

روان شناسی وابستگی به مواد (اعتیاد)

سبب شناسی، تشخیص، درمان

فهرست

تاریخچه‌ی روانی - اجتماعی مصرف مواد اعتیادآور	۱۳	فصل اول
بازار مواد افیونی و غیرافیونی در جهان	۱۷	
منابع تهیه‌ی مواد در جهان	۱۹	
منابع و جغرافیای کشت و تولید مواد	۱۹	
انواع مواد اعتیادآور و طبقه‌بندی و اثرات آنها	۲۰	
مفهوم وابستگی به مواد (اعتیاد)	۲۲	
اختلالات وابسته به مواد	۴۱	
وابستگی به مواد	۴۲	
ملاک‌های وابستگی به مواد	۴۲	
وابستگی جسمانی	۴۳	
وابستگی روانی	۴۴	
شناخت مواد و اثرات مختلف آنها بر جسم و روان انسان	۴۶	فصل دوم
الکل	۴۶	
مواد افیونی یا آپئوئیدها	۶۵	
هروئین	۷۰	
کراک	۷۲	
متادون	۷۲	
ترامادول	۷۳	
حشیش و اختلالات وابسته به آن	۷۸	
کوکائین و اختلالات وابسته به آن	۸۸	

۹۶	..... فن سیکلیدین	
۹۷	..... LSD	
۹۸	..... LSD های ویژگی	
۱۰۲	..... کافئین و اختلالات وابسته به آن	
۱۰۷	..... نیکوتین و اختلالات وابسته به آن	
۱۱۴	..... آمفتامین و اختلالات وابسته به آن	
۱۲۰	..... مواد استنشاقی و تأثیرات ناشی از مصرف آنها	
۱۲۷	..... داروهای ضد اضطراب، خواب‌آور یا سدا تیو و اختلالات وابسته به آنها	
۱۳۳	..... پان پراگ	
۱۳۷	..... سبب‌شناسی اختلالات وابسته به مواد	فصل سوم
۱۴۳	..... رویکرد زیست‌شناختی	
۱۵۲	..... رویکرد روان‌شناختی	
۱۶۱	..... آسیب‌شناسی روانی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وابستگی به مواد	
۱۶۵	..... رویکرد رفتاری - شناختی	
۱۶۹	..... عوامل شناختی	
۱۷۱	..... نظریه‌ی خودتنظیمی	
۱۷۲	..... نظریه تحلیل رفتار متقابل و یا آسیب‌پذیری در مقابل قضاوت دیگران	
۱۷۲	..... باورها، عقاید و سبک‌های شناختی	
۱۷۴	..... ناتوانی مهارت در تصمیم‌گیری و حل مسئله	
۱۷۵	..... عقاید اعتیادزا	
۱۷۸	..... شیوه‌های مقابله	
۱۸۰	..... منبع کنترل	
۱۸۱	..... احساس کارآمدی شخص و خودبسنده‌گی	
۱۸۲	..... تئوری توجیه شکست‌ها	
۱۸۳	..... عوامل اجتماعی - محیطی	
۱۸۴	..... (۱) بررسی وابستگی به مواد در سطح خرد	
۱۹۴	..... سنجش و تشخیص وابستگی به مواد	فصل چهارم
۲۰۸	..... درمان وابستگی به مواد	فصل پنجم
۳۰۴	..... پیشگیری	فصل ششم
۳۳۰	..... منابع فارسی	
۳۳۲	..... منابع انگلیسی	

«آنچه به مقصود می‌رسد عزم و اراده است نه تمنا و آرزو»

با توجه به این‌که سابقه‌ی مصرف مواد اعتیادآور حتی به دوران قبل از تاریخ نیز بر می‌گردد ولی تا سال ۱۹۶۰ میلادی مصرف این‌گونه مواد بسیار محدود بود و به شکل امروزی به عنوان مشکل و معضل اجتماعی خودنمایی نمی‌کرد. بیش از نیمی از قرن بیستم سپری شده بود که جهان، انسان را در دام اعتیاد گرفتار دید و از سال ۱۹۶۰ به بعد اپیدمی اعتیاد شروع شد و هر سال بر شدت بر شیوع آن افزوده شد.

امروزه یکی از عمده‌ترین معضلات پیش روی جوامع بشری مصرف مواد اعتیادآور است که نسبت به آن زمان ۲۰ برابر افزایش یافته و باعث بروز مشکلات عدیده‌ی اجتماعی، فرهنگی، اخلاقی و اقتصادی گردیده است. در واقع مواد افیونی و غیرافیونی در هزاره‌ی سوم به صورت یک معضل و عامل هولناک درآمده و موج تخریب‌کننده‌ی آن بر کلیه‌ی زمینه‌ها اثر گذاشته است. با توجه به این‌که اعتیاد برای هر جامعه‌ای توأم با خساراتی است اما اعتیاد، نیروی نوجوان و جوان هر جامعه را بیشتر تحت تأثیر منفی خود قرار داده و در واقع زمینه‌ساز تخریب و انحطاط کامل آن اجتماع می‌باشد.

اعتیاد موضوع و پدیده‌ای است پیچیده و دارای ابعاد و جنبه‌های گوناگون می‌باشد و از سال‌ها پیش محققین و سازمان‌های فراوانی در زمینه‌ی شناخت، پیشگیری، کنترل و درمان اعتیاد فعالیت‌های گسترده‌ای انجام داده‌اند که متأسفانه اکثراً ناموفق و غیر مؤثر بوده‌اند. اعتیاد حوزه‌ی بسیار گسترده‌ای دارد؛ نظریه‌های متنوع و مختلفی در مورد چگونگی شکل‌گیری اعتیاد و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن عرضه شده است که اصولاً این پدیده را معلول

یک عامل نمی‌دانند. گستره‌ای از عوامل زیستی - وراثتی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی، قانونی، خانوادگی و ... در ایجاد رفتار سوء مصرف مواد نقش دارند و تمامی این عوامل به منظور به ظهور رساندن تأثیرات خود باید از سیستم روانی فرد گذر کنند. در واقع عامل روان‌شناختی یک حلقه مهم از عواملی است که به رفتار سوء مصرف مواد معنا می‌بخشد و در این ارتباط تلاش برای فهم بیشتر کلیه‌ی عوامل، مخصوصاً عامل روان‌شناختی سنگ‌بنای مهم رفتار سوء مصرف مواد است.

با عنایت به این مهم که پیشگیری آسان‌تر از درمان است و در بسیاری از کشورها در ابتدا سیاست در جهت مبارزه با عرضه‌ی مواد بود، اما به تدریج توجه به پیشگیری از اعتیاد معطوف گشت. امروزه دولت باید تلاش‌هایی را در جهت سرمایه‌گذاری و اجرای برنامه‌هایی برای کاهش تقاضای مصرف مواد اعتیادآور اتخاذ کند که این امر باعث رکود در تولید و عرضه خواهد شد. در حقیقت، درمان معتادان موفقیت‌آمیزتر از مبارزه با قاچاق مواد اعتیادآور بوده است و اگر مردم از مواد اعتیادآور استقبال نکنند، تولید یا ورود آن در مملکت نیز اهمیتی نخواهد داشت. به علاوه، اقدامات جاری در زمینه‌ی کاهش تقاضای مواد براساس برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی ۱۳۷۸-۱۳۸۲ هـ ش (۲۰۰۳-۱۹۹۲ میلادی) صورت می‌گیرد.

اهداف اصلی پیش‌بینی شده در این برنامه، شامل پیشگیری از طریق ارتقای فرهنگی و کاهش مقبولیت اجتماعی مواد و درمان معتادان و مداخلات در بحران‌ها است. در این برنامه به کنترل عواقب ثانویه‌ی اعتیاد، نظیر ایدز توجه خاصی شده است و به جای اجرای طرح‌های تکراری در زمینه‌ی اعتیاد و علل آن، بررسی و مطالعات شیوه‌های کاهش تقاضا برای مواد افیونی و دیگر مواد اعتیادآور در اولویت برنامه‌های پژوهشی قرار گرفته است.

در ارتباط با مقوله‌ی درمان، توجه و تمرکز درمانگران بر مداخلات درمانی کلی‌نگر بوده و تطبیق این درمان‌ها با ویژگی‌های اجتماعی، روان‌شناختی و پذیرش تفاوت‌های فردی یک عامل تعیین‌کننده‌ی مهم برای درمان و رفتارهای بعدی است.

بنابراین، رویکردهای درمانی انعطاف‌پذیر که متناسب با شرایط جسمی، روانی و اجتماعی فرد تحت درمان است، کارآمدترین و اثربخش‌ترین روش درمانی خواهد بود. روان‌درمانی حمایتی می‌تواند مکمل خدمات درمانی و مشاوره‌ای معمولی باشد و این نوع روان‌درمانی باید جزئی از یک طرح و برنامه درمانی منطبق بر نیازهای فرد باشد.

با توجه به مطالب ارائه شده و به علت گستردگی دامنه‌ی موضوع، تمام متخصصان بالینی باید با تظاهرات سوء مصرف مواد، صرف‌نظر از این که قصد درمان بیماری را دارند یا خیر آشنایی داشته باشند.

سنجش سوء مصرف بالقوه، اکنون مؤلفه‌ی استاندارد تمام ارزیابی‌های تشخیصی در نظر گرفته می‌شود. داشتن صلاحیت و مهارت، حداقل برای ارزیابی (نه درمان) سوء مصرف مواد

افیونی و غیرافیونی برای تمام متخصصان بالینی (روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان، پزشکان، مددکاران اجتماعی، پرستاران و مشاوران سوء‌مصرف مواد) الزامی است.

بر مبنای واقعیت‌های مطرح شده در فوق، کتاب حاضر تلاشی ابتدایی است در راستای گسترش اطلاعات روزآمد علمی در زمینه‌ی شناخت، پیشگیری، درمان و ترک اعتیاد که امید ما بر آن است که حاصل کار مورد استقبال علاقه‌مندان کتاب قرار بگیرد. کوشش مؤلف در نگارش این مجموعه در این راستا بوده است که علاوه بر تدوین یک مرجع کامل درسی، با توجه به تجربیات نگارنده، مجموعه‌ای کاربردی برای تدریس در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی فراهم آورد.

به علاوه، مطالعه و تدریس این کتاب برای دانشجویان دوره‌ی کارشناسی و کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی با گرایش روان‌شناسی بالینی و سایر رشته‌های مرتبط و سایر علاقه‌مندان توصیه می‌شود.

ارائه‌ی نظرات و پیشنهادات کلیه‌ی صاحب‌نظران و همکاران و اساتید دانشگاه، مؤلف را در بهبود بخشیدن هرچه بیشتر این کتاب در آینده یاری خواهد نمود.

دکتر نعیمه بزمی

روان‌شناسی بالینی

مدرس دانشگاه علم و فرهنگ

سال - ۱۳۹۱

فصل اول

تاریخچه‌ی روانی - اجتماعی مصرف مواد اعتیاد آور

کلمه‌ی تریاک، از کلمه‌ی یونانی تریاکا گرفته شده و واژه‌ی افیون که در نوشته‌های طبی، ادبی، تاریخی به صورت هیپون، پیون و یا اپیون نیز به کار برده شده که در واقع از واژه‌ی یونانی اپیون گرفته شده است. واژه‌ی هروئین از کلمه‌ی یونانی هیروس، یا هیروکه به معنی مرد قهرمان است، گرفته شده اما هروئین به معنی زن قهرمان است.

تهیه و کاربرد تریاک و اپیوئیدها (شبه تریاک‌ها) پیشینه‌ای چندین هزار ساله دارد و تریاک^۱ از اولین مواد روان گردان است که توسط سومریان در ۷۰۰۰ سال پیش از میلاد از گیاه خشخاش^۲ استخراج و مورد مصرف قرار گرفت (حداد و شانون^۳، ۱۹۹۸). کتیبه‌های باقی مانده از سومریان در ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح در بین‌النهرین (عراق کنونی) مشخص کرد که آن‌ها تریاک و کاربرد آن را به خوبی می‌شناختند.

گیاه خشخاش در خاورمیانه و شرق آسیا کشت می‌شد و در بین‌النهرین شیره‌ی تریاک را جیل^۴ می‌نامیدند که به معنای لذت و خوش‌گذرانی بود و مترادف آن در لاتین کلمه‌ی (JOY) است. در واقع، بسیاری از جوامع بدوی برای مقاصد مذهبی، عبادی یا تشریفاتی از مواد افیونی و دیگر گیاهان اعتیاد آور قوی مصرف می‌کردند (شولتس^۵، ۱۹۸۷). به علاوه، ۲۰۰۰ سال پیش از میلاد در کشور هند از تریاک به عنوان داروی مسکن، آرامبخش و در هزاره‌ی اول میلادی در چین برای درمان بیماری اسهال مورد استفاده قرار می‌گرفت (داویسون^۶، ۱۹۹۴).

تتوفر استرس رومی در قرن سوم پیش از میلاد در نوشته‌هایش از شیره‌ی گیاه خشخاش^۷ به نام مکونیوم، واژه‌ای یونانی به معنای خشخاش نام برده است (گودمن، ۱۹۹۶). بعد از

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. Opium | 2. poppy |
| 3. Haddad and Shannon | 4. Gil |
| 5. Schultes | 6. Davison |
| 7. Papaver somniferum | |

سومریان، بابلیان با گیاه خشخاش و اثرات آن آشنا شدند و آن را مورد استفاده قرار دادند. به مرور زمان، کشورهای دیگر چون مصر، مجارستان و دیگر کشورها با این ماده آشنا شدند و به کشت آن پرداختند.

دانشمندانی چون بقراط، تئوفر و ابوعلی سینا از جمله کسانی بودند که تریاک را به خوبی شناختند و از آن برای معالجه بسیاری از بیماری‌ها استفاده کردند. جالینوس، دانشمند رومی ترکیبات مختلفی را از تریاک را تهیه کرده و آن را «نوشدارو» نامید و برای معالجه‌ی بیماری‌های مختلفی چون صرع، یرقان، سنگ کلیه، بی‌خوابی، سرفه، تب و جذام از آن استفاده کرده است (حداد و شانون، ۱۹۹۸).

با گذشت زمان، بازرگانان عرب تریاک را ابتدا به کشورهای هند و چین و سپس به اروپا صادر کردند. در نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم، موضوع اعتیاد به مواد افیونی در اروپا مطرح بود، به طوری که در سال ۱۹۸۴ میلادی مبتکر سایکو آنالیز، زیگموند فروید از کوکائین جهت رفع اعتیاد به مواد مخدر در بیماران خود استفاده کرد و عملاً باب جدیدی از اعتیاد به کوکائین در دنیا مطرح شد (روبرت^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

با توجه به این که در هزاره‌ی دوم، مواد مخدر همچنان به صورت یک معضل هولناک درآمده و بر کلیه‌ی زمینه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی اثر گذاشته بود اما به طور اخص، بررسی مختصر تاریخچه‌ی ورود مواد مخدر به ایران، نشان دهنده‌ی این حقیقت است که کشورهای استعمارگر چون انگلیس با یک طرح از پیش تعیین شده اقدام به رواج مواد اعتیادآور کردند. کشور استعمارگر انگلیس پس از به زانو در آوردن کشور هند، تصمیم گرفت که میان لندن و هندوستان خط ارتباط تلگرافی برقرار کند و برای این کار می‌بایست از سرزمین ایران بهره‌گیری. با توجه به این هدف شوم و پس از موافقت حکومت وقت، عده‌ای از کارگران تحت سلطه که به ایران آمده بودند، انگیزه‌ها و زمینه‌های لازم برای گسترش و آموزش مصرف تریاک را ایجاد کردند.

در کشور ایران، خراسان یکی از مناطقی بود که مورد هجوم این افراد قرار گرفت و از سال ۱۸۵۱ پیش قراولان و قاچاقچیان مواد مخدر به عنوان دراویش هندی در خراسان و کرمان پراکنده شده و به مصرف تریاک پرداختند. بعدها شهرهای کرمان و زاهدان و خراسان مرکز کشت خشخاش شد و تریاک به صورت یکی از مهم‌ترین اجناس صادراتی ایران درآمد و با وجود تصویب قوانین مجازات در ایران، آن‌ها مردم را به مصرف تریاک تشویق می‌کردند (اسماعیلی، ۱۳۷۹).

در حقیقت، تاریخچه‌ی مصرف تریاک در ایران به هزار سال پیش و به دوره‌ی شکست

1. Robert

ساسانیان بر می‌گردد که به تدریج مردم با تریاک آشنا و روز به روز بر تعداد مصرف‌کنندگان تریاک افزوده می‌شد. در زمان سلطنت قاجاریه مخصوصاً حکومت ناصرالدین شاه، کشیدن و خوردن تریاک که محدود به دربار بود در گروه‌های مختلف مردم رواج پیدا کرد و تعداد بسیار زیادی از افراد وابسته به مواد افیونی شدند. پیش از عصر صفوی، تریاک به معنای پادزهر به کار می‌رفت اما بعد از آن دوره، تریاک به معنای ماده مخدر در نظر گرفته شد. در حدود نیم قرن پیش، مصرف تریاک بیشتر جنبه دارویی داشت و سوء مصرف مواد افیونی در حدود نیم قرن اخیر آغاز شد و به صورت مسئله‌ای بسیار جدی درآمد (اسعدی، ۱۳۷۹).

مروری بر تاریخچه‌ی مواد اعتیادآور نشان می‌دهد که مصرف مواد افیونی بیشتر جنبه‌ی مذهبی و دارویی داشته و تا قبل از قرن شانزدهم میلادی هیچگاه وابستگی به مواد به صورت امروزی مطرح نبوده است و تا قرن ۱۸ میلادی توجه خاصی به این گیاه نشده بود و در آن زمان به علت اعتیادی که مسبب آن دربار بود، مورد توجه و بررسی قرار نگرفته بود.

به طور کلی تا قرن هفدهم میلادی تعداد اندکی از مردم از این گیاه استفاده می‌کردند اما بعد از قرن هجدهم به علت افزایش روز افزون تعداد مصرف‌کنندگان و مشکلات ایجاد شده ناشی از وابستگی به آن مورد توجه خاص قرار گرفت. بعد از قرن شانزدهم چندین واقعه منجر به افزایش مصرف مواد مخدر و شکل‌گیری وابستگی به مواد و سیر فزاینده‌ی این معضل اجتماعی گردید که این وقایع عبارت بودند از:

الف) گسترش سلطه‌طلبی انگلیسی‌ها و ترویج استعمال تریاک در کشورهای مختلف.
ب) وقوع دو جنگ جهانی اول و دوم و انقلاب صنعتی زمینه را برای افزایش مصرف مواد افیونی مساعد نمود. به طور مثال، سربازان و کارگران برای کاهش اضطراب، هیجانات منفی و افسردگی ناشی از جنگ و بیکاری، مواد افیونی را مصرف می‌کردند. آنها همچنین برای افزایش توانایی و مقابله با شرایط طاقت‌فرسای کار و زندگی شروع به مصرف الکل و دیگر مواد اعتیادآور نمودند (روبرت و همکاران، ۲۰۰۰).

تاریخچه‌ی استفاده از گیاه شاهدانه (کانابیس) به دوران بسیار دور مربوط می‌شود. در ایران باستان و در کتاب اوستا، از این گیاه به عنوان یک ماده‌ی بی‌حس‌کننده در جهت معالجه‌ی بیماران به کار برده شده است (اسماعیلی، ۱۳۷۹). کوکائین یک ماده بسیار اعتیادآور بوده و استفاده از آن به گذشته‌های بسیار دور بر می‌گردد و مربوط به بومیان کشورهای آمریکای جنوبی بوده است.

سرخپوستان ساکن کوه‌های آند با مصرف برگ کوکا امکان فعالیت‌های بسیار دشوار و طاقت‌فرسا را برای خود فراهم می‌کردند. بومیان از طریق جویدن برگ‌های کوکای آمیخته به خاکستر، به اثرات ضدخستگی و نیروزایی آن پی بردند و بدین وسیله توانستند در محیط ناآرام

و پرتوحش به بقای خودشان ادامه دهند (گاوین و الین وود^۱، ۱۹۸۸).

در ارتباط با استعمال نیکوتین به عنوان یک ماده‌ی روان‌گردان رایج فعلی، می‌توان به امریکایی‌ها اشاره کرد که برای اولین بار تنباکو را در اواخر قرن پانزدهم و اوایل قرن شانزدهم به اروپا برده و آن را مصرف کردند. در واقع، این امر حاکی از گذشت یک زمان دوازده ساله میان گزارش مصرف تنباکو توسط یک جهانگرد انگلیسی و گزارش‌های استعمال دخانیات در سطح گسترده در انگلیس است. به علاوه، می‌توان ذکر کرد که تأمین سیگار مجانی برای سربازان ارتش در طول جنگ جهانی اول و دوم، به افزایش مصرف سیگار انجامید (فرنس، ۲۰۰۱، برگرفته از رابرت وست، ۲۰۰۶، ترجمه‌ی پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۸). در حقیقت، از روزی که کرومن^۲ توتون را از امریکا برای اروپائیان به ارمغان برد و مصرف این گیاه را به آنها آموخت، از آن تاریخ به بعد بیش از نیمی از جمعیت جهان به مصرف توتون سمی معتاد شده‌اند. برگ توتون در سال ۱۵۱۹ میلادی به اسپانیا رسید و از سال ۱۵۶۰ مصرف آن جهانی شد. به علاوه باگذشت زمان، امروزه، وابستگی به تنباکو به عنوان یکی از عجیب‌ترین عادت‌های بشری است و سلامت و زندگی میلیون‌ها انسان را تهدید می‌کند. به طور کلی، از پدیده‌های قابل تأمل روانی - اجتماعی در عصر حاضر، گسترش مصرف مواد گوناگون و بروز مشکلات متعدد وابسته به آن است (هایز^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

امروزه در ایران، مصرف مواد مخدر سیر صعودی داشته است و پس از پیروزی انقلاب اسلامی با سوءاستفاده از اوضاع انقلاب، کشت خشخاش بعد از سال‌ها ممنوعیت توسط عده‌ای سودجو از سر گرفته شد. دو سال پس از انقلاب اسلامی لایحه‌ی قانونی تشدید مجازات و اقدامات تأمینی و درمانی برای مداوا و اشتغال به کار معتادان در ۲۵ ماده به تصویب رسید. با این حال، عوامل مختلفی چون ترانزیت روزافزون مواد افیونی از کشورهای همسایه شرقی باعث افزایش تعداد معتادان شده است.

در حال حاضر ۳۵ لابراتور تبدیل مواد با ظرفیت تبدیل ۱۲۰ تن مورفین در کنار مرزهای شرقی ما فعالیت می‌کنند. قاچاقچیان مواد افیونی در جهان هر ساله تقریباً ۵۰۰۰ میلیارد دلار سود می‌برند. بنابراین، انگیزه‌های مالی تولید مواد افیونی نیرومندتر از آن است که برخی از کشورهای در حال توسعه بتوانند از آن چشم‌پوشند. (اسعدی، ۱۳۷۹).

بعد از انقلاب اسلامی قوانینی وضع شد که یک مدت زمان را به جهت ترک اعتیاد مقرر می‌کرد و بعد از مدتی اعتیاد، جرم در نظر گرفته شد، اما در حال حاضر تحت شرایطی آن به

1. Gawin and Elinwood

2. Crewmen

3. Hayes

عنوان یک بیماری در نظر می‌گیرند. به واقع، رفتار موادجویانه^۱ بار مالی بسیار سنگینی را بر دوش خود شخص، خانواده‌اش و جامعه‌ی وی تحمیل می‌کند و در جامعه برچسب‌هایی چون "معتاد" و از سوی دیگر "بیمار" را برای شخص به همراه دارد. اما از آنجا که در بروز اعتیاد نابهنجاری زیربنایی نقش بسیار متفاوتی نقش دارد، بنابراین شاید بتوان آن را به عنوان یک نشانه در نظر گرفت تا یک اختلال. به علاوه، امروزه نیاز کشور به آگاهی از ریشه‌های چند هزار ساله‌ی سوء مصرف مواد طبیعی (سنتی) در جهان و بحران وابستگی به مواد صنعتی و شیمیایی جدید در دهه‌ی اخیر، به اندازه‌ای فزونی یافته که لازم است به تناسب آن فرایندهای علمی و پژوهشی نیز در سطح جامعه در این جهت رشد یابند. با این حال، بحث جرم بودن یا اطلاق بیماری به اعتیاد هنوز ادامه دارد. در حقیقت، فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی از طریق ارگان‌ها و سازمان‌های مختلف می‌تواند گامی مؤثر در این راستا باشد.

بازار مواد افیونی و غیرافیونی در جهان

در قرن بیستم، قاچاق مواد اعتیادآور و وابستگی به مواد در جوانان یکی از مسائل حاد اجتماعی محسوب شده و گسترش فعالیت سازمان بزهکاری چندملیتی مافیا بحران عظیمی در جهان به وجود آورده است. در سال ۱۹۷۰، شاخص رشد اقتصادی در جهان بر مبنای درآمد نفت پترودلار^۲ بوده، اما از سال ۱۹۸۸ به ناردولار^۳ تبدیل شده است. درآمد خالص از قاچاق مواد در جهان بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود و افزایش تخریب مزارع و جنگل‌ها برای کشت انواع مواد مخدر هر سال به ۱۱ میلیون هکتار می‌رسد که به محیط زیست خسارات جبران‌ناپذیری وارد می‌سازد (اسعدی، ۱۳۷۹).

علی‌رغم آنکه، اعتیاد و سوء مصرف مواد در جهان یکی از مشکلات بزرگ اجتماعی معرفی شده است، اما همچنان جهان به سمت کسب درآمدهای هنگفت از طریق تولید و توزیع مواد افیونی و غیرافیونی هدایت می‌شود و با گذشت زمان، شاخص رشد اقتصادی در جهان که بر مبنای درآمد نفت یا پترودلار بوده، تبدیل به ناردولار شده است.

طبق گزارش جهانی مصرف و تولید مواد مخدر در سال گذشته که اداره‌ی مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد^۴ منتشر کرد، نشان می‌دهد که جهان به سمت مواد مخدر صنعتی و جدید در حرکت است و بازارهای جهانی و الگوی عرضه و تقاضای جهانی مرتبط با مواد افیونی و غیرافیونی در حال تغییر هستند. (UNDOC، ۲۰۱۰).

1. Drug seeking

2. Petrodolar

3. Narcodolar

4. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC)

چنانچه در فوق نیز ذکر شد، از دهه‌های گذشته و به مرور زمان مواد جدیدی جایگزین مواد مخدر با منشأ طبیعی شده‌اند و از میان مواد نوظهور، تولید آفتامین و مصرف آن در رأس قرار گرفته است. به عبارت دیگر، در گذشته مواد تولیدشده بیشتر با منشأ طبیعی بوده است، در حالی که در دهه‌های اخیر، الگوی مصرف و الگوی عرضه و تقاضا کاملاً تغییر یافته و بیشتر مواد با منشأ طبیعی در کشورهای ثروتمند به مصرف می‌رسد و مواد صنعتی در کشورهای فقیر و عمدتاً در قاره‌ی آسیا بیشتر مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند.

طبق آمار گزارش شده توسط (UNDOC، ۲۰۱۰)، مصرف هروئین در آفریقای شرقی، مصرف کوکائین در آفریقای غربی و آمریکای جنوبی و استفاده از مواد مخدر نوظهور و صنعتی در خاورمیانه و کشورهای آسیای جنوب شرقی در حال افزایش است. در این گزارش آمده است که روسیه دومین کشور مصرف‌کننده‌ی هروئین و موادی چون حشیش پرمصرف‌ترین ماده در سراسر جهان است.

مطابق اطلاعات گزارش شده توسط سازمان مذکور، کشت ماده‌ی مخدر چون خشخاش در افغانستان و کوکا در بعضی از کشورهای تولیدکننده‌ی جهان سیر نزولی داشته و میزان مصرف نیز در کشورهای توسعه یافته به ثبات رسیده است. در این راستا، قید شده است که سطح زمین‌های زیر کشت خشخاش در سراسر جهان در طول ۲ سال گذشته، ۲۳ درصد کاهش یافته است. تولید ماده‌ی کوکائین به ترتیب در سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹، کاهش چشمگیری در حدود ۱۸-۱۲ درصد داشته است. با این حال، سازمان ملل تخمین می‌زند که بیش از ۱۲ هزار تن از تریاک تولیدشده در افغانستان ذخیره شده است که می‌تواند نیاز مصرفی معتادان جهان را تا دو سال و نیم دیگر تأمین کند.

به علاوه، بازار جهانی مصرف مواد در دهه‌ی ۱۹۹۰، شاهد کاهش ۷۰ درصدی ماده‌ی کوکائین بوده است و در حقیقت با این سیاست، معتادان وابسته به کوکائین را به مصرف مواد دیگر هدایت کرده‌اند. اما به دنبال تغییر الگوی مصرفی مواد در جهان، در طول ۱۰ سال گذشته تعداد مصرف‌کنندگان کوکائین در اروپا به بیش از دو برابر افزایش یافته و از ۲ میلیون نفر مصرف‌کننده در سال ۱۹۹۸ به ۴/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ رسیده است. همچنین، سهم بازار کوکائین صادرشده به اروپا در سال ۲۰۰۸ نزدیک به ۳۴ میلیارد دلار تخمین زده شده که با تحت پوشش قرار دادن بازار امریکای شمالی در سال ۲۰۱۰، به ۳۷ میلیارد دلار رسیده است.

طبق گزارش (UNDOC، ۲۰۱۰)، آسیا رکورددار استفاده از مواد نوظهور و صنعتی چون اکستازی (آفتامین‌ها) بوده است و بیشترین تعداد آزمایشگاه‌ها برای تولید چنین موادی در کشورهای ثروتمند و عمدتاً غیرآسیایی چون امریکا، استرالیا، کانادا، نیوزلند، هلند و در کشورهای آسیایی چون چین و تایلند قرار دارد. به علاوه، گزارش شده است که در حال حاضر

بین ۳۰ تا ۵۰ میلیون نفر از موادی چون آمفتامین‌ها استفاده می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد آنها از تعداد مصرف‌کنندگان موادی چون تریاک و کوکائین در جهان پیشی بگیرد و سهم بازار جهانی عمده‌فروشی و خرده‌فروشی برای ماده‌ی صناعی آمفتامین‌ها نزدیک به ۶۵ میلیارد دلار برآورد شده است. به طور کلی، می‌توان چنین استنباط کرد که امروزه در اقتصاد جهانی توجه بسیار زیادی به مسئله اعتیاد و عرضه و تقاضای مواد افیونی و غیرافیونی می‌شود و بدین ترتیب، شاخص رشد اقتصادی در جهان بر مبنای درآمد ناکود دلار می‌باشد نه پترود دلار و برای حل این معضل اجتماعی، بایستی اقدامات مناسب و گسترده‌ای را در راستای جلوگیری از عرضه و کاهش مصرف اتخاذ نمود.

منابع تهیه‌ی مواد در جهان

سوء مصرف مواد و وابستگی به آن در مقاطع مختلف زمانی با تغییر و تحولات مختلفی مواجه شده است و در طول قرن بیستم تحت تأثیر عوامل گوناگون اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و علمی قرار گرفت. به طور کلی، موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند دو منشأ مختلف دارند که عبارتند از:

- ۱- موادی که منشأ طبیعی دارند و معمولاً از گیاهان در طبیعت به دست می‌آیند مانند تریاک از خشخاش، حشیش از شاهدانه، کوکائین از کوکا و ...
- ۲- موادی که منشأ طبیعی ندارند و به صورت صناعی در لابراتوارها و آزمایشگاه‌های داروسازی ساخته می‌شوند مانند LSD و آمفتامین‌ها و ...

منابع و جغرافیای کشت و تولید مواد

قاره‌ی آسیا، منطقه‌ی هلال طلایی^۱

هلال طلایی به منطقه‌ای از جنوب غربی آسیا اطلاق می‌شود که در برگیرنده‌ی سه کشور افغانستان (مرکز و جنوب غربی)، پاکستان (جنوب غربی) و ایران (جنوب شرقی) است. این سه کشور با هم مهم‌ترین منبع تولید خشخاش در دنیا بوده‌اند. اما بعد از پیروزی انقلاب، ایران در کشت و تولید تریاک نقش ندارد و کشت اینگونه مواد جرم محسوب می‌شود.

قاره‌ی آسیا، منطقه‌ی مثلث طلایی^۲

مثلث طلایی به منطقه‌ی از جنوب شرقی آسیا اطلاق می‌شود و شامل مرکز و جنوب شرقی

1. Golden crescent

2. Golden triangle

کشور برمه، شمال غربی کشور تایلند و سراسر منطقه‌ی شرقی کشور لائوس می‌باشد. در این مناطق خشخاش کشت می‌شود و در تولید آن مقام دوم را در جهان دارد. همچنین در شبه جزیره‌ی هند (بنگلادش، هند و پاکستان) که سابقاً جزء مستعمرات انگلیس بوده‌اند، به کشت شاهدانه مشغول می‌باشند.

قاره‌ی آسیا منطقه‌ی آسیای جنوب شرقی

در قاره‌ی آسیا به ویژه کشورهای منطقه‌ی آسیای جنوب شرقی چون اندونزی، مالزی، فیلیپین، چین، تایوان، کامبوج، ویتنام، بنگلادش، نپال، هند، پاکستان، افغانستان، لائوس، درخت‌هایی به نام آرکاکیتچو^۱ (دانه‌های قرمز رنگ آن) و بتل^۲ (برگ‌های آن) در ساخت پان پراگ^۳ استفاده می‌شود که بسیار مخرب و اعتیادآور است.

قاره‌ی آفریقا

در قاره‌ی آفریقا و کشورهای چین اوگاندا، زامبیا، نیجریه، کنگو، آفریقای جنوبی و مصر زمین‌های زیادی به کشت خشخاش و مخصوصاً شاهدانه اختصاص داده شده است. مهم‌ترین منبع تهیه‌ی حشیش و ماری جوانا گیاه شاهدانه است که در کشورهای چین، لبنان، افغانستان، پاکستان، مراکش، کلمبیا، تایلند و مکزیک کشت می‌شود (اسماعیلی، ۱۳۸۰). در حالی که بزرگ‌ترین صادرکننده حشیش، کشورهای افغانستان و مراکش هستند.

قاره‌ی آمریکا

بیشترین ماده‌ی مصرفی آمریکایی‌ها کوکائین می‌باشد. این ماده از بوته‌ی کوکا که در کشورهای آمریکای جنوبی کشت می‌شود به دست می‌آید. مراکز مهم کشت کوکا عبارتند از: پرو، کلمبیا و اکوادور. شاهدانه نیز جهت تهیه‌ی حشیش در بعضی از کشورهای ایالات متحده آمریکا و در فضاهای پوشیده کشت می‌شود. پنج ایالت مهم اختصاص داده شده برای کشت شاهدانه عبارتند از: هاوایی، کنتاکی، کالیفرنیا و آلاباما که بهترین شاهدانه‌ی دنیا را تولید می‌کنند.

انواع مواد اعتیادآور و طبقه‌بندی و اثرات آنها

مواد اعتیادآور یا روان‌گردان^۴ موادی هستند که وقتی وارد بدن مصرف‌کننده شوند، می‌توانند حالت جسمانی، هوشیاری و حالت روانی را تغییر دهند. انواع مختلفی از مواد با ترکیبات

1. Arkakitcho

2. Betel

3. Paan prag

4. Psychoactive Substances

شیمیایی متعدد وجود دارند که می‌توانند با تأثیرهای فیزیولوژیکی، نوروفارماکولوژیکی، زیست‌شیمیایی و روان‌شناختی تغییرات قابل توجهی را در حوزه‌ی رفتاری، عاطفی و شناختی ایجاد کنند. به مواد مصرفی اصطلاحاً در غرب به آن «دارو» در کشور ما به آن «مواد» گفته می‌شود و در اصطلاح تخصصی «روان‌گردان» نامیده می‌شود که اغلب سازوکار اثری متفاوتی بر مغز دارند و در پاره‌ای از ویژگی‌ها دارای شباهت‌هایی می‌باشند که این ویژگی‌ها عبارتند از: ۱- شیوه‌ی مصرف دارو؛ ۲- سرعت ورود دارو به مغز؛ ۳- چگونگی تعامل و تأثیر متقابل دارو با نوروترانسمیترهای مغزی؛ ۴- مدت زمان ماندگاری اثر دارو (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۱). در حال حاضر، در بخش وابستگی و سوء مصرف مواد، متخصصان از شیوه‌های متعددی برای تقسیم‌بندی مواد استفاده می‌کنند، مانند دسته‌بندی مواد برحسب ساختمان شیمیایی آنها، منشأ تولیدشان، موضع یا مکانیسم عمل و اثرات آنها بر فیزیولوژی انسان.

رایج‌ترین و مفیدترین روش با توجه به اهداف فعلی ما دسته‌بندی داروها براساس اثرات آنها بر CNS^۱ و انتقال دهندگان عصبی^۲، تشابه و تفاوت میان داروها و تشخیص ارتباط آنها با دستگاه‌های فیزیولوژیکی بدن می‌باشد. به طور کلی و در شرایط فعلی، تمامی این مواد در سه گروه قرار داده می‌شوند که عبارتند از: گروه اول تضعیف‌کننده‌های عصبی، گروه دوم محرک‌ها یا تحریک‌کننده‌ها و گروه سوم توهم‌زاها که به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

۱- تضعیف‌کننده‌های عصبی^۳

مواد تضعیف‌کننده به طور کلی فعالیت سیستم اعصاب مرکزی یا CNS را کاهش می‌دهند. این مواد برای تسکین، درمان اضطراب، استراحت، به خواب رفتن، تسکین تنش یا دلشوره، به تأخیر انداختن واکنش‌های حرکتی و فرآیندهای شناختی به کار می‌رود (اسدارو، ۱۹۹۸؛ سانتروک، ۱۹۹۳). مصرف مقادیر بسیار زیاد تضعیف‌کننده‌های عصبی کنش‌های حیاتی را متوقف کرده و موجب مرگ می‌شود. تضعیف‌کننده‌های عصبی شامل داروها و موادی می‌شوند که خاصیت نارکوئیک^۴ یا خواب‌آور دارند. مصرف پی در پی و طولانی مدت این مواد، فرد را وابسته و آسیب‌های جدی جسمانی و روانی جبران‌ناپذیری ایجاد خواهد کرد (کاپلان و سادوک^۵، ۲۰۰۰).

این مواد شامل الکل، مواد افیونی چون تریاک، داروهای آرامبخش چون باربیتورات‌ها^۶، خواب‌آورها^۷، تسکین‌دهنده‌ها و ضد اضطراب‌ها و مواد استنشاقی می‌باشند. مصرف

1. Central Nervous System

2. Neurotransmitter

3. Depressant

4. Narcotic

5. Kaplan and Sadock

6. Barbiturates

7. Hypnotics

طولانی مدت این داروها وابستگی جسمانی و وابستگی روانی ایجاد می‌کنند.

۲- محرک‌ها یا تحریک‌کننده‌ها^۱

تحریک‌کننده‌ها، مواد یا داروهایی هستند که غالباً تحریک‌کننده فعالیت‌های روانی و افزایش عملکرد سیستم عصبی می‌باشند. این مواد هشیاری و برانگیختگی کلی را افزایش می‌دهند و در بیشتر مواقع موجب کاهش خستگی و ضعف می‌شوند. تحریک‌زها، تحریک‌کننده‌های روانی هستند که موجب افزایش انرژی دستگاه عصبی مرکزی به صورت سرخوشی، بزرگ‌پنداری، بیش‌فعالی، بی‌قراری و بازداری اشتها می‌شوند (بارت^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). از انواع مواد تحریک‌کننده می‌توان کوکائین، نیکوتین، کافئین و آمفتامین‌ها را نام برد که وابستگی فیزیولوژیکی و روانی قابل توجهی را در مصرف‌کننده ایجاد می‌کنند.

۳- توهم‌زها^۳

توهم‌زها شامل موادی چون حشیش و فن‌سیکلیدین^۴ (PCP) و (LSD) یا (Lysergic acid diethylamide) و غیره می‌باشند که از نظر فیزیولوژیایی خیلی اعتیادآور نمی‌باشند. اما وابستگی روانی ایجاد می‌کنند. مصرف این‌گونه مواد برای تجربه‌ی خطای حواس مختلفی چون شنیدن یا دیدن به شیوه‌های غیر معمول آگاهی حسی روشن‌تر، هشیاری بیشتر یا بینش فزآینده‌ای می‌باشد (کاپل و پلاینر، ۱۹۷۳). به این‌گونه مواد داروهای «روان‌پریشی‌زا» نیز گفته می‌شود، زیرا علاوه بر ایجاد توهمات، موجب قطع تماس فرد با واقعیت و بسط و گسترش هشیاری نیز می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). در این ارتباط، می‌توان فن‌سیکلیدین را نام برد که دارای اثرات و خاصیت بی‌حسن‌کنندگی، کندکنندگی و توهم‌زایی است.

مفهوم وابستگی به مواد (اعتیاد)

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است. اعتیاد^۵ معمولاً به مجموعه‌ی وابستگی فیزیکی و روانی اطلاق می‌شود ولی در مجموع مفهومی مبهم دارد (بلوم^۶، ۱۹۸۴). اعتیاد عبارت است از وابستگی به موادی که تکرار مصرف آن با کمیت مشخص و در زمان‌های معین از نظر مصرف‌کننده ضروری بوده و دارای ویژگی‌های زیر است:

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. Stimulants | 2. Barrett |
| 3. Hallucinogens | 4. Phencyclidine |
| 5. Addiction | 6. Blum |