



بررسی علل اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم، شیوه های پیشگیری، درمان و کاهش تقاضا

یوسف آقائی پور^{۱*}، ابوالفضل قهرمانی^۲، کل اندام رستمی^۳

۱- دکترای مهندسی صنایع، کارشناس حوزه صنایع خودروسازی، مدرس دانشگاه و شرکت ایران خودرو،

کنشگر حوزه خودروسازی سبز

۲- کارشناس مهندسی مکانیک، کارشناس حوزه صنایع خودروسازی، کنشگر حوزه خودروسازی سبز

۳- کارشناس علوم تجربی، مدرس دانشگاه و آموزش و پرورش، کنشگر حوزه خودروسازی سبز

*yousef.a1359@yahoo.com

ارسال: اسفند ماه ۱۴۰۲ پذیرش: فروردین ماه ۱۴۰۳

چکیده

در چند قرن اخیر، جوامع بشری با مشکل بزرگ اجتماعی- روانی سوء مصرف مواد مواجه هستند و علی رغم کوشش های به عمل آمده و هزینه های بسیار سنگین مبارزه با آن هنوز راه حل مناسب و قابل قبولی برای چیره شدن به این معضل بزرگ جهانی بدست نیامده است. کشور ایران نیز به دلیل اینکه بر سر راه یکی از مسیر های حمل و نقل مواد افیونی قرار دارد و به دلایل دیگر تاریخی- اجتماعی یکی از قربانیان بزرگ سوء مصرف مواد جهان به شمار می رود و با آنکه طی بیست سال گذشته قربانیان زیادی برای مبارزه با این مشکل بزرگ داده و بخش عظیمی از سرمایه های ملی را صرف پیشگیری و غلبه بر این معضل کرده است به نظر نمی رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولین رضایت بخش باشد این موفقیت باید مسئولان را ترغیب کند که کوشش بسیاری را در جهت شناخت علمی و درست از اصل موضوع به عمل آورند و نقاط قوت و ضعف کوشش های گذشته در مبارزه با این معضل را به درستی ارزیابی کنند و با سود بردن از تجارب موفق دیگران و عدم تکرار تجارب شکست خورده در سایر جوامع راهکارهای مناسب با شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقلیمی خود پیدا کرده و با به کارگیری عمده کوشش های گذشته در ایران که در جهت تحدید عرضه مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است اهمیت کاهش تقاضا باید به عنوان جزئی از سیاست های مبارزه با مواد مخدر پیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. کاهش تقاضا مستلزم اجرای برنامه های وسیعی برای پیشگیری از گرایش افراد سالم به طرف مواد قابل سوء مصرف، کمک به افراد معتاد برای فائق آمدن بر وابستگی خود و تجهیز امکانات جامعه برای یاری به افراد در خطر یا معتاد و خانواده های آنها برای مقابله با آثار و عوارض سوء مصرف مواد می باشد. در این مقاله نخست به کلیات و تاریخچه مواد مخدر پرداخته شده سپس علائم اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت به شیوه های پیشگیری و کاهش تقاضا پرداخته ایم.

واژگان کلیدی: اعتیاد، جامعه، پیشگیری، درمان، وابستگی، کاهش تقاضا.

۱- مقدمه

قرن هاست که انسان از مواد مخدر استفاده می کند و به علت مضرات آن در بسیاری از جوامع بشری، استفاده از آن مرموم و مردود شناخته شده است. اعتیاد در معنای وسیع عبارت است از رفتاری که بر اثر مداومت، چنان بر فرد تسلط می یابد که کاملاً و یا تا حدی رفتار های سالم او را تحت الشعاع و تحت سیطره خود قرار می دهد. رفتارهایی مانند پر خوری، مشروب خواری، کار زیاد، مطالعه شبانه روزی، رابطه جنسی افراطی، کشیدن سیگار و استفاده از داروها، مواد الکلی و مواد مخدر را می توان اعتیاد دانست. لیکن در عمل

اصطلاح اعتیاد به استفاده زیاد از الکل و سایر مواد و داروهای مخدر و محرک اطلاق می گردد البته تا اندازه ای که فرد نسبت به آنها اتکاء شدید عاطفی و جسمی پیدا می کند. از معنای اعتیاد چنین متصاعد می گردد که فرد مبتلا به آن میل بسیار شدیدی نسبت به موضوع مورد اعتیاد پیدا می کند و صرف نظر از عواقب آن می خواهد به ارضای خاطر برسد. روان کاوان و روان پزشکان اغلب بر این مساله تاکید می کنند که اساس اعتیاد میل غیر قابل کنترل برای رسیدن به لذت و کم کردن اضطراب در فردی است که اختلال شخصیت و منش دارد. البته این درست است که بسیاری از معتادان اختلال شخصیت و منش دارند لکن تعدادی از آنها نیز دچار نورو-سایکوز(روان پریشی) و شخصیت وسواسی هستند. به هر حال سبب شناسی اعتیاد مانند سایر نابهنجاری ها متعدد و متنوع هستند. ما کوشش خواهیم کرد که علاوه بر طبقه بندی انواع اعتیاد به مهم ترین علل اعتیاد و شیوه های پیشگیری و درمان آن اشاره کنیم.

۲- روش شناسی پژوهش

مقاله اعتیاد، پیشگیری و درمان در سه فصل کلیات، اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم، پیشگیری و درمان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

۲-۱- تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر

تاریخچه تریاک که از شیر خشخاش گرفته می شود دارای سابقه ای طولانی است. روسها، آنتی ها، مصریها، پارسیها، چینی ها، ژاپنی ها آن را به عنوان گیاه طبی و داروی مخدر می شناختند. واژه افیون از کلمه یونانی اوپیوم^۱ که به معنی شیر خشخاش می باشد جدا شده، هیپوکرات^۲ و تئوفراست^۳ ها شاگردان با استعداد ارسطو تریاک را برای جلوگیری از اسهال و دیگر دردها بکار می بردند. پلینی^۴ چگونگی تریاک را با زبان ساده ای شرح داد و هالن^۵ خواص سمی آن را آشکار ساخته است. تریاک در قرون وسطی در زمان پاراسلس^۶ سیلوی^۷ و سیدنهام^۸ به عنوان دوا مورد استعمال طبی قرار گرفت. در خاورزمین تریاک را گاهی به طور طبیعی و خالص و در زمانی به شکل مایع غلیظ و گاهی هم سوخته آن را می کشند که در چین این سوخته را جاندو و در ایران شیره می نامند.

کشیدن تریاک از سال ۱۸۷۰ به آمریکا سرایت نمود و این عادت هنوز هم در شیکاگو، نیویورک و سنت لوئیس و... شیوع دارد. تاریخ پیدایش تریاک را باید در صدهای خیلی پیش جستجو کرد. به طور کلی این عقیده وجود دارد که مهد پرورش آن یونان قدیم یا آسیای صغیر بوده و با گذشت زمان در چهارسوی گیتی، ایران، هندوستان، مصر و چین انتشار یافته است. تریاک در صده هفتم میلادی وارد چین شد ولی برخلاف انتظار در آن زمان ها میان مردم چندان انتشار نیافت و در پایان صده دهم پس از لشکرکشی فاتحانه پادشاه مغول به کار بردن تریاک به طور محسوس مابین چینی ها توسعه یافت، تا پایان قرن هفدهم میلادی کشور چین تریاک مصرفی خود را از هندوستان وارد نموده و به آن بسنده می کرد. از آن زمان خود چین هم به کشت تریاک رو آورد تا اینکه بتواند مصارف مورد نیاز بازار درونی کشور را فراهم آورد.

در ایران تا چند سال پیش در اصفهان، یزد و شیراز تریاک کاشته می شد. محصول تریاک این نواحی هنگامی که به پانصد هزار کیلو گرم می رسید بیشتر به انگلستان و چین فرستاده می شد. به موجب آگاهی هایی که پروفیسور لوپن جمع آوری می نمود، محصول تریاک ایران در سال ۱۹۰۲ میلادی به ۱۲ هزار تن می رسیده است. در چگونگی ترکیب تریاک می توان گفت تریاک مایع غلیظی است از خشخاش نارس^{۱۰} که دارای رنگ های مختلفی از سفید تا آبی بوده و رنگ دانه های آن نیز مطابق رنگ گلش می باشد به دست می آید. آزمایش هایی که تاکنون برای به دست آوردن این گیاه در قاره اروپا به عمل آمده، دچار اشکالات گردیده است از این رو کشت

1 opium

2 hepokrate

3 theofrast

4 pliny

5 halen

6 paracelec

7 sylvi

8 sydenhamme

9 Laudanum, opium, Neconium

10 Papaver somniferum

خشخاش در آلمان، فرانسه، استرالیا و آمریکای شمالی نتایج مطلوبی نداده است. بنابر تحقیقات بواسیر^۱ تریاک از یک نوع دیگر خشخاش^۲ نیز بدست می آید. این گیاه دارای گل هایی به رنگ بنفش سیر در بوته باز و دانه های تیره رنگ می باشد. این نوع خشخاش بطور وحشی در سیلان (نام قدیمی سریلانکا) و قبرس و کورس می روید. لیکن تریاک بدست آمده از آن نوع خشخاشی که در ایران و جاهای دیگر رویده و دارای گل سفید یا گلی رنگ در بوته بسته و دانه های سفید است مرغوب تر می باشد. این نوع خشخاش به غیر از ایران در آسیای صغیر و کشور های بالکان، هندوستان، چین و مصر می روید. به واسطه همین اختلاف گیاه خشخاش است که شکل و بوی آن تفاوت داشته و مقدار تریاک آنها نیز از نظر تنوع و موسم گرفتن تریاک آن فرق می کند. معلوم شده است که دانه های خشخاش نارس دارای آلکلوئید نبوده و ۱۴ روز پس از نمو اینها ظاهر شده و تا آخر دوره گل دادن باقی می ماند و پس از اینکه گیاه به منتهای نمو خود رسید آلکلوئید آن کم می شود. طریقه ساختن تریاک بدین قرار است: هنگامی که خشخاش هنوز کاملاً نرسیده و سر آن تازه شروع کرده که با گرد سفید رنگی پوشیده شود، شامگاهان پوست خشخاش را تیغ می زنند و از این خراش ها در هنگام شب، مایع شیری مانندی بیرون زده که در برابر هوا مانند عسل، غلیظ و تیره رنگ می شود. تریاک دارای بوی ناپسندیده و طعم تلخ بوده و خواب آور است. وزن مخصوص آن ۰.۳۳ می باشد و تا اندازه ای در آب و الکل قابل حل است. نخستین بار که انسان یا حیوان آن را می بیند از آن مسممتر شده و با انزجار آن را بو می کند. ترکیب شیمیایی تریاک بسیار درهم و قابل توجه می باشد چون ماده ای است که از گیاه گرفته شده و دارای عناصر مختلف از قبیل مواد قندی، املاح آلومینوئید، گوگرد، کائوچوک، فسفر، آهنک و از همه مهم تر بیشتر از ۲۰ جور آلکلوئید و مرفین می باشد بواسطه همین ماده است که تریاک از سوی تریاکی ها و همچنین برای ساختن دواهای مخدر تا این اندازه جالب توجه واقع شده است. بنابر تجربه پروفیسور نیسنر^۳ تریاک دارای ساختمان شیمیایی مطابق با جدول شماره ۱ می باشد.

جدول ۱ - ترکیبات شیمیایی تریاک

الکلوئید	درصد	آلکلوئید ^۲	درصد ^۲
مرفین	9/23 %	نارسین	0.20%
نارکوتین	0.75 - 9/6	کریتونین	0.08%
پاپاورین	0.80%	سیور دومرفین	0.02%
تباتین	0.40%	لودانین	0.01%
کدئین	0.05%	لانتونین	0.01%



گذشته از مواد نامبرده الکلئید های زیرین، هیدروکوتازین، اکزانتامین، لودانیدین، کودارنن، گتو کوبین، اکسینار کوتین ورنارین نیز ممکن است در تریاک یافت شود. اندازه مرفین تریاک های مختلف از لحاظ نوع خشخاش، آب و هوا و طرز پرورش آن تفاوت می کند. خشخاش نارس اندازه زیاد مرفین را دارا می باشد به همین جهت تریاک را هنگامی که خشخاش هنوز کامل نرسیده است بدست می آورند. گذشته از اینها اندازه مرفین به واسطه پاره عوامل آب و هوایی نیز تغییر می کند. مثلاً تریاک ایران دارای ۱۲ الی ۱۸ درصد

¹ Boissier

² Opium smyrnicum

³ niesner

مرفین می باشد. تریاک ترکیه دارای ۱۰ الی ۱۵ درصد و تریاک هندوستان دارای ۸ الی ۱۰ درصد و تریاک مصر دارای ۴ الی ۶ درصد مرفین می باشد. بدلیل اینکه تریاک ایران از سایر تریاک ها مرفین بیشتری دارد لذا به عنوان مرغوب ترین تریاک های جهان به شمار می آید.

در طب پیدایش مرفین را کشف بزرگی تلقی نموده و سعی کرده در هنگام احتیاج برای بی حس کردن مراکز حساس در مغز انسان یا حیوان از آن استفاده نماید و در واقع از آزمایش هایی که در این زمینه انجام گرفته مشخص شده که مرفین در اندازه کم به جهت مقاصد زیرین به عنوان دارو در انسان تاثیر می کند:

(۱) رفع یا ساکت نمودن دردها یا اختلالات عصبی در هر یک از اندام بدن

(۲) ساکت نمودن تشنجات عصبی بیمار

(۳) ساکت نمودن انقباضات عصبی یا درد قلب

(۴) معالجه تنگی نفس، سرفه و سیاه سرفه

(۵) داروی خواب آور جهت بیمارانی که از بی خوابی رنج می برند.

مرفین از لحاظ نژاد و ماهیت انسان و همچنین اندازه ای که وارد بدن می شود اثرات مختلفی دارد طبق تجربه، اثر مرفین در آدمهای خونسرد کمتر از اشخاص خونگرم می باشد. اندازه های بیشتر مرفین در حدود ۰/۵ تا ۱ گرم، دیگر دارو و درمان نبوده بلکه اثرات سمی در بدن دارد. در اثر مصرف این اندازه مرفین انسان و حیوان دچار سگته شده و با حالت اختناق جان می سپارد و به واسطه همین خاصیت مرفین است که کسانی که با تریاک مسموم می شوند همین حالت را پیدا می کنند. چون خاصیت سمی تریاک بیشتر در اثر سمیت مرفین است. کسانی که گمان می کنند خاصیت سمی مرفین کمتر از تریاک است و به همین دلیل کار بردن آن را بهتر از تریاک می دانند در صورتیکه مرفین و تریاک سم متجانسی هستند که خاصیت سمی آنها بواسطه یک ترکیب شیمیایی $\text{NO}_3\text{H}_9\text{C}_{17}$ می باشد.

دارو شناسان عقیده دارند تریاک جزء دسته پر زورترین سم ها می باشد. چون سم های درجه یکم مانند مرفین، پاپاورین، کدئین و غیره را دارا می باشد تریاک هنگامی اثر بخش است که به اندازه پنج تا پانزده سانتی گرم از آن داخل بدن شود. هنگامی که سی سانتی گرم تریاک خورده شود اثر آن بیشتر و مسمومیت آن سخت تر می شود. در صورت تاخیر در معالجه، سم از معده وارد خون شده و در مرحله اول به قلب سرایت کرده، ضربان قلب تند تر و ریه ها هم همین طور تنفس را تند تر می کند. لیکن به واسطه نرسیدن کمک لازم، این وضعیت در تنفس نیز ظاهر شده و به قدری کند می شود که ظرف دو تا پنج دقیقه یکبار نفس می کشد که در طب، معروف به Chyn Stokes می باشد. عموماً در آن موقع فرد بیهوش و صورت او کبود شده و حرارت بدن از حد طبیعی ۱ تا ۰٫۵ سانتی گراد پایین تر آمده، قلب و ریه از کار افتاده و بیمار می میرد. مشکل معاصر الکلیسم و اعتیاد به داروهای مخدر در تاریخ بشر بی سابقه نیست ولی تلقی الکلیسم و اعتیاد به عنوان اختلالات روانی نظری است کاملاً نوین و مربوط به سالهای اخیر در حال حاضر دانشمندان عقیده دارند الکلیسم و اعتیاد به مواد مخدر فقط دو وسیله از هزاران وسیله ناسازگارانه است که شخص با آنها در مقابل استرس های داخلی و خارجی واکنش می نماید.

۲-۲- اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان نابسامانی اجتماعی، پدیده ای است که بدان بالای هستی سوز نام نهاده اند. تحقیقات تاریخی و مردم شناختی نشان داده است که استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود بوده و نوجوانان و جوانان به آن روی نمی آوردند. مصرف مواد مخدر به طور پراکنده در مراسم اعتقادی و مذهبی منحصراً توسط گروه های خاصی در شرایط معینی صورت می گرفت اما بعدها که مرفین، هروئین و کوکائین به بازار آمد، مواردی از اعتیاد جوانان نیز مشاهده شد. در دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادان به این پدیده آنقدر اندک بود که توجه اجتماعی را در مقایسه وسیع به خود جلب نمی کرد، اما در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر ناگهان در میان جوانان و نوجوانان شایع شد و به صورت مسئله ای جهانی درآمد و ابعاد همه گیر آن به صورت یک موج از قاره ای به

قاره دیگر گسترش یافت و در دنیای هیپیگری، ماری جوانا^۱ وسیله ای برای تفریح اشتراکی و گروهی شد و همراه با موسیقی و عشق به عنوان سه رکن اساسی فرهنگ هیپی ها متجلی گردید.^۲ مشکل این آفت ویرانگر در دهه مذکور به چند کشور صنعتی ثروتمند جهان محدود می شد، اما اینک به یک معضل جهانی تبدیل شده و آثار تخریبی آن بیشتر متوجه کشورهای توسعه نیافته شده است. گسترش کشت و تجارت مواد مخدر اثرات بسیار خوبی بر توسعه اقتصادی کشورهای تولید کننده داشته است. بر اساس یافته های یک مؤسسه تحقیقات اقتصادی در کلمبیا، بیش از ۸۰٪ سود تجار عمده مواد مخدر این کشور در خارج سرمایه گذاری شده و دولت سالانه معادل یک میلیارد دلار صرف مبارزه با گروه های مسلح تولید کننده این مواد و حفاظت از جان مقامات کشوری می کند.

۲-۱-۲-۱- اعتیاد چیست؟ معنادار چیست؟

اعتیاد را به عادت کردن^۳ خو گرفتن و خود را وقف عادتی نکوهیده کردن معنی کرده اند. به عبارت دیگر، ابتلای اسارت آمیز به مواد مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان آور شمرده شود اعتیاد نام دارد.

سازمان بهداشت جهانی ماده مخدر را اینگونه تعریف می کند؛ هر ماده ای که پس از وارد شدن به درون ارگانسیم بتواند در یک یا چند عملکرد از عملکردها تاثیر بگذارد ماده مخدر است. این تعریف مصرف کنندگان مواد مخدر را افرادی غیر طبیعی و منحرف می داند و بر اساس آن مخدرهایی نظیر توتون و مشروبات الکلی و هم مخدرهای غیر قانونی مانند هرئین^۴ و ال. اس. دی^۵ را در بر می گیرند. در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد؛ اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور باشد. با توجه به تعریف اعتیاد، انواع اعتیاد را می توان به دو گروه تقسیم کرد:

(۱) اعتیاد مجاز:

به وابستگی و تداوم در مصرف موادی که بعنوان دارو شناخته شده و بطور طبیعی یا مصنوعی بدست می آید اعتیاد مجاز می گویند و معمولاً شامل بسیاری از مواد دارویی به ویژه آرام بخشها و خواب آورها می شوند. این مواد با تجویز پزشک یا اغلب خودسرانه مصرف می شود. اعتیاد های مجاز به نوبه خود به دو دسته تقسیم می شوند:

الف) اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و مصنوعی که به عنوان دارو شناخته می شوند.

ب) اعتیاد به موادی مانند تنباکو، سیگار و نظایر آن که تنها از دیدگاه روانی عادت آور است و تداوم مصرف را ایجاب می کند.

(۲) اعتیاد غیر مجاز:

به وابستگی فرد به مصرف همیشگی مواد مخدر و بهره گیری از عواملی که بنابر قوانین کشوری یا بین المللی غیر مجاز شناخته می شود گفته می شود. این امر در نتیجه ناپسند بودن مظاهر اعتیاد از دیدگاه پزشکی، بهداشتی، روانی و اجتماعی غیر مجاز تلقی می شود. فرایند اعتیاد به هر شکلی که باشد، معمولاً طی یک فرایند سه مرحله ای انجام می گیرد که عبارتند از:

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

(۲) مرحله میل به افزایش مواد: در این مرحله بدن هر روز به مواد بیشتری نیاز پیدا می کند بعد از مدت ها استفاده نامرتب از مواد مخدر، شخص دچار شک و تردید شده، برای رهایی از آن با امیال خود دست به مبارزه می زند.

(۳) مرحله 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 کم یا بدون رعایت ترتیبات لازم ناگهان قطع شود نشانه های سندرم محرومیت بروز می کند.

^۱ ماری جوانا یا حشیش یا بنگ ماده ای که در انسان حالتی توام با پرحرفی، آواز خوانی و خنده های غیر ارادی بوجود می آورد.

^۱ قبل از پیدایش هیپیگری در آمریکا، تفریح جوانان به صورت انفرادی بود اما ماری جوانا این مرز را شکست.

^۲ اعمال عادت شده معمولاً اتوماتیک وار، بدون فکر انجام می گیرد به عبارت دیگر عادت تابع یک اصل فیزیکی است.

^۳ هرئین پودر کریستالی سفید رنگ با طعم تلخ که از مشتقات تریاک است و با عمل تقطیر و مستقیماً از مرفین بدست می آید.

^۴ ال. اس. دی یک اصطلاح آلمانی به بعضی مواد توهم زا است و به صورت گرد سفید رنگ و قرص روشن و بدون رنگ، بو و مزه است.

مصرف هروئین به سرعت موجب اعتیاد می شود، تریاک پس از مصرف دارو و حدود یک ماه متوالی به چنین مرحله ای می رسد اما اعتیاد به الکل مستلزم مصرف آن به مدت طولانی تر است.

شخصیت فرد معتاد به ساختار روانی او بستگی دارد و با توجه به برخی عوامل ساختاری ثابت که با پایان بحران بلوغ برای همیشه شکل می گیرد تعریف می شود و فرد خواه بیمار باشد خواه سالم، ساختار بنیادی شخصیتش هرگز تغییر نمی کند. بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد یعنی فرد به علت شرایط خاص شخصیتی و نیازها و شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملایمات دیگر به اعتیاد روی می آورد و اعتیاد نیز به نوبه خود موجب از بین رفتن انسجام روانی و هیجانی شخص می شود. بدین ترتیب، بین اعتیاد و شخصیت دور باطلی ایجاد می گردد که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است و بالاخره به دلیل فساد بافت های مغزی که از مصرف مواد مخدر بوجود می آید شخص کنترل حرکات خود را از دست داده، آمادگی آسیب رسانی به خود و دیگران را پیدا می کند. از این رو، به موازات افزایش معتادان، سرقت ها و انحرافات اجتماعی و اخلاقی نیز روز افزون می شود [۱]. بسیاری از محققان مسائل مربوط به اعتیاد و حتی برخی از افراد عادی بر این باورند که ساختار شخصیت برخی افراد برای پذیرش افراد مساعدتر از دیگران است. اینان می پندارند که زمینه مساعد ذهنی افراد مزبور شرط اولیه برای ابتلاست و بدین ترتیب مسأله را بیش از حد ساده می کنند. تنها مزیت این کار آن است که به قضیه ظاهری روشن و آشکار می دهد. شناخت شخصیت و ویژگیهای رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اعتیاد، دگرگونی هایی در خلق و خوی معتاد بوجود می آورد که از احوال ظاهری اش می توان بدان پی برد [۲]. ویژگیهای شخصیتی معتادان را که در واقع از عوارض اعتیاد ناشی می شود می توان به شرح زیر طبقه بندی کرد:

• عوارض جنسی:

اگر مصرف روزانه معتاد متوقف گردد و از ۱۰ تا ۱۲ ساعت تجاوز کند، به عوارض جنسی 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، لاغر شدن و کم شدن وزن مبتلا می گردد. اگر به چنین فردی بین ۲ یا ۳ روز مواد مخدر نرسد، اعتیادش از بین می رود زیرا نرسیدن مواد به بدن عارضه دارد ولی مرگ و میر ندارد، مشروط بر اینکه پس از ترک اعتیاد به مواد مخدر دسترسی نداشته باشد. ورود مرفین یا هروئین به بدن، کار دستگاه عصبی را در سطوح مختلف تغییر می دهد، فرد در این حالت شدیداً از نظر عاطفی، فیزیکی و فیزیولوژیکی متکی می شود و هر زمان که این مواد به او نرسد احساس بدبختی و ناراحتی شدید می کند. به علاوه، استفاده دراز مدت از مرفین و هروئین سبب کم شدن اشتها، یبوست، کم وزنی و عدم علاقه به روابط جنسی و روابط اجتماعی می گردد، اخلاق و ارزش های معنوی نیز در فرد بهم می ریزد [۲]. علائم بارز آنها که بر اثر استفاده طولانی بروز می کند عبارت است از:

تخریب قدرتهای عقلی و اختلال در فعالیت های حرکتی که از مغز فرمان می گیرد، عدم تعادل جسمی، تکلم به هم ریخته، لرزش و حرکات دورانی. این تأثیرات تصاعدی است و حتی در مورد بار بیتورات ها که معمولاً در ظرف چند ساعت از بدن دفع می شود نیز چنین است. قطع ناگهانی هیپنوتیک ها^۱ حتی ممکن است خطرناک تر از قطع نارکوتیک ها باشد شخص ممکن است دچار حمله صرعی و یا به سندروم حاد مغزی مبتلا شوند. این حمله شبیه حمله الکلی یا دلیریوم ترمنس در الکلی هاست و چند روز ادامه می یابد، اگر فوراً با مسکن ها و داروهای ضد صرع درمان نشود ممکن است منجر به مرگ فرد شود [۳].

کوکائین و سایر محرک ها^۲ ممکن است منجر به بالارفتن آستانه تحمل و شدت اتکا فرد به آن شود. اگر این تحریک ادامه یابد، اشتها از دست می رود، کم وزنی، اضطراب، عصانیت، حساسیت، کم خوابی، دلیریوم در فرد دیده می شود. قطع ناگهانی این مواد، سمپتوم های (قطع دارو) را که در داروهای مسکن مشاهده می شود، موجب نمی گردد بلکه صرفاً خستگی شدید و گرایش به

^۱ هیپنوتیک ها (خواب آورها): بار بیتورات ها مانند امیتال، نمبوتال، سکونال و غیره

^۲ مواد ترک که عبارتند از: کوکائین، کافئین، نیکوتین

افسردگی ایجاد می کند. کوکائین معمولاً بعنوان جانشین مرفین مورد استعمال قرار می گیرد ولی بر خلاف مرفین، کوکائین محرک قشر مغز است و سبب بی خوابی و هیجان شده و بر تمایل جنسی می افزاید [۳].

• عوارض روانی:

معتاد فاقد تعادل روانی و لا ابالی گری است، عدم توجه به اصول و مقررات جامعه و تسلیم شدن در برابر پیشامد ها، ضعف اراده، بی توجهی به مسئولیت های فردی و اجتماعی، از خصوصیات رفتاری معتاد است. معتادان از لحاظ عاطفی نابالغ، عصبانگر، بی قرار و دارای احساسات خصومت زا هستند. همچنین اینان افرادی مضطربند که احساس بی کفایتی و تنهایی می کنند. 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. غالب معتادان، به ویژه آنهایی که به مصرف موادی چون حشیش، ال. اس. دی و کوکائین^۱ و الکل مبتلا هستند، به بیماری های روانی نیز دچار می شود. بطور کلی تریاک، شخص را منگ و بی حال می کند لکن هواس او را روشنایی مصنوعی خاصی می بخشد. فرد احساس آرامش و خوشحالی زیاد کرده و مفهوم زمان، فضا و مکان برایش مسخ می شود. ارتباط بین اعتیاد به تریاک و بیماری های روانی هنوز ناشناخته مانده است در معالجه راجع به ۶۰۰ معتاد متوجه شده اند که ۲ تا ۱۳ درصد معتادان مبتلا به جنون بوده اند و روی هم رفته دانشمندان نتیجه گرفته اند که مرفین ایجاد جنون مزمن نمی کند. کوکائین مانند مرفین ایجاد حالت انبساطی می کند که ۴ تا ۶ ساعت به طول می انجامد و بیمار احساس آرامش و رضایتمندی می کند. تصورات سعادتمندانه ای می یابد ولی گاه بجای این حالت سعادتمندانه سر درد و گیجی و بی قراری به وجود می آید و حتی در افراد مستعد علائم پیسکوزسمی حاد ممکن است دیده شود که همراه با توهّمات ترسناک سمعی بصری، جسمی است. کوکائین معمولاً به عنوان مرفین مورد استعمال قرار می گیرد. حشیش بتدریج حالت انبساط همراه با افزایش اعتماد به نفس و احساس آرامش و غالباً حس پرواز کردن در شخص ایجاد می کند و کفایت ذهنی و حرکتی او کم می شود و تصور زمانی و قضاوت اخلاقی و شعور بیمار آسیب می بیند.

• 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 و بر آوردن نیازهای خود را مقدم بر دیگران می داند. روابط اجتماعی معتاد بسیار سطحی بوده به ندرت می تواند پیوندهای مستحکم عاطفی و وفاداری و تعهد داشته باشد. چنین فردی فقط برای کسی که بتواند برای او مواد مخدر تهیه کند اهمیت قائل است. ارتکاب جرایم معتادان به علت ضعف روابط انسانی هر روز بیشتر می شود زیرا اکثر معتادان ناگزیر برای تامین مواد مخدر به راه های نادرست نظیر دزدی، تجاوز به دیگران و آدمکشی روی می آورند [۳].

۲-۲-۲- سبب شناسی اعتیاد

در سبب شناسی اعتیاد هیچ دلیل قاطعی مبنی بر اینکه وراثت نقش مهمی در اعتیاد دارد، موجود نیست. عوامل مهم ایجادکننده عبارتند از استفاده مواد مخدر و محرک در درمان های (۱) پزشکی (۲) عوامل روانی (۳) اجتماعی

• عوامل پزشکی:

در رابطه با عوامل پزشکی بیمارانی که مدت طولانی برای تسکین درد از مرفین برای بیخوابی، از خواب آور ها و برای تسکین اضطراب نوروتیک از مسکن ها استفاده می کنند، غالباً به این داروها معتاد می شوند. پزشکان و پرستاران و دارو سازانی که معتاد می شوند اغلب از داروهای خواب آور استفاده می کنند. تخمین زده شده است که کمتر از پنج درصد معتادان مواد مخدر اشخاص عادی هستند که بر حسب تصادف معتاد شده اند و غالباً این اعتیاد نتیجه استعمال مواد به منظور طبی بوده است در چنین حالات دارو

^۱ کوکائین عصاره برگ درخت کوکا است که سفید رنگ، بی بو و به شکل پودر نرم است. اثرات آن بر مصرف کننده عبارت است.

برای مدتی نسبتاً دراز تجویز شده است ولی این معتادان احساس رضایتمندی عاطفی از استعمال دارو نمی کنند و استعمال مواد مخدر وسیله ای برای گریز از حقایق نامطبوع نیست و هنگامی که شرایط فیزیکی از بین برود اعتیاد از بین خواهد رفت. اعتیاد به تریاک ممکن است علل دیگری هم داشته باشد.

➤ **شخصیت اجتماعی:**

افرادی که اختلال شخصیت دارند بخصوص آن نوع بیمارهایی که با اجتماع در ستیز هستند و پایبند قوانین، مقررات و اخلاقیات اجتماعی نیستند، برای استفاده از مواد مخدر و محرک آمادگی بیشتری دارند. بسیاری از معتادان شخصیت ضد اجتماعی دارند. صفات بارز شخصیت ضد اجتماعی، لذت طلبی و فرار از درد مشکلات و مسئولیت های زندگی است [۳].

➤ **شخصیت نوروتیک:**

اضطراب نوروتیک ممکن است همانطور که فرد را در جهت اعتیاد به الکل سوق می دهد فرد معتاد را نیز به استفاده از مواد مخدر و محرک جلب کند. معمولاً در افراد نوروتیک که احساس عدم کفایت اجتماعی می کنند داروهای مخدر راهی برای گریز از تشویش ها و فشار های درونی است که آنان را قادر می کند زندگی خود را در دنیای رویایی دیده و از مقابله با حقیقت وضعیت خود، اجتناب نمایند [۲].

• **عوامل روانی:**

در بحث تاثیر گذاری عوامل روانی، استفاده از مواد مخدر و محرک مانند الکل در واقع یک حالت دفاعی کودکانه در برابر اضطراب است و به علت کاهش موقت اضطراب، تقویت و زیاد می شود. معتادان به الکل، مواد مخدر و محرک، شخصیتی دهانی، بی تحمل در برابر محرومیت، خود شیفته، عصبانی، عناد آمیز و فاقد اعتماد به نفس دارند. افراد معتاد به مواد مخدر و محرک نیز مانند معتادان به الکل از شرایط محیط خانوادگی نامساعدی بر می خیزند. شین و همکارانش وضع خانوادگی گروهی از معتادان و تعدادی افراد سالم را مقایسه نمودند و از آنها سوالاتی کردند که در جدول شماره ۲ آمده است [۳].

جدول ۲ - مقایسه عوامل بین گذشته خانوادگی معتادان و غیر معتادان

مقایسه عوامل بین گذشته خانوادگی معتادان و غیر معتادان	معتاد	غیر معتاد
رابطه بین پدر و فرزند ضعیف بوده است؟	٪۸۸	٪۴۵
پسر مدت طولانی از وجود پدر برخوردار نبوده است؟	٪۴۸	٪۱۷
رابطه پسر و پدر بسیار سرد بوده است.	٪۵۲	٪۱۳
رفتار پدر خود سرمشق بد آموزی اخلاقی بوده است .	٪۲۳	۰
پدر؛ فردی عصبی بوده و بر احساسات و رفتار خود تسلط نداشته است .	٪۲۶	۰
در دوران کودکی شخص معتاد، پدرش شغل ثابت نداشته است .	٪۴۳	۰
پدر بسیار بدبین بوده است .	٪۴۷	٪۱۱
رابطه صمیمی بین پدر و مادر وجود نداشته است .	٪۹۷	٪۴۷
مادر رفتاری سلطه جویانه با کودک داشته است.	٪۷۳	٪۴۱
بعضی از مادر ها سرد و بی تفاوت و نامهربان بوده اند.	٪۲۳	۰
بعضی از مادر ها به شدت پرخاشگر بوده اند.	٪۳۷	٪۳
رابطه ی پسرها با مادر بسیار ضعیف بوده است.	٪۴۰	٪۷
مادر به دیگران اعتماد نداشته است.	٪۳۸	٪۱۰
مادر بسیار بدبیت بوده است	٪۳۱	٪۷

۰	٪۲۳	هیچ طرح مشخص در تربیت کودک وجود نداشته است.
۰	٪۶۳	معیار اولیا برای رفتار کودک مهم و غیر مستمر بوده است.
٪۱۰	٪۷۰	خواسته های کودک، یا زیاد محروم، و یا زیاد ارضاء شده است.

در خانواده اغلب معتادان، دوری عاطفه بین کودک و اولیاء، رابطه ناسالم بین پدر و مادر و عدم ثبات در خانواده بشدت وجود داشته است. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که خانواده و تجربه کودک از آن، در سبب شناسی اعتیاد نقش مهمی دارد. بعضی از محققان مانند رادو^۱ و الدز^۲ معتقدند که مواد مخدر و محرک بر مراکز لذت در مغز مسلط می شوند و با استفاده مکرر از این مواد، این مراکز تحریک شده و باعث احساس لذت فرد می شود اما به تدریج استفاده از آنها عادت و به مرور تبدیل به اعتیاد می شود و اکثر اوقات عوامل روانی و فشار های عصبی جاذبه ای برای اعتیاد در فرد به وجود می آید. مشکلات و نیاز های روانی و عاطفی برآورده نشده و عوامل نامساعد و ناراحت کننده زندگی شخص را به طرف مواد مخدر سوق می دهد و عده ای نیز برای رهایی از افکار مضطرب و فرار از رنج و نگرانی به این مواد رو می آورند. بنابراین دلیل دیگر گرایش به اعتیاد را باید در نشانه های عصبی (روانی) جستجو کرد.

• عوامل فرهنگی - اجتماعی:

در بحث تاثیر گذاری عوامل فرهنگی، اجتماعی بعضی از مواد ها، در بعضی از فرهنگ ها به سادگی در دسترس مردم قرار می گیرد، مثلاً استفاده از تریاک در بین مردم آسیا به نحو گسترده ای شیوع دارد. در آمریکای جنوبی کوکائین زیاد مورد استفاده قرار می گیرد. در جوامع غربی ماری جوانا، هروئین، باریتونها و محرکها به راحتی قابل تهیه است. در سال ۱۹۸۲ میلادی از دانش آموزان دبیرستانهای کالیفرنیا آمار بدست آمد که نشان میداد ٪۷۰ پسران و ٪۵۸ دختران دبیرستان در سال، حداقل یکبار از ماری جوانا استفاده کرده اند. البته این آمار رو به افزایش است. آمار دیگری که توسط بلوم^۳ و همکارانش منتشر شد، نشان داد که در فاصله سه سال، تعداد استفاده کنندگان ماری جوانا در یک دانشگاه واقع در ایالت کالیفرنیا از ٪۲۱ به ٪۷۹ رسید. به هر حال با قاطعیت می توان گفت که فراوانی مواد مخدر و در دسترس بودن و تهیه آسان آن، افراد معتاد و توزیع کنندگان را برمی انگیزاند و تاثیر بسیاری در معتاد کردن افراد زود باور به ویژه جوانان را دارد[۳].

۲-۲-۳- الکلیسم

مسئله الکلیسم منحصر به نژاد با دسته به خصوصی نیست بلکه در همه جهان و نزد همه احتمالات یافت می شود به این دلیل طرز تفکر های مختلف در مقابل شراب خواری بطور کلی (نه تنها در برابر شراب خواری مفرط) عامل مهمی در جلوگیری و یا برعکس شیوع الکلیسم است و برای مطالعه و یافتن علل الکلیسم باید سنن فرهنگی - اجتماعی را نیز مانند علل و محرک های شخصی در نظر گرفت. ولی باید متوجه بود با آنکه سنن اجتماعی ممکن است الکلیسم را به عنوان یکی از راه های سازش در اختیار شخص بگذارد ولی محرک های فرد است که وی را به انتخاب و یا اجتناب از آن بر می انگیزد.

۲-۲-۴- شخصیت الکلیک

در اینجا می توان این سوال را مطرح کرد که آیا یک طرح بخصوص که شخص را برای نوشیدن الکل و یا الکلیک شدن مستعد سازد وجود دارد یا نه؟ الکلیک ها ویژگی های مشابه فراوانی دارند از طرفی میخوارگی مسائل مشابهی برای آنان ایجاد می کند بطوریکه با یک نگاه سطحی غالباً همانند یکدیگر به نظر می رسند با این وجود سازمان شخصیتی مخصوصی که مختص الکلیک ها باشد وجود ندارد. تنها صفتی که در تمام آنها وجود دارد کمی قدرت تحمل در مقابل فشار درونی است. ولی ممکن است در افراد غیر الکلیک نیز چنین صفتی موجود باشد. الکلیک ها غالباً افراد ناپخته و متکی به غیر هستند که سطح آرزوهای رفیع آنها با عدم

1 Rado

2 Olds

3 Blum

تحمل در مقابل شکست همراه شده است. افراد الکلیک فکر می کنند هرچه می خواهند باید به آنها تعلق گیرد و هرگز به عقاید و احساسات دیگران توجهی نمی کنند، این افراد معمولاً بسیار خودستا، حساس و مغرورند و در مقابل ناکامی با احساس رنجش، حقارت و عدم کفایت واکنش می کند و این خصایص در فعالیتهای تفریحی الکلیک ها غالباً به آسانی مشاهده می شود. بطور کلی الکلیک ها افرادی هستند ناپخته و متکی به غیر با آرزوهای دور از حقیقت، هرچه اتکای آنان به الکل شدیدتر می شود به درجات پایین تر و پست تر مسئولیت و قدرت اصلاح و سازش نزول می کنند.

۲-۵- آثار مستی الکلی

در خصوص آثار مستی الکل بر خلاف عقیده عموم، الکل محرک نیست بلکه مضعفی است که به مراکز عالی مغزی حمله می کند. بطور کلی مستی مربوط به میزان الکل جمع شده در مایعات بدن است نه مقدار الکلی که شخص می نوشد به این جهت اثر الکل در اشخاص مختلف متفاوت است و شخصیت، بنیه جسمی، مقدار غذای داخل معده و مدت نوشیدن الکل در میزان مستی شخص عوامل موثری محسوب می شوند. الکل به خودی خود اثر زیان آوری بر اعضای مختلف بدن ندارد. بطوریکه سابقاً عقیده داشتند ضعف قوای جنسی و تغییر کلی سلولهای مغز و قلب نمی شود و حتی امروز متوجه شده اند که پلی نوریت و تشمع کبدی و هذیان با لرزش Delirium Tremens نتیجه سوء تغذیه حاصل از الکل است نه اثر خوردن، زیرا الکلیست ها هر روز بیش از روز پیش الکل مصرف می کنند و این ماده مهم ترین منبع تغذیه آنها می شود و طبعاً غذای کافی به بدن آنها نمی رسد و در نتیجه غالب میخوارها از کمبود ویتامین و نقص مواد معدنی مختلف رنج می برند و مقاومت کلی آنها در برابر بیماری ها یا ضعیف می شود و طول عمر آنها از کسانی که در این مورد افراط می کنند کمتر می گردد. جنون های الکلی را می توان به دو دسته حاد و مزمن تقسیم کرد.

۱) عکس العمل های حاد: واکنش های جنونی حاد معمولاً مدت کوتاهی دوام می یابند و شامل گیجی، تهیج و هذیان است و به چهار دسته کوچکتر تقسیم می شوند.

الف) مستی مرضی^۱:

واکنش حادی است که در اشخاصی که تحمل آنها در مقابل الکل کم است مانند بیماران صرعی یا افراد ناثابت و یا در افراد معمولی که این قابلیت تحمل در آن ها در اثر استرس های ظاهری کاسته شده است اتفاق می افتد و حتی با مقادیر متوسط الکل شراب خوار ممکن است هذیان بگوید و از خود بی خود شود و حتی میل به آدم کشی پیدا کند در این حالت گاهی افراد مرتکب اعمال ناشایست می گردند. چنانکه ۲۶ تن از ۱۷۴ تن که مورد مطالعه قرار گرفتند به جرم اعمالی از قبیل دزدی و هتک ناموس و قتل عمد و قتل غیر عمد گرفتار شده بودند. در حالت گیجی معمولاً خواب عمیقی حاصل می شود که پس از آن بیمار بسیاری از حوادث شب قبل را فراموش می کند.[۲]

ب) هذیان با لرزش^۲:

این هذیان مشهورترین جنون های الکلیک است و تقریباً در سه تا پنج درصد کسانی که برای مدت درازی معتاد به نوشیدن الکل فراوان بوده اند دیده می شود. این هذیان ممکن است مدت هایی از ترک اعتیاد و یا هنگامی که بیمار به علت صدمه و یا عفونت مغزی از خوردن الکل پر هیز می کند نیز دیده شود و بر خلاف عقیده عمومی این گونه هذیان به علت قطع ناگهانی الکل نیست. قبل از بروز مرض معمولاً بیمار مدتی حالت بی قراری و بی خوابی دارد و ممکن است احساس ناراحتی و آشفتگی کند. چنانکه یک صدای جزئی و یا یک حرکت ناگهانی ممکن است باعث تحریک و یا هیجان بیمار گردد. علائمی که در این بیماران دیده می شود عبارتند از:

الف) عدم تشخیص مکان و زمان (مثلاً بیمار ممکن است بیمارستان را مسجد یا زندان فرض کرده دوستان خود را نشناسد و یا پزشک و پرستاران دوستان قدیمی به نظر برسند).

¹ pathological Intoxication

² Delirium Tremens

ب) توهم موجودات زنده به خصوص حیوانات کوچک و تندرو مثل خرگوش.

ج) ترس شدید (بعنوان مثال حیوانات کوچک ممکن است تغییر شکل و رنگ دهند و بیمار را بترسانند).

د) تلقین پذیری شدید (می توان به بیمار تلقین کرد که هر نوع حیوانی را ببیند حتی می توان تنها با سوال اینکه روی دیوار چه می بیند وی را وادار به دیدن این حیوانات کرد)

ذ) لرزش شدید. (دست ها، زبان، لبها و علائم دیگری همچون تعرق، تندی ضربان قلب، تب و تنفس نامرتب)

بیمار با دیدن حیوانات توهمی به گوشه ای می خزد و روی خود را می پوشاند و یا از بستر بر می خیزد و نا امیدانه بر ضد آن ها می جنگد و حتی این ترس ممکن است بیمار را به خودکشی وادار کند.

بیماری معمولاً ۴-۶ روز طول می کشد و به خاطر عمیقی منتهی می شود و هنگامی که بیمار بیدار می گردد با آنکه بعضی از علائم فوق باقی می ماند ولی بیمار ترسیده و ممکن است چند هفته و چند ماه هوس شراب خواری نکند اما متأسفانه این توبه قطعی نیست و بیمار با حمله ثانویه به بیمارستان بر می گردد. میزان مرگ در این هذیان % (۱۵-۱۰) است که غالباً به سبب عدم تکاپوی قلب و یا سینه پهلو اتفاق می افتد.

ج) هذیانات حیات الکی حاد:

علامت مهم در اینجا هذیانات سمعی است در ابتدا بیمار صدایی می شنود که از یک نفر است و فقط اظهارات ساده ای می کند ولی بتدریج هذیانات توسعه می یابد و بیمار صدای چندین نفر را می شنود که وی را ملامت و یا از او انتقاد می کنند و به اعلان و ابلاغ و نقاط ضعف روحی او به خصوص آنچه مربوط به میل جنسی است می پردازند و تنبیهات مختلفی را به وی تکلیف می کنند بیمار ممکن است صدای به هم خوردن حلقه های زنجیر و تیز کردن چاقو و یا گلوله تفنگ یا صدای پاهایی را که به نحو تهدید آمیزی پیش می آیند بشنوند و تحت تاثیر این ترسها ممکن است جیغ بکشد و کمک بطلبد. این حالت روزها و یا هفته ها دوام می یابد. محققان فعلاً این هذیانات را حاصل از الکل نمی دانند بلکه معتقدند که علت روانی پنهانی موجود است که الکل سبب بروز آن می گردد زیرا بعضی از داروها یا بیماری و خستگی و یا استرس های دیگر نیز ممکن است سبب بروز همین نوع واکنش گردد.

د) جنون کورساکف:

پسیکوز اولین بار به وسیله کورساکف روانپزشک روس در سال ۱۸۸۷ شرح داده شد علامت مهم از بین رفتن حافظه، به خصوص حافظه وقایع اخیر است که باعث افسانه بافی بیمار می شود زیرا وقتی بیمار قادر به شناختن عکس ها، صورت ها، اتاق ها و سایر اشیاء نیست سعی می کند حلاء حافظه خود را با تصورات گوناگون پر کند و به این دلیل ممکن است به نظر برسد که این افراد دچار هذیان یا توهم شده اند و موقعیت زمانی و مکانی را تشخیص نمی دهند ولی معمولاً این رفتار گنگ و نامنظم نتیجه کوشش آنها برای پر کردن حفره حافظه است. امروزه معتقدند که علائم و اختلالات بیماری کورساکوف نتیجه کمبود ویتامین B است و با رژیم غنی از ویتامین معمولاً بیماران درمان می شوند. ولی معمولاً پس از بهبود نیز مختصری از علائم باقی می ماند از جمله ضعف حافظه، کندی شعور و ضعف استانداردهای اخلاقی. احتمال دارد این تغییرات نشانه زوال شخصیتی است که معمولاً در الکلیست های مزمن دیده می شود زیرا مطالعات پس از مرگ به روی مغز افرادی که به علت بیماری، کورساکوف مرده اند نشان داده است که ضایعات مغزی شدیدی در این بیماران وجود ندارد [۵].

۲) عکس العمل های مزمن: اعتیاد به نوشیدن مفرط الکل بعنوان وسیله ای برای سازش با مسائل زندگی معمولاً به زوال شخصیت و انحطاط شعور و اخلاق می انجامد اینگونه اشخاص قادر به کاستن میزان الکی که مصرف می کنند نیستند و برای توجیه رفتار خویش به خود فریبی های آشکاری متوسل می گردند. با کاستن قیود اخلاقی، الکل شخص را غالباً وادار به اعمال جنسی منحرفی می کند و در حالی که شخص دائم الخمر در رفتارش با مردم خارج، معمولاً پست و افتاده و متملق است در خانه شخص ستمگر و لجوجی است که زندگی را برای همسر و بچه هایش بی نهایت دشوار می سازد.

۲-۶- آثار مستی الکلی

اعتیاد به الکل از زمانهای قدیم رواج داشته و اغلب آن را به عنوان اهریمنی که قادر است انسان را وادار به انجام اعمال شیطانی نماید می شناسند. ولی بر خلاف اعتقاد عامه، الکل ماده ای است مسکن، نه محرک. تاثیر آنی الکل بر انسان عبارت است از:

الف) اختلال در ادراک و قوای عقلانی

ب) کاستن موقتی اضطراب، ترس و غم

ج) کاستن تسلط کر تکس مغز بر رفتار

د) ضعیف شدن رفتارهای اخلاقی و احساس مسئولیت

انسان پس از نوشیدن چند جرعه مشروب، احساس عدم تعهد نسبت به مسئولیت های خود و در عین حال احساس غیر واقعی می یابد. تکلم فرد سریع و غلیظ می شود. دچار پرش افکار توأم با تکرار و بی ارتباطی روند افکار می گردد و حرکات و واکنش های عضلانی او تا حدی از قدرت اراده اش خارج می شود. تأثیرات دیگر الکل عبارتند از: اختلال در بینایی و به خصوص دو بینی اشیاء و افراد، تقلیل قدرت تشخیص، قضاوت و کم شدن درد

۲-۷- سبب شناسی اعتیاد به الکل

• وراثت و عوامل بیولوژیک دیگر

شواهد بدست آمده نشان می دهد که توزیع فراوانی اعتیاد به الکل بین اعضای خانواده ها از لحاظ آماری چشم گیر است در تحقیقی که آمارک^۱ در میان ۶۴۵ معتاد به الکل در سوئد انجام داد، نتیجه گرفت که تقریباً ۲۵ درصد برادران و خواهران این بیماران، مبتلا به الکل بودند و در پژوهشی دیگر که بلویلر^۲ انجام داد با مطالعه اقوام ۵۰ معتاد آمریکایی و ۵۰۰ بیمار سوئسی، مشاهده کرد که در هر دو گروه ۲۸ درصد پدر و ۵ درصد مادرها، ۱۵ درصد برادرها و ۵ درصد خواهران بالاتر از ۴۰ سال مبتلا به الکل بودند. البته شروع الکلیسم در خانواده ها، دلیل محکمی بر ارثی بودن آن نیست. یکی دیگر از عوامل بیولوژیکی که در نوشیدن مقدار مشروبات الکلی تاثیر دارد داشتن حساسیت جسمی نسبت به آن می باشد. بعضی از افراد به محض نوشیدن یک جرعه مشروب دچار عوارض جسمی مانند تهوع شده و مست نمی شوند در نتیجه احتمال معتاد شدن در آنها وجود ندارد.

• علل روانشناختی

یکی از نویسندگان می نویسد: " در بطری مشروب نارضایتی به دنبال رضایت می گردد، ترس جای خود را به شجاعت می دهد، خجالت مبدل به اعتماد به نفس می شود. البته صبح روز بعد از مشروب خواری شرمندگی در انتظار شخص، دقیقه شماری می کند." معمولاً افراد برای کاهش اضطراب، مشروب می خورند. افراط در مشروب خواری ممکن است نشانه عدم ثبات شخصیت و یا واکنشی نسبت به فشار محیط باشد. از دیدگاه روانکاران، مشروب خواری نوعی دفاع روانی است. فروید معتقد بود که " مشروب خواری برگشت به مرحله دهانی است. در این مرحله، کودک از هرگونه مسئولیت آزاد و کاملاً متکی به عوامل بیرون از خود است. "آدلر" نوشیدن الکل را جبرانی برای فرار از احساس حقارت می داند [۶].

نظریه پردازان یادگیری نیز بر این باورند که مشروب خواری جهت کاهش اضطراب می باشد لذا رفتار مشروب خوارانه او مطابق قوانین یادگیری، روز به روز قویتر می شود و به صورت عادت در می آید. بطور کلی مشروب خوران دارای شخصیت رشد نیافته، کودکانه ولذت طلب هستند، تحمل محرومیت را ندارند، قبول مسئولیت و رو به رویی با مسائل زندگی برایشان دشوار است. استعمال الکل برای هر فردی، هدف خاص خود را دارد. یکی دیگر از عواملی که می تواند فرد را به سوی مشروب خواری و اعتیاد سوق دهد، شرایط نامساعد خانوادگی شخص در دوران کودکی است. در تحقیقات بلویلر مشاهده شد که ۲۲ درصد از بیماران آمریکایی و ۱۸ درصد از معتادان سوئسی کسانی هستند که قبل از سن ۱۰ سالگی به علت مرگ و میر یا طلاق خانواده گسسته داشته اند.

¹ Amark

² Bleuler

گری گوری در پژوهشی که در کانادا عمل آورد، مشاهده کرد که ۳۰ درصد از معتادان به الکل از داشتن پدر و مادر و یا هر دو قبل از سن ۱۰ سالگی محروم بودند. روانشناسان طرز فکر و رفتار پدر و مادر را نیز مربوط به اعتیاد دانسته اند.

• عوامل اجتماعی - فرهنگی

با مطالعه این مسئله در کشورهای مختلف، تفاوت های روشن و چشمگیری بین فراوانی اعتیاد به الکل در بین مردان و زنان دیده شده است. مثلاً در انگلیس، در مقابل هر دو مرد معتاد به الکل، یک زن معتاد وجود دارد، در حالیکه در کشور اسکاندیناوی در ازای هر بیست مرد معتاد یک زن معتاد وجود دارد. در حالیکه در آمریکا این نسبت ۶ به ۱ است. تنها توجیه منطقی این تفاوت، عوامل فرهنگی - اجتماعی است. مثلاً در این فرهنگ ها برای مشروب خواری زن و مرد دو معیار دارند. برای زنان، معیارهای سخت تر برای مردان معیارهای ساده تر، در تحقیقاتی که در گروه های اقلیت در آمریکا به عمل آمد، معلوم شد که اعتیاد به الکل در بین چینی ها، ژاپنی ها بخصوص آسیایی ها و سیاه پوستان مسلمان به مراتب کمتر از سایر گروه های اقلیت و سفید پوستان است.

۲-۳- پیشگیری و درمان

۲-۳-۱- شیوه های پیشگیری و کاهش تقاضا

در جوامع مختلف برای کاهش تقاضای مصرف انواع مواد مخدر و مشروبات الکلی سه رویکرد پیشگیری، درمان، بازآموزی و توان بخشی وجود دارد. در میان این سه رویکرد، پیشگیری دامنه بسیار وسیعی دارد که شامل پیشگیری نخستین، دومین و سومین می باشد. از این میان پیشگیری نخستین با جلوگیری از شروع هر نوع مواد غیر قانونی به صورت آزمایشی یا تفریحی سرو کار دارد در حالیکه پیشگیری دومین مستلزم مداخله سریع برای جلوگیری از مصرف مجدد هر گونه مواد به صورت تفریحی و آزمایشی یا خاتمه دادن به روند سوء مصرف مواد در اولین فرصت بعد از شروع آن می باشد. به این ترتیب پیشگیری اولین روی دور نگه داشتن مواد از افراد قابل سوء مصرف، آموزش اطلاعات اساسی در مورد مواد مختلف و خطرات آنها، ایجاد نگرش های منفی نسبت به سوء مصرف مواد، تقویت مهارت های شناختی لازم برای تشخیص موقعیت های خطرناک و احتراز از آنها و یاد دادن مهارت های اجتماعی ضروری برای مقاومت در برابر فشارهای همگان برای استفاده از مواد تاکید دارد [۴].

پیشگیری دومین تا حد زیادی با مفهوم درمان سریع یا به موقع به یک معنی است. در اینجا گروه هدف، قبلاً با مواد آشنایی پیدا کرده و به سوء مصرف آن پرداخته است عده ای از این گروه ممکن است هنوز فقط در مرحله مصرف تفریحی و گاه به گاه مواد باشند در حالیکه عده ای دیگر احتمال دارد به مرحله وابستگی روانی یا جسمی رسیده باشند اگرچه هر دو گروه به احتمال زیاد مقدار درگیری خود را با مواد انکار یا صدمات احتمالی ناشی از آن را کوچکتر از آنچه است برآورده خواهند کرد در هر صورت هدف اصلی پیشگیری دومین کاهش میزان سوء مصرف مواد، خواه از لحاظ مقدار یا دفعات در گروه اول و کمک به گروه دوم، کسانیکه به حد مصرف مکرر و وابستگی رسیده اند برای ترک اعتیاد یا وابستگی خود و نیز جلوگیری از گسترش سوء مصرف به مواد دیگر (مثلاً از تریاک به هروئین) و یاد دادن مهارت های شناختی و رفتاری لازم برای حفظ اعتدال در مصرف موادی که در عین مضر بودن در اکثر کشور ها قانونی و آزاد است (مشروبات الکلی و سیگار) یا علی رغم غیر قانونی و جرم بودن در سطح کل جامعه و فرهنگ خاص فرد بدون احساس ناراحتی یا گناه مصرف می شود. (مثل سوء مصرف ماری جوانا در بسیاری از جوامع غربی یا سوء مصرف تریاک در میان قشرهای اجتماعی یا مناطق خاصی از ایران می باشد معمولاً افرادی که برای پیشگیری دومین در نظر گرفته می شود در مقایسه با گروه های هدف، برنامه های پیشگیری نخستین در سنین بالاتری دارند و تعداد قابل توجهی از آنها علاوه بر شکل سوء مصرف مواد با عواقب ناشی از آن (اختلالات خانوادگی، از دست دادن کار، ناراحتی جسمی و مشکلات مالی) هم درگیر هستند [۴].

پیشگیری مرفین: این نوع پیشگیری از یک طرف با حفظ نتایج به دست آمده در مرحله پیشگیری دومین سروکار دارد و سعی می کند از بازگشت افراد معالجه شده به طرف سوء مصرف مواد جلوگیری کند. (این تمایل به بازگشت یکی از بزرگترین مشکلاتی است که همه برنامه ها یا درمان وابستگی به مواد به آن رو به رو هستند) و از طرف دیگر ایجاد امکانات اشتغال، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی فرد معتاد، معالجه و برطرف کردن مشکلات جسمی، روانی و خانوادگی حاصل از اعتیاد، فراهم کردن

امکانات حمایت اجتماعی برای معتادان درمان شده خواه توسط خانواده آنها و خواه از طریق گروه های حمایتی متقابل معتادان سابق (AA یا NA) را مورد توجه قرار می دهد. همینطور تامین مواد مورد نیاز یا جانشین آن (مثلا متادان، لام و ...) برای معتادانی که نمی توانند به کلی از وابستگی خود دست بردارند یا دادن سرنگ های تمیز، یکبار مصرف به معتادانی که تزریق می کنند به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری ایدز از جمله مداخلات پیشگیری سومین به شمار می رود. پیشگیری سومین معمولاً با گروه های سنی بالاتر دارای سابقه سوء مصرف طولانی تر، همراه با گرفتاری های شخصی و اجتماعی بیشتر سر و کار دارد که بیشتر آنها علاقه یا امیدی به رهایی از دام اعتیاد ندارند. کاهش تقاضا برای مواد و احراز اهداف مختلف پیشگیری بیش از هر چیز به شیوه های آموزش و ارائه اطلاعات متکی است. این آموزش در مورد پیشگیری نخستین جنبه عام تری داشته و همه یا اقشار وسیعی از جمعیت را در بر می گیرد در حالیکه در مورد پیشگیری دومین یا سومین گروه های هدف، آموزش معمولاً محدودتر و کوچکتر هستند. فرض اصلی آن است که افراد به علت عدم آگاهی از تاثیرات و عواقب خطرناک مواد به سراغ آنها می رود. بنابراین، برای جلوگیری از شیوع سوء مصرف مواد، دادن اطلاعات صحیح درباره آثار و عواقب مصرف مواد مورد تأیید قرار می گیرد. در روش ارائه اطلاعات غالباً از پیام هایی استفاده می شود که روی پیامدهای منفی مصرف مواد تأکید می کند.

" مواد مخدر قاتل شماسست، یا فقط با یکبار مصرف مواد شما ممکن است معتاد شوید" این تأکید یکطرفه و اغراق آمیز روی جنبه های منفی مصرف مواد باعث می شود که پیام ارائه شده با تجارب و مشاهدات شخصی افراد با یادگیری های قبلی آنها در تناقض بوده و میزان اعتبار یا باورکردنی بودن آن لطمه ببیند به همین جهت مطالعات مختلف در کشور های غربی برنامه های آموزشی عمومی متکی بر القا اطلاعات صرفاً را بسیار بی اثر یافتند [۴].

در اغلب موارد برنامه های آموزشی متکی بر ارائه اطلاعات از لحن اخلاقی، موعظه آمیز و محکوم کننده وی استفاده میکند که ممکن است از نظر جوانان دانش آموز و دانشجو تحقیر آمیز تلقی شود. این قبیل پیام های از بالا به پایین معمولاً در جوانان چندان تاثیری ندارد چون آنها غالباً برای کسب اطلاع یا پی بردن به درستی اطلاعات دریافتی خود به افراد همسن و سال خود بیشتر اعتماد می کنند تا افراد بزرگسال. در مورد افرادی که قبلاً شروع به مصرف مواد کرده و به این کار خو گرفته اند دریافت اطلاعات مربوطه به عواقب سوء مصرف چندان فایده ای ندارد. این قبیل افراد معمولاً اطلاعات نسبتاً کامل و صحیحی در باره مواد مختلف و آثار و عواقب آنها دارند و حتی برنامه های آموزشی به خوبی طراحی شده هم اگر به دادن اطلاعات اکتفا کنند روی رفتار آنها تاثیری نخواهد داشت (جدول شماره ۳).

جدول ۳- انگیزه های مصرف سیگار

انگیزه های مصرف سیگار			مرحله
تعریف خود	تنظیم عواطف و احساسات	همرنگی اجتماعی	مصرف مواد
نیاز به ابراز، استقلال فردی، سرکشی و طغیان	استفاده از خوراکی ها، آشامیدنی ها، داروهای بدون نسخه برای نظم دادن به حالات عاطفی	نیاز به حمایت و تأیید دیگران	آمادگی (شناسایی)
نیاز به تحت تاثیر خود، قرار دیگران یعنی ارائه تصویری مثبت از خود به دیگران یا نیاز به تنظیم یا تجدید کوشش های دیگران برای کنترل خود	کنجکاوی درباره آثار روانی سیگار یا تاثیر سیگار روی حالات عاطفی درونی	فشار همگنان، تقلید اجتماعی، کنجکاوی یا فقدان هدف شخصی	آغاز (امتحان)
از این مرحله می جهد، بلافاصله پس از امتحان سیگار به مصرف مرتب آن می پردازد	ارزیابی مثبت و مطبوع از تحریکات حسی ناشی از سیگار کشیدن	ارائه تاثیرات	شدن (استفاده شدن)
رضایت از تصویری که از خود به دیگران القا کرده، ارزیابی مثبت تحریک حسی ناشی از سیگار کشیدن	برقرار کردن نوعی ارتباط بین سیگار کشیدن و حالات عاطفی	ارائه تاثیرات اجتماعی ارزیابی مثبت، تحریکات حسی ناشی از سیگار کشیدن	ماندن (ادامه)

۲-۳-۲- درمان

- کمک به افراد معتاد برای فائق آمدن بر وابستگی جسمی و روانی به مواد و سوء مصرف آنها بخشی عمده از اقداماتی است که باید زیر عنوان تقلیل تقاضا صورت گیرد.
- در بیشتر جوامع علی رغم اهمیت درمان، به جنبه های اصلی آن که شامل: شرایط اجتماعی، روانی درمانی و حقوقی می باشد اهمیت داده نمی شود.
- عدم موفقیت سیاست ها و روش های درمان اعتیاد به دلایل زیر می باشد: الف) کمبود علاقه و انگیزه برای تغییر رفتار یا شیوه زندگی در فرد معتاد. ب) نداشتن مهارت های لازم برای برقرار کردن روابط اجتماعی و لذت بردن از زندگی بدون استفاده از مواد. ج) اجبار به ادامه وابستگی و سوء مصرف مواد بعلت موقعیت شغلی و الزامات دیگر از جمله فشار همسر یا والدین.
- علی رغم نکات مذکور، معالجه معتادان به معنی بازگرفتن آنان از ماده مورد سوء مصرف و از بین بردن آثار و عوارض وابستگی جسمی (یا علائم ترک) امکان پذیر بوده و معمولا در عرض چند هفته بسته به نوع ماده مورد سوء مصرف، طول مدت مصرف، شخصیت و انگیزه معتاد، با وجود امکانات حمایت اجتماعی قابل احراز است. در خیلی از موارد صرف دستگیری معتاد و جلوگیری از دسترسی او به ماده مخدر یا مورد اعتیاد به مدت چند هفته ممکن است به نتیجه مطلوب یعنی از بین رفتن نشانه های وجود ماده در بدن بیمار و تقلیل عوارض ترک، منجر شود.
- در مواردی که درمان به معنی واقعی کلمه و زیر نظر متخصص صورت می گیرد معمولا برای تخفیف ناراحتی های دوره مسمومیت زدایی از داروهای آرام بخش یا جانشین و انواع مداخلات روانی- اجتماعی (مشاوره روانی، درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، جامعه های درمانگر و غیره) استفاده می شود.
- صرف نظر از نحوه احراز آن، ترک اعتیاد به معنی خودداری دائمی از مصرف مجدد مواد نبوده معمولا با خطر رجوع یا افزایش بسیار بالایی رو به رو است. در بسیاری از موارد افرادی که دوره مسمومیت زدایی را با موفقیت گذرانده اند پس از مدتی مجدداً به سوی مصرف مواد مصرف کشیده می شوند. دلیلی که برای این نرخ افزایش یا رجوع بالا ذکر شده شامل موارد زیر می گردد:
 - الف) عدم تغییر نگرش ها و باورهای اساسی درباره مواد و منافع یا پیامدهای مثبت آنها
 - ب) یاد نگرفتن روش های جدید مقابله با مسائل و مشکلات زندگی و پناه بردن به مواد به عنوان وسیله ای برای رفع یا فراموش کردن مسائل و مشکلات غیر قابل اجتناب زندگی.
 - ج) نداشتن مهارت های اجتماعی لازم برای ارتباط برقرار کردن و لذت بردن از روابط جمعی یا بین فردی بودن استفاده از مواد.
 - د) اجبار یا علاقه به ادامه کار در یک محیط آلوده به مواد.
 - ذ) موجود نبودن مشوقه های لازم برای گذراندن اوقات فراغت و لذت بردن از زندگی بدون مواد.
- ✓ بسیج نیروهای مختلف اجتماعی در جهت کمک به درمان معتادان می تواند چند هدف اصلی و عمده را تعقیب کند.
 - الف) دادن روحیه، قوت قلب، امیدواری، فرد معتاد و اطرافیان او درباره امکان پذیر و موثر بودن درمان.
 - ب) ارائه حمایت اجتماعی لازم برای مقابله با ناراحتی های طبیعی همراه با دوره بازگیری یا مسمومیت زدایی و تحمل آنها بخاطر پیامدهای مفید و مثبت آنها. فراهم کردن جو اجتماعی لازم برای احساس پذیرش، قبول هویت اجتماعی جدید توسط افراد معتاد. ج) فراهم کردن امکانات توان بخشی، کاریابی و اشتغال.
- ✓ درگیر کردن اعضای خانواده معتادان در جریان درمان می تواند به موفقیت آن بسیار کمک کند.
- ✓ استفاده از گروه های داوطلب، بخصوص داوطلبانی که خود قبلاً معتاد بوده اند در دوره مسمومیت زدایی و فرایندهای گروهی لازم برای بالا بردن روحیه و امید معتادان بسیار مهم است.
- ✓ در عین حال چون در بعضی موارد معتادان سابق ممکن است هنوز نقاط ضعفی داشته باشند در استفاده از آنان باید سعی شود:
 - الف) فقط معتادان سابقی که حداقل به مدت دو سال سابقه ترک کامل دارند مورد استفاده قرار گیرند. ب) معتادان سابق بعنوان

اعضای تیم های مرکب از داوطلبان غیرمعتاد بکار گرفته شوند نه به تنهایی. ج) فقط از معتادان سابق که به علت نداشتن سابقه جنایی مورد احترام و علاقه جامعه هستند استفاده بعمل آید.

۲-۳-۳- مسمومیت زدایی دسته جمعی

جریان مسمومیت زدایی ممکن است به صورت گروهی انجام می پذیرد. در این صورت باید محلی با وسعت و امکانات کافی برای مدت مسمومیت زدایی ۱۰ الی ۱۴ روزه در اختیار برنامه قرار داده شود که ظرفیت لازم برای نگهداری معتادان، اطرافیان (والدین و دوستان) داوطلبان و کادر بهداشتی لازم را داشته باشد، این محل ممکن است مدرسه، درمانگاه یا ساختمان عمومی دیگری باشد. از همان آغاز کار باید قواعد و مقررات مربوط به نحوه اداره این محل به روشنی تعریف شود و به اطلاع شرکت کنندگان رسانده شوند. قبل از شروع جریان بازگیری معتادان باید توسط پزشک معاینه شوند تا سلامت و آمادگی جسمی آنها برای تحمل سختیهای دوره بازگیری معلوم شود. والدین یا اعضای دیگر خانواده معتادان باید بتوانند هر وقت و هر قدر خواستند در کنار آنها بمانند و آنها را دلگرم و پشتیبانی کنند [۴].

۳- نتیجه گیری

دانش تجربی و نظری قابل ملاحظه ای در ارتباط با رویکرد های پیشگیری نخستین و دومین در طی سالهای اخیر به دست آمده است. موضوعی که در کسب این معلومات نقش اساسی داشته پیشرفت های مهمی است که در فهم ما از مسائل روشن شناختی مربوط به اندازه گیری درجه تاثیر و بازده روش های مختلف پیشگیری خواه روش هایی که به تنهایی به کار می روند و خواه روش هایی که به همراه روش های دیگر استفاده می شوند حاصل شده است. علاوه بر این پیشرفت های حاصل در شناخت عوامل خطر مرتبط با تقاضای غیرمجاز برای مواد، بخصوص عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد، نقش بسیار مهمی در پدید آمدن این پایه علمی بازی کرده است. ولی معلومات ما درباره عوامل مرتبط با فرایند ارائه مصرف تفنی شروع وابستگی و مداومت در مصرف هنوز به اندازه کافی پیشرفت نکرده است. ارزشیابی ها و پژوهش های فشرده که در زمینه وسیع فعالیت های پیشگیری نخستین و دومین در کشورهای مختلف و با استفاده از بخش های مختلف جمعیت انجام گرفته است و به نتایج و یافته هایی رسیده که به نحو شگفت انگیزی یکسان و همسو هستند. مستقل بودن برنامه هایی که در کشور های مختلف تهیه و اجرا شده اند یافته های مزبور و استنتاج های حاصل از آنها را تا درجه بالایی از قابلیت اعتماد همراه ساخته اند لذا نباید از این موضوع نتیجه گرفت که رویکرد های مختلف به پیشگیری نیازی به بررسی محلی و تطبیق با شرایط ویژه هر مملکت یا جامعه ندارد. تصویر کلی که از این بررسی ها درباره درجه موثر بودن و بازده شیوه ها و رویکرد های مختلف بدست می آید، همانطور که انتظار می رود مخلوطی از یافته های مثبت و منفی است که طبق آنها بعضی رویکرد ها موثر تر از رویکرد های دیگر می باشند. رویکردهای پیشگیری نخستین شامل مبارزات تبلیغاتی برای آگاه سازی عمومی، مداخلات مربوط به رشد در دوران پیش از تولد و پیش از مدرسه، آموزش در مدرسه، برنامه های مخصوص جوانان، آزمایش ادرار برای کشف آثار مواد می گردد. پیشگیری دومین، شامل کاهش تقاضای غیرمجاز برای مواد از طریق انواع مختلف درمان و باز پروری می گردد. شواهد تجربی و نظری موجود نشان می دهد که کارایی پیشگیری نخستین، مورد تردید و سوال قرار گرفته است، در حالی که به نظر می رسد پیشگیری دومین می تواند تحت شرایطی تقاضا را کاهش داده و به ترک مصرف مواد منجر گردد. اگرچه رویکردهای پیشگیری دومین با نرخ عود بالایی همراه هستند، بسیاری از جنبه های رویکرد های پیشگیری دومین در مطالعات مختلفی موثر و مقرون به صرفه نشان داده شده اند، شواهدی هم در دست است که نشان می دهد بعضی از رویکرد های درمانی ممکن است از لحاظ تقلیل تقاضای غیرمجاز برای مواد در مقایسه با رویکرد های کاهش عرضه با صرفه تر و موثرتر باشد لذا اطلاعات نسبتا محدودی که در حال حاضر درباره مطالعه تطبیقی و مقایسه استراتژی های مختلف و کاهش عرضه یا تقاضا در دست است. در عین اشاره به اهمیت این نوع مطالعات تطبیقی حاکی از آن است که فعلا نمی توان در این مورد حکم قطعی صادر کرد. علی رغم تنوع موجود در مسائل مورد بررسی و روش های به کار رفته و اجزاء و ارزشیابی سال های اخیر شاهد پیشرفت های زیادی در فهم و دانش ما در زمینه رویکردهای پیشگیری نخستین و دومین بوده است. مجموع نتایج مختلط و ناهمسان که از این

مطالعات حاصل شده و تفاوت هایی را بین رویکرد های مختلف هم از لحاظ تاثیر و بازده و هم از حیث عملی و مقرون به صرفه بودن نشان می دهد، با توجه به دامنه و تنوع روش ها و رویکرد های مورد استفاده غیر منتظر نمی باشد.

۴- مراجع

۱. دکتر سعید شاملو، آسیب شناسی روانی، انتشارات رشد چاپ چهاردهم ۱۳۹۶
 ۲. دکتر پروین بیرجندی، روانشناسی رفتار غیر عادی (مرضی)، چاپ پنجم تهران ۱۳۷۰
 ۳. هدایت الله ستوده، آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات) انتشارات آوای نور، چاپ ۲۴ تهران ۱۳۹۴
 ۴. دکتر هوشنگ مهریار، دکتر مجتبی جزایری، اعتیاد، پیشگیری و درمان، نشر البرز، پیکان ۱۳۹۰
5. Vein, Alla (2009). "Sergey Sergeevich Korsakov (1854–1900)". J Neurol. 256: 1782–1783
6. Watts, Richard E.; Bluvshtein, Marina (2020). "Adler's Theory and Therapy as a River: A Brief Discussion of the Profound Influence of Alfred Adler". The Journal of Individual Psychology.