت. همچنین پروژه بسیار مشهور «آموزش مقاومت در برابر سوء استفاده از داروها» (Drug Abuse Resistance Education (DARE)) است، که در مدارس ابتدائی انجام گرفت تا مهارت‌های مقاومت در برابر فشارهای همسالان در استفاده از داروها را آموزش دهند. این برنامه بر روی پنج زمینه عمده قرار داشت.

۱- فراهم کردن اطلاعات صحیح درمورد توتون، الکل، داروها.

۲- آموزش تکنیک‌هایی به دانش آموزان برای مقاومت در برابر فشار همسالان.

۳- آموزش به دانش آموزان در مورد احترام به قوانین.

۴- ارائه و آموزش روی آوردن به روش‌های مناسب برای مقابله با استرس‌های زندگی به جای استفاده از دارو.

۵- بالابردن عزت نفس در دانش آموزان (الیکسون و بل (Elickson and Bell) (۱۹۹۰)). در همین زمینه زیگلر و هال (Zigler and Hall) (۱۹۹۷) برنامه‌های پیشگیری سوء استفاده از مواد را که برای کودکان زیر پنج سال صورت گرفته بود، مرور کردند و جهت تقویت این برنامه‌ها، توصیه‌هایی رامطرح کردند و عنوان نمودند که جهت انجام این برنامه‌ها، بایستی اطلاعات بیشتری درمورد رشد و اجتماعی شدن کودکان داشته باشیم.

بنابراین باین که درکشورهای مختلف جهان برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد درمورد کودکان دوره پیش دبستانی صورت می‌گیرد، بعضی از مدیران کشور، حتی برای دوره‌های دبیرستان و دانشگاهی نیز اعتقاد به انجام چنین برنامه ریزی‌هایی ندارند و آنها را بدآموزی قلمداد می‌نمایند. مؤسسه ملی سوء استفاده از دارو (National Institute on Drug Abuse (NIDA)) در سال ۲۰۰۱ مهم‌ترین برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد رادر سه گروه دسته بندی می‌نماید:

برنامه‌های اجتماعی (Community Program)،

برنامه‌های مربوط به مدارس (School-Based Program)،

شخص داده می‌شود که جذب و هضم ماده سوء استفاده شده را بسیار نامطبوع می‌سازد. این انتظار وجود دارد که با ایجاد احساسات منفی، شخص از استفاده از مواد اجتناب کند. از شناخته‌ترین این کوششها، دارویی به نام دی‌سولفیرام (Disulfiram) است که به ضد سوء استفاده (Antabuse) معروف است و برای اعتیاد به الکل استفاده می‌شود و از شکسته شدن استالدهید (Acetaldehyde) که به وسیله الکل تولید می‌شود جلوگیری می‌کند و موجب احساس بیماری و حالت‌های تهوع و نامطبوع می‌گردد (دورانلو، بارلو، ۱۹۹۷). در درمان‌های روان‌شناختی از اصول روان‌شناسی برای درمان اعتیاد استفاده می‌گردد. تومبس (۱۹۹۹) در کتاب خود تحت عنوان «مقدمه‌ای به رفتارهای اعتیادی» درمان‌های روان‌شناختی رابه مدل روان پویایی (Psychoanalytic model)، مدل‌های شرطی سازی (Conditioning models)، مدل‌های شناختی (Cognitive models) تقسیم بندی می‌نمایند. البته باید توجه داشت که هر یک از این مدل‌ها خود روش‌های درمانی مختلفی را شامل می‌گردد. توضیح این مدل‌ها و همچنین روش‌های درمانی در هر یک از آنها در یک مقاله مقدور نیست.

شیمیائی مشابهی دارد جای‌گزین می‌نمایند. مثلاً متادون دارویی است که جایگزینی برای هروئین محسوب می‌شود (گلیمن (Glitman) ۱۹۹۴).

آدامس نیکوتین (Nicotine gum) (از طریق دهان) و وصله نیکوتین (Nicotine patch) (از طریق پوست استفاده می‌شود) برای درمان اعتیاد سیگار مورد استفاده قرار گرفته‌است (هاگز (Hughes) ۱۹۹۳).

درمان مخالف (Antagonist Treatment) یعنی استفاده از داروهایی که اثرات داروهای روان‌گردان را مهار کرده یا اثرات متضاد به وجود می‌آورد. نالترکسون (Naltrexon) از جمله داروهایی است که در این روش برای درمان داروهای مخدر استفاده می‌شود. اگر این دارو به شخصی که به مواد مخدر اعتیاد دارد داده شود، بلافاصله نشانه‌های ترک و اثرات فوق‌العاده ناخوشایندی در او ایجاد می‌کند. شخص باید انگیزه قوی پیدا کند تا به این درمان ادامه دهد و الا به خاطر اثرهای ناخوشایند از ادامه درمان خودداری می‌کند.

درمان‌های آزارنده (Aversive Treatment) از دیگر روش‌های زیست‌شناختی هستند. در این روش داروهایی به



## References

- problems.(pp.77-102) Philadelphia: Taylor & Francis.
- Reuter, P., Meccoun, R., murphy, p(1990). Money for crime A study of the economics of drug dealing in washington - Lon, D.C. santa monica, c. alif:Rand.
- Rosenhan, D.L. , seligman, M.E. (1989). abnormal - Amodeo, M., Margaret, G. (1997). Parental alcoholism and other family disruption. American Journal of Orthopsychiatry, 67, 585-593.
- Berkowitz, A. D. (1990). Reducing alcohol and other drug use on campus :Effective strategies for prevention programs. Eta Sigma Gamman. 22, 12-14.
- Blackburn, R. (1993). The Psychology of criminal conduct: theory, research and practice. Chicester. John Wiley and sons.
- Brody, G.H., Forehand, R. (1993). Prospective associations among family form, family process, and adolescents alcohol and drug use. Behavior research and therapy, 31, 587-593.
- Capaldi, D.M., Patterson, G.R. (1991). Relation of parental transitions to boys adjustment problems. Developmental Psychology, 27, 489-504.
- Devin, J.A., Wright, J.D. (1997). Losing the housing game the Leveling effects of substance abuse. American Journal of Belmong. CA: Wadsworth.
- Hall, N.W., Zigler, E. (1997). Drug- abuse prevention efforts for young children: A review and critique of existing programs. American Journal of Orthopsychiatry, 67, 134-143.
- Henggeler, S.W. (1989). Delinquency in adolescence. Newbary Park, Calif: Sage.
- Hirschi, T. (1969). Causes of delinquency. Berkeley, Cal: University of California Press.
- Oulien, R.M. (1998). A primer of drug action (8th ed.) New York: Freeman.
- Kail, R.V., Cavanaugh, J.C. (2000). Human development. (2nd ed). Belmont, CA: Wadsworth.
- Leshner, A.I. (1998). Addiction is a brain disease- and it matters. National Institute of Justice Journal, 2-6.
- McBride, A.A., Joe, G.W., Simpson, D. (1991). Criminality among inhalant users. Special issue: Inhalant use by Mexican American Youth: Findings from logitudinal study. J. Behavioral- science, 13, 315-323.
- National institute- on Drug Abuse (January 2001). Drug abuse prevention in the community in prevention brochure community.
- Powell, J.(2000). Drug and alcohol dependence. in, L.C. chammpion.,M.Power (Eds). Adult Psychological

- Bidadi,k.,Pearistein,T., Orthopsychiatry, 67, 618-681.
- Brown,P.(1997).Trauma, dissociation, - Dishion, T., Capaldi, D., Spracklen, K.,Li,F.  
impulsivity, and self-mutilation among (1995) Peer ecology of male adolescent drug  
substance abuse patients. American journal use. Developmental and Psychopathology, 7,  
of orthopsychiatry,67.650-654. 803-24.
- Psychology. (2nd ed.). New York:Norlon. - Durand, V.M., Barlow, D.H. (1997)  
- Siegel,L.j., Senna, J.J.(1997).Juvenile Abnormal Psychology : An introduction.  
delinquency:theory,Practice and Law.(6nd ed) Pacific Grove, CA: Brooks cole.  
st.Paul: west. - Ellikson, P., Bell, R. (1990) Prospects for  
- Strain, E. (1995). Antisocial personality Preventing drug use among young  
disorder, misbehavior and drug abuse. Journal adolescents. Santa Monica. Calif. Raud Corp.  
of Nervous and Mental disease, 163,162-650. - Glietman, H. (1991). Psychology. (3rd ed.)  
- Thombs, D.L.(1999). Introduction to New York: Norton.  
addictive behaviors.(2nd ed). New York: - Graham .R.B. (1990). Physiological  
Guilford. Psychology.
- Tschann, J.M., Adler, N.E., irwin, C.E., - Tsuang,M.T., Lyons,M.J., Doyle, T.,  
Millstein,S.G. Turner,R.A., Kegeles, S.M., Eisen,s.a. Goldberg,J., True, W., Lin,N.,  
(1994). Initiation of substanve use in early Toomey, R.,Eves,L.(1998). Co-occurrence of  
Adolescence: The riles of pubertal timing and abuse of different drogs in men: the role of  
emotional Distress: Health Psychology, drug-sprcific and shared Vulnerabilites.  
13,326-333. Archives of Geneval
- Zltonich,C., Shea.M.T., Recupero,P.,

