

روانشناسی اعتیاد

ثریا اسلام دوست

فصل اول

۱-۲ تاریخچه کلمه تریاک در اصل از کلمه یونانی گرفته شده است که به مخلوطی از ۶۰ تا ۷۰ ماده مختلف محلول در عسل اطلاق می شده است.

این مخلوط علیه سموم بعضی از حیوانات اثر پادزهری داشته و به همین منظور (یعنی به منظور پادزهر) استفاده می شده است. واژه (تریاکا) خود از کلمه تریون گرفته شده که در یونانی نام حیوانی با سم خطرناکی بوده است، تریاکا اولین بار توسط پاراسلوس طبیب و شیمیدان بزرگ سوئسی و توماس سیرنهام پزشک معروف انگلیسی به صمغ شیری رنگ مترشح از میوه کپسولی گیاه خشخاش اطلاق شد. همین دو دانشمند استفاده از شیر این صمغ را در اروپا رایج نمودند.

هنگامی که در ادبیات فارسی به دیده تاریخی به کلمه تریاک نگاه می کنیم می بینیم پیش از عصر صفوی به معنی پاد زهر به کار رفته است اما واژه افیون که در نوشته های طبی و ادبی و تاریخی گاهی به صورت اپیون، هیپون و پیون نیز به کار برده شده در اصل واژه یونانی (اپیون) گرفته شده است و فرهنگ دهخدا نیز آن را از (افینا) که سانسکریت است می داند در زبان های اروپایی این کلمه «اپیوم» تلفظ شده و نام اعصاره شیری رنگ مترشح از تخمدان نارس گیاه خشخاش که در مجاورت هوای خشک شده می باشد. واژه وافور در اصل از لغت لاتین «واپور» گرفته شده، این واژه از نظر لغوی به معنی دود است. واژه وافور هم برای کشیدن تریاک یا دود کردن تریاک است. به همین دلیل، کلمه وافوری هم به کسی که تریاک می کشد اطلاق می گردد.

(«هومر» شاعر نابینا و حماسه سرای یونانی که حدود ششصد سال قبل از میلاد مسیح می زیسته در آثار خود از گل خشخاش یاد می کند که در باغهای رم کشت می شده و چون یونانیان زمان سقراط یعنی چهارصد سال قبل از میلاد مسیح از تأثیرات

طبی تریاک سخن گفته اند، می توان گفت که حداقل آشنایی یونانیان با تأثیرات طبی مخدرها به چند صد سال پیش از میلاد بر می گردد.)

در اروپا مجارستانی ها اولین ملتی هستند که با گیاه خشخاش آشنا شده اند. ایرانیان نیز از قرن ها پیش با گیاه خشخاش آشنا بوده اند و در دوران صفویه در اطراف شهر یزد و کرمان خشخاش کشت می شده است، اگر چه خوردن تریاک در زمان صفویه

مرسوم بوده امار کشیدن از زمان ناصرالدین شاه قاجار بوده است. آشنایی با تأثیرات تریاک و تجویز آن به منظور مقاصد طبیبی به قرنها قبل از میلاد مسیح می رسد «بقراط» در چهارصد سال قبل میلاد مسیح و «تئوفراست و در همان تاریخ از تریاک برای درمان اسهال) و ارفع درد استفاده می کرده اند.

با تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می رسد و بر آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده اند، که میانگین سنی این افراد (۱۸) سال است (۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل اعتیاد خود یا اطرافیان دست به گریبانند. متأسفانه کشور ما به لحاظ قرار گرفتن در مسیر ترانزیتی مواد مخدر به اروپا و باز شدن مرزهای آسیای مرکزی بیش از پیش آلوده شده است (ممتازی، ۱۳۸۳).

بر اساس آمار سال ۱۹۹۸ میلادی ۲۳۷ هزار هکتار از اراضی کشاورزی جهان زیر کشت خشخاش بوده و در سال گذشته حدود ۴ هزار تن تریاک تولید شده است، این در حالی است که ۲۷ درصد زمین های زیر کشت خشخاش در جهان در افغانستان است و ۵۸ درصد مواد مخدر جهان در افغانستان تولید می شود. قاچاقچیان مواد مخدر در جهان هر سال تقریباً ۵۰۰ میلیارد دلار سود می برند، بنابراین انگیزه های مالی تولید مواد مخدر نیرومند تر از آن است که برخی از کشورهای در حال توسعه بتوانند از آن چشم پوشند (ممتازی، ۱۳۸۳).

1-3 سوء مصرف مواد در این گروه شدت مصرف به حدی نمی باشد که وابسته تلقی شوند، این گروه از بیماران مکرر و به طور متناوب از مواد مصرف می کنند تا به حدی که با تحمل و علائم ترک همراه باشند. الگوی مصرف این دسته، جنبه اجباری ندارد، اما به هر حال نتایج مضر و مخرب مواد را در پی دارد. از این موارد می توان غیبت از مدرسه و محل کار، درگیری با همکاران و دوستان، عدم انجام تعهدات اجتماعی و خانوادگی مانند بی توجهی به فرزندان و خانواده را نام برد. الگوی مصرف به هر گونه ای که باشد می تواند با مخاطرات فیزیکی نیز، مانند مصرف مواد هنگام رانندگی و یا بروز مشکلات قانونی همراه گردد. علی رغم وجود معیارها و تعاریف نسبتاً مشخص، گاهی نمی توان

مرز دقیقی را برای تفکیک بیماران وابسته به مواد از بیماران سوء مصرف مواد ارائه نمود.

۴-۱ وابستگی به مواد د امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی نام برده می شود هر چند که در

میان مردم این بیماری به اعتیاد و خود بیمار به عنوان معتاد شناخته شده است. بر اساس آخرین جمع بندی های علمی که در دهه هشتاد انجام گرفت، وابستگی یک نشان بالینی است که در پی مصرف مواد علائمی در حالات رفتاری شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف کننده ظاهر می گردد. میزان وابستگی کمی است و به درجات مختلفی می تواند وجود داشته باشد. شدت وابستگی با رفتارها متعاقب مصرف مواد ما سنجیده می شود. بیمار وابسته به مواد علی رغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد قادر به قطع مصرف آن نیست و بطور اجباری و وسواس گونه به مصرف آن ادامه می دهد. مصرف مواد یک الگوی رفتاری غیر انطباقی و بیمار گونه است. بروز علائم رفتاری فیزیولوژیکی و شناختی به اختلال های بالینی در فرد مصرف کننده منجر می شود. این اختلال ها عبارتند از و ۱-۴-۱ ایجاد تحمل: بیمار در دفعات بعدی مصرف برای رسیدن به سطح قبل روانی و

جسمانی ناشی از اثر مواد باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند. ۱-۴-۱۲

روز علائم ترک؛ علائم مصرف مواد علائم جسمانی و روانی ترک مانند بیقراری، اضطراب، بیخوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر می شود ۱-۴-۳

تمایل بعدی در بیشتر بیماران برای قطع مصرف مواد وجود دارد ولی بیمار قادر به این کار نمی باشد. ۱-۴-۴

بیمار برای تهیه مواد هزینه وقت و سرمایه های دیگران و خانواده را مصرف می کند ۵-۴-۱

در پی تداوم مصرف مواد و تغییر روانی و رفتاری در بیمار، مشارکت وی در فعالیت های خانوادگی، اجتماعی و تفریحی و شغلی کاسته می شود. ۱-۴-۶

علی رغم آگاهی بیمار عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی باشد (رفیعی، ۱۳۸۲).

۵۱ مواد انسان، برای درمان بیماری های جسمی و روانی خود مبادرت به مصرف دارو برای بهبود بیماری و یا تسکین علائم آن می کند. مواد مؤثر بر وضعیت روانی عمدتاً نه به منظور درمان و تسکین آلام بیماری بلکه برای ایجاد تغییر در رفتار و هیجانات مصرف کننده، مورد سوء مصرف قرار می گیرد. این تغییرات با اثر بر سیستم فرد ایجاد می گردد. در طبقه بندی چهارمین تجدیدنظر راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی (DSM-IV) اختلال های وابسته به مواد به طبقاتی ارجاع شده اند که نشانه ها یا نشانگان

خاص خود را در بر می گیرند که شامل (دلیریوم مسمومیت با مواد دلیریوم ناشی از ترک مواد، زوال عقل دمانس پایدار ناشی از مواد و اختلال فراموشی، پایدار ناشی از مواد اختلال سایکوتیک ناشی از مواد اختلال خلقی ناشی از مواد، اختلال اضطرابی ناشی از ماده کژکاری جنسی از مواد و اختلال خواب ناشی از مواد می باشد. هر چند در DSM-IV همه مواردی که در طبقه اختلال های وابسته به مواد منظور شده اند با

حالت مسمومیت بیمارگون ارتباط دارند، اما مواد مختلف از این خطر که حالت بیمارگون با حالت ترک مرتبط باشد، پس از دفع ماده از بدن نیز تداوم داشته باشد با هم متفاوتند. در DSM-IV بیماری که دچار مسمومیت یا ترک همراه نشانه های روانی می شوند اما واجد ملاک های الگوی نشانگانی خاصی برای علائم نیستند (مانند افسردگی) تشخیص مسمومیت با مواد (جدول ۱ و ۳) یا ترک مواد (جدول ۲ و ۳) دریافت می کنند که احتمالاً همراه با وابستگی یا سوء مصرف است.

جدول ۱ و ۳ ملاک DSM-IV برای

مسمومیت با مواد الف). پیدایش یک نشانگان برگشت پذیر مختص به مواد در نتیجه مصرف (یا مواجهه) اخیر یک ماده ب). تغییرات غیر انطباقی رفتاری یا روان شناختی قابل ملاحظه بالینی که نتیجه تأثیر | مواد بر دستگاه عصبی مرکزی هستند (مثل | ستیزه جویی، بی ثباتی خلقی، تخریب شناختی) اختلال قضاوت و اختلال کارکرد اجتماعی یا شغلی) و ضمن مصرف مواد یا به فاصله ای کوتاه پس از آن ظاهر می شوند. ج). علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آنها نیست.

جدول ۲ و ۳ ملاک های

DSM-IV برای ترک

مواد الف). پیدایش یک نشانگان مختص ماده ای خاص در نتیجه قطع یا کاهش مصرف زیاد و طولانی یک ماده ب). نشانگان مختص به ماده ناراحتی قابل ملاحظه بالینی ایجاد کرده یا موجب تخریب عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر حوزه های مهم عملکرد می شود. ج). نشانه ها ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و براساس یک اختلال روانی دیگر قابل توجیه نیستند.

فصل دوم

سبب شناسی اعتیاد

۱-۲ مقدمه

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می شوند. عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی به عنوان عوامل زمینه ای، موجب می شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود. بنابراین آشنایی با عوامل زمینه ساز مستعد کننده بروز اعتیاد و نیز عوامل محافظت کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد (الف) شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدام های پیشگیرانه لازم برای آنان. (ب) انتخاب نوع درمان و اقدام های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای لازم برای معتادان.

۲-۲ عوامل مخاطره آمیز

عوامل مخاطره آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین فردی و عوامل محیطی و عوامل اجتماعی است. ۲-۲-۱

عوامل مخاطره آمیز فردی عبارتند از : ۱ - استعداد ارثی

- دوره نوجوانی (الف) صفات شخصیتی: (الف) صفات ضد اجتماعی (ب) پرخاشگری (ج) اعتماد به نفس

پایین

- اختلال های روانی: (الف) افسردگی اساسی (ب) وجود فوبی

(ج) نگرش مثبت نسبت به مواد و موقعیت های مخاطره آمیز: (الف) ترک تحصیل (ب) بی سرپرستی مع تأثیر مثبت مواد بر فرد

در اینجا به شرح هر یک از عوامل فوق می پردازیم.

دوره نوجوانی خطرناک ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است. نوجوانی دوه انتقال از کودکی به جوانی و بزرگسالی و هویت مندی فردی و اجتماعی است. در این دوره میل به مخالفت با والدین به اوج خود می رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزش های خانواده را زیر سؤال می برد و

حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان فرد را مستعد مصرف مواد می کند (لئون،

۱۹۹۴).

ژنتیک: شواهد زیادی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد مخدر وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات نقل و انتقالات شیمیایی مواد در بدن است که تعیین کننده تأثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت تأثیر عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلال های شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۳). صفات شخصیتی: عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان برخی از صفات، بیشتر پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را نشان می دهند که با ارزش ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه، مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده تطبیق، کنترل، یا ابراز احساس های دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی آید. این صفات عبارتند از عدم پذیرش ارزش های سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت مقاومت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران، فقدان مهارت های اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد معمولاً از محیط های اجتماعی شروع می شود هر قدر فرد قدرت تصمیم گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند (کاپلان، ۲۰۰۳). اختلال های روانی در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلال های دیگر روان پزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیص ها عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی افوبیا اختلال وسواسی - جبری، اختلال افسردگی ۲ اسکیزوفرنی (کاپلان، ۲۰۰۳). نگرش مثبت به مواد: افرادی که نگرش ها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش های منفی دارند، این نگرش های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون احتمال بروز به اعتیاد رفیعی، (۱۳۸۲). ۲-۲-۲

عوامل مخاطره آمیز فردی: بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت ها یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیت ها عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماری ها یا دردهای مزمن، حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و تطبیق با آنان از مواد استفاده می کند. تر مواد بر کرد: این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یکبار مصرف شده

ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی است و تعادل آن و فرد مصرف کننده است و تأثیر مواد پر فرد مصرف کننده به میزان وی به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی د از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که همزمان مصرفی متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، الکل، آرامش و انیکوتین مختصری هوشیارشاده اند. مواد مختلف نیز تأثیرهای متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و رد مثلا هروئین و کوکائین (سرخوشی شد پا، الکل، آرامش، و نیکوتین مختصره و آرامش ایجاد می کند. (رفیعی، ر).

۲-۲-۳ عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی

عوامل مربوط به خانواده: خانواده اولین مکان رشد شخصیت، با الگوهای رفتاری فرد وی خانواده علاوه بر این که، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و آسیب شناسی است، منبعی برای شکل گیری تنش و اختلال می باشد. نا آگاهی والدین و ارتباط ضعیف والدین و کودک فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری ها مانند سوء مصرف مواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگو برداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند. تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد، ارتباط دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند (گروه همسالان) به خصوص، در شروع مصرف سیگار، حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروه هایی که مواد مصرف می کنند، بسیار آسان است. هر چه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه ها بیشتر است (رفیعی، ۱۳۸۲). عوامل مربوط به مدرسه: از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می تواند از راه های زیر زمینه ساز مصرف مواد در نوجوانان می باشد.

بی توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی، منع مصرف در مدرسه، استرس های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان معلمان و مسئولان در زمان، به خصوص به هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف نیازهای عاطفی و روانی به خصوص به هنگام بروز آنان.

عوامل مربوط به محل سکونت: عوامل زیادی در محیط مسکونی می تواند موج گرایش افراد به مصرف مواد شود: نبودن ارزش های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشون و اعمال خلاف، وجود مشاغل کاذب، آشفته گی و صفت همبستگی بین افراد محل و حاشیه نشینی از جمله این عوامل هستند (رفیعی، ۱۳۸۲).

۲-۲-۴ عوامل مخاطره آمیز اجتماعی

قوانین فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می شود.

بازار مواد، میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند افزایش می یابد. همچنین سهل الوصول بودن مواد به تعداد مصرف کنندگان آن می افزاید. مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی شود، بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوء مصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

کمبود امکانات فرهنگی و ورزشی و تفریحی کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی و روانی و اجتماعی نوجوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه های غیر سالم می شود (رفیعی، ۱۳۸۲).

عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی، مشاوره ای درمانی در زندگی افراد، موقعیت ها و مشکلاتی پیش می آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می کند.

توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت های شغلی و محرومیت اقتصادی و اجتماعی توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می دهد. مهاجرت باعث می شود تا فرد برای اولین بار با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده ارزش های سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، به انزوا و ناامیدی فرد می انجامد، کم سواد، فقدان مهارت های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب (به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی زندگی و تلاش برای بقا، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می دهد (رفیعی، ۱۳۸۲).

۲-۳ هوش هیجانی در افراد دارای سوء مصرف مواد

بر اساس تعریف گلמן هوش هیجانی عبارت است از توانایی هایی مانند اینکه فرد بتواند انگیزه خود را حفظ کرده در مقابل ناملازمات پایداری کند، تکانش های خود را کنترل کند و کامیابی را به تعویق بیندازد، حالات روحی خود را تنظیم کند و نگذارد پریشانی خاطر قدرت تفکر او را خدشه دار سازد، با دیگران همدلی نماید و کامیابی را به تعویق بیندازد. همه اینها آن چیزی است که تحت عنوان هوش هیجانی مورد بررسی قرار می گیرد.

هنوز هیچ کس نمی تواند دقیقا بگوید که تفاوت های میان افراد در طول زندگی تا چه اندازه از هوش هیجانی ناشی می شود، اما داده های موجود نشان می دهد که هوش

اعتیاد (سیب شناسی و درمان)

هیجانی می تواند به اندازه هوشبهر و گاهی بیش از آن قدرت داشته باشد. (بویسه ۲۰۰۲، وربارخ ۲۰۰۲، وان درزی ۲۰۰۲، همکاران ۲۰۰۲، استو تلمیر ۲۰۰۱، فانین ۲۰۰۲ و لی پاجلی

۱۹۹۷). در حالی که عده ای معتقدند هوشبهر را نمی توان به افراد آموخت و سطح آن را بالا برد.

شواهد بسیاری ثابت می کنند، افرادی که مهارت های هیجانی دارند (یعنی کسانی که احساسات خود را به خوبی می شناسند و آن را هدایت می کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طرز اثربخشی با آن برخورد می کنند. در هر حیطة ای از زندگی ممتازند، خواه در روابط صمیمی و عاطفی باشد و خواه در فهم قواعد ناگفته ای که در خط مشی سازمانی، به پیشرفت می انجامند، افرادی که مهارت های عاطفی شان به خوبی رشد یافته در زندگی خویش نیز خرسند و کار آمد هستند و عاداتی فکری در اختیار دارند که موجب می گردد آنها افرادی مولد و کارآمد باشند.

یافته های اصلی از مطالعات مربوط به افراد با هوش هیجانی بالا نشان می دهد که این افراد احساسات خود را به طور مستقیم بیان می کنند، از ابراز احساسات خود نمی ترسند، روابط غیر کلامی را درک می کنند، احساس های خود را به صورت عقلانی بیان می کنند. کاری که در نظر دارند انجام می دهند، وابسته به دیگران نیستند، انتظار موفقیت دارند، به احساس های دیگران احترام می گذارند و از روی ترس و نگرانی اقدام به انجام دادن کاری نمی کنند. ویژگی های این افراد، ابتکار، درستی، تمرکز ذهن، آرام، مهربان، استقلال، قدردانی، توانایی برقراری ارتباط و همدلی است.

لیا (۲۰۰۲) بیان می دارد هوش هیجانی دارای نقش حیاتی و تعیین کننده در سلامت روانی - اجتماعی می باشد و عدم وجود هوش هیجانی در کودکان به معنای آماده بودن زمینه برای وقوع انواع مشکلات، مسائل و اختلالات رفتاری در آنها خواهد بود. به عنوان مثال سطوح پایین تر هوش هیجانی باعث کاهش یافتن قدرت (پرخاشگری و استرس می شود. در مورد رفتارهای بیرونی نیز سطوح پایین تر هوش هیجانی با

ضعف در فعالیت های عقلی، افزایش تمایل به استفاده از دخانیات و الکل و میل به انحرافات جنسی می گردد. فرض بر آن گذاشته شده است که هر چه سطح هوش هیجانی بالاتر باشد، میزان اختلالات رفتاری کاهش خواهد یافت و مسائلی مانند عدم موفقیت در دروس، تنبلی و استرس، کمتر بروز خواهد داد لیا مواردی را که با پایین بودن هوش هیجانی همراه است، به شرح زیر بیان می دارد:

گوشه گیری از مشکلات اجتماعی ترجیح دادن تنهایی، مرموز بودن، ترشروی زیاد، فاقد انرژی بودن، احساس ناخشنودی کردن، وابستگی شدید.

اضطراب و افسردگی احساس تنهایی کردن، به ترس ها و نگرانی های زیادی مبتلا بودن احساس نیاز به کامل بودن، احساس محبوب نبودن، احساس عصبیت یا افسردگی و غصه داشتن.

و مشکلات مربوط به توجه و تفکر: ناتوانی در عطف توجه یا نشستن سر جای خود، در رویا غوطه ور شدن، عمل کردن بدون تفکر، شدید عصبی بودن که مانع از تمرکز فکری می شود، ضعف در انجام کارهای مدرسه، ناتوانی در دور کردن افکار مزاحم از ذهن خود

(2) - بزهکاری یا پرخاشگری: پرسه زدن، دروغ گفتن و تقلب کردن، زیاد بحث و مجادله کردن، سنگدل بودن نسبت به افراد دیگر، خواستار جلب توجه بودن، خراب کردن متعلقات دیگران، نافرمانی در خانه و مدرسه، لجوج و دمدمی مزاج بودن، زیاد صحبت کردن یا مسخره کردن زیاد، تندخو بودن.

با توجه به آنچه در مورد هوش هیجانی ذکر شد به نظر می رسد افراد دارای سوء مصرف مواد در مؤلفه های تشکیل دهنده هوش هیجانی دارای اشکالات اساسی باشند، آنها در شناخت عواطف شخصی ناتوانند خودآگاهی (تشخیص هر احساس به همان صورتی که بروز می کند). سنگ بنای هوش هیجانی است. توانایی نظارت بر احساسات) در هر لحظه برای بدست آوردن بینش روان شناختی و ادراک خویشتن، نقش تعیین کننده دارد. افراد دارای سوء مصرف مواد با عدم شناخت صحیح از عواطف و اعتیاد اسب سیاسی و در

احساسات خویش توانایی اتخاذ رفتارهای صحیح، منطقی و مبتنی بر واقعیت را از دست می دهند، از سوی دیگر این افراد در به کار بردن درست هیجان ها نیز مشکل دارند و قدرت کنترل احساسات خود است که بر حس خودآگاهی متکی است. افرادی که به لحاظ این توانایی ضعیف اند. دائما با احساس ناامیدی و افسردگی دست به گریبان هستند/ مشاهدات بالینی نشان داده است، افراد دارای اعتیاد، هیجان های خود را در موقعیت های نادرست و به شیوه ای غیر منطقی بروز می دهند. برخی از پژوهش ها از افسردگی افراد معتاد حکایت دارد (لینسکی، ۱۹۷۹) و در مجموع به نظر می رسد این افراد قادر به پاسخگویی مناسب هیجانی رفتار در مقابل محرکهای اجتماعی نیستند. قدرت برانگیختن

خود که یکی از مؤلفه های هوش هیجانی است نیز در این افراد ضعیف می باشد. برای عطف توجه، برانگیختن شخصی، تسلط بر نفس خود و برای خلاق بودن، لازم است رهبری هیجان ها را در دست گرفت تا بتوان به هدف رسید

خویشتن داری عاطفی یعنی به تأخیر انداختن کامرواسازی و فرو نشاندن تکانش ها که زیربنای تحقق هر پیشرفتی است. واضح است که افراد دارای اعتیاد، به خاطر فقدان توانایی خویشتن داری عاطفی به هنگام وسوسه مواد به راحتی تسلیم آن شده و اقدام به مصرف می کنند. به همین دلیل است که در این افراد تلاش های بسیار اما نا موفق برای ترک مواد مشاهده می شود (لئون) (۱۹۹۴) معتقد است مصرف کنندگان مواد معمولاً در کنترل حالات عاطفی خود بدون توجه به شرایطی که باعث این حالات می شود مشکل دارند. این شامل ابراز عاطفه به دیگران یا به شیوه منفی (انتقاد، طرد) و یا محبت است. اغلب احساسات خوب) منجر به واکنش های تهدید کننده خود (مثل مصرف مواد) می شود شرایط نسبتاً خنثی مثل کسالت و بی حوصلگی، کم تحرکی، برانگیختگی عمومی یا ناکامی می تواند واکنش های مشکل زایی را برانگیزد. افراد معتاد معمولاً مهارتی برای سازش مناسب با هیجانشان در هیچ یک از این شرایط ندارند.

مؤلفه های دیگر هوش هیجانی نیز که عبارتند از (شناخت عواطف دیگران و حفظ ارتباطهای خود با دیگران در افراد دارای سوء مصرف مواد، دارای نقص است و همدلی) احساس «مهارت انسانی» است. افرادی که از همدلی بیشتری برخوردارند، به علایم اجتماعی ظریفی که نشان دهنده نیازها یا خواسته های دیگران است، توجه بیشتری نشان می دهند. توانایی های از این دست سبب می شوند محبوبیت، رهبری و اثربخشی بین فردی افزایش یافته و افراد در کنش های متقابل اجتماعی به خوبی عمل کنند و تبدیل به «ستاره های اجتماعی» شوند در مقابل افراد دارای اعتیاد همیشه نقشی منفعل بر عهده دارند. آنها در میان جامعه محبوبیتی ندارند و در تعامل های اجتماعی با سایرین توانایی برقراری رابطه همدلانه و ایجاد رابطه عمیق را ندارند. لئون در این باره می گوید: «تعدادی از معتادان سابقه رفتار جنایی، یا مشکلات قانونی را دارند. طیف و شدت این مشکلات گستره ای را نشان می دهد که فرد سبک زندگی ضدا اجتماعی بودن را جایگزین رفتار، ارزش ها و پیوندجویی کرده است. برخی معتادان در رفتار و برخوردشان قبل از مصرف شدید، ضدا اجتماعی بوده اند. فعالیت های جنایی آنها که ممکن است به مصرف مواد یا عدم مصرف آن باشد، شامل خشونت و روابط منفی است. روش این گروهها طغیان و سرکشی است، مهارت های سازشی آنها در حل مسأله یا جستجوی سود فردی طیفی از خشونت تهدید، ارباب، اجرم شدید) تا بهره کشی، فریب کاری، دروغ گویی، و از کوره در رفتن را شامل می شود. تصویر اجتماعی آنها آسیب ناپذیری یا بی تفاوتی را نشان می دهد».

آنچه ذکر شد تصویری کلی از ویژگی های روان شناختی افراد دارای سوء مصرف مواد است. تبیین ویژگی های روانی افراد از زاویه هوش هیجانی طرحی جدید است که می تواند دارای موارد کاربردی زیادی باشد. از آنجا که هوش هیجانی بر خلاف هوش خصیصه های ثابت و تغییر ناپذیر نیست، می توان در مراکز بازپروری و درمان معتادین اقدام به بازپروری هوش هیجانی این افراد نمود. بی شک با افزایش هوش هیجانی افراد دارای اعتیاد و یا به تعبیری دیگر با افزایش خود آگاهی، قدرت تنظیم احساسات برانگیختن خود همدلی و حفظ ارتباط های موثر با دیگران میتوان این افراد را از لحاظ روانی برای ترک مواد تجهیز کرد

فصل سوم

طبقه بندی و شیوه های مختلف مصرف مواد و علائم تشخیص

۳-۱ مقدمه

در طول تاریخ بشریت، مطالب کذبی را به ما گفته اند که اکثر مردم آنها را باور داشتند و هنوز هم دارند. دروغ هایی که پایه آنها محکم است و بشر را گمراه و مجبور به قبول واقعیتی کرده است که عوام را زیر سلطه فساد و دزدی و راهزنی نگه می دارد. واقعیتی که به اعتیاد (نه فقط به مواد مخدر) نیاز دارد، واقعیتی که به ۲۲۰۰۰ کودکی که هر روز از گرسنگی می میرند نیاز دارد تا ما از گرسنگی نمیریم)، واقعیتی که به جنگ و کشتار محتاج است (تا اقتصاد خوبی داشته باشیم، واقعیتی که به فقر و فقیر معتاد است (تا کارگران ارزان داشته باشیم، واقعیتی که به اسلحه های اتمی، شیمیایی و بیولوژیایی نیاز دارد تا به اصطلاح، صلح حفظ شود)، واقعیتی که ما را مجبور به کت کرد و کسانی هم که جرات کردند و سکوت نکردند، ما آنان را تنها گذاشتیم و

بیان مفسد و خیالاتی خواندیم، واقعیتی که قبول کردیم، این واقعیت مثل بذری است که حشرات به سویش می روند و نتیجه اثر هم همان خواهد بود. با توجه به سخنان ریاست جمهور که اظهار داشتند «امروزه در دنیا مافیای در فعال است. در آمدی که در اثر داد و ستد و انتقال مواد مخدر است درآمدی است شاید به اندازه نفت و یا حتی بیش از نفت، از طرف دیگر وضعیت زندگی بشر امروز گرفتاری ها، دغدغه ها و دلهره های تازه ای است

طبقه بندی انواع مواد

ERAS

aner

۱-۲-۳ کاندسازها (مسکن ها)

الکل (اتانول) Alcohol

باربیتورات ها Barbiturates

تمبو تال Nembutal

سکونال Seconal آ

آرام بخش های خفیف Minor tranquilizer

میلتاون

Miltown

کساناکس Xanax

والیوم Valium

داروهای استنشاقی Inhalants

رقیق کننده رنگ Paint Thinner

چسب glue

۲-۲-۳ محرکها

آمفتامین ها Amphetamines

بنز درن Benzedrine

دکسدترین Dexedrine

متدرین Methedrine

کوکائین Cocaine

نیکوتین Nicotine

کافئین Caffeine

۳-۲-۳ مواد افیونی)

Ophates (narcoties)

تریاک و مشتقات آن

Opiumanelits derivatives

کدئین /Codeine

هروئین (Heroin) *

مرفین Morphine

متادون Methadone

۳-۲-۴ داروهای توهم زا)

ال اس دی LSD

پیسوسیبین Psilocybin

پی سی پی (فن سیکلیدین)(Pcp (phencyclidine)

ماری جوانا Mary juana *

حشیش Hashish

داروهای روانگردان مورد استفاده درست و نادرست در اینجا از هر کدام از هر گروه دارویی فقط چند نمونه داده شده است بسته به اینکه کدام نوع معروف تر است از نام ژنریک مثلاً پسیلوسیبین یا نام تجاری کساناکس برای آلپرازولام و سکونال برای سکوباربیتال استفاده شده است.

۳-۳ شکل و شیوه های مصرف مواد

۳-۳-۱ داروهای کند کننده

داروهایی که در دستگاه عصبی و مرکزی ایجاد رفت می کنند عبارتند از آرامبخشها باربیتوراتها قرص های خواب آور داروهای استنشاقی و الکل اتیلیک و از میان اینها بیشتر از همه الکل مصرف و سوء مصرف می شود و به چند نکته درباره مواد استنشاقی اشاره

می‌کنیم حلال‌ها و افسانه‌ها ارزانند و به صورت قانونی نیز به آسانی در دسترس اند. حلال‌های فرار عبارتند از بنزین رقیق‌کننده رنگ تینر محلولهای شوینده و چسب هیدروکربنها مواد شیمیایی روانگردان هستند افسانه‌ها مانند رنگ‌های افشان‌های حاوی گونه‌های سمی الکل هستند مصرف‌کنندگان و معمولاً این ماده را گرم می‌کنند و بخار آن را از دهان یا بینی استنشاق می‌کنند تعداد کسانی که دچار سوء مصرف مواد استنشاقی هستند چندان زیاد نیست اما به علل زیر توجه به آنها ضرورت دارد ۱ سوء مصرف کنندگان بسیار جوانند پسر بچه‌ای حتی ۷ ساله دیده شده که چسب یا بنزین استنشاق می‌کنند ۲ بعضی از این حلال‌ها مانند آسیب مغزی دائمی ایجاد می‌کنند مصرف این مواد در مدارس ابتدایی و دبیرستان‌ها رو به افزایش است

۳-۳-۲ مواد افیونی (داروهای مخدر)

تریاک و مشتقات آن: تریاک از گیاه خشخاش به دست می‌آید، منشأ هروئین، کدئین و مورفین نیز از همین ماده است. رنگ و شکل تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و هنگام

سوختن بوی خاصی شبیه به چسب دوقلو می‌دهد. - سوخته تریاک پس از مصرف تدریجی (کشیدن) تریاک ماده‌ای به رنگ قهوه‌ای سوخته و براق بدست می‌آید که سوخته نام دارد، گاهی آن را در آب حل کرده و به صورت شربت بنفش رنگی مصرف می‌کنند - شیر تریاک: سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند سپس آن را از صافی عبور می‌دهند، آنچه باقی‌ماند تفاله نام دارد. محصول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند، با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای تیره به دست می‌آید که شیر نام دارد.

۳-۳-۳ شکل و شیوه‌های مصرف مواد ۱-۳-۳ داروهای کند کننده

دارو‌هایی که در دستگاه عصبی و مرکزی ایجاد رخوت می‌کنند عبارتند از آرام‌بخش‌های باربیتوراتها (قرص‌های خواب‌آور) در داروهای استنشاقی (و الکل اتیلیک) از میان اینها بیشتر از همه الکل مصرف و سوء مصرف می‌شود و به چند نکته درباره مواد استنشاقی اشاره می‌کنیم. حلال‌ها و افسانه‌ها ارزان‌اند و به صورت قانونی نیز به آسانی در دسترسند. حلال‌های فرار عبارتند از بنزین، رقیق‌کننده رنگ (تینر)، محلول‌های شوینده و چسب، هیدروکربن‌ها مواد شیمیایی روان‌گردان، هستند. افسانه‌ها مانند رنگ‌های افشان‌های حاوی گونه‌های سمی الکل هستند. مصرف‌کنندگان معمولاً این ماده را گرم می‌کنند و بخار آن را از دهان یا بینی استنشاق می‌کنند.

تعداد کسانی که دچار سوء مصرف مواد استنشاقی هستند چندان زیاد نیست، اما به علل زیر توجه به آنها ضرورت دارد: (۱) سوء مصرف‌کنندگان بسیار جوانند (پسر بچه‌های حتی ۷ ساله دیده شده که چسب یا بنزین استنشاق می‌کنند)، ۲. بعضی از این حلال‌ها می

توانند آسیب مغزی دائمی ایجاد کنند، (۳) سوء مصرف این مواد در مدارس ابتدایی و دبیرستان ها رو به افزایش است (جانستون، اومالی، ۱۹۹۵).

۳-۳-۳ روش های مصرف تریاک

تدخین

ابزارهای مورد استفاده برای تدخین عبارتند از: منقل، وافور، چپق، نگاری (وسیله ای شبیه چپق که برای مصرف شیره به کار می رود)، قلیان، (ذغال های نیمه سوخته، سیخ، میله و سنجاق باز شده ای که سر آن سیاه شده باشد. در روش سیخ و سنگ سر سیخ را داغ کرده با سنجاق تریاک را بر روی آن می گذارند و با لوله ای دود حاصل را وارد ریه ها می کنند.

خوراکی

این روش را بیشتر افرادی که بیماری جسمی دارند یا مدت طولانی از روش تدخین استفاده کرده اند به کار می برند. تریاک را معمولاً بعد از غذا می خورند. در این روش مصرف وسیله و اثری دال بر مصرف وجود ندارد

تزریق

در این روش تریاک را در آب حل کرده و در یک قاشق می ریزند و آن را کمی حرارت می دهند سپس آن را روی تکه پنبه یا اسفنج می ریزند و با سرنگ می کشند و داخل ورید تزریق می کنند معمولاً معتادان بی بضاعت از این روش استفاده می کنند وجود سرنگ های کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی ماده است.

از هروئین را روی چالی پشت انگشت شست خود می ریزند و بعد از این طریق استنشاق می کنند. تزریق: در این روش هروئین را با آب لیمو، جوهر لیمو، یا قرص ویتامین C در قاشق حل کرده و کمی حرارت می دهند، سپس از طریق سرنگ به زیر جلد یا داخل ورید تزریق می کنند.

هروئین یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است، هروئین پودر بسیار نرم و سفید رنگی است که اشکال بسیار ناخالص آن قهوه ای رنگ می باشد. هروئین را در تکه های پلاستیک به شکل مخروطی بسته بندی می کنند و سر آن را به آتش می بندند. در این حالت آب در آن نفوذ نمی کند و در مواقع خطر می توانند آن را ببلعند و پس از دفع از آن استفاده کنند بسته های هروئین نیم گرمی، ربعی (۴/۱ گرم)، ۵/۲ و ۵ گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً ۵ تا ۱۰ درصد هروئین دارد و بقیه آن شیر خشکر پودر بیکربنات و پودر گلوکز است.

کدئین

ماده سفید رنگی است که به صورت قرص های خالص یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپرین یا شربت های ضد سرفه مورد استفاده معتادان قرار می گیرد. مصرف مکرر و بدون دلیل و یا با بهانه های بی مورد قرص های آسپرین - کدئین یا استامینوفن - کدئین نشانه ای از اعتیاد است.

مرفین

پودری سفید یا کرم (گاهی به رنگ قرمز آجری) تلخ مزه و بی بو است این ماده در حالت خالص نرم یا ورقه ای و به رنگ سفید تا زرد کم رنگ می باشد. مرفین به صورت آمپولهای ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی مورد مصرف پزشکی قرار می گیرد به صورت زیر جلدی داخل عضلانی و داخل وریدی مصرف می شود.

روش های مصرف هروئین

تدخین: در این روش هروئین را روی زرورق سیگار می ریزند و از زیر با دستمال کاغذی لوله شده و یا تکه های مقوای باریک که با کبریت آتش زده شده باشد کمی حرارت می دهند و دود حاصل را از راه دهان بالا می کشند، گاهی هروئین را با باربیتورات ترکیب نموده و تدخین می کنند که به نام سیگار اژدها معروف است وجود تکه های دستمال کاغذی لوله شده نیمه سوخته یا تکه های باریک مقوا و یا زرورقی که رویه آلومنیومی آن سیاه شده باشد علامت مصرف تدخین هروئین است. استنشاق (دماغی): در این روش که معمولاً توسط معتادان غیر حرفه ای مورد استفاده قرار می گیرد، هروئین را روی کاغذ صافی می ریزند و با استفاده از اسکناس لوله شده آن را از طریق بینی بالا می کشند و یا اگر بخواهند که ذره ای از مواد هدر نرود مقداری

۳۱-۳-۴ حشیش

از سر شاخه های گیاه شاهدانه که بوته ای شبیه به گزنه است به دست می آید و ماده ای به رنگ خاکستری و گاهی قهوه ای مایل به سبز با قوامی سفت است.

حشیش نام اختصاری گیاه شاهدانه هندی است مهم ترین ماده مؤثر آن 9 - Tetrahydrocannabinol Delta است که در سیستم عصبی مرکزی فعال است.

حشیش به نام های ماری جوانا، جوینت، بنگ، گراس، علف ماری جوانا و پنی نیز معروف است. حشیش ممکن است از قسمت های مختلف گیاه تهیه شود که من Delta 9 - T.H.C

آنها متفاوت است.

روش های مصرف حشیش تدخین: معمولاً حشیش را گرم می کنند تا به صورت پودر درآید و سپس آن را با

توتون سیگار مخلوط می کنند و درون کاغذ سیگار می ریزند و می کشند. از خوردن: حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط می کنند و آن را می خورند، می جوند یا می نوشند.

داروهای مسکن - خواب آور مانند بنز و دیازپنی ها (دیازپام، کلردیازپوکساید، آگزازپام و ...) و باربیتوراتها (فنوباربیتال، سکوباربیتال، آموباربیتال، نیوباربیتال و ...).

قرص های ضد درد مانند استامینوفن - کدئین، اسپرین - کدئین و شربت های ضد سرفه و خلط آور حاوی

کدئین

آمفتامین هان:

قرص دیفنوکسیلات قرص بیپریدین

داروهای مسکن - خواب آور

داروهای مسکن - خواب آور داروهای هستند که ایجاد آرامش، رخوت و خواب آلودگی می کنند. مهم ترین آن هاربنزودیازپین ها (مثل: دیازپام، آگزازپام، لورازپام، فلورازپام و کلونازپام) و باربیتوراتها (مثل: فنوباربیتال، سکوباربیتال و نیتوباربیتال) هستند. این داروها از طریق گیرنده GABA (گاما آمینوبوتیریک اسید) در بدن عمل می کنند. نسبت به این داروها تحمل پدید می آید و نیز تحمل متقاطع (Gross Reaction) بین این داروها و الکل وجود دارد و این دسته از مواد وابستگی جسمانی و روانی ایجاد می کنند.

در طب این داروها به عنوان ضد اضطراب و ضد تشنج، شل کننده عضلانی و کمک بی هوشی تجویز می شوند.

مواد محرک با مواد محرک با وابستگی شدید)

کوکائین، آمفتامین، متیل فندیت، متا آمفتامین، متیلن دی اکسی آمفتامین، فن فرازین، دی اتیل برو پیون

مواد محرک با وابستگی کم

کافیین، نیکوتین، فنیل پروپانولامین، افدرین، سودوافدرین، تنوفیلین، فن فلورامین، استریکنین

پر شناخته شده ترین ماده محرک با وابستگی شدید کوکائین است. کوکائین از گیاه کوکا بدست می آید که بوته ای در مناطق مرتفع کوههای آند و نواحی شمال غرب رودخانه آمازون در آمریکای جنوبی رشد می کند. در آسیا و مناطق دیگر جهان ه گونه های بدون کوکائین رشد می کنند. در افسانه های آمریکای جنوبی گفته می شود که از قدرت های

ماوراء الطبیعه ریشه می گیرد و اینکاها می گویند هدیه ای از خدای خورشید و دارای قدرت های جادویی است. موارد مصرف اینها در مردمان کوههای آند: - در مراسم مذهبی - به عنوان دارو - در جنگل ها - مسافرت پیاده در مسافت های طولانی - برای کاهش گرسنگی و خستگی و ایجاد سرخوشی - جویدن برگ کوکا و نوشیدن چای کوکا

جویدن برگ کوکا در دهان ایجاد یک ماده قلیایی می کند که از داخل گونه و زیر زبان جذب می شود و کوکائین بلعیده شده با بزاق از دستگاه گوارش جذب می شود و دهان را بی حس می کند و اثر محرک تا ۱ ساعت می باشد.

کو کائین:

با شکل هیدروکلراید کوکائین برای انفیه یا تزریق بکار می رود

نمک هیدروکلراید کوکائین از سولفات کوکائین مشتق از برگ کوکا به دست می آید

کوکائین اولین بار در سال ۱۸۵۵ ساخته شد و تا سال ۱۸۸۰ مطالعه ای بر روی آن انجام نگرفت و در سال ۱۸۸۶ (جان پمبرتون برای اول جدیدش به نام کوکا بکار برد و به علت انرژی را گرفت. بعد از مدتی دیدن عوارض کوکائین و مکوکا بکار برد و به علت انرژی زایی کوکائین مورد پذیرش عمومی قرار بدن عوارض کوکائین و مخالفت ملی برای استفاده از این ماده در نوباره در سال ۱۹۰۳ کوکائین را از کوکا حذف کرد و متعاقب آن در سال ۱۹۲۰ خرید و فروش کوکائین نیز غیرقانونی اعلام شد در دهه ۷۰ مردم مصرف کوکائین، را به عنوان ماده ای تفریحی استفاده کردند و در بسیاری از فیلم ها و کتاب ها یک فعالیت اجتماعی روشنفکرانه و عمومی قلمداد شد و در اواسط دهه ۸۰ بسیاری از مردم کوکائین را در مقادیر بالا مصرف می کردند که متخصصان و مردم خطرات مصرف این دارو را متوجه شدند و در دهه ۹۰ افرادی که مصرف تفریحی کوکائین داشتند کاهش زیاد پیدا کردند اما افرادی که مصرف سنگین کوکائین داشتند مختصری کاهش یافتند. اسامی مختلف کوکائین یا کوک Coke ر برف Snow (خانم ready rock , Lady

و نوع تدخینی آن کراک، bong, freebase, Base, Crack

کوکائین ماده قلیایی و پودر سفید رنگی است که بی حسی موضعی بوجود می آورد و محرک بسیار گران است.

روش های سوء مصرف خوراکی ز یک ساعت بعد از خوردن، غلظت خون در مغز، به حداکثری می رسد که اثر آن در خوردن ۳۰ تا ۴۰ درصد است.

انفیه: ۱۲ تا ۳۰ دقیقه بعد غلظت خون در مغز به حداکثر می رسد که قبل از اواسط دهه ۸۰) شایعترین شکل مصرف بودا و ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بعد از اولین دوز مصرفی آماده دوز دوم می باشد و دیواره داخل بینی بی حس می شود و دسترسی زیستی ۲۰ تا ۶۰٪ است.

ادمندان مرارا لمره (تزریق: سریرعا غلظت خون در مغز به حداکثر می رسد (در فاصله بین ۱۰ تا ۱۵ ثانیه به مغز می رسد و ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بعد آماده مصرف دوز دوم است و احتمال مصرف با هروئین بیشتر است.

تدخین: سریرعا غلظت خون را به حداکثر می رسد (در فاصله بین ۶ تا ۸ ثانیه به مغ می رسد) و خطر مسمومیت و شروع اثر تزریق و تدخین از بقیه شیوه ها سریرعتر است و در تدخین شروع اثر سریرعتر اما مقدار کمتری کوکائین به مغز می رسد (نسبت به تزریق) و دسترسی زیستی تدخین ۵۰ تا ۶۰ درصد تزریق است. کوکائین: در ترکیب با سوء مصرف سایر مواد: - با الکل، ماری جوانا، هروئین مصرف می شود. - ۷۵ درصد مرگ های ناشی از کوکائین هنگامی است که با سایر مواد مصرف شده است بخصوص همراه الکل که مقادیر کم آن هم خطرناک است. - ۵۳ درصد مصرف کننده های مواد محرک، ماری جوانا هم مصرف می کردند. - ۳۵ درصد الکل ۲۰ درصد داروهای تسکین بخش - خواب آور - ۱۱ درصد هرویین (که سرخوشی را زیادتز کرده و عوارض تحریک زیاد از حد را کاهش می دهد).

انواع کوکائین

خم کوکا تدخین ۴۰ Bazooka • تا ۸۵ سولفات کوکائین دارد که شیره و عصاره خام ناپرورده برگ کوکا است؛

۲. چایی کوکا نوشیدن (از برگ کوکا)

۳. هیدروکلراید کوکائین

خوراکی show_short قرص های ۱۳۵Mg قابل حل

موضعی shiff_toot پودر (۱۰ تا ۳۰Mg پودر در هر لحظه)

انفیه shoot_Mainline

تزریق Coke

۴. کوکائین قلیایی تدخین Rock, Bong

یا کراک Base,free base

که از ترکیب جوش شیرین و گرد مخمر و آب تشکیل می شود و هنگامی که آب بخار شد یک تکه کریستال باقی می ماند؛

۵. محلول TAC (تتراکابین آدرنالین کوکائین) موضعی ۳۰

| آمفتامین ها

تاریخچه آمفتامین

در سال ۱۸۸۷ ساخته شد و تا سال ۱۹۳۰ دانشمندان چیزی از اثرات محرک آن نمی دانستند برای درمان اثرات الکل افسردگی، استفراغ در حاملگی چاقی در آن سال ها تجویز می شد، تا این که در سال ۱۹۳۰ گزارش هایی در مورد ایجاد وابستگی به آن منتشر و داروهای از آمفتامین ساخته شد.

علی رغم واکنش ها و عوارض آن در دهه ۴۰ و ۵۰ مصرف می شد؛ توسط دانشجویان و راننده های کامیون و ... در جنگ جهانی دوم سربازان انگلیسی، آمریکایی، آلمانی، ژاپنی از این ماده استفاده می کردند و ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ قرص در جنگ جهانی دوم به ارتش آمریکا فروخته شد. بسیاری از پژوهش ها بر روی این سربازان انجام شد و اولین اپیدمی بزرگ آمفتامین در ایالات متحده آمریکا (USA) در اواسط دهه ۶۰ بود ۱۳/۵ درصد دانشجویان در ۱۹۶۹ آمفتامین را حداقل یکبار مصرف کرده بودند، در سال ۱۹۷۸ مصرف آمفتامین به علت مصرف کوکائین پایین آمد و در اولین دهه ۹۰ دوباره مصرف آمفتامین سیر صعودی خود را از سر گرفت و در سال ۱۹۹۷ به آهستگی کم شد/ آمفتامین عمده ای که در دهه ۹۰ مصرف می شد (متامفتامین با نام ICE یا کریستال بود و در سال ۲۰۰۱ دوباره سیر صعودی پیدا کرد.

SPEED) متامفتامین یا کریستال

این دارو جزو طبقه داروهای محرک است و نام های تجارتي آن شامل دکسیرین، دیزیو کین و بی پریدین و متدرین، اپدرو است/ در پزشکی این دارو در اعتیاد سبب سیاسی و کردی)

درمان اختلالات کمبود توجه، و کنترل وزن به کار می رود و مشابه آمفتامین است ای اثرات بیشتری بر سیستم عصبی مرکزی وارد می کند و اثرات کمتر بر سیستم قلبی عروقی و گوارشی ایجاد می کند و نسبت به آمفتامین بهتر در آب حل می شود و تزریقش بهتر است. مصرف این دارو با بروز پدیده تحمل همراه است. این ماده به شکل قرص، پودر و دانه های کریستالی وجود دارد. مدت اثر این دارو ۲-۴ ساعت است و طریقه مصرف آن خوراکی، تزریقی و تدخین است.

ICE

بلور بزرگ و شفاف با درصد بالایی از خلوص (بالای ۹۰ درصد) چون بلور بزرگ و شفاف است مشکل می شود به آن مواد اضافی افزود. و برای معتادان مطلوب است به شکل دانه کریستال باشد.

طریقه مصرف

تدخین که دود آن بی بو است و با پایپ شیشه ای آن را تدخین می کنند و باقی مانده دارو در پایپ قابل مصرف دوباره است.

شکل مصرف

در ابتداء خوردن و سپس تزریق است و همراه با ریتالین در آب حل نمی شود. مصرف آن باعث آبه و انسداد رگهای کوچک می شود و به ریه و شبکیه آسیب می رساند.

اکستازی

متلین دیوکسی مت آمفتامین MDMA که به عنوان اکستازی آی . پارتی، دیسکو دنس، دیسکوبیسکوئیت، موزیک آگس، رقص اکس هم شناخته می شود شبه - آمفتامین مصنوعی است با خواص توهم زایی و تحریک کنندگی، این دارو که دارای خواص و اثرات مخرب کم نظیری است از تولید به مصرف آن در جولای ۱۹۸۵ با قرار گرفتن در طبقه 1 داروها (مواد غیر مجازی که دارای هیچگونه خواص و کاربردی های دارویی و پزشکی نیستند) غیر قانونی اعلام گردید. ولی در سال های اخیر مصرف آن به طور روز افزون در سراسر جهان از جمله ایران رواج یافته است و شاید بتوان گفت مهمترین اثر مصرف ترکیبی آن با سایر داروها، ایجاد احساسات عمیق و عادت پایدار در ردلبستگی و پیوستگی می باشد.

این دارو برای اولین بار در سال ۱۹۱۴ توسط آلمان تولید و روانه بازار مصرف گردید. ابتدا از آن به عنوان سرکوب کننده اشتیاق (برای مصرف داروها در جلسات روانکاو و روان درمانی بیماران روانی استفاده می شد. در دهه ۱۹۵۰ نیروهای نظامی ایالات متحده آن را به صورت دارویی مرکب مورد آزمایش قرار دادند و در سال ۱۹۵۳ پژوهش در پنتاگون و سازمان جاسوسی آمریکا بر روی موش، میمون، خوک و سگ انجام می گرفت ولی در اواخر دهه ۱۹۶۰ برای اولین بار اکستازی به طور وسیع مورد استفاده انسان ها قرار رفته این دارو توسط افرادی با تفکرات آزادیخواهانه هواداران ورزشی، جوانان کنجکاو و جستجو گر و افرادی که علاقه مند به ایجاد احساس بهزیستی و تسهیل گری در ارتباطات بین فردی بودند شناسایی و مورد تبلیغ قرار گرفت و ابتدا مورد مصرف غربیان و اروپائیان بوده است و در ادامه به شرق و آسیا نیز راه یافت.

به دلیل توانایی MDMA در ایجاد صمیمیت، گرمی و باز بودن روابط تا قبل از سال ۱۹۸۵ که این دارو ممنوع شد توسط تعدادی از پزشکان و متخصصان داروی ایده آلی برای افزایش سرعت فرآیند درمان بیماران روانی به شمار می رفت.

MDMA امروزه به علت توانایی این ترکیب دارویی برای ایجاد احساس پیوستگی بین فردی و هیجان حرکتی که همراه با رقصیدن می تواند لذت بخش و ممنوع باشد. آنرا به داروی ایده آل مهمانی تبدیل و در بین جوانانی که در پارتی ها و میهمانی های شرکت می جویند. رایج نموده است. علیرغم مصرف گسترده آن، در اوایل دهه ۱۹۸۰ از طریق

رسانه های جمعی مورد توجه قرار نگرفت. این گمنامی از طریق شبکه توزیع آن در تگزاس که اقدام به تلاش شدید برای بازاریابی MDMA نمود تغییر کرد. به گونه ای که برای یک دوره زمانی خاص در، پیش خوان بارها و فروشگاه های بزرگ و حتی از طریق دوره گرد ها قابل دسترسی بود و این مصرف گسترده و سریع مورد توجه رسانه های سناتور تگزاس قرار گرفت، وی از دولت فدرال درخواست نمود و متعاقب این ترکیب دارویی بر مبنای اضطراری در یکم جولای همان سال یعنی ۱۹۸۵ در طبقه اول داروها قرار گرفت. گرچه این موضوع با اعتراضات برخی از منابع صاحب نام مواجه شد اما با توجه به مسمومیت عصبی در مصرف غیر مجاز آن MDMA برای همیشه در طبقه اول داروها قرار گرفت. به رغم این قانون این دارو توانایی بالایی در سوء مصرف شدن دارد.

مواد توهم زا

مواد توهم زا دسته ای از مواد هستند که سبب ایجاد تغییراتی در خلق و ادراک می شوند. اسه دسته این گروه از مواد: لیزرژیک اسید دی اتیل آمید ((L.S.D)) است که به اشکال مختلف مانند قرص نقره ای خاکستری رنگ پودر سفید رنگ، کپسول و مایع صاف و روشن و بدون رنگ و بو یافت می شود و تحمل نسبت به این داروها خیلی سریع و پس از ۳ تا ۴ روز مصرف مستمر پدید می آید. اگرچه وابستگی جسمانی نسبت به توهم زاها بوجود نمی آید و با قطع مصرف آنها علائم ترک ظاهر نمی شود، اما وابستگی روانی می تواند با یاد آید

و اسامی خیابانی آن عبارت است از: شیشه، پنجره، اسی، حبه، قرص، آسمون آبی، کاغذ خشک، سفر می باشد

L.S.D

نخستین دارویی است که در گروه توهم زاها قرار گرفت تاریخچه اولین بار در سال ۱۹۴۸ توسط شیمی دان و پیسی به نام دکتر هافمن ساخته اند، اما خواص آن در سال ۱۹۴۲ زمانی که به سوری العافی توسط دکتر هافمن مصرف شد، مشخص گردید این ماده در دهه :

مشخص

گردید این ماده در دهه ۱۹۶۰ شهرت خاصی پیدا نمود و به مرور امان از استعمال آن توسط مردم کاسته شد، لیکن در دهه ۱۹۹۰ مجددا در میان دبیرستانی ها و دانشجویان شهرت پیدا کرد و به عنوان ابزار جنبش ضد فرهنگ در غرب مورد استفاده قرار گرفت. این دارو در حال حاضر هیچ گونه استفاده پزشکی ندارد. گرچه در دهه ۱۹۵۰ از آن با نام (Delgsid) برخی از روانپزشکان برای درمان احساسات سرکوب شده استفاده می کردند. سازمان سیا (CIA) نیز آزمایشات خود را بر روی انسان و به صورت مخفیانه جهت بازپرسی از متهمان انجام می داد. در سال ۱۹۶۶ استفاده از این ماده در آمریکا به دلیل پیامدهای بهداشتی و درمانی آن ممنوع اعلام شد.

مدت اثر

تأثیرات روانی این ماده (۳۰ تا ۶۰ دقیقه پس از مصرف شروع می شود و حدوداً (۱۲) ساعت باقی می ماند و اوج این تأثیرات حدوداً (۴ ساعت پس از مصرف است که به آن ۲ ساعت اول Trip (سفر) می گویند. تأثیرات روانی این ماده وابسته به وضعیت جسمی فرد مصرف کننده و نیز محیطی است که وی در آن قرار دارد که اگر خوب و مساعد باشد به آن Good Trip (سفر خوب) می گویند و اگر بد باشد از آن به Bad trip (سفر با یاد می کنند.

این ماده غالباً به شکل قرص و یا کاغذ خشک کن یافت می شود که غالباً همراه با الکل و یا آب بلعیده می شود.

فن سیکلیدین (PCP)

در دهه ۱۹۵۰، فن سیکلیدین (PCP) به عنوان داروی بیهوشی ساخته شد، لیکن به علت ایجادار وان آشفتگی و گمگشتگی مصرف آن ممنوع اعلام شد

پس از آن به عنوان داروی بیهوشی برای حیوانات استفاده شد. که در دهه ۶۰ و به سرنیلان مرسوم بود. امروزه تمامی PCP کشف شده در ایالات متح آزمایشگاه های غیرقانونی تولید می گردد، این ماده در شکل خالص آن پودر کریستال سفید رنگی است که به راحتی در آب حل می شود لیکن بیشتر PCP موجود در بازار قاچاق به شماری از مواد آلوده شده که موجب تغییر رنگ آن از اجری تا قهوه ای و تغییر شکل آن از پودر تا آدامس مانند متفاوت می باشد. مواد شیمیایی مورد نیاز برای ساخت PCP بسیار سهل الوصول و ارزان بوده و روند تولید آن نیازمند معلومات ابتدایی شیمی و آزمایشگاهی است فرم مایع PCP در واقع PCP حل شده در اتر می باشد.

۳-۴ علائم تشخیص اعتیاد در معتادین به مواد مخدر

۱. تمایل به کناره گیری از بستگان و معاشرت با دوستان مشکوک ۲. مخفی نگهداشتن اعتیاد از دید خانواده

۳. حالت خواب آلودگی و افسردگی و عدم تحرک

۴. درخواست مکرر پول از افراد به بهانه های مختلف

۵. پررویی، یلوه گویی و دروغگویی

۶. تضعیف حافظه، عدم احساس مسئولیت و وقت شناسی

۷. خیره شدن به یک نقطه و عکس العمل های همراه با مکث و تردید

۸ کاهش یا افزایش اشتها و تمایل بیشتر به کشیدن سیگار و مصرف چای

۹. وجود اثرات سوختگی در انگشتان و لباس ها و کشف وسایلی از قبیل دستمال کاغذی لول شده و چوب کبریت تمام سوخته و زرورق آلوده و پول سوخته

۱۰. استعمال داروهای خواب آور

۱۱. وجود نقطه های آبی یا سیاه بر روی بازو و ساق و حتی پشت دست معتاد

۱۲. تغییر حالت غیر طبیعی مردمک چشم

۱۳. در صورتیکه شخص مشکوک به اعتیاد به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت به طور مداوم تحت نظر قرار گیرد علائمی مانند تشنج دردهای شدید عضلانی، توهم و ناراحتی عصبی ظاهر خواهد شد.

۱۴. پلک زدن

۱۵. خمیازه کشیدن

۱۶. آبریزش بینی

۱۷. بیوست (بیشتر در تریاکیها).

۳-۵ ویژگی های شخصیتی که افراد را در معرض اعتیاد قرار می دهد

بر طبق نظریه شناخت درمانی، بسیاری از معتادان ویژگی هایی دارند که آنها را در معرض اعتیاد قرار داده است. این ویژگی ها عبارتند از:

۱. حساسیت بیش از حد به احساسات ناخوشایند خود و دیگران

۲. کمبود انگیزه برای کنترل رفتار

۳. تکانشگری

۴. هیجان طلبی، تحمل کم و بی حوصلگی

۵. آستانه پایین تحمل ناکامی ها

۶. نداشتن روش های مورد قبول اجتماع جهت کسب لذت . ۷. احساس ناامیدی در مورد رسیدن به اهداف

اعتیاد عمدتاً دنبال اضطراب شروع شده و سپس با بروز خلق افسرده، فرد را به خود درمانی مواد مخدر ترغیب می کند این رفتار به نوبه خود منجر به بروز مشکلات اقتصادی، اجتماعی و پزشکی می شود که اضطراب را تشدید می کند و بیمار سعی می نماید با مصرف بیشتر آن را کنترل کندو به این ترتیب این حلقه ط معیوبادامه می یابد

فصل چهارم

اثر مصرف مواد مختلف

۴-۲ آثار جسمانی - روانی مصرف مواد مختلف

آثار مصرف حشیش

آثار حشیش بستگی به قدرت و نوع ماده مصرفی و مقدار مصرف و م انتظارات فرد مصرف کننده دارد. در صورت تدخین، آثار آن فوری ظاهر شده و ۳ تا ۴ ساعت باقی می ماند و اگر به صورت خوراکی مصرف شود آثار آن دیرتر ظاهر شده ممکن است تا ۲۴ ساعت باقی بماند. این آثار عبارتند از: تغییرات رفتاری با روانیسر خوشی و خنده خود به خود، درک قوی تر رنگ، صدا و موسیقی، احساس کند شدن زمان به جهت تأثیر بر این که روی حافظه و درک زمان اثری می گذارد اختلال توجه و تمرکز، اختلال در حافظه و قضاوت، اضطراب و افسردگی علائم سایکوتیک مثل توهم و هذیان (حشیش قند خون را پایین آورده و نشئه خوری را زیاد می کند (به شیرینی جات) تمایل بیشتری دارند)

قرمز شدن چشم ها که تا 1 ساعت قرمز می ماند و به طور فیزیولوژیکی از بین می رود که افراد معتاد برای از بین رفتن سریع این علامت از قطره نفازولین استفاده می کنند.

- عدم تعادل حرکتی - افزایش ضربان قلب - کار دستگاه لیمبیک (تغییر در خلق و شناخت را مختل می کند - درک بینایی - چشایی - لامسه - بویایی - مختل می شود - خشکی دهان - سوءظن به همه چیز و همه کس - همدلی کمتر می شود - توالی حرف زدن به هم می ریزد - کاهش درک عواطف دیگران

ی بی مورد و عجیب مثلا ممکن است ترک دیوار برایشان بسیار خنده اور باشد:

- احساسات پارانوئیدی پیدا می کند و احساس می کنند بدن مال خودشان نیست بلکه بدن دیگری مال اوست، (مسخر می شود و در مقادیر بالاتر، سایکوز ایجاد می شود که بستری کردن ضرورت می یابد و فوق العاده نادر است، زیرا حرفه ای ها به این مرحله نمی رسند و آماتورها نیز با مقدار پایین شروع می کنند.

کاربرد طبی مصرف حشیش

با بیماران سرطانی که دچار کاهش وزن می شوند با مصرف ماری جوانا اشتهای نادر پیدا می کنند.

- خاصیت آنتی بیوتیکی - ضد درد - و در بعضی از تومورهای سرطانی می تواند باعث عدم رشد شود

- در بیماران آسمی مصرف ماری جوانا حملات آسمی را کاهش می دهد.

- در درمان آب سیاه چشمی باعث کاهش محسوس فشار چشم می گردد در بیماران عصبی یعنی MS خاصیت درمانی دارد و کمک می کند که بیماری کنترل شود و قدرت عضلات را بر می انگیزد.

چند نکته

بافت هایی که THC حشیش را جذب می کنند عبارتند از: مغز - غدد آدرنال - کبدتخمدانها - بیضه ها

مهمترین راه دفع: مدفوع و سپس ادرار می باشد

کسی که سوء مصرف حشیش دارد ۱ تا ۳ روز جواب آزمایش مثبت دارد.

THC بیش از ۵۵ متابولیت دارد که برای اینکه بدن از اثرات ۵۵ متابولیت THC پاک شود ۳۰ روز لازم است

- آثار مصرف مواد افیونی : آثار مصرف مواد افیونی تا ۸ ساعت پس از مصرف باقی می ماند. تغییرات رفتاری یا روانی ابتدا سرخوش و سپس، بی تفاوتی، کج خلقی و پرخاشگری و بیقراری یا کندی و اختلال قضاوت

- تهوع و استفراغ

- کاهش احساس درد

- احساس گرما و گرگرفتن و خارش بینی

- سنگینی دست و پا و رخوت

- خشکی دهان

- کاهش فشار خون

- انقباض مردمک

- انقباض عضلات صاف و مجاری صفراوی

- افت عملکرد

آثار مصرف داروهای مسکن - خواب آور:

آثار مصرف این داروها معمولاً چند ساعت تا یک روز باقی می ماند این آثار عبارتند از :

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی مختصر، رفتار نامناسب جنسی، پرخاشگری، اختلال های در کی، اختلال قضاوت) - گیجی و رخوت و خواب آلودگی - شل شدن عضلات - بهم خوردن تعادل - اختلال عملکرد شغلی و عملی

- آثار مصرف کوکابین) :

- تحریک مرکز لذت مغز - سرخوشی - افزایش انرژی - تمرکز و هوشیاری بیشتر - خود اتکایی و اعتماد به نفس بالا - کاهش اشتها: در مصرف کم

- افزایش ضربان قلب، فشار خون، تنفس و دمای بدن کاهش دمای پوست (به علت انقباض رگهای زیر پوست)

در مصرف بالاتر :

سرخوشی همراه با تحریک، بصورت افزایش تمرکز، پرحرفی، تکرار اعمال، افزایش میل < جنسی و تغییر رفتاری جنسی

- آثار مصرف آمفتامین ها:

آثار مصرف آمفتامین ها معمولاً یک تا دو روز طول می کشد، این آثار عبارتند از : انرژی و فعالیت را افزایش می دهد (حس اطمینان به خود را افزایش می دهد، شادی و مهربانی و کلا احساسات مثبت را بالا می برد موجب

سرخوشی، بی اشتهایی، کاهش خستگی و پرحرفی می شود

در مصارف مکرر:

ضربان قلب و تنفس و فشار خون را زیاد می کند و بی خوابی و لرز و تحریک پذیری بوجود می آورد و نیز با پدیده تحمل همراه است

- مصرف بالاتر

- افزایش ضربان قلب، فعالیت های حرکتی تکراری (مثلاً کوبیدن انگشت روی میز به صورت غیر ارادی)

- مصرف خیلی بالا:

در تشنج، اغماء، مرگ

- آمفتامین از مرحله حرکت سریع چشم در خواب (که همراه خواب دیدن است) ممانعت بعمل می آورد.

کاربردهای طبی:

نارکولپسی (حملات مکرر خواب)

چاقی: - اثرات بر روی رفتار: طبق پژوهش ها: مستقیماً فعالیت ها را افزایش نمی دهد بلکه خستگی و بی حوصلگی را پایین می آورد و هوشیاری را بالا می برد و در نتیجه وضعیت فعالیت ها را افزایش می دهد.

در ورزش: خیلی کم اثر افزایش دهنده دارد و خطرات زیادی را به وجود می آورد که شامل بالا رفتن درجه حرارت بدن، و حتی مرگ می شود.

آثار مصرف متامفتامین یا کریستال

- افزایش فعالیت، پرحرفی افزایش انرژی، کاهش خستگی، بی اشتها، سرخوشی، -
افزایش سطح هوشیاری

- تحریک پذیری، طپش قلب، افزایش فشار خون، بی خوابی

اثرات عادی مصرف کنندگان تا ۱۲ ساعت باقی می ماند و در مصرف بیش از حد و کار آن: فرد مصرف کننده غذا می خورد در مرحله Crash و در قطع مصرف: خسته و افسرده است.

- اثرات شبیه اکستازی:

شکل دارو: قرص (۱۴۰ تا میلی گرم mta)

mdma به طور معمولی از طریق خوراکی (دهان) و به شکل قرص مصرف می شود و مقدار مصرف آن معمولاً ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی گرم است اثرات اولیه بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه پس از مصرف تجویز می شود و آثار آن به صورت ناگهانی مانند سرخوشی ناشی از آمفتامین آغاز می گردد و گاهی با تهوع خفیف و بعضی اوقات شدید که اغلب احساس اولیه را همراهی می کند باعث بهم خوردن تعادل فرد می شود در حدود ۲ تا ۴ ساعت بعد مرحله اوج پدیدار می شود.

اثر دلخواه اصلی آن احساس عمیق وابستگی استراحت و آرمیدگی است همچنین تعدادی از افراد که تحت تأثیر دارو هستند احساس بیقراری خفیفی می کنند از دیگر اثرات جانبی دارو که به صورت عمومی تجربه می شود

- قفل شدن فک ها

- سائیدن دندان ها به یکدیگر

- عرق کردن

- کاهش اشتها و برافروختگی

اگر چه تمایلات جنسی می تواند افزایش یابد و توانایی رسیدن به ارگاسم برای مردان و بر انگیزندگی برای زنان بطور چشمگیری کاهش می یابد. مصرف کنندگان MDMA (اضطراب و افسردگی) بی اشتهایی روانی و انگیزش کلی کاهش یافته را نیز بعضی اوقات برای روزهای متوالی تجربه می کنند.

مکانیسم عمل

مکانیسم محل اولیه MDMA تأثیر بر نظام (سروتونین 9 است و نیز تعداد دیگری از گیرنده ها را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. MDMA بوسیله نرونهاي دارای سروتونین جذب می شود و منجر به آزاد سازی سروتونین انباشته شده و سپس باز جذب می شود مانند دیگر داروهای مورد سوء مصرف به جز کوکائین MDMA دارویی آشفته ساز است که نرونهاي حاوی سروتونین و دوپامین به علاوه مجموعه ای از نظام های انتقال دهنده عصبی را تحت تأثیر قرار می دهند. تأثیرات تغییر دارو مانند بی اشتهایی، برانگیختگی روانی - حرکتی، ایجاد اشکال در تکمیل چرخه پاسخ جنسی انسان، احساس همدردی و هم حسی را نیز می توان به عنوان اثرات ایجاد شده از طریق نظام سروتونین اشباع شده توصیف نمود به دلیل مکانیزم فیزیولوژیکی این ترکیب دارویی الگوی مصرف این ماده آثار مصرف مواد مختلف غیر معمول است یافتن الگوی مصرف افزایش یابنده با این دارو معمول نیست از آنجا که این دارو منجر به تخلیه انباشته های سروتونین می شود مقادیر بعدی افزایش کمتری دارد و با افزایش جانبی به جای افزایش اثر مورد دلخواه همراه می گردد افراد که این دارو را مصرف می کنند، سریع این موضوع را کشف نموده و الگوی مصرف خود را تطابق می دهند. به علاوه بیشتر مصرف کنندگان که برای اولین بار با این ماده مواجه می شوند علاقه آنها با ذکر اثرات جانبی قبلی کاهش می یابد. ضرب المثلی نیز در این باره وجود دارد که این پدیده را بهتر نمایان می کند. تازه واردها به آن عشق می ورزند، سال دومی ها دوست دارند، سال سومی ها نسبت به آن تمایل متضادی دارند و سال چهارمی ها از آن می ترسند و کسانی که مصرف داروها را مدت طولانی

ادامه می دهند به طور معمول تمایل به مصرف پیوسته آن ندارند و ترجیح می دهند آن را به صورت دوره های متناوب مصرف نمایند. در تابستان ۱۹۹۲ بیش از ۱۵ حرکت ناشی از اکس تیس در انگلستان گزارش شده که به نظر می رسد این مرگ و میرها با مشخصه های معین از هر نشانگان:

(۱) این ماده غالباً توسط جوانان و نوجوانان مورد سوء مصرف قرار می گیرد بنابراین اولاً بزودی باعث عوارض ناشی از اعتیاد نمی شود و ثانیاً برای ترک آن به مسایل و مشکلات این قشر توجه ویژه نمود.

(۲) افرادی که بیماری عاطفی دارند با مصرف MDMA و همخوانی دارند مصرف این ماده اثرات عمیقی بر اضطراب و خلق آنها دارد. فردی که به کوکائین وابسته است افسرده است و مصرف این دارو احتمال دارد وی را بیشتر افسرده کند این افسردگی در طی روزهای اندکی به سمت خطر اولیه بازگشت خواهد کرد اگر این حالت پایدار بماند. شاید درمان دارویی و یا هر درمان روانشناسی دیگر را بتوان توسعه داد. اثرات ذهن MDMA (مرحله فلات) |

(۱) افزایش توانایی تعامل و تماس با دیگران

(۲) تغییر ادراک زمانی

۳. کاهش دفاعی بدن

۴. تغییر در ادراک بینایی

۵. افزایش آگاهی از هیجانها

۶. کاهش پرخاشگری

۷. تغییرات گفتاری

۸. کاهش وسواسی بودن

۹. کاهش بیقراری

۱۰. کاهش تکانشی بودن

از اغتشاشات غالباً در گرما و در موقعیت های شلوغ به وجود می آیند برخی از باشگاه هایی که اغتشاشات را سازماندهی می نمودند، عرضه آب را در تابستان برای افزایش سود فروش، شیشه های آب قطع نمودند، در هوای گرم تغییرات جسمی و دی هیدروژنه شدن منجر به کاهش جذب مایعات و افزایش تعریق می شود که اینها اگر با اثرات دارو ترکیب شود باعث مرگ خواهد شد و آن زمان دولت انگلستان عرضه آب را در تمام باشگاه ها آزاد کرد و به طور آشکار مرگ و میرها متوقف نشد. مسمومیت عصبی

مهمترین مسئله در مورد مصرف این داروهاست، این مسئله موضوع تحقیقات زیادی بود که برخی از آنها بحث انگیز بوده اند. MDMA ممکن است آسیب پایداری بر نرونهاي سروتونین در پیمان های رده بالا مثل انسان بجا بگذارد، تلویحات کارکردی این اثرات قابل پرسش باقی مانده است و دیدگاه آسیب دیدگی نظام سر تونرژیک در انسان ها باید جدی قلمداد شود به طور کلی با بالا آمدن در نیردبان تکاملی پستانداران آسیب سروتونین بیشتری توسط MDMA بوجود می آید و برای انسان این بدین معنی است که MDMA ممکن است عامل اصلی مسمومیت آکسون های سروتونین که اسیبی پایدار است، باشد. این مسئله احتمالاً بر روی خلق به خصوص افراد مستعد بیماری های عاطفی هستند تأثیر منفی گذارد، در حالی که مصرف این ماده را در هیچ شرایطی نمی توان توصیه نمود. افرادی که دارای بیماری های عاطفی هستند، بخصوص ممکناست در خطر جدی باشند. قیمت بالای MDMA بین ۳ تا ۱۵ هزار تومان برای هر قرص مصرف گسترده آن را وخیم می کند و باعث می شود تا داروهای ارزانتتر جایگزین آن شود. جوانان که با MDMA وارد دنیای پر غوغا و اغتشاش مواد مخدر می شوند غالباً داروهای دیگری را نیز امتحان نموده و حشیش و گراس را به خوبی می شناسند. این دارو در خطوط شیمیایی زیر قرارداد

1. M.D.A (متیلن دیو کسی آمفتامین)

بنا بر پژوهش های شوینگن دارای آثار توهم زا می باشد و فرد تجربه بازگشت به گذشته را به همراه همدلی (Empathy) و پیوند جویی به همراه همدردی (Sympathy) را پیدا می کند مقدار ۸۰ تا ۱۶۰ میلی گرم اثری حدود ۸ تا ۱۲ ساعت را دارد.

MD.M.A (۴/۳ متیلن دیو کسی متامفتامین)

اثرگذاری آن سریعتر و بین نیم تا یک ساعت گزارش شده است، مستی و کیفوری آن تا ۲ ساعت که با تغییر هوشیاری با تظاهرات احساسی (Sensual) که فرد احساس آشتی جویی با اطراف پیدا می کند به تعبیر دیگر خشم، خودخواهی.

۳-۴ عوارض مصرف طولانی مواد مختلف

- عوارض مصرف طولانی حشیش

اعتیاد بر خلاف عقیده رایج بین مردم درباره اعتیاد آور نبودن یا سهولت ترک حشیش باید دانست که حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی در مورد مصرف طولانی و احساس

ولع شدید برای مصرف (Craving) می شود، گرایش به سوی مواد خطرناک تر مصرف کنندگان هروئین، تریاک و کوکائین غالباً اعتیاد را با حشیش آغاز کرده اند)

- التهاب و انسداد مزمن مجاری تنفسی
- عفونت های ریوی و سرطان ریه.
- کاهش تعداد و فعالیت اسپرم ها
- اختلال در سیکل قاعدگی و ایجاد سیکل های بدون تخمک گذاری.
- کاهش وزن و ایجاد نقایص مادرزادی در جنین
- عفونت مغزی و تشنج
- اختلال های روانی شدید و پایدار مانند: سایکوز دلیریوم.
- عوارض مصرف طولانی مواد افیونی به شدت اعتیاد آورند و تنها با چند بار مصرف نسبت به آنها وابستگی و تحمل ایجاد می شود
- بیوست - تیره شدن رنگ پوست
- کاهش میل جنسی و اختلال نعوظ در مردان
- بهم خوردن دوران قاعدگی در زنان
- تأثیر در جنین و سقط جنین و تولد کودکان ناقص الخلقه
- کاهش وزن و سوء تغذیه
- سرطان ریه
- پایین آمدن سطح سلامتی به علت بی توجهی به وضعیت بهداشتی و مراقبت های فردی
- تغییر ساعات خواب بیداری خواب آلودگی و چرت زدن در طول روز
- افسردگی
- تأثیر سوء در بافت های مغزی و افزایش آمادگی آسیب رسانی و حتی خودکشی
- قانون شکنی (افراد معتاد به قوانین جامعه توجهی ندارند)
- بی توجهی معتاد در جریانات سیاسی
- ناتوانی در فراگیری مهارت ها و کاربرد متناسب آنها که منجر به کاهش توله فردی، خانوادگی و ملی می شود

- اشاعه بیش از پیش جرم و جنایت از قبیل، سرقت، قتل، فساد - عوارض تزریق وریدی (آبسه عفونت های پوست، اندوکاردیت کزاز، ایدز، هیپاتیت B و انتقال آنها به دیگران)

- عوارض مصرف طولانی داروهای مسکن : خواب آور،

- افسردگی

- سردرد

- ناراحتی گوارشی

- آسیب کبدی - اختلال حافظه

عوارض مصرف محرک ها در مقادیر بالا

- آهسته شدن هدایت قلبی،

- تحریک پذیری بطنی و تخریب عصبی

- دوره های بالا رفتن فشار خون

- دوره های بالا رفتن درجه حرارت بدن

- تشنج و کاهش اکسیژن مغز

- خستگی و از پا افتادگی جسمانی

- حالت های سایکوتیک

- خشونت

- رفتارهای پرخطر (تزریق مشترک، تصادف با اتومبیل، بی بند و باری جنسی و...)

۴-۴ عوارض مسمومیت با مواد

- عوارض مسمومیت با کو کائین: فرد دچار حمله های قلبی، انقباض تپش قلب می شود.

- مسمومیت با MDMA (اکس تاسی): ۲-۴ دقیقه پس از مصرف خوراکی، یورش آفتمین ناگهانی و افزایش ادراک حسی تجربه می شود، این احساس همچنین به وسیله حالت تهوع خفیف و بعضی اوقات به اندازه کافی شدید که منجر به استفراغ می شود همراه می گردد این مرحله بلافاصله با مرحله فلات دنبال می شود.

۴-۵ علائم ترک مواد مختلف

- علائم ترک حشیش نشانگان ترک حشیش در کسانی دیده می شود که پس از مصرف دراز مدت مقادیر زیاد، اقدام به قطع ناگهانی مصرف می کنند این علائم چند ساعت پس از آخرین مصرف شروع می شود، در عرض ۸ ساعت به اوج می رسد و تا ۲-۳

روز باقی می ماند. این علائم عبارتند از: - تحریک پذیری، بی قراری و اضطراب - اختلال خواب و بی اشتها - تعریق و لرزش - اسهال، تهوع و استفراغ - دردهای عضلانی - افزایش درجه حرارت بدن

علائم ترک مواد افیونی

علائم ترک در کسانی به وجود می آید که ۱ تا ۲ هفته به طور مستمر از مواد افیونی استفاده کرده باشند. این علائم ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین مصرف تریاک، هروئین یا مرفین ظاهر می شوند و معمولاً روز دوم یا سوم به اوج می رسند و ۷ تا ۱۱ روز بعد از ترک فروکش می کنند. این علائم عبارتند از:

- گرفتگی، تحریک پذیری، افسردگی و بی خوابی

- گرفتگی عضلانی و درد استخوانی

- آبریزش از چشم و بینی - دل پیچه و اسهال - سیخ شدن موهای بدن - خمیازه، سسکه، عطسه اتساع مردمکها - بی نظمی درجه حرارت بدن (تب)، احساس سرما و لرز - تمایل شدید به مصرف مجدد این علائم پس از چند روز فروکش می کنند، اما بی قراری، تحریک پذیری، پرخاشگری، اختلال خواب، افسردگی و به خصوص اشتیاق برای مصرف مواد افیونی تا ماهها پس از ترک ممکن است باقی بمانند.

علائم ترک آمفتامین ها

علائم ترک در روز دوم تا چهارم بعد از قطع ماده به اوج خود رسیده، در طول یک هفته فروکش می کند. این علائم عبارتند از: - خستگی و افسردگی

- اضطراب و بی قراری دل - دیدن خواب های ناخوشایند

- اختلال خواب - افزایش اشتها - تهییج یا کندی روانی - حرکتی

فصل پنجم

پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد شیمیایی

مقدمه

با توجه به این که اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عود کننده است و عوامل و شرایط زیستی - روانی - اجتماعی منجر به گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر پس از

تکمیل دوره درمانی می شود، ضروری است که مراکز درمان اعتیاد پس از تکمیل دوره سم زدایی برای مدتی که احتمال عود بالاست ارتباط مراجعان با مرکز درمانی را حفظ نمایند. مطالعات مختلف نشان داده است که میزان عود در بین معتادان به الکل و مواد مخدر بسیار بالا است (دالی و مارلت ۱۹۹۲).

به عنوان مثال میلر و هستر (۱۹۸۰) در بررسی ۵۰۰ گزارش تحقیقی در مورد نتایج و اثربخشی برنامه های ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که ۷۵ درصد درمان افرادی که دوره درمان را کامل نموده بودند در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان، عود داشته اند/ کاتالوند) و دیگران در ۱۹۸۸ (به نقل از دالی و مارلت، ۱۹۹۲) گفته اند که

میزان عود در بین مصرف کنندگان مواد افیونی بین ۲۵ تا ۹۷ درصد بوده است. هانت و دیگران (۱۹۷۱) نشان دادند که حدود ۶۵ تا ۷۰ درصد الکلیها یا افراد الکلی، معتادان به مواد مخدر و مصرف کنندگان سیگار در فاصله یکسال پس از شروع درمان، عود داشته اند و به گفته آنها بیشترین عودها در فاصله سه ماه بعد از اتمام دوره درمان اتفاق افتاده بود. نتایج این مطالعات ضرورت پیگیری معتادان درمان شده را نشان می دهند و به نظر می رسد که پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان می تواند به موفقیت بیشتر مراجعان در پرهیز از مصرف مواد مخدر منجر شود. از آنجا که در سه ماه پس از درمان احتمال عود بالاست، مراجعان در این دوره باید ارتباط بیشتری با مراکز درمانی داشته باشند (مارلات، ۱۹۹۲).

۵-۲ پیشگیری از عود

یکی از مهمترین روانشناسانی که برنامه جامع پیشگیری از بازگشت را تهیه کرده است، (مارلات می باشد که مبدع برنامه رفتاری - شناختی پیشگیری از بازگشت است. او به جای تمرکز بر تاریخچه جنایی، شدت اعتیاد یا سایر خصوصیات فردی که ممکن است بازگشت را پیش بینی کند بر وقایع حول و حوش مصرف اولیه بعد از یک دوره ترک تکیه می کند. نقطه شروع زمانی است که مراجع در موقعیت های خطرناک بازگشت را تهدید می کند، قرار گیرد. او از پیش وقایعی را برای آینده بازگشت تعیین کرده است که هنگام وقوع آنها احتمال لغزش زیاد است. در صورتی که 1) پاسخ های مدارایی مناسب برای مقابله با موقعیت وجود نداشته باشد یا به هر دلیل اجرا نکردد و 2) مراجع نسبت به اثر مثبت مصرف مواد در آن موقعیت ها انتظارات مثبت داشته باشد، احتمال لغزش زیاد است.

مارلات از طریق فرآیندی که آن را اثر «نقض پرهیز نامیده است این مسئله را توضیح داده است این فرآیند بدین گونه است که لغزش با خود پنداره مراجع به عنوان یک معتاد بهبود یافته که برای پاک ماندن متعهد شده است در تناقض قرار می گیرد. این تا پایداری درونی موجب ناهماهنگی ناشناختی است که مراجع آن را به صورت احساس گناه، شرم و آشفتگی گروهی تجربه می کند (مراجع به منظور کاستن از هیجانانگ و مقابله با واکنش

های عاطفی متعاقب لغزش به مصرف مجدد مواد می پردازد. میزان ناهماهنگی شناختی وابسته به سطح کلی تلاش مراجع و مدت زمانی است که بدون مواد سپری کرده است. مارلات احتمال بازگشت را در زمانهایی که مراجع علت افزایش را درونی و پایا، میداند بیشتر برآورد می کند چون لغزش را غیر قابل کنترل قلمداد می کند.

- دلالت های ذهنی نظر مارلات عبارت است از: - هدف نهایی ترک است نه استفاده کنترل شده - کمک به مراجعان برای فهم محتمل بودن لغزش، اما این بدین معنی نیست که آنها گهگاه اجازه مصرف دارند. - لزوم آموزش های مدارا، انتظار (

پیش بینی)

، اجتناب، و مقابله با موقعیت های خطرزا - یادگیری پاسخ های کارآمد برای مدارا با لغزش - مخالفت با هرگونه انتظارات مثبت از مواد مخدر در مراجعان در یادآوری مشکلات اعتیاد.

۳-۵ عوامل مؤثر در عود

بازگشت به رفتارهای اعتیاد آمیز قبلی پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق به همان اندازه گرایش به سمت سوء مصرف مواد در وهله اول پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آنها در طراحی برنامه درمان هم برای موفقیت اقدام های درمانی هم برای پیشگیری از عود، حائز نهایت اهمیت می باشد. از نتایج مشاهدات بالینی و تحقیقات به عمل آمده در کشورهای غربی عوامل عود را می توان به چهار گروه عمده تقسیم نمود:

۱-۳-۵ عوامل فردی

این عوامل شامل ویژگی های فردی، نگرشی، مهارتهای اجتماعی، نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی می باشد. طول مدت اعتیاد نوع و مقدار ماده مورد مصرف میزان آسیب دیدگی شخصی و نقشی که سوء مصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می کند به نوبه خود می توانند در احتمال عود تأثیر بگذارد.

۲-۳-۵ عوامل بین فردی

به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده و دوستان نزدیک و خرده فرهنگ حاکم بر آن اشاره می کند. افراد عمده درگیر در این موارد (والدین، همسر، فرزندان، اعضاء درگیر خانواده و دوستان نزدیک) نگرش های آنان در سوء مصرف مواد و واکنش های منفی و مثبت آنان در مقابل سوء مصرف مواد یا ترک آن می تواند در تسریع یا پیشگیری از عود مؤثر باشند. برای نمونه، فرد معتادی که پس از ترک سوء مصرف مواد مجبور است با خانواده زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای آن به مشکل اعتیاد دچار

هستند، بیشتر در معرض عود قرار دارد، همین طور معتادی که علی رغم کوشش در ترک - مواد با عکس العمل منفی و طرد کننده اعضای خانواده خود مواجه شود و همچنان خود

را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و یا تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خودباوری خود را از دست داده و به عنوان نوعی راه حل مشکلات ناشی از این احساس مجدداً به دوستان معتاد پناه ببرد.

۵-۳-۳ عوامل اجتماعی

به موضوع هایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذراندن اوقات فراغت، داشتن مهارت های لازم برای استخدام، وجود امکانات کار اموزی و اشتغال، نگرش کار فرمایان نسبت به سوء مصرف مواد سابق، قوانین حاکم بر استخدام معتادان و بالاخره دیدگاه کلی جامعه در مورد مصرف مواد اشاره می کنند. نوجوانی که بخاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذراندن اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد همچنان در خطر عود عادت ها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. به همین ترتیب معتادانی که پس از ترک اعتیاد، تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در بازار کار را نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی رو به رو می شوند که برای فرار از آنها ممکن است به طرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل از افراد را به بازگشت به کار سابق، محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها محروم می سازد، می تواند آنها را به سوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود.

۵-۳-۴ عوامل موقعیتی

به محل ها و موقعیت های مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت می کنند. افرادی که دوره سم زدایی و ترک را طی کرده اند در معرض خطر بسیار بالای مصرف مواد هستند و احساس علاقه و کشش بسیار شدید به سوی محل هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده اند قرار دارند، این ولع بسیار شدید درونی به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد شناخته شده اند. در اغلب این موارد علاقه شدید باعث می شود که فرد معتاد خطر ابتلای خود را نادیده بگیرد به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و قرینه های محیطی و موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدف های عمده برنامه های پیشگیری از عود تلقی می شوند دالی و مارلت، (۱۹۹۲)

۵-۴ شناخت درمانی برای تداوم بهبودی و جلوگیری از عود

پیشنهادهای عملی برای مراقبت بالینی بیماران

۵-۴-۱ درباره مدل بیماری اعتیاد بحث و مجادله نکنید.

بیشتر بیمارانی که برای درمان نزد شناخت درمان گر می آیند آموخته اند اعتیاد یک بیماری جسمی است که به صورت ژنتیکی انتقال می یابد و با تظاهرات روان شناختی، اجتماعی و روانی همراه است. بیمارانی که با مدل پزشکی آشنا می شوند حتی به شدت محدودتری از اختلال های، وابستگی خواهند داشت و ممکن است به منشأ و تظاهر آنها را کاملاً قلمداد کنند. مدل شناختی می تواند به صورت مؤثر به همراه مدل بیماری مورد استفاده قرار گیرد معمولاً بی ثمر است که تلاش برای تغییر مدل اعتیاد بیمار بشود یا درباره سودمندی مدل پزشکی یا بیماری و بحث و مجادله به عمل آید چنین مباحثی می توانند بیمار را سرگرم کنند او را از جلسه درمانی اعتیاد مجزا سازند.

۵-۴-۲ از بعد روحی، روی نگردانید یا آن را کم اهمیت نپندارید

بیشتر درمان گران از برخورد مستقیم با موضوعات روحی بیماران ناراحت می شوند یا بدان عادت ندارند. با این وجود بیماران دارای وابستگی شیمیایی به ویژه شرکت کنندگان در و نامه ۱۲ گامی، بعد روحی را حوزه مهمی جهت توجه در جلسات درمانی به حساب می آورند. برای مثال بیشتر بیماران ارتباط درمان را برای کادر چهارمین یا پنجمین گام به کار می برند مطابق فلسفه ۱۲ گامی «بیداری روحی» مبنای بهبودی از اعتیاد است. با این همه مؤلفه های یک تجربه روحی را می توان در قالب اصطلاحهای شناختی - رفتارهای عملیاتی نمود. هر قدر ماهیت روحی دقیق باشد بر ادراکها و نگرش ها و باورها و رفتارهای بیمارانی که آن را تجربه نمایند اثرات مستقیمی خواهد گذاشت و این از بسیاری جهات می تواند به یک دگرگونی شناختی و ادراکی در رابطه شخصی با خود و محیط قلمداد می برای مثال یک بیمار ۱۹ ساله توانست درد و کشمکش اعتیادش را به عنوان مراحل بهپختگی ورزش روحی و فرصت برای رشد و نمو مجدداً قالب بندی نماید.

۵-۴-۳ از مرحله بهبودی آگاه باشید مدل رشدی بهبودی (بروان، ۱۹۸۵۳) فرایند بهبودی را به منزله یک پدیده رشدی توصیف می کند، مانند سایر حوزه های رشد انسان، بیمار در طی زمان به تدریج توانایی ها و ظرفیت هایی را کسب می کند و عمل درمان صورت می پذیرد. به عبارت کاربردی، بیماران در طی مراحل اولیه بهبودی بسیار متفاوت از بیمارانی نگاه کرده و عمل می کنند که به مدت قابل توجهی (۶ ماه یا بیشتر) به دارو (مواد مخدر) وابستگی ندارد، و بدین خاطر مداخله های شناختی بایستی با سبک کنش وری بیمار در مرحله فرایند بهبودی مشخص باشد. معمولاً به میل شدید و رغبت به استعمال مواد شیمیایی روان گردان مبتلا می شوند و ممکن است لازم باشد درمان گر به منظور مقابله با این تکانه ها بیمار را با رویکردهای شناختی و رفتاری مجهز سازد

۵-۴-۴ از دادن «تکلیف» زیاد خودداری کنید. تجربه ثابت کرده است، بیماران نوجوان تکلیف درمانی را با تکلیف مدرسه یکی می انگارند و نسبت به آن بیزاری نشان داده و اغلب آن را تکمیل نمی نمایند. مشخص شده است که توجه به عدم تکمیل تکالیف خانگی

توسط بیمار به عنوان مقاومت در فرایند درمانی، سازنده و ثمربخش نیست. بیمار نوجوان معمولاً ممکن است در نشست‌ها و دیدارهای روزانه NA و AA و نیز درمان همزمان رایج اعتیاد به صورت سرپایی شرکت نمایند. این امر زمان کمی را برای تکلیف خانگی باقی می‌گذارد. به عنوان یک راه دیگر پیشنهاد می‌شود، ساعت درمان تا ۵/۱ ساعت افزایش یابد و به جریان درمان بیماران به بازی گرفته خواهند شد و بیماران به آنها دروغ خواهند گفت. اغلب به نظر خواهد رسید بیماران در درمان بسیار خوب عمل می‌کنند و عالی به نظر می‌رسند، در صورتی که در بیرون از محیط درمانی به سوءاعتیاد (سبب شناسی و درمان)

مصرف مواد می‌پردازند. آزمایش‌ها به طور تصادفی اغلب در برخورد با مسئله ثمربخش است و توصیه می‌کنیم همراه با رویکرد شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

۵-۴-۵ تشخیص دوگانه: پژوهش‌های پیشین (پیرس)

، ۱۹۹۱، بوکشتاین، برنت و کامینر، ۱۹۸۹) نشان داده‌اند، بیماران دارای وابستگی شیمیایی جمعیت ناهمگونی هستند که نسبت قابل ملاحظه‌ای از آنها تشخیص همزمان در محور یک یا محور دو را نشان می‌دهند. درمانگر بیشتر اوقات دست کم با دو تشخیص سروکار دارد که رقیب هم هستند و همین امر به نحو چشمگیری درمان را پیچیده و مشکل می‌سازد. احتمالاً رویکرد شناختی، درمان انتخابی این جمعیت محسوب می‌شود زیرا معلوم شده است که شناخت درمانی در مورد طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی و رفتاری نوجوانان همان‌طور که پیشتر مورد بحث قرار گرفت. ثمربخش می‌باشد.

۵-۵ نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد

تأثیر اولیه مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه است که برای شروع کمک به افراد در شناختن معنای زندگی‌شان به کار گرفته می‌شود که می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند نمودن زندگی باشد کارسون (۲۰۰۰) معتقد است که یکی از دلایل مصرف مواد بی‌هدفی انسان است و مذهب نقش مهمی در هدفمند نمودن زندگی انسان به وسیله دوری از گروه‌های منحرف و خرابکار، کسب ارزش‌های سازنده و مشارکت آنان در جامعه دارد. نتایج یکی از پژوهش‌های انجام شده در این مورد مؤید آن است که افرادی که پیرو مذهبی هستند که پرهیز از مصرف مواد را توصیه می‌کند بسیار کمتر از پیروان مذاهبی که مصرف الکل و سیگار را منع نمی‌کنند، به مصرف مواد روی می‌آورند. در این راستا در اسلام نیز توصیه‌هایی در زمینه پیشگیری اولیه ارائه شده که از جمله آن می‌توان به حدیث «حرام علی امتی کل مسکر و مخدر» تمام سستی‌آورها و مواد مخدر برای امت من حرام است، اشاره کرد.

تأثیر ثانویه به مذهب، مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آرایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. امام علی (ع) در این زمینه می‌فرمایند: دن

... ترک شرب خمر تحصینا ستعمل. خداوند ترک میخوارگی را واجب کرد تا عقل فرد بر جای ماند (نهج البلاغه، ص ۲۴۷).

پژوهش های زیادی وجود دارند که نشانگر ارتباط بین پیروی از مذهب یا عدم مصرف مواد است که به اختصار برخی از این مطالعات ارائه می شود. لوین و آندر پول، (۱۹۹۱) به بیش

از ۳۰۰ مقاله در زمینه پیوستگی بین مذهب و سلامتی اشاره کرده و نشان دادند که توسعه مذهبی همبستگی بالایی، با سلامت روان، معاشرت رفاقت، تعهد و الزام و عبادت داشته است (فرانسن، لوین، براون و همکاران ۱۹۹۵)

نیز همبستگی منفی بین داشتن آسیب های اجتماعی و مذهبی بودن نشان داده اند. (کانز و جز برشیت، ۱۹۹۷) در بررسی های خود نشان دادند که بین پایبندی به مذهب با مصرف الکل و داروهای اعتیاد آور ارتباط منفی وجود دارد.

در پژوهشی که توسط (گوچران، ۱۹۹۱) بر روی ۳۰۰۰ نوجوان صورت گرفت مشخص شد که بین مذهبی بودن و تکرار مصرف مواد ارتباط منفی وجود دارد. (پالن و همکاران، ۱۹۹۹) به منظور بررسی ارتباط سوء مصرف الکل و دارو با وابستگی های مذهبی در جنوب غربی امریکا پژوهشی انجام دادند. نمونه های این پژوهش را ۲۱۷ نفر نوجوان ۱۹-۱۲ ساله تشکیل داده بودند، نتایج این بررسی نشان داد افرادی که از وابستگی مذهبی بالایی برخوردار بودند سوء مصرف الکل و دارو در میان آنها در مقایسه با گروه غیر مذهبی کمتر بود. پژوهش های ذکر شده نشان دادند که در مقیاس گروهی داشتن افکار مذهبی می تواند با کاهش مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد - پایبندی به مذهب از چه طریقی می تواند فرد را از مصرف مواد منع کند؟ در پاسخ به این سوال اگر بخواهیم از دیدگاه نظریه کنترل اجتماعی به آن نگاه کنیم موارد ذیل را می توانیم برشمریم.

افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می کنند به ناچار با افراد مذهبی به ارتباط متقابل میپردازند و در صورت مصرف مواد، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می گیرند.

- مشارکت در فعالیت های مذهبی زمان کمی را برای تجربه مواد در فرد باقی می گذارد.

- همچنین یک شبکه حمایتی فراهم می سازد که فرد از موقعیت هایی که فرصت استفاده از مواد را پیش می آورد جدا می سازد.

- تعهد نسبت به مذهب و اهداف آن به زندگی فرد معنی میدهد که دیگر نیاز نیست فرد معنای زندگی خود را در چیز دیگر ببیند و در این صورت مصرف مواد دیگر جذابیتی ندارد.

- سیستم اعتقادی اکثر مذاهب، مخالف با مصرف مواد است و آموزش های آنان تقویت کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است. خلاصه کلام مذهب، مردم را در فعالیت

های متداول درگیر می سازد و شبکه اجتماعی پدید می آورد که مصرف مواد در آن غیر قابل پذیرش است.

فصل ششم

بررسی زمینه های کاربرد اجتماع درمانی (TC) در درمان معتادان

۱-۶ مقدمه

را اجتماع درمانی یا اجتماع درمان مداد نوع خاصی از درمان است که در آن تغییر براساس زندگی اجتماعی در محیط بسته و (ساخت یافته صورت می گیرد. در این اجتماع مسائل روزانه ی زندگی یعنی کار، احساس، رفتار، تفکر و فراغت از دیدگان درمانی مورد توجه جدی قرار می گیرد و افراد آسیب دیده اجتماعی به ویژه معتادان الگوهای صحیح زندگی را فرا گرفته و آنها را تمرین می کنند.

این برنامه برای کمک و حمایت در جهت بهبودی معتادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد دارند و در درمان های قبلی پیشرفت قابل توجهی از خود نشان نداده اند (لئون، ۱۹۸۹).

۲-۶ تعریف اجتماع درمانی (اجتماع درمان مدار)

اجتماع درمان مدار یا TC یک برنامه ساختار یافته و نظارتی قوی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف کنندگان مواد طراحی شده است. در این اجتماع بر خودیاری، رشد فردی و حمایت همسالان تأکید می شود (لئون، ۱۹۸۹).

۳-۶ تاریخچه اجتماع درمان مدار

برنامه TC یک برنامه اقامتی بدون دارو برای بیماران وابسته به مواد است. ابداع این برنامه یک دهه بعد از اجرای آن جهت درمان بیماران روانی بود که در بیمارستان های روانی، توسط جونز و همکارانش در انگلستان در سال ۱۹۵۳ راه اندازی شد. هر چند این دو مدل (TC برای معتادان و TC برای بیماران روانی) به طور جدا از هم شکلگرفت ولی نام Therapeutic Community برای آن انتخاب گردید.

و TC که ابتدا به اسم عامیانه synanon شناخته شد اولین بار به شکل کنونی و ۱۹۸۸ و تا حدی برگرفته از فلسفه حاکمه بر الکلی های گمنام (A Lcoholics Anony) به کار گرفته شد و به سرعت کارایی خود را در درمان و بازتوانی معتادان نشان داد.

احتماء درمان مدار یا TC حدود سه دهه است که به درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد می پردازد و در واقع جانشین رویکردهای طبی و روان پزشکی سنتی بوده است که

به عنوان شیوه های درمان روانشناختی بیماران وابسته به مواد تثبیت شده است لئون و روسال، (1989))

گزارش ها در مورد نتایج عمل TC نشان می دهد که (توفیق کلی) یعنی عدم ارتکاب جرم، عدم مصرف مواد، در بین کسانی که دوره TC را تکمیل نموده اند برای یک دوره پیگیری پنج تا هفت ساله بالاتر از ۷۵ درصد است و در بین کسانی که دوره درمانی را ناقص رها می کنند در حدود ۳۰ درصد می باشد، در مجموع (۵۰ درصد) کسانی که برای یکسال یا بیشتر در TC حضور داشتند برای یک دوره ۳ تا ۶ ساله پاک مانده اند (۲۵ درصد برای افراد کمتر از یکسال) (لئون، ۱۹۹۰).

۴-۶ اهداف اجتماع درمان مدار

هدف TC ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی معتاد است که شامل موارد زیر می باشد:

-پرهیز از مواد مخدر

-ایجاد صداقت فردی

- کسب مهارت های اجتماعی مفید

-حذف عقاید ضد اجتماعی و رفتارهای غیرقانونی

در TC عملاً اهداف درمانی روان شناختی و اجتماعی به صورت همزمان تعقیب مود و به منظور دستیابی به اهداف معتاد مجبور است که مدتی حدود (۳ ماه تا ۳ ، در اجتماعات درمان مدار زندگی کند و با برنامه های هدفمندی که برای وی در نظر گرفته

شده است، سطح عملکرد وی نه تنها به سطح عملکرد قبل از بیماری برسد (بازپروری) بلکه انواع جدیدی از رفتار که قبل از اعتیاد نیز در وی وجود نداشته است

ایجاد گردد. پرورش ، البته این یک یادگیری ساده رفتار نیست و در واقع درمان مفهوم یک فرایند پیچیده یادگیری است که در نهایت به کسب مهارت های زندگی معرفی می گردد.

۵-۶ دیدگاه های TC

تی سی سوء مصرف مواد را بیماری یا اختلال می داند که تمامی و یا بخشی از زمینه های را در بر می گیرد عملکرد فردی)

شناختی، رفتاری، هیجانی، طبی، اجتماعی یا معنوی بدین جهت وابستگی فیزیولوژیک نسبت به کل شرایط مؤثر بر شخص، ثانویه تلقی می گردد. در TC مشکل یا مسئله اصلی خود شخص است نه مواد اعتیاد یک علامت) است نه ریشه اصلی اختلال و سم زدایی

شیمیایی شرط وارد شدن به اجتماع درمان مدار است نه هدف آن. اهداف بازتوانی ایجاد شرایط زندگی بدون مواد است. هم چنین در TC افراد جدا از الگوهای مصرف مواد، از ابعاد عملکرد روانی و نقایص اجتماعی، تمایز داده می شوند.

افراد معتاد از نظر TC اغلب دارای تحمل ناکافی وضعیت در برابر ناراحتی ها، اعتماد به نفس پایین، مشکل با مراجع قدرت و مشکل در زمینه مسئولیت پذیری، تفکرات غیر واقع بینانه، عدم صداقت و خودفریبی و ... هستند. با توجه به این خصوصیات در TC از افراد خواسته می شود به صورتی که می توانند و باید باشند رفتار کنند، نه به صورتی که هستند، و اعتقاد بر این است که رفتار کردن به شیوه درست باعث تغییر در شناخت و هیجانات فرد می شود. این تغییر مرحله به مرحله انجام می گیرد. هر رفتاری که آموخته شود و به عمل درآید، گذر از یک مرحله به مرحله بعد را آسان تر می نماید. عواملی که در فرایند تغییر مؤثر هستند عبارتند از:

(۱) انگیزه منادی (فرد دارای انگیزه کافی برای بهبودی باشد)

(۲) خودیاری و خودیاری متقابل (هر فرد هم در فرایند تغییر خود مشارکت داشته باشد هم به عنوان الگو و سرمشق در تغییر دیگران مؤثر واقع می شود)

(۳) یادگیری اجتماعی (الگوهای رفتاری بیمارگونه، گرایش ها و نقش های منفی، هیچ گام در تنهایی ایجاد نشده اند، و به طور مجزا از اجتماع و روابط انسانی نیز قابل برگشت و تغییر نیستند)

در تمامی آموزش های TC آنچه لازمه یک زندگی درست است (مثل صداقت و کاری، تأکید بر حال فرد، اخلاق کاری، مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی، اعتماد منفی، آموزش یادگیری، مشارکت اجتماعی، اخلاق کاری و ...) به چشم می خورد و تأکید می گردد (لئون، ۱۹۹۰).

۶-۶ ساختار TC

با توجه به اهداف TC مسلماً رسیدن به این اهداف و گذر از فرایند پیچی یادگیر نیاز به ساختاری دارد که نه تنها زمینه لازم برای تغییر را فراهم نماید بلکه تسهیل کننده این تغییر نیز باشد. بدین ترتیب بی توجهی به این ساختار یا ساده پنداشتن آن می تواند برنامه اجتماع درمان مدار را براحتی از مسیر اصلی خود، یعنی ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی معتاد، منحرف سازد.

اجتماع درمان مدار دارای یک ساختار سلسله مراتبی می باشد که تشکیل شده است از کارمندان نسبتاً محدود و بیماران مقیم که در سطوح مختلف قرار دارند (تازه واردها یا

junior و رده های میانی یا Intermediate و ارشدها یا Senior) و جامعه یا خانواده را در محل اقامت تشکیل می دهد، این ساختار باعث می شود که همانند سازی فرد با سایرین که در رده های مختلف قرار دارند تقویت شود و یک مسئولیت دو طرفه بین آنها برقرار گردد. در دو ورود هر بیمار نیز در جایی که این سلسله مراتب قرار می گیرد، جایگاهی که بیمار در آن قرار می گیرد با توجه به ارزیابی پرسنل درمان از وی ان می گردد و بستگی به میزان خودیاری (Self help)، مسئولیت پذیری، مشارکت و " به سطوح عالی تر ارتقاء پیدا می کند. هر فرد مقیم در این سلسله مراتب وظایفی به عهده دارد که فعالیت روزانه او را تشکیل می دهد.

۶-۷ مراحل برنامه

اجتماع درمان مدار به عنوان یک فرایند تحولی در مجموعه یادگیری اجتماعی معنا پیدا می کند در این مجموعه هر مرحله بر مبنای مرحله پیشین استوار می شود. ساختار سلسله مراتبی در اجتماع درمان مدار به گونه ای پیش بینی شده است که همراه و بر حسب هر مرحله و نیز کل مراحل حرکت از بیرون به درون را میسر می سازد.

انتظار می رود که چنین درون سازی زمینه های پایداری و تعمیم پذیری مهارت ها را فراهم آورد و بیماران را به خود مختاری و خودانگیختگی روزافزون برای تصمیم گیری سالم سوق دهد. در این مسیر، طرح درمان که در قالب سلسله مراتب و مراحل درمانی پیش بینی می شود شرایط این حرکت را فراهم می آورد.

یک دوره اجتماع درمان مدار شامل پنج مرحله اصلی است:

۱. مرحله جهت یابی

۲. مرحله درمان

۳. مرحله پیش از ورود مجدد"

۴. مرحله ورود مجدد

۵. مرحله مراقبت بعدیه

مرحله جهت یابی اهداف:

آشنا نمودن مقیم با فلسفه، قوانین، فرایند گروه و سایر اطلاعات مربوط به برنامه و جهت دهی نگرش او به برنامه TC و ارزیابی آن مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است و حدودا از ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد.

مرحله درمان اهداف:

تمرکز عمده بر روش اهداف اصلی روان شناختی و اجتماعی است (خودیاری مشکلات رفتاری، خانوادگی، تربیتی و حرفه ای سوء مصرف مواد و ...) مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است و حدودا از ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد.

- مرحله پیش از ورود مجدد

اهداف: تدارک مقدماتی جدایی مقیم از اجتماع TC

مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است.

- مرحله ورود مجدد

اهداف: کامل شدن جدایی فرد از اقامت در TC (ارائه خدمات مشاوره ای و دمنه مشاوره حرفه ای، همکاری با سایر گروه های خودیار و سایر سیستم های اجتماعی، تربیتی، حمایتی)

مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است. (لئون، ۱۹۹۰)

ضرورت پردازش نظریه و الگوی فراگیر اجتماع درمانی: |

و تکامل اجتماع درمانی TC، به عنوان نوعی کیفیت خدمات رسانی انسانی حده، در گستره متنوع برنامه هایی که مبانی و رویکرد TC را پذیرفته اند، روشن شود. به گونه ای که سالانه تقریبا به ۸۰ هزار نفر خدمات را عرضه می کند. این جمعیت، در بردارنده مراجعین متفاوتی است که طیف وسیعی از مواد مختلف را مصرف می کنند و علاوه بر سوء مصرف مواد شیمیایی، دچار مشکلات اجتماعی - روان شناختی پیچیده ای نیز هستند (لئون، ۱۹۹۱، کارول، ۱۹۸۶).

کانون های اصلاح و تربیت، بیمارستان های پزشکی و روان پزشکی و مجموعه های درمان اقامتی و مراکز حمایتی که اینکه با سیل ویرانگر سوء مصرف الکل و مواد غیرقانونی مواجه شده اند - برنامه TC را در حوزه های فعالیت خود آغاز کرده اند. تغییرات تدریجی TC طی دهه اخیر، نمایانگر نیرومندی، استعداد و انعطاف پذیری این الگو در سازگاری با فرایند تغییر و تکامل است. با این حال، تکامل TC، ضرورت تدوین مدل و چارچوبی نظری، به منظور پیشرفت در آموزش، اجرا و توسعه برنامه را آشکار ساخته است. در شرایط کنونی، این ضرورت در دو عرصه به هم پیوسته به طور مشخص تری به چشم می خورد نخست، تنوع برنامه ها و دوم، پیچیدگی فرایند درمان.

روش ساختن فرایند درمان برای پیشرفت الگوی درمانی TC، ضروری است. فقدان اطلاعات مربوط به فرایند درمان، امکان نتیجه گیری پیرامون کارایی TC را کاهش و تلاش های صورت گرفته در جهت بهبودی کارایی درمان را در تاریکی نگه داشته است. بنابراین چنانچه حلقه های رابطه میان و مداخلات درمانی برنامه، سیر تغییرمراجع و

نتیجه نهایی درمان، به طور آشکاری برقرار نگردد. کارایی هر گونه مدل کی اجتماع مدارانه امری نامعلوم و کمتر قابل اثبات خواهد بود. تعدیل و تصحیح اورالعمل های موجود TC برای افراد مختلف، مشخص گردد. دانستن چرایی و ونکی تغییر افراد در TC پیش شرط ایجاد تغییر در درمان به منظور افزایش میزان نگهداری فرد در برنامه و دستیابی به نتایج دلخواه است.

در اولین بخش این نوشتار دیدگاه TC در مورد اختلال (اعتیاد)، فرد معتاد)، زندگی درست و بهبودی را مرور می کنیم (لئون، ۱۹۹۴)

۶-۹ اختلال اعتیاد از دیدگاه TC

سوء مصرف مواد، به عنوان اختلالی در کلیت فردی تلقی می شود. هر چند معتادین بر اساس انتخاب نوع ماده مصرفی با هم تفاوت دارند، سوء مصرف مواد تمامی یا بخشی از حوزه های عملکرد آنها را درگیر کرده است. آشفتگی های خلقی رفتاری و شناختی، عوارض طبی، تفکر غیر واقع بینانه و یا سر درگم و آشفته معیارهای ارزشی به هم ریخته و یا فقدان این معیارها در زندگی فرد، و نیز شخصیت و رفتار ضد اجتماعی، حوزه های درگیر این اختلال هستند. مکررة نقایصی نیز در مهارت های کلامی، نوشتاری، خواندن، و نیز سایر مهارت های اجتماعی، وجود دارد. سرانجام اینکه چه از نظر گاه هستی شناسانه و چه دیدگاه روانشناختی، مسائل اجتماعی نیز در فرد ظاهر می شود.

سوء مصرف هر ماده، به عنوان رفتاری تلقی می شود که تعیین گره های متعددی دارد. وابستگی فیزیولوژیک (جسمانی معلول گستره وسیعی از عللی است که بر رفتار فرد تأثیر گذاشته و کنترل خود را بر رفتار مصرف مواد اعمال می کند.

همواره، مشکلات و موقعیت های ناراحت کننده، تبدیل به نشانه های منظمی می شوند که با ظهور هر باره این نشانه ها، فرد به مصرف مواد روی می آورد. برای بعضی از معتادین، عوامل فیزیولوژیک ممکن است در نقش این نشانه ها ظاهر شوند اما برای بسیاری، این عوامل ارتباط اندکی با نقایص رفتاری دارند. نقاریضی که به موازات تداوم سوء مصرف مواد برهم انباشته می شوند. وابستگی فیزیکی یا اعتیاد جسمانی را باید در چارچوب کلانتری که همانا وضعیت روانی و سبک زندگی فرد است کریست. بنابراین، مشکل خود فرد است نه مواد اعتیاد یک علامت اصلی اختلال در TC سم زدایی شرط ورود است و نه هدف درمان.

به همین علت، بازتوانی توجه خود را به حفظ زندگی عاری از مواد معطوف کرده است

۶-۱۰ فرد معتاد از دیدگاه TC که تفاوت معتادین با یکدیگر، ناشی از الگوی مصرفشان باشد، تفاوت آنها مربوط به اختلال عملکرد روانشناختی و کمبودهای آموزشی، تحصیلی

و شغلی، گیر است. برای آنها، ارزش های عمده و اساسی زندگی، در حال نابودی است یا که اساسا از دنبال کردن آن صرف نظر کرده اند، اغلب این معتادین کسانی هستند که از بخش آسیب دیده و ناکام جامعه، برخاسته اند، یعنی جایی که سوء مصرف مواد، بیشتر پاسخی اجتماعی است، تا آشفتگی روانی. برای چنین افرادی، تجربه TC، نوعی توانش یا آماده سازی «تلقی می شود. به این معنا که آنها برای نخستین بار در زندگی شان، سبک زندگی متعارف و مولد اجتماعی را فرا می گیرند. اما معتادینی که از بخش برخوردار جامعه برخاسته باشند، سوء مصرف توسط آنها بیشتر نمایشگر آسیب روان شناختی، آشفتگی شخصیتی یا بیقراری و خستگی هستی شناختی است. در مورد اینگونه معتادین اصطلاح (بازتوانی) به مناسب تر است زیرا به این معناست که فرد به سبکی که قبلا می زیسته، می شناخته و شاید آن را پس زده است باز می گردد.

صرف نظر از تفاوت های طبقات اجتماعی، سوء مصرف کنندگان مواد دارای وجوه مشترکی هستند که با اهمیت است. همه آنها در زمینه هایی مانند آداب و رسوم اجتماعی، مهارت های عاطفی و شناختی، و رشد کلی روان شناختی - که از بلوغ

یافتگی آنها آشکار است به اعتماد به نفس پایین، اختلالات سلوک و منش و یا خصوصیات ضداجتماعی، دارای مشکلاتی هستند. نشانه های بارز این شخصیت ها عبارتند از آستانه تحمل پایین در قبال انواع و اقسام ناراحتی ها و تأخیر در ارضا شدن

در راهبری احساسات (به ویژه احساس خشم، گناه و اضطراب)

، کنترل ضعیف خانه ها (خصوصا تکانه های جنسی یا پرخاشگری) قضاوت و واقعیت سنجی ضعیف درنورد پیامد اعمال شان، ارزیابی غیر واقع بینانه آنها از خویشتن به علت ناهمخوانی و میان توانایی های شخصی و خواسته های شان، بارز بودن صفت دروغگویی، فریبکاری و گوش بری که به کمک این ویژگی ها برای خود نوعی رفتار تطابقی ایجاد می کنند. از جمله دیگر این نشانه ها وجود مشکلاتی در رابطه با منابع اقتدار و نیز عدم مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی (یعنی عدم ثبات) یا ناتوانی در انجام رسانیدن تعهدات مورد انتظار و وجود مشکلات دائمی در راهبری احساس گناه می باشد.

علاوه بر موارد فوق تعداد قابل توجهی از معتادین دارای کمبودهایی در زمینه های تحصیلی و مهارتهای ارتباطی قابل عرضه هستند.

این ویژگی های بالینی لزوما به معنای ترسیم شخصیت معتادانه « نیست. هر چند بسیاری از این شاخص ها به لحاظ تشخیصی، نشان دهنده اختلال سلوک در سوء مصرف کنندگان جوانتر است که غالبا در بزرگسالی به صورت اختلال منش، تجلی می یابد. در هر حال چه این ویژگی ها قبل و چه بعد از آلودگی جدی به اعتیاد در فرد رخ داده باشد، باید توجه داشت که آنها مرتبط و همراه با وابستگی شیمیایی ظاهر می شوند.

با اهمیت تر این که TC برای رسیدن به بهبودی پایدار فرد، ناچار است تغییرات مثبتی در این ویژگی ها، ایجاد کند. از این رو، همه مراجعین در درمان های اجتماع مدارانه برنامه یکسانی را دنبال می کنند. آنگاه به شناسایی تفاوت های فردی و طرح درمانی اختصاصی، گام های حرکت بیمار در تجربه TC تعدیل و اصلاح می شود و نه مسیر حرکت بیمار. (لئون، ۱۹۹۱)

۶-۱۱ زندگی درست از دیدگاه TC

دارای احکام و معیارهای معینی است که آن را برای بهبودی خودیارانه، یادگیری اجتماعی، رشد شخصی و زندگی سالم، ضروری می داند. تعدادی از این احکام به هدایت فرد به سمت قائل شدن تقدم و معنای بهبودی خودیارانه، اختصاص دارد. مثلا این احکام بر حال حاضر فرد، مورد بحث و بررسی قرار می گیرد صرفا برای روشن شدن رفتار فعلی مختل شده، نگرش های منفی و نیز چشم انداز آینده بهتر فرد است. در TC افراد تشویق می شوند و می آموزند تا مسئولیت پذیری شخصی را در واقعیت فعلی و نیز سرنوشت آینده شان، بپذیرند. این دیدگاه همچنین بر معیارهایی کاملا شفاف تاکید دارد، معیارهایی که افراد را راهنمایی می کند که چگونه با یکدیگر، گروه همتا، سایر تاثیر گذار در زندگی خود و با جامعه اصلی، رابطه خود را شکل دهند. این معیارها عبارتند از صداقت و درستکاری (در حرف و در عمل)، کار در زمینه اخلاق، آموزش یادگیری، مسئولیت فردی، خودکفایی اقتصادی، مسئولیت در برابر گروه همتا و خانواده، مشارکت اجتماعی و نهایتا یک شهروند خوب بودن. |

نگرش های ایدئولوژیک و روان شناختی در دیدگاه TC، در آموزه ها و شیوه های دستیابی به اهداف اختصاصی روان شناختی و اجتماعی، متجلی می شوند. مثلا کاربرد صداقت و درستکاری در همه زمینه ها، با ویژگی هایی نظیر فریبکاری و گوش بری بسیاری از معتادین در تقابل است. ارزش هایی از قبیل مسئولیت پذیری اجتماعی، در تمامیت آموزش های TC به هنگام پذیرفتن آداب و رسوم اجتماع از سوی فرد، دیده می شود. اکتساب مهارت های تحصیلی یا شغلی و کار خلاقانه اجتماعی به کمک معیارهایی مانند خودکفایی، انگیزه مند می شود. انتخاب های رفتاری سالم در برابر رفتار مصرف مواد، با تعهد به معیارهای پاکی تقویت می شوند. به طور کلی، هشیاری پیش شرطی برای یادگیری درست زندگی کردن است، اما زندگی درست، لازمه حفظ این هشیاری است. (لئون، ۱۹۹۴)

۶-۱۲ بهبودی از دیدگاه TC

هدف درمان در TC، (همه جانبه است. هدف اولیه روان شناختی، عبارت است از تغییر الگوهای منفی در رفتار، افکار و احساساتی که زمینه ساز مصرف مواد می شوند. هدف اصلی اجتماعی نیز رشد یک سبک زندگی عاری از مواد و مسئولیت پذیر می باشد، اما، بهبودی پایدار بستگی به حفظ تمامیت این اهداف روان شناختی و اجتماعی با هم دارد.

تغییر رفتاری، بدون بصیرت ناپایدار است و بصیرت نیز بدون تجربه، ناکافی است، بنابراین این طرز سلوک عواطف، مهارت ها، نگرش ها و ارزش ها، با یکدیگر جمع شوند تا تداوم تغییرات سبک زندگی و هویت مثبت شخصی و اجتماعی فرد، تضمین گردد. اهداف روان شناختی و اجتماعی TC، برنامه درمانی را شکل می دهند در این باره چند نکته مرتبط با دیدگاه TC در مرود بهبودی قابل تعریف است.

-بهبودی یک فرایند تکاملی است. تغییر در TC باید به صورت عبور از مراحل پیشرونده یادگیری درک شود. یادگیری که در هر مرحله رخ می دهد، ایجاد تغییر در حله بعد را تسهیل می کند و هر تغییر نمایانگر، حرکت به سوی اهداف بهبودی است.

انگیزه مندی: بهبودی، نیازمند فشار - چه منفی و چه مثبت - برای ایجاد تغییر است. برای برخی از مراجعین که در جستجوی یاری هستند، فشارهای بیرونی پرتنش می تواند عامل تغییر باشد اما برای بعضی دیگر، عوامل داخلی تر، تأثیر بیشتری دارند، به هر حال برای همه آنها، باقی ماندن در سیر درمان، نیازمند انگیزه مندی مداوم برای تغییر است، از اینرو، عناصر رویکرد بازتوانی به گونه ای طراحی شده اند تا انگیزه فردحفظ یا مورد تأیید قرار گیرد و یا هر گونه نشانه اولیه ای از ناتمام گذاشتن روند درمان توسط فرد، شناسایی شود. هر چند میزان تأثیر درمان به میزان انگیزه مندی و آمادگی فرد بستگی دارد، اما واقعیت این است که تغییر در خلا اتفاق نمی افتد، در طی بازتوانی نوعی تعامل میان فرد و محیط درمانی اش به وجود می آید.

- خودیاری و خودیاری متقابل: درمان TC برای افراد فراهم نمی شود بلکه از کارکنان، گروه همتا، برنامه روزانه کار، گروهها، جلسات، سمینارها و تفریحات ساخته می شود. اما کارایی این عناصر، بستگی به فرد دارد، او باید در برنامه درمانی، کاملاً شرکت کند. بهبودی خودیارانه به این معنی است که فرد، مشارکت عمده و اساسی را در فرایند تغییر دارد پیام های اصلی بهبودی، رشد شخصی و زندگی درست، توسط افراد همتا در حین فرایند رویارویی و مشارکت در گروه ها، با عمل کردن در حکم سرمشق و نیز به عنوان دوستان حمایتی در تعاملات روزانه، به افراد ارائه می شود.

- یادگیری اجتماعی: الگوهای رفتاری منفی، نگرش های منفی و نقش های ناکارآمد، در تنهایی ایجاد نشده اند که در تنهایی نیز بتوان آنها را تغییر داد. بنابراین، بهبودی نه تنها بستگی به این دارد که فرد چه چیزی آموخته است بلکه مهم است بدانیم که این آموزش، چگونه، کجا و با چه کسی صورت پذیرفته است، این فرض، در واقع مبنای این تفکر است که اجتماع، در آن مشارکت کرده و عمل کند و نقش مسئولیت پذیرانه اجتماعی هنگامی اکتساب می شود که این نقش در عمل اجرا شود. بنابراین، تغییرات در سبک زندگی فرد و هویت او بتدریج با مشارکت در نقش های مختلف حیات اجتماعی، آموخته می شود، و به کمک افراد و روابط شان با دیگران در فرایند یادگیری، حمایت می شود. بدون این روابط، راه های نوین سازگاری در نتیجه تنهایی فرد، در معرض تهدید قرار می

گیرد و احتمال عود را افزایش می دهد. از اینرو باید به کمک شبکه ای از بان، نگرشی جدید در فرد نسبت به خودش، جامعه اش و فلسفه زندگی اش بت شود تا بهبودی پایدار را تداوم بخشد. (لئون، ۱۹۹۴)

کرد TC: اجتماع به عنوان یک شیوه (وسیله تغییر جوهره اصلی و اساسی TC، است، آنچه که TC را از سایر رویکردهای درمانی (و نیز اجتماعات دیگر متمایز د کند، کاربرد هدفمندانه اجتماع به عنوان شیوه های اصلی برای تسهیل تغییرات روان شناختی و اجتماعی، در افراد است.

استفاده از اجتماع به عنوان یک وسیله درمانی، به این معناست که انسانها و اعمال و تمرینات مختلف شان تحت دیدگاه و هدفی مشترک قرار می گیرند و به افراد می آموزند تا با استفاده از اجتماع، درباره اجتماع و تغییر خودشان تجربیاتی را فرا بگیرند. بنابراین همه فعالیت های TC به گونه ای طراحی شده است که در افراد شرکت کننده، تغییرات آموزشی و درمانی ایجاد کنند و همه افراد مشارکت کننده، واسطه های این تغییرات آموزشی و درمانی هستند. شاخص های اختصاصی زیر، مشخصه مفهوم اجتماع در حکم یک شیوه و مدل»

هستند. - استفاده از نقش های مشارکتی: افراد تحت درمان، مستقیماً در تمامی فعالیت های روزانه زندگی TC، شرکت می کنند و بدین ترتیب فرصت های آموختن برای آنان مهیا می شود. این فرصت ها به شکل مشارکت در نقش های متفاوت اجتماعی است بنابراین در اینجا، افراد، مشارکت کنندگان فعالی هستند که در فرایند تغییر خود و دیگران درگیر می شوند.

استفاده از بازخورد عضویت: منبع اولیه آموزشی و حمایت از تغییر فردی، عضویت در TC است. فراهم سازی مشاهدات و واکنش های صحیح در برخورد با فرد، مسئولیت مشترک کلیه مشارکت کنندگان است.

- استفاده از عضویت

از عضویت به عنوان سرمشق: هر فرد شرکت کننده می کوشد که به عنوان ی در فرایند تغییر عمل کند. همزمان آنها به طور مسئولانه ای به دیگران در مورد باید تغییر دهند، بازخورد می دهند.

- استفاده از قالب های جمعی برای هدایت تغییر: هر فردی به طور اولیه همراه همتایش در فرایند تغییر مشارکت می کند. آموزش، تحصیل و فعالیت های درمانی - درون گروهها، جلسات، سمینارها، عملکردهای شغلی و تفریحات هم زمان با هم ح می دهد. از این رو، تجارب یادگیری و درمانی که برای بهبودی و رشد شخصی ضروری هستند، درون متنی اجتماعی و از رهگذار مرافده و آمیزش اجتماعی، آشکار می شوند.

- استفاده از ارزش ها و هنجارهای مشترک: قوانین، نظمها و هنجارهای اجتماعی، سلامت فیزیکی و روان اجتماعی را تضمین می کند. با این حال، باورها و ارزش هایی وجود دارند که به عنوان رهنمودها به زبان بومی و فرهنگی هر TC، بیان می شوند و به طور متقابلی توسط اعضاء تقویت می شوند.

- کاربرد ساختار و سیستم: سازماندهی وظایف مورد نیاز برای تداوم عملیات روزانه مرکز (نظیر عملکردهای شغلی مختلف، کارهای روزانه و نقش های راهبری) خود می تواند ابزاری ارزشمند و اساسی برای آموختن رشد فردی باشد. یادگیری فقط به کمک آموزش مهارت های اختصاصی صورت نمی پذیرد بلکه به رعایت قواعد شیوه ها و سیستم ها، و پذیرش و احترام گذاری به سیستم نظارتی و رفتار کردن به عنوان عضوی مسئول از اجتماعی که دیگران نیز بدان وابسته اند، نیاز دارد.

- استفاده از ارتباط باز: ماهیت جمعی تجربیات مشترک در TC، برای مقاصد درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. زندگی درونی و خصوصی فرد، احساسات و افکار او، از موارد پر اهمیت در فرایند تغییر بهبودی، نه فقط برای خود فرد بلکه برای اعضای دیگر است. بنابراین، نهایتا همه خود افشایی ها مشترک خواهد بود.

- استفاده از روابط: دوستی با افراد خاص، همتایان و کارکنان امری ضروری در تشویق افراد برای مشارکت و باقی ماندن در فرایند تغییر است. روابط شکل گرفته در طی درمان، مبنایی برای شبکه اجتماعی مورد نیاز در حفظ بهبودی و درمان است. (لئون، ۱۹۹۴)

۶-۱۳ فرایند درمان در TC

چارچوب درک فرایند تغییر در TC، نمایانگر دیدگاه، رویکرد مدل TC است. اختلالیکه به کلیت شخص مربوط می شود به این معناست که باید چند بعدی باشد. بنابراین، تغییر را باید در ابعاد مختلف رفتار، درک و تجربه فرد مشاهده کرد. رویکرد اصلی برای با تغییر عبارت است از استفاده از اجتماع به عنوان یک شیوه، که این خود به

ای استفاده از مداخلات متعدد است. بهبودی را نیز باید بر اساس یادگیری پیشرونده را تکاملی و بر حسب ویژگی های مراحل تغییر بیان کرد. در این بخش به عناصر اساسی چارچوب یک فرایند شامل مداخلات، ابعاد، ادراک، تجارب مراحل تغییر، پرداخته می شود.

مداخلات

در TC، همه فعالیت ها به نحوی طراحی شده اند که تأثیرات آموزشی و درمانی داشته باشد این فعالیت ها به تنهایی یا همراه با یکدیگر موجب مداخلاتی می شوند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر فرد در فرایند تغییر، تأثیر می گذارد. در واقع، جوهره اصلی هر فعالیت ها و توصیف ویژگی های آنها، می توان پیچیدگی مداخلات TC را روشن ساخت.

فعالیت‌های اجتماعی که برای مدل TC، اساسی هستند را می‌توان به ۳ دسته از مداخلات تقسیم بندی کرد:

اثرات آموزشی و درمانی: این فعالیت‌ها شامل قالب‌های گروهی متعدد و نیز مشاوره فردی هستند و باعث می‌شوند تا هیجانات ابراز شوند. برون ریزهای منفی به کنار نداشته شوند، احساسات بیرون بریزند، مسائل اجتماعی و شخصی تحلیل شوند، مهارت‌های ارتباطی و بین فردی افزایش یابند، رفتارها و نگرش‌ها، رویارو شوند و محک بخورند و تغییر حالات رفتاری مورد بررسی قرار گیرند، گروه‌های اصلی عبارتند گروه‌های رویارو" گروه‌های واریسی، گروه‌های تعلیمی در گروه‌های ماراثن) این فعالیت‌ها بوسیله گروه‌های اختصاصی که به موضوعات خاصی می‌پردازند مانند نژاد، جنسیت و سن، تقویت بیشتری می‌گردد.

اجتماع و راهبری بالینی: این فعالیت‌های سلامت فیزیکی و روان‌شناسی محیط را حفظ کرده و زندگی منظم و خلاق افراد مقیم را تضمین می‌کند. هم‌چنین از کلیت اجتما محافظت نموده و زمینه یادگیری اجتماعی آن را تقویت می‌کند. اهم این فعالیت‌ها مداخلات عبارتند از: امتیازات (پاداش‌ها، تنبیهات انضباطی کارخانه‌پایی، و آزمایش ادرار

مداخلات و فعالیت‌های اضافی (فوق برنامه): این فعالیت‌ها، دامنه وسیعی را تشکیل می‌دهد که اختصاص به مدل TC ندارند و در واقع مکمل مداخلات اجتماع هستند. آنها، شامل آموزشی پیشگیری از عود، گروه‌های آموزشی مهارت‌های اختصاصی گروه‌های مختلف آموزشی، اجتماعی و آکادمیک و نیز گروه‌های آموزش مهارت‌های زندگی هستند.

تشدید اجتماعیت جذب و حل فرد در اجتماع را تسهیل می‌کند و درک آنها از اجتماع را تقویت کرده و در نتیجه ظرفیت و توانایی فرد را در آموختن و شفا یافتن را افزایش می‌دهد. این فعالیت‌ها را می‌توان به چهار دسته اصلی تقسیم کرد، جلسات صبحگاهی سمینارها، جلسات خانگی هر روزه و جلسات عمومی که در صورت نیاز برگزار می‌شود. (لئون، ۱۹۹۴)

۶-۱۴ مراحل تغییر در TC مراحل و دوره‌ها در مسیر فرایند رشد، نقاط قابل تعریفی هستند. این نقاط را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف اما به هم مرتبط، توصیف کرد. به همین دلیل می‌توان مرحله‌گذاری را از دیدگاه برنامه، تغییر و درمان انجام داد. مثلاً ۴ بعد تغییر بستگی به حرکت فرد دارد که مطابق با اهداف یا انتظارات خاص برنامه، صورت می‌گیرد. اما از دیدگاه دیگر مرحله‌گذاری، یعنی دیدگاه درمان، تغییر فرد به طور تنگاتنگی با فعالیت‌های درمانی مرتبط است. بنابر این دو دیدگاه مرحله‌گذاری وجود دارد دایکی دیدگاه تغییر - برنامه و دیگری دیدگاه فرایند درمان در اینجا، صرفاً به مرحله بندی از دیدگاه برنامه و درمان می‌پردازیم

در یک TC دراز مدت سنتی، از دیدگاه برنامه، ۳ مرحله اصلی وجود دارد که هر کدام نیز دارای چند دوره هستند. این مراحل به طور مشخصی در طول برنامه، بر اساس مدت زمان از یکدیگر تفکیک می شوند و به قرار زیر هستند: - مرحله ۱- استقرار حدوداً ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد. - مرحله ۲- درمان اولیه: که حدوداً ۲ تا ۱۲ ماه به درازا می کشد. - مرحله ۳- بازگشت: که حدود ۱۳ تا ۲۴ ماه می باشد. (لئون، ۱۹۹۴)

۶-۱۵ مراحل درمانی درونی سازی

منظور از پیشرفت، حرکت فرد در متن ابعاد تغییرات رفتاری و نگرشی با توجه به اهداف مراحل برنامه است. اما منظور از فرایند درمان، اشاره به تعامل میان پیشرفت فرد از یکسو و مداخلات اجتماع و افراد از سوی دیگر است. بنابراین، چنین تعاملی را می توان به عنوان رابطه تکامل یابنده میان فرد و اجتماع تصور کرد که درونی سازی، نامیده می شود و در ثبات، پذیرش، و استفاده از رفتارها، نگرش ها، ارزش ها و تعالیم عمومی TC مشهود است.

در TCها درون سازی، اهمیت خاص و برجسته ای دارد، زیرا نیروی اجتماع به عنوان یک شیوه می تواند به راحتی نگرش ها و رفتارهای عینی و قابل مشاهده را تعدیل کند. اما این تغییرات ممکن است پس از جدایی فرد از تأثیرات حضور قدرتمند اجتماع همتایان، تداوم نیابد. در عمل، افراد مقیم TC در طول دوران اقامت شان رفتاری عاری از مواد را به نمایش می گذارند، حال آنکه وقتی که عود، در میان تعدادی از افرادی ریزش یافته و یا تعدادی از فارغ التحصیلان TC دیده می شود، اهمیت درونی سازی را در فرایند تغییر، بیش از پیش آشکار کند، یکی از مهمترین شاخص های درونی سازی) عبارت است از انتقال تأثیرات یادگیری جدید از پیامدهای بیرونی (عینی)

آن به سمت تجارب درونی (ذهنی فرد یادگیری درونی شده را می توان بر حسب تداوم و جوشی بیشتر آن از یادگیری با منشأ بیرونی متمایز کرد. کاملاً مشخص است که دیری درونی شده، قابل تعمیم به موقعیت های جدید - چه داخل و چه خارج از برنامه - نیز هست. این تکامل را می توان بر حسب چهار مرحله تقسیم بندی کرد:.

- همکاری: در این مرحله، درونی سازی کمتر به چشم می خورد. فرد، بادین هنجارها، انتظارات و تعلیمات اجتماع را رعایت می کند که از پیامدهای منفی رعایت آنها مانند تنبیهات انضباطی با انتخاب های نامطلوبی مانند اخراج از TC دوره بی خانمانی، رفتن به زندان یا برگشتن به خانه ای که برای او ناخوشایند است، در امان بماند.

- همنوایی در این مرحله، فرد بدین علت از تعلیمات برنامه پیروی می کند که قبل از هر چیز، انگیزه پیوندجویی

خود را با اجتماع TC حفظ کند و از روابط زیان بار ناخواسته ای که ممکن است شکل بگیرد، پیشگیری کند. و نیز به این دلیل ساده - کارکنان و هم‌تایان، او را به گروه خود بپذیرند. این مرحله، نمایانگر حداکثر پیوندجویی فرد با برنامه بوده و نمایشگر میزان نسبتاً کمتر درونی سازی است.

- تعهد: در این مرحله، افراد به این تصمیم شخصی می‌رسند که در فرایند درمان باقیمانده و برنامه درمانی را به پایان برسانند. در دوره اولیه مرحله تعهد، هم‌چنان میزان قابل توجهی از هم‌نوایی دیده می‌شود و تصمیم فرد عمدتاً تحت تأثیر تکمیل و پایان رسانیدن اهداف برنامه و حفظ وضعیتی مشابه با سایر هم‌تایان است این دوره به تعهد دانشجویان سال آخر کالج که می‌خواهند درس‌شان را به پایان رسانده، فارغ‌التحصیل شده و مدرکی بگیرند، شباهت فراوان دارد.

- یگانگی: این مرحله، مرحله‌ای تکامل یافته است که در حسن درمان آغاز می‌شود اما آشکارا پس از جدایی فرد از برنامه، ظهور می‌کند. اصطلاح «یگانگی» به معنای تأکید بر هم‌ارتباطی میان تأثیرات TC و تجارب گسترده‌تر زندگی است.

ارزش‌های زندگی درست و آموخته‌های بهبودی در برنامه به عنوان رهنمودها و ابزارهایی عمومی برای قضاوت در زندگی واقعی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این راهبردهای تطابقی و درک و بصیرت مراحل قبلی، از رهگذر تجارب هم‌نوایی، اعتبار یافته و به موقعیت‌های جدید در زندگی تعلیم داده می‌شوند. از اینرو درونی‌سازی آموزه‌های TC چشمگیر و پایدار می‌گردد. اما به هر حال، هر فرد، به دیدگاهی جدید درباره مزایا، محدودیت‌ها و کاربردهای این آموزش‌ها در مسیر رشد شخص و تحقق فردیت خویش، دست می‌یابد.

در این مرحله، تحکیم شخصیت و پیشرفت آن از جمله اهداف اولیه هستند و بیشتر از بهبودی از وابستگی شیمیایی مورد توجه می‌باشند هشجاری (Sobriety) یعنی

پاکی در افکار، رفتار و ارزش‌ها نیز، درونی می‌شود. دیگر، فرد به طور آگاهانه به حفظ پاکی می‌اندیشد بلکه این موضوع را به عنوان پیش‌شرطی برای زندگی درست می‌پذیرد و توجه عمده بر روی رشد شخصیتی و مقولات روان‌شناختی و هستی‌استانهای است که فرد برای دستیابی به آنها از درمان استفاده می‌کند. پیوندجویی فرد، سمت و سویش را از برنامه اجتماعی TC به جامعه بزرگتر خانواده، دوستان، محیط کار و همکاران، عوض می‌کند و فرد خود را درگیر فعالیت‌ها و تعهدات عمده‌تری می‌کند.

- تغییر هویت: یک نشانه ظریف و آشکار کننده مرحله یگانگی (تغییر در هویت است که توسط خویشتن فرد و نیز دیگران، درک می‌شود. هیچ‌گونه علامت و برچسب مشخصی وجود ندارد که بتوان گفت چگونه معتادین به خود می‌نگرند، اما برخی از علائم و برچسب‌ها که مکرراً در طی زمان و پس از آن تغییر کرده و به علائم و نامگذاری‌های دیگر

تبدیل می شوند عبارتند از: تبدیل معتاد به غیر معتاد، بز هکار اجتماعی به فرد متعارف به لحاظ اجتماعی، تبدیل کودک به انسان رشد یافته و تبدیل خردمند اجتماعی به یک شهروند. این نامگذاری ها، نمایانگر تغییرات عمومی در سبک زندگی فرد و نیز رفتارهای خاص بز هکارانه و معتادانه هستند. تغییر در هویت، پدیده ای تدریجی است زیرا نشانه های این تغییرات در سراسر تمامی مراحل دیده می شوند. با این حال تغییر اساسی در مرحله یگانگی دستیابی فرد به مکانیسم قدرتمند شفافیت ادراکی است. افراد، چارچوب شخصیتی خود و علائم آن را به تدریج تغییر می دهند و در می یابند که آنها قبلاً چه کسی بودند و اکنون چه کسی شده اند.

۶-۱۶ پذیرش در TC

بیمارانی که برای شروع مراحل اجتماع درمان مدار مراجعه می کنند، افرادی هستند که در درمان های اولیه و گذشته، خواه به صورت بستری و خواه سرپایی، شکست خورده اند. مشکل اصلی آنها علاوه بر مشکلات مربوط به بیماری و وابستگی شیمیایی امل مشکلاتی مانند ناامیدی، درماندگی، نگرش بسیار ضعیف به درمان های دیگر و توقع بیش از حد است. لذا بسیار مهم است که در اولین برخورد نسبت به ا. مسائل هوشیار بوده و آنها را بخشی از مشکل مربوط به بیماری بدانیم. در ادا برخورد ممکن است مسئول پذیرش، درمانگر یا مددکار مسئول ثبت نام با بیمار تماس داشته باشد. لذا ضروری است فرایند ورود بیمار به درمان را تا حد امکان تسهیل گردد. انعطاف پذیری در همدلی شرط اصلی پذیرش است و امیدوار سازی بیمار نسبت به تغییرات، سرلوحه کار قرار دارد. در واقع زیربنا و اساس درمان دوستانه، مبتنی بر احترام و اصول و قوانین در اینجا گذارده می شود. بیمار ممکن است خود معرف بوده یا از نهادهای سازمان ها، و سایر مراکز درمانی و غیر درمانی ارجاع شده باشد ولی تحت هر شرایط باید قبل از هر چیز مراحل پذیرش را طی کند و در صورت واجد شرایط بودن پذیرش شود، بدین معنا که ارجاع حتی از سازمانهای دولتی به منزله پذیرش بدون قید و شرط بیمار در اجتماع درمان مدار نیست.

مراحل پذیرش

پذیرش اولیه: مناسب تر است برای جلوگیری از به وجود آمدن مشکلات احتمالی بیمار با یکی از اعضاء مهم و نزدیک خانواده نظیر پدر، مادر، همسر، خواهر یا برادر برای پذیرش اولیه مراجعه کند. بیمار پس از مراجعه به واحد پذیرش مرکز احتماء درمان مدار و ارائه مدارک لازم مراحل زیر را طی می کند.

الف) پر کردن فرم های پذیرش

ب) اهداف پذیرش اولیه:

- شناخت متقابل مراجع و درمان

- فراهم آوردن یک دیدگاه کلی و منطقی برای درمان
- مشخص کردن مشکلات و مسائلی که باید روی آن کار شود.
- مرور عملی ارزیابی نیازها
- بحث در مورد نقش افراد مهم و خانواده در درمان
- بررسی ملاک های پذیرش در مراجع
- (ج) ملاک های پذیرش در مراکز TC عبارت است از: - داشتن سن حداقل ۱۸ سال
- مراجع داوطلب
- داشتن تمایل کامل برای شرکت و پیگیری برنامه های مرکز درمانی
- برنامه ریزی برای اقامت به مدت حداقل ۹۰ روز در مرکز درمان براساس ساختار مرکز دارای ساختار خاص خود.
- توانایی پرداخت هزینه درمان
- داشتن معرفی نامه از مراکز سرپایی
- سم زدایی قبل از مراجعه
- از لحاظ ذهنی و جسمی توانایی شرکت در برنامه های درمانی مرکز را داشته باشد.
- در طی درمان مایل به انجام ارزیابی های روان شناختی - پزشکی باشد.

پذیرش نهایی

بعد از پذیرش اولیه، بیمار وارد مرحله پذیرش نهایی می شود. در واقع این مرحله مقدم بر شروع درمان است که آن بیمار از لحاظ جسمانی - روان شناختی مورد ارزیابی قرار می گیرد. بدین منظور بیمار به واحد ارزیابی (پذیرش نهایی) معرفی می گردد تا اینکه توسط بالینگران و پزشکان مورد ارزیابی قرار گرفته و تایید شود.

طول مدت این مرحله بین ۲ تا ۷ روز است. در این مدت آزمایشات متعددی روی بیمار صورت می گیرد. این مرحله به عنوان فرایند ارزیابی و بررسی اولیه است. بعد از آن بیمار به اجتماع درمان مادر منتقل می شود و شرکت در برنامه های درمانی را شروع می کند

- برنامه ارزیابی و تشخیص

برنامه ارزیابی توسط تیم درمان کامل شامل مت نهمین روان پزشکی، اعتیادشناسی روان شناسی و درمان گران و پرستاران کارشناس ارشد است.

در پاره ای از موارد ممکن است نیاز به ارزیابی تخصصی تر باشد. مانند ارزیابی عصب شناختی، EEG MRI که نتیجه این گونه آزمایشات در پرونده ثبت می گردد.

- برنامه ارزیابی و تشخیص چیست؟

برنامه ریزی برای افراد وابسته شیمیایی به دلیل ماهیت اعتیاد که عدم اطمینان، پیچیدگی و انکار و مشکلات قانونی از جمله موارد آن هستند فرایندی دشوار است، لذا نیاز است بررسی دقیق از وضعیت بیمار شود.

- تشخیص دو گانه

وابستگی به مواد بیماری است که دارای علامت های تعریف شده است. نوعی بیماری مزمن و پیشرونده است که در صورت عدم درمان می تواند نهایتا کشنده باشد. آسیبی که وابستگی شیمیایی به مواد، خانواده ها و کار و اجتماع می زند وحشتناک است بسیاری از افراد برای کاهش احساس های ناخوشایند همراه افسردگی، اضطراب و یا بیاد آوری حوادث دردناک مواد استفاده می کنند.

بسیاری خود را از لحاظ جسمانی و روانشناختی وابسته به مواد می دانند، گروه دیگری ممکن است زمینه خانوادگی رشد وابستگی داشته باشند و گروهی ممکن است ترکیبی از دو عامل ژنتیک و روان شناختی داشته باشند.

افرادی که وابستگی به مواد دارند ممکن است بیماری های دیگری مانند افسردگی اختلالات دو قطبی یا اختلال استرس پس از ضربه را داشته باشند که مستقل از وابستگی شیمیایی رشد کرده است. درمان بیماری وابستگی افراد در صورتی که ت به بیماری های جسمانی - روانی همراه دیگر نشود ممکن است منجر به بازگشت شد اجتماع درمان مدار قادر به درمان همزمان بیماری است بیماری هایی مانند افسردگی اضطراب، ضربه های جسمانی، جنسی، عاطفی و رفتارهای وسواس گونه مانند قمار پرخوری.

۶-۱۷ نقش و عملکرد مددکار اجتماعی در TC

مرحله قبل از پذیرش یا آماده سازی:

تی سی به دلیل ساختار قوی و قوانین و مقررات حاکم بر آن دارای شرایط ویژگی های خاصی است از جمله این ویژگی ها پذیرش پس از دوره سم زدایی است. اغلب بیماران مراجعه کننده با فکر و ذهن این که این گونه مراکز مانند باز پروری های سابق است توسط خانواده، خود یا قوه قضائیه (احتمالاً) معرفی خواهند شد. لازم است مراحل پذیرش و قوانین و مقررات حاکمی برای مراجع و خانواده روشن، آنگاه در صورت نیاز جهت سم زدایی به مراکز ویژه معرفی شود و همچنین به مراجع و خانواده آگاهی داده شود که تنها سم زدایی ترک اعتیاد نیست. لازم است تغییرات بنیادی در مراجع صورت پذیرد که TC می تواند این نقش را داشته باشد. این آگاهی دادن به بیمار و خانواده می تواند از هر گونه انتظار بیجا و بی مورد جلوگیری نماید.

مرحله پذیرش یا ایجاد تعهد و قبول مسئولیتها:

در این مرحله لازم است از موقعیت های بیمار و عوامل مؤثر بر اعتیاد و ترک و بهبودی مورد شناسایی قرار گیرد. به همین منظور مدد کار با استفاده از تکنیک ها و ابزاری که قبلاً شرح داده شد اقدام به تهیه خلاصه گزارشی از موقعیت های اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی، بیمار می نماید و با ارجاع به سایر اعضای تیم درمانی نظرات آنان را جمع آوری و در پرونده ضبط می نماید. سپس قوانین و مقررات حاکمی بر TC را مجدداً برای مراجع یا بیمار شرح و به صورت مکتوب برای بیمار تعهد ایجاد می نماید.

مرحله شروع درمان با شرکت در اجتماع درمانی:

عضویت مددکار در تیم درمان، شرکت در جلسات درمانی به صورت منظم چون کار درمان در TC یک کار تیمی است لازم است فرایندهای درمان منطبق بر اصول و قوانین و تشخیص های تیم درمانی باشد و تمام اعضاء موظف به رعایت کار تیمی هستند. اگر فعالیت فردی یا مشاهده ای انجام می پذیرد در این صورت هم، لازم است که منطبق بر جریان درمان باشد. رسیدگی به مشکلات فردی، مشاورات فردی، گروهی، رسیدگی به مشکلات خانواده اعم از مسائل رفتاری و جریانات مؤثر بر پیشگیری از عود، مسائلفرزندان از قبیل تحصیل، بیماری ها، شغل، مسائل اقتصادی و حمایتی خانواده در صورت نیاز آموزشی خانواده، خانواده درمانی در صورت لزوم، ارتباط با اقوام و خویشاوندان نزدیک و مرتبط با بیمار، مسائل شغلی و شناخت توانمندی های بیمار در داخل و خارج از مرکز، ارتباط منظم با خانواده و بیمار در جهت رفع دغدغه های فکری و روانی و همچنین کاهش اضطراب های احتمالی و مؤثر بر روند درمانی بیمار.

گزارش عوامل مؤثر بر درمان به تیم درمانی جهت اصول نتیجه بهتر با استفاده از اصول و فنون و رعایت کلیه جوانب مددکاری اجتماعی و ...

مرحله خروج یا پیشگیری از عود:

و ایجاد زمینه و بستر مناسب (با رعایت کلیه قوانین و اصول و ارزش های حاکم بر حرفه و مددکاری) جهت پذیرش بیمار در خانواده، جامعه، اقوام و خویشاوندان مؤثر، کاریابی، ارتباط مناسب با خانواده و مددجو (بیمار) که کلیه اقدامات مذکور در جهت پیشگیری از عود می باشد. به قولی بیمار موفق به ترک مواد شده ولی اعتیاد خود را ممکن است سال ها با خود داشته باشد.

آنچه بیان شد گوشه ای از فعالیت ها و خدمات حرفه مددکاری اجتماعی است. ممکن است در جریان درمان به مسائلی برخورد نمایم که، از جمله وظایف مددکاری باشد. آنچه مسلم است مددکار اجتماعی می توان به عنوان پلی ارتباطی بین فرد در داخل و خارج از موسسه عمل نماید.

۶-۱۸ طب سوزنی در درمان اعتیاد

درمان بیماران وابسته به مواد افیونی اولین بار در هنگ کنگ در سال ۱۹۶۰ گزارش گردید. بکارگیری طب سوزنی در این بیماران به طور شگفت آوری باعث عدم ظهور علائم قطع مصرف مواد شاده است. در آغاز هیچ توجیهی برای این مطلب وجود نداشت تا این که در سال ۱۹۷۹ افزایش سطح آندروفین متعاقب استفاده از طب سوزنی در بدن معتادان به هروئین اثبات گردید. این روش درمانی علاوه بر این که باعث حد علائم قطع مصرف مواد می شود، دارای اثر تثبیت کننده روانی نیز می باشد. با این حال به نظر می رسد استفاده همزمان این روش و روش های درمان شناختی، روان درمانی و درمان های اجتماعی، موفقیت این شیوه درمانی را افزایش میدهد. (سپهری، ۱۳۸۱).

۶-۱۹ اصول طب سوزنی

طب سوزنی حدود پنج هزار سال سابقه درمانی داشته و یکی از روش های علمی در پزشکی است که بدون مصرف دارو می تواند بسیاری از بیماری ها را درمان نماید. طب سوزنی شاخه ای از طب سنتی چین می باشد و در گروه بندی طب گیاهی، هامیوپاتی و مواردی از این قبیل نیز زیر مجموعه های طب مکمل قرار می گیرد.

طب سوزنی از طریق وارد کردن سوزن زایی مخصوص، در نقاطی مشخص از بدن باعث تسکین دردها و درمان برخی از بیماری ها می شود. از نظر فلسفه این علم انسان عبارت است از تجلی و تماس و برخورد متعادل و هماهنگ عناصر آسمانی و زمینی، بدین جهت وجود هرگونه اختلال در این تعادل، منجر به نابسامانی های فیزیولوژیکی در انسان می شود. بر مبنای این فلسفه هر موجود زنده دارای انرژی یانگ (yang) و انرژی، یین (Yin) می باشد. نظریه یانگ و یین یک تصور فلسفی در جهت مشاهده و تجزیه جهان مادی در چین باستان بوده است. یین و یانگ تمام اشکال خصوصیت های موجود در جهان هستی را شامل می شود. در واقع یین و یانگ دو اصل متضاد را در بر می گیرند که در تمام پدیده های جداگانه با سرشت های متفاوت و یا جنبه های مجزا و

روزمره خود این اصول متوجه این حقیقت شده بودند که پدیده های جهان هستی، به صورت مزدوج با یکدیگر در ارتباطند. برای مثال می توان روز و شب، حرکت و سکون، جهان بالا و پایین، گرمی و سردی را ذکر کرد.

اصطلاح بین و یانگ برای بیان این کیفیت ها به کار می رود. این موضوع بدین ای است که آب و آتش جنبه های اولیه تضاد در یک تناقض هستند. براساس این، هر متری در جهان مثال خصوصیات آتش از قبیل حرارت، حرکت به سمت بالا، هیجان و

تماما به یانگ نسبت داده شده و خصوصیات آب از قبیل سردی، سکون، تیرگی، حرکت به سمت پایین، مهار و ضعف به بین نسبت داده می شود.

بدین ترتیب مشاهده می شود که بین و یانگ در آن واحد، متضاد بوده ولی وابستگی درونی دارند. این دو با یکدیگر رقابت داشته و یکدیگر را کامل می کنند و در درون تمام پدیده های طبیعی وجود دارند. هدف نهایی در طب چینی، عبات است از تعادل بین این دو نیرو، که مشابه آن در طب غرب، برقراری تعادل بین دو دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک می باشد.

اصول ارتباط درونی و تبدیل مداوم بین و یانگ به یکدیگر، در طب سنتی چین برای توجیه فیزیولوژی، آسیب شناسی و راهنمای تشخیص بالینی و درمان کاربرد دارد.

۶-۲۰ اساس درمان در طب سوزنی

در طب سوزنی اساس درمان بر مبنای نقاط (و کانال های انرژی موجود بر روی بدن است. در این رابطه دوازده کانال انرژی زوجی مربوط به دوازده قسمت از اعضاء مهم بدن شامل: روده بزرگ، معده، روده کوچک، مثانه، کسپه صفرا و پیلور (مربوط به انرژی یانگ) و قلب و طحال، ریه، کلیه، کبد و دوازده (مربوط به انرژی بین) وجود دارند، بروی هریک از کانال ها تعدادی نقاط مخصوص قرار گرفته که تاکنون نزدیک به ۱۴۰۰ نقطه کشف گردیده است. هریک از این نقاط به تنهایی و یا چندین نقطه باهم، می توانند یک یا چندین بیماری را مداوا نمایند.

۶-۲۱ مکانیسم های عصبی - شیمیایی طب سوزنی و اعتیاد

از آنجا که مسکن های حاوی مرفین، عمیقا بروی تعادل میان واسطه های شیمیایی بدن اثر می گذارند، بنظر می رسد که طب سوزنی این تعادل را به حالت طبیعی باز می گرداند. ا را بیشترین تعداد گیرنده های مواد مخدر در بادامه یافت می شوند. ناحیه پیرامون نقاط مغز میانی از نظر تعداد گیرنده های افیونی دو مین ناحیه است. هیپوتالاموس، تالاموس میانی قسمت فوقانی هسته های دم دار (پوتامین، مناطقی هستند که دارای بیشترین گیرنده های افیونی می باشند. ارتوزیع گیرنده های افیونی (مرفین) ارتباط نزدیکی با راه های

نخاعی تالاموس قدامی و نخاعی - شبکه ای دارد که واسطه اجرای مؤثر و محرک درد می باشد. به نظر که توسعه تحمل پذیری و وابستگی فیزیکی به مواد افیونی به علت تغییر در - گیرنده های افیونی می باشد. مهار تمایل پاتولوژیکی به مواد مخدر پس از درمان طب سوزنی، احتمالاً بعثت تخریب منطقه تشکیل شده در کورتکس قسمت فرونتال و به علت اثر مستقیم روی یک مرکز ولع در هیپوتالاموس می باشد که منجر به کاهش میل شخصی برای مصرف مواد مخدر در مدت زمان طولانی می گردد.

۶-۲۲ درمان اعتیاد به وسیله طب سوزنی گوش

در طب سوزنی نقطه ای بنام ریه بر روی لایه گوش وجود دارد که با زدن سوزن در این نقطه و تحریک آن به وسیله استیمر لیتور، عکس العملی را در مغز پدید خواهد آورد. نتیجه این عکس العمل، به حالت طبیعی برگشتن ترشح آندروفین در مناطقی از مغز خواهد بود و مغز به طور طبیعی خواهد توانست ترشح مرفین طبیعی مورد نیاز خود را که بر اثر استعمال مواد مخدر کاهش یافته یا متوقف شده بود مجدداً اصلاح نماید. به عبارت دیگر، در گوش انسان نقاط مخصوصی وجود دارد که به سلسله اعصاب داخلی مغز ارتباط داشته و تحریک نمودن این نقاط باعث عدم علاقه فرد بیمار نسبت به مواد مخدر می شود.

۶-۲۳ سوزن گذاری در گوش

روش بالینی درمان سندرم ترک اعتیاد به وسیله طب سوزنی با استفاده از گوش و تحریک الکتریکی پیشرفت زیادی کرده است. با توجه به تجربیات به دست آمده سوزن گذاری با دو سوزن زیر جلدی (در هر یک از گوش های بیمار)

به عمق نیم سانتی متر با ۱/۵ سانتی متر در نقطه ریه به طور مایل به طرف قاعده صدف یا از وسط گوش در زیر پوست (بین پوست و غضروف) و به طرف سوراخ خارجی گوش انجام می شود سوزن های گوش با تحریک الکتریکی طب سوزنی وصل شده و شدت تحریک راتا ایجاد جریان جزئی در گوش خود احساس نماید (بدون اینکه دردی احساس دهیم و میزان تحریک نسبت به بیمار تعیین می شود. ولتاژ متداول بین ولت می باشد. این ولتاژ باید به اندازه ای باشد که بیمار در گوش احساس آرامش داشته باشد. معمولاً بیماران افسرده به فرکانس های بالاتر و بیماران عصبی به فرکانس های پایین تر بهتر پاسخ می دهند، فرکانس مناسب بین ۷۵ تا ۳۰۰ هرتز است به طور کلی فرکانس مناسب برای هر بیمار متفاوت است به هر حال فرکانسی که در خلال آن احساس بهبودی به بیمار دست می دهد طبق قاعده، مؤثرترین فرکانس می باشد. بطور معمول بیماران برای مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در ۲ جلسه در روز به مدت

تا ۵ روزی ابتدای ترک تحت درمان قرار می گیرند. متعاقباً روزی یک بار درمان برای ۴ تا ۵ روز بعدی انجام می شود. دوره درمان حداقل یک بار درمان برای ۴ تا ۵ روز بعدی انجام می شود. دوره درمان حداقل یک هفته بطول می انجامد. تأثیر درمان پس از

۱۰ تا ۱۵ دقیقه بصورت کاهش علائم متحرک مشخص می گردد. بیماران تحت درمان حالت بهبودی را بیان کرده و میل به مصرف مواد مخدر در آنها متوقف می شود. تاکنون هیچ عارضه جانبی در خلال درمان اعتیاد به طب سوزنی مشاهده نشده است.

در طب سوزنی در نزدیکی پشت نقطه ریه / پشت لاله گوش نقطه ای به نام upper back وجود دارد که برای درمان کمردرد حاد و درد پشت و رفع خارش، مورد استفاده قرار می گیرد. بنابراین، کاربرد این ناحیه علاوه، بر ترک اعتیادی برای درد کمر و درد پشت و در رفع خارش نیز مؤثر می باشد.

برای بدست آوردن این نقطه اگر بالاترین تا پایین ترین ناحیه گوش را اندازه گیری نماییم (در افراد عادی حدود ۷ سانتی متر می باشد) و آنرا به سه قسمت عرضی مساوی تقسیم نماییم، ناحیه مورد نظر در روی خط یک سوم پایین واقع شده است. همچنین از ناحیه حلزون در پهن ترین قسمت تا جائیکه لاله گوش به سر اتصال پیدا می کند (که حدود ۳ سانتی متر باشد) را به ۳ قسمت طولی و مساوی تقسیم نماییم، روی خط یک سوم به طرف سر واقع شده است. بعبارت دیگر، این ناحیه حدود ۲ سانتی متر تا ۲/۵ سانتی متر به پایین ترین قسمت ناحیه نرمه گوش و به فاصله حدود ۱/۵ سانتی متر از طرف حلزون خارجی و به فاصله ۵ میلی متر از محل تماس پشت گوش یا سر واقع شده و اگر از ناحیه جلوی لاله گوش مشاهده نماییم، در پشت ناحیه صدف تحتانی واقع شده است. ناحیه فوق حدوداً منطبق بر نقطه upper Back در پشت لایه گوش است.

در پایان یادآوری این نکته ضروری است که طب سوزنی یکی از روشهای درمان اعتیاد محسوب می شود با توجه به تحقیقات و مطالعات انجام شده در این زمینه توفیق این شیوه درمانی به همراه استفاده از درمانهای روانشناختی و اجتماعی تأثیرات به مراتب بهتر و بیشتری در درمان اعتیاد به همراه داشته است

فصل هفتم

شخصیت و نقش سازه‌های آن در سوء مصرف مواد

۱-۷ مقدمه

عناصر اولدر عام ادرگرد ا ر ده رام ، مع شخصیت از دو قسمت مهم تشکیل شده است. مزاج و منش. مزاج همان سطح عمومی پاسخگویی فیزیولوژیکی به محیط است. بعضی افراد نسبت به محرکهای محیطی حساس ترند، بعضی دیگر به این محرک ها کمتر واکنش نشان می دهند. منش چگونگی یادگیری ما درباره کارهایی که باید انجام دهیم و نحوه انجام

آنها را یاد می‌گیریم. منش ممکن است در خانواده و با محیط اجتماعی شکل گیرد. مزاج و منش عناصر اولیه تمام اختلالات شخصیت هستند (میلون، ۱۹۸۱).

۲-۷ شخصیت چیست؟

شخصیت را با افکار، احساس و عمل پایدار فرد نشان می‌دهند. شخصیت باثبات است، به خوبی فراگرفته می‌شود و در برابر تغییر مقاوم است. شخصیت هر فرد است که تمامیت او را می‌سازد. شخصیت الگوی رفتاری است که ما به عنوان شیوه زندگی خود آنها را می‌پرورانیم. در واقع شخصیت نحوه تطابق پذیری و سازگاری با محیط است.

حالت عبارت است از شرایط کنونی فرد. حالت گذرا و انعطاف پذیر است و به آسانی تحت تأثیر محرک‌های محیطی قرار می‌گیرد ممکن است شخص هنگامی که کلید اتومبیل خود را گم می‌کند غمگین و یا حتی افسرده باشد اما با پیدا شدن کلید سریعاً به حالت اولیه و به هنجار فکری، احساسات و عمل خود باز گردد صفت تمایلات با دوام و مانای واکنش به مجموعه‌ای از شرایط است که به شیوه‌ای خاص نمایان می‌شود. صفت ثابت است و در برابر هر تغییر مقاومت نشان می‌دهد، به همین دلیل فردی ممکن است، رفتار خاصی را برای مدت طولانی نشان دهد.

اختلالات شخصیت الگوهای صفات انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه هستند که باعث به وجود آمدن نقص‌های عمده در عملکرد هنجار فرد می‌شوند (ویتره ۱۹۹۶).

مزاج و نوحواهی (نوجویی) در نوجوانان مصرف‌کننده مواد

بررسی ارتباط بین این دو سیستم نظریه پردازانه برای کسب اطلاعات بیشتر در اصطلاحات بدیع‌طلبی یا تحرک‌طلبی که یک عامل توصیف‌کننده است صورت پذیرفته است. این فرضیه چنین بیان می‌دارد که تمایل به جستجوی چیزهای جدید، تنوع‌طلبی و تجربه هیجان‌عاملی است که در ترکیب با محیط و شرایط محیطی و دیگر اسنادهای شخصی، خطر مصرف مواد و دیگر مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد. این رویکرد از روی مطالعات مربوط به بزرگسالان گرفته شده و توسط تئوری‌های روانی - زیست‌شناسی حمایت شده است. (کلونینگر و زاگرمین ۱۹۹۴).

تحقیقات بر روی حیوانات یافته‌های این پژوهش را حمایت کرده است. تحقیقات نشان داده که نوجویی و تحرک‌طلبی نوجوانان که بدیع‌طلب و تحرک‌طلب هستند رابطه متقابلی با مصرف مواد دارد. یکی دیگر از نظریه‌ها، مربوط به ابعاد مزاج و خطر مصرف مواد است. پژوهش‌های مختلف چرخه‌هایی بین ابعاد شخصیت (مزاج) و خطر مصرف پیدا کرده‌اند. تحقیقات نشان داده که اندازه‌گیری خصوصیات و ویژگی‌های مزاجی در دوران اولیه زندگی پیش‌بینی‌کننده مؤثر در مصرف مواد در بزرگسالی است. مطالعات مختلف ارتباط معناداری بین ابعاد مزاج و مصرف مواد در نوجوانی پیدا کردند، همچنین مشخص

شد که ابعاد شخصیت ارتباط معنی داری با توانایی خود کنترلی به عنوان یک عامل پیش بینی کننده دارد، این یافته ها بر اساس تئوری های زیست محیطی رشد شخصیت است.

مدل عصب، روان داروشناختی کلونینگر

این مدل از نظریه سیستم مغز گرفته شده است و بیان می دارد که ابعاد مزاج نسبت به دیگر سیستم های نظام مندی که ثبات و پایایی بعضی رفتارها در سنین اولیه را سبب می شوند، برای اندازه گیری شخصیت مناسب تر و قابل دسترس تر هستند. به همین علت طبیعی است اگر انتظار یک ارتباط نزدیک بین سازه های نظریه مزاج و مدل کلونینگر داشته باشیم و اینکه هر دوی آنها متغیرها با خود کنترلی مرتبط هستند (چیزی که توسط مدل اپی ژنیک رشد شخصیت فرض شده است).

ابعاد نظریه مزاج

پژوهش های انجام گرفته بر روی مزاج، ابعاد رفتار کودک را شناسایی کرده و برای ظهور اولیه و ثبات مستدل در طول زمان ملاکهایی را در نظر گرفته اند. چندین بعد که در مطالعات مختلف مشخص شده اند عبارتند از: سطح فعالیت که در واقع سطح معمولی فعالیت جسمانی، فعالیت نیروبر و رفتارهای حرکتی آشکار هستند. - هیجان پذیری منفی: تمایل و آمادگی اینکه فرد به راحتی و به شدت بر آشفته و خشمگین می شود.

۱- عدم انعطاف پذیری "یا بازداری: که در آن فرد نسبت به موقعیت های جدید هیچ انعطافی نشان نمی دهد و بسیار خشک برخورد می کند.

- اجتماع پذیری: تمایل به بودن در کنار مردم و علاقه به آنها و معاشرت با آنهاست.

- جهت دهی توجهی به وظیفه یا مقاومت، تمایل به تمرکز و توجه به وظایف محول شده و علاقه به تکمیل آنهاست.

- هیجان پذیری مثبت: تمایل به تجربه راحت و ساده تأثیرات مثبت است.

- طرز برخورد یا نزدیک شدن: تمایل به نزدیک شدن به دیگران لذت بردن از موقعیت های جدید است. ابعاد این تئوری توسط مقیاس (Dots - R) و پرسشنامه (EASI) بدست آمده است.

جهت یاب نسبت به وظیفه و هیجان پذیری مثبت رابطه معکوس با مصرف مواد مخادر دارند. از طریق پژوهش های متعدد بعدها مشخص شد که باید ارتباطی بین ابعاد مزاج و رشد توانایی کی خود کنترلی وجود داشته باشد (1995) (Generalized Self Control Ability, و مشخص شد که اندازه گیری توانایی خود کنترلی به طور معنی داری با مصرف مواد در نوجوانان مرتبط است (ویلز، ۱۹۹۵).

ابعاد شخصیت از دیدگاه کلونینگر

در تئوری کلونینگر بر اساس این فرض بنا نهاده شده که مصرف مواد ممکن است با سیستم‌هایی از مغز در ارتباط باشد که به طوری درگیر محرک‌های جدید (تفرآمیز و اشتیاق‌آور هستند). این تئوری بیان می‌کند که تمایل به مصرف مواد مرتبط با سطح نسبی انتقال‌دهنده‌های عصبی منو آمین است که به سه صفت اساسی و زیربنایی مربوط است.

البذیع‌طلبی: که مربوط به سطوح مختلف دوپامین است که در شماری از رفتار قابل مشاهده آشکار است مانند فعالیت‌های ماجراجویانه و کنجکاوانه مکرر و همچنین پاسخ به محرک‌هایی که تقویت‌کننده هستند و همراه پاداش عرضه می‌شوند و حتی محرک‌های شرطی شده آنها را در بر می‌گیرد. این فرضیه بیان می‌دارد که در بدیع‌طلبی مربوط به سیستمی است که برای کسب پاداش، رفتاری را فعال می‌کند.

اجتناب از آسیب

که مربوط به سطوح مختلف سروتونین است که تمایل به پاسخ شدید به محرک‌های ناخوشایند و انزجار آور یا علائم شرطی شده با آنها که همراه تنبیه است می‌باشد و بیان می‌دارد که در گیر سیستمی است که برای اجتناب از تنبیه رفتاری را بازداری می‌کند.

وابستگی به پاداش

مربوط به سطوح مختلف نوراپی نفرین است که به عنوان بعد مهم نگهدارنده رفتار، و مقاومت و پایداری در برابر خاموشی رفتار است و بیان می‌دارد که با سیستمی درگیر است که آمادگی کسب پاداش یا منحرف‌کننده بقیه است. پیش‌بینی ویژه تئوری کلونینگر این است که احتمال مصرف اولیه یا شروع مصرف مواد مربوط به ترکیب داوطلبی بالا، اجتناب از آسیب پایین و وابستگی به پاداش کم است. این تئوری از پرسشنامه سه بعدی شخصیتی (TPQ) استفاده کرد که برای اندازه‌گیری تظاهرات اینسه بعد شخصیتی در بزرگسالان طراحی شده بود. مطالعات روان‌سنجی بعدی بعضی موارد را به این ساختار سه‌عاملی اضافه کرد و مقیاس وابستگی به پاداش را به خرده‌مقیاس وابستگی به پاداش ناشی از وظیفه و وابستگی به پاداش اجتماعی تقسیم شد.

مدل خودنظم‌دهی

در بررسی ارتباط ابعاد مزاج و سازه‌های تئوری کلونینگر در مصرف مواد در نوجوانان، لازم است یادآور شویم، بسیاری از مدل‌های نظریه پردازانه بیان می‌دارند که رفتارهای دارای مشکل با متغیرهایی که منعکس‌کننده توانایی خودنظم‌دهی و مهار خود یا تنظیم شناخت، هیجانات، عواطف و رفتار است مرتبط هستند (موس، ۱۹۹۵). ادبیات بالینی

بیان می دارد که بزرگسالانی که سوء مصرف دارند در کنترل رفتار و تنظیم عواطف ناخوشایند خود دچار مشکل هستند.

مطالعات نشان داد است که بر چسب تکانه ای بودن یا ایگوی تحت کنترل، پیش بینی کننده قابل قبولی برای سوء مصرف مواد است. این یافته ها به ارتباط مزاج با خود کنترلی مطرح گردید. این موضوع از مدل اپی ژنیک گرفته شده است که بیان می دارد بعضی خصوصیات و ویژگی های مزاج، کاهش دهنده رشد مهارت های خود کنترلی می شوند زیرا این ویژگی ها سبب می شوند که توجه به موقعیت های آشکار و باز خورد دهنده کاهش یابد (مانند سطح بالای فعالیت یا بر آشفتگی عاطفی) و یا اینکه ممکن است اصل تعاملات یا عوامل اجتماع پذیری مانند معاشرتی بودن را تحت تأثیر قرار دهد (وینر ۱۹۹۵).

۷-۳ نگرش و باورهای ناکارآمد در اختلال سوء مصرف مواد

دیدگاه شناختی در روان شناسی، انسان را موجودی خلاق و فعال می داند که توسط اشیاء و محرک های بیرونی برانگیخته نمی شود بلکه تعیین کننده اصلی، رفتار فرد را نگرش فرد نسبت به موقعیت های بیرونی می داند. افراد معتاد نیز در مواجهه با محی پیرامونی خود از نگرش های خاصی سود می جویند که آنان را نسبت به مصرف مواد افیونی آسیب پذیر می سازد. در عین حال هرچه فرد مصرف مواد طولانی تری داشته باشد بتدریج بر روی نگرش فرد تأثیر بیشتری می گذارد و نگرش های ناکارآمد بیشتری را مورد استفاده قرار می دهد.

زمانی که افراد نگرش های ناکارآمدی دارند حوادث بیرونی را نیز استرس زا درک کرده و فشار روانی بیشتری را تجربه می کنند. در عین حال این گونه نگرش های ناکارآمد می تواند زمینه ساز افسردگی، اختلالات روانی و رفتاری مختلف باشد. لذا اگر فرد معتاد به این باور دست پیدا کند که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مشکل یا فرار از مشکل نمی باشد، آگاهی خود را نسبت به مشکل افزایش داده، مهارت های اجتماعی و شناختی لازم را کسب کرده و با آگاهی و بینش لازم رفتارهای جایگزین را فرا گرفته در نتیجه مجدداً گرفتار اعتیاد نخواهد شد. نگرش نوعی کشش عاطفی درونی است که می تواند اعمال فرد را توجیه کند به طوریکه مفهوم و قصد آن استنباط می شود، دارای چند جزء شناختی، عاطفی، کرداری و ارزش گذاری می باشد پورافکاری، (۱۳۷۳). در واقع نگرش ها عقایدی هستند که بیانگر احساسات، تمایلات و علاقه مندی ها یا عدم آن نسبت به موقعیت ها، اشیاء ... می باشند. جنبه مطلق گرایانه غیر واقعی داشته و فرد را مستعد آشفتگی روان شناختی می نمایند.

* - ویژگی های نگرش های غیر منطقی از دیدگاه در ایدن عبارتند از :

۱. انعطاف ناپذیر هستند.

۲. غیر منطقی هستند.

۳. منطبق بر واقعیت نمی باشند.

۴. مانع رسیدن به اهداف و مقاصد اصلی فرد، بقای فردی و شادی می گردند.

تحقیقات مختلفی بر اهمیت نوع نگرش فرد به زندگی و تأثیرات برداشت وی از رویدادها بر رفتار تأکید دارند. جوانبخت، (۱۳۷۸) به این نتیجه می رسد که معتادان از تفکر غیر منطقی و غیر انطباقی بیشتری برخوردار می باشند. از سوی دیگر جارج (۱۳۸۱) گزارش می کند که سبک اسناد جوانان معتاد بدبینانه تر از جوانان غیر معتاد است آنها به نسبت بیشتری به درمانا کی اموخته شده مبتلا هستند. الگوی مقابله باباران نیز با الگوی مقابله ای گروه گواه تفاوت معناداری نشان داده است. الگوی مقابله ای افراد معتاد بیشتر از نوع روش های غیر مؤثر همچون تفکر منفی، آرزومندانه، تفکر خرافی، و روش های متمرکز بر هیجان، مانند انکار، عدم درگیری ذهنی و رفتاری، استفاده از دارو و دخانیات و برون ریزی عواطف بوده است. پیامدهای دراز مدت شناختی استرس نیز می تواند شامل: افزایش افکار خود انتقادگرایانه منفی

افکار افسرده ساز) افکار غیر منطقی و تحریف کننده، تفکر فاجعه آمیز (نگرانی)، دوره های افسردگی، بدبینی، عدم تحمل، تردید، فراموشی و... می باشد. در بررسی ابراهیمی و موسوی (۱۳۷۸) نگرش های معتادین به مواد مخدر به عنوان متغیرهای روانی - اجتماعی پیش آیند مؤثر در بروز اعتیاد گزارش شده است، در عین حال سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین با نگرش مثبت به مواد رابطه دارد. در مطالعه ای که برای بررسی نگرش غیر انطباقی صورت گرفته افراد معتاد در مقیاس نگرش های ناکارآمد نسبت به گروه کنترل نمرات بالاتری داشتند. این مطالعه از فرضیه وجود الگوهای غیر انطباقی تفکر و نگرش در بین معتادین حمایت می کند و به دلیل بالا بودن این الگوها بر لزوم استفاده از شناخت درمانی در این بیماران تأکید می کند (مارتینز و همکاران، ۱۹۹۴).

سوء مصرف کنندگان مواد در دوره ترک زمانی که از نگرش ها و تفکران مثبت بعنوان راهبرد مقابله ای استفاده می کردند و از رفتارهای اجتنابی کمتری بهره می جستند عود کمتری را گزارش می نمایند. مبتلایان به این اختلال، مضطرب تر و تکانشی تر بوده و بیشتر از افراد عادی نیازمند تأیید اجتماع هستند. در عین حال عزت نفس، اعتماد به نفس، رضایت از خود، اطمینان اجتماعی، جرأت ورزی کنترل شخصی و احساس کفایت پایین تری در مقایسه با افراد عادی دارند، افرادی هم که سطوح بیشتری از علایم افسردگی شناخت های خصمانه، کنترل تکانه پایین و سبک های مقابله ای ناسازشکارانه داشته اند، احتمال بیشتری وجود دارد که در معرض مصرف مواد باشند، نگرش های ناکارآمد با

آشفتگی جسمانی بیشتر نیز ارتباط دارد. در بیماران با درد کمر، سطوح بالاتری از تحریف شناختی مانند فاجعه سازی و ... مشاهده می شود. در مورد بیماران ابا خستگی فرض اسنادهای منفی بیماری با پیش آگهی و پیشرفت بالینی کمتر رابط داشته است. اینگونه نگرش های ناکارآمد را به وضوح می توان در افراد معتاد مشاهده کرد، در واقع فرد معتاد در گرداب نگرش های ناکارآمد خود گرفتار شده و تلاش های دیگران نیز خیلی موفق نیست. برای بررسی و تبیین این مسأله نظریه پردازان مختلف دیدگاه های مختلفی را ارائه کرده اند.

- دیدگاه بکا وقتی فرض های ناکارآمد فعال شدند، افکار خود آیند منفی را بر می انگیزند. از این نظر به این افکار منفی می گوئیم که با هیجانات ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آنها خود آیند می گوئیم چون خود به خود به ذهن افراد متبادر می شوند. این افکار ناکارآمد برخاسته از هیچ گونه فرایند استدلال آگاهانه نیستند. آنها ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند، پیش بینی هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده اند و این مسأله به نوبه خود سایر نشانه ها را در پی دارد و با افزایش مصرف، افکار خودآیند منفی هرچه شدیدتر می گردند و افکار منطقی نیز هر چه بیشتر ناپدید می شوند و خود این فرایند نیز موجب گسترش تسهیل مصرف فرد می گردد. از سوی دیگر سو گیرهای منفی فرد که ناشی از خطاهای شناختی می باشند در طی مصرف مواد فعال شده و خطاهای منظم فکری را در پی می آورند. این خطاهای شناختی نشان دهنده اشتباهات منطقی منظمی هستند که به سادگی در افکار این بیماران شناخته می شوند. مطابق دیدگاه این نگرش های ناکارآمد باورهای کلی هستند که افراد در اثر تجربه تحسین خود و جهان پیرامون کسب می کنند این باورها و نگرش ها فرد را آماده می سازد تا موقعیت های خاصی را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند این نگرش های ناکارآمد معیارهای انعطاف ناپذیر و کمال گراییه ای دارند که فرد از آن در قضاوت نسبت به خود و دیگران استفاده می کند.

این طرحواره ها در سازمان دهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می گیرند. از آنجایی که این نگرش ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر نده بنابر این ناکارآمد یا ناباورند. افرادی که به طور مداوم به این نگرش ها اصرار می کنند در ده با عوامل فشارزای فرضی خطر بیشتری وجود دارد که دچار آشفتگی روانشناختی شوند. این نگرش ها در طی دروان کودکی رشد می یابند و بجای ارزیابی خاص محتوای یک موقعیت ویژه، بیشتر نمایانگر خصوصیات با ثبات فرد می باشند. متعاقباً این الگوی شناختی ممکن است به عنوان عوامل آسیب پذیری عمل نمایند که فرد را در معرض خطر بیشتر افسردگی و سایر آشفتگی های روان شناختی قرار می دهند. در واقع مجموعه رفتاری فرد در پاسخ به عوامل فشار را به مقدار زیادی تحت نفوذ باورها و نگرش های هسته ای فرد قرار دارند (الیس، ۱۹۹۵). و افرادی که بیش از حد انعطاف ناپذیرند و عقاید کمال گراییه نسبت به محیط و اطرافیان دارند هنگامی با موقعیتی مواجه می شوند

ممکن است راهبردهای ناسازگارانه مانند افکار ناکارآمد را به منظور مقابله با عوامل فشار را به کار نیندند. به علاوه ممکن است فرد به منظور مقابله با عوامل فشار را از راهبردهای جبرانی غیر واقعی نیز استفاده نماید.

الیس تأکید می کند که نوع تفکر و باور فرد معتاد است که وی را به مصرف مواد می کشاند و یا از آن دور می سازد. نگرش های افراد معتاد عموماً ناهشیار، اغراق شده، مطلق گرایانه و غیر قابل انعطاف بوده و از این نظر عملکرد مناسب نسبت به ناکامی ندارند و در مواجهه با ناکامی افکار منفی چون داروی مخدر مشکل ساز نیست، از تمام هیجانات منفی هر چه قدر ارزشمند باشد باید اجتناب کرد، من فردی فاقد ارزش و لیاقت هستم. الكل یا داروی مخدر بهترین راه حل مشکلات و مسائل هیجانی است. این رویکرد با تمرکز بر شناخت فرد، اراده و تصمیم فرد را مورد تأیید قرار می دهد الیس و همکاران، (۱۹۹۸).

برنز، (۱۹۹۷) بر این باور است که نگرش های فرد اگر بازننگری و ارزیابی دوباره نشوند، به ضد خود تبدیل می شوند و به جای حل مشکل، ایستایی و رکورد را در پی دارد. به بیان دیگر تفکرات غیر انطباقی علت بسیاری از رفتارهای غیر منطقی مانند اعتیاد هستند. برنز به بررسی و ارائه ۱۰ نوع تفکر غیر منطقی که موجب شناخت غلط افکار، حالت و رفتار نادرست می گردد، می پردازد. این نوع تفکرات یا خطاهای شناختی شامل (اعتقاد به بایدها و نبایدها، شخصی سازی، بزرگ بینی و کوچک بینی، برجسب زدن بی توجهی به امور مثبت، استدلال احساسی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی، فیلتر ذهنی و نتیجه گیری شتاب زده می شده و تصویر ذهنی مخدوش فرد را روز به روز تقویت می کند (خسرو شاهیان، ۱۳۸۳).

سلیگمن، در سال ۱۹۸۷ با تلفیق نظریه سبک اسناد وینر نظریه ای جدید ارائه کرد. در این نظریه (درماندگی آموخته شده فرد از پیامدهای غیر قابل کنترل وی ناشی نمی شود بلکه تبیین های عملی فرد تعیین کننده رفتار و انتظارهای بعدی وی هستند. در واقع نحوه تبیین فرد از اسنادهای کلی وی، مشخص کننده واکنش فرد نسبت به آن واقعه می باشد. وی معتقد است که تبیین های کلی افراد بر اساس سه محور (درونی - بیرونی، پایدار ناپایدار کلی (همه شمول) اختصاصی صورت می گیرد.

تبیین فرد ممکن است به خود شخص (درونی) یا به شرایط بیرونی اسناد داده شود، همچنین علت رفتار ممکن است پیامدهای زیاد (کلی یا همه شمول یا فقط محدود به یک پیامد خاص (اختصاصی) باشد. هرگاه حادثه ناخوشایند به عامل درونی و باورهای فرد به علت پایدار اسناد داده شد اعتقاد فرد بر این که یک عامل فراگیر و کلی حادثه ناخوشایند را به وجود آورده، عزت نفس وی را کاهش داده و رفتارهای اعتیادگونه روز به روز گسترش پیدا کرد.

الماسی به این نتیجه رسیده است که رفتارهای خود تخریب گری از جمله مصرف الکل و اعتیاد به مواد مخدر را افرادی که منبع کنترل درونی دارند کمتر دیده می شود و در ترک مواد هم سریعتر موفق می شوند (الماسی، ۱۳۷۷). وی همچنین اظهار داشته است که اسنادهای کلی، درونی و پایدار یک فرد معتاد می تواند پیش بینی کننده عود مجدد مصرف مواد در افراد معتاد باشد. و با وجود نگرش های سالم تر و کارآمدتر در فرد، حل مساله ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی در هنگام بروز مشکل بیشتر و استفاده از مهار هیجانی و جسمانی کردن کمتر می شود. نوع مقابله فرد در برابر عوامل استرس زا نیز می تواند مبین نگرش های ناکارآمد فرد باشد. معتادان از راهبردهای مقابله ای حل مسأله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی کمتر از راهبرد مقابله ای جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر از افراد سالم استفاده می کنند. به عبارت دیگر به جای مقابله متمرکز بسر مشکل به مقابله هیجان مدار روی آورده و بجای کنترل و برداشتن مشکل سعی در مهار پیامدهای هیجانی عامل استرس زا دارند. این تلاشها اغلب منجر به عواطف منفی بیشتری شده و آشفتگی فرد را به طور روز افزونی تقویت می کند.

از سوی دیگر سن فرد یا طول مدت مصرف مواد در انتخاب شیوه مقابله وی با استرس تأثیر چندانی ندارد چرا که طرحواره ها و ساخت های شناختی و شیوه های برخورد او با استرس از زمان کودکی آموخته شده و به تدریج تا اواخر نوجوانی شکل گرفته است. ولی با «آموزش مهارت ها» که زیربنای درمان شناختی - رفتاری در زمینه سوء مصرف مواد می باشد، می توان امکان کنترل این عوامل را به افراد آموزش داد.

درمان شناختی - رفتاری به بیمار کمک می کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و به این منظور از بحث های منظم و تکالیف درمانی رفتاری سازمان یافته استفاده می شود. هدف اصلی از درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد، تسهیل اکتساب مهارت های ویژه برای مقاومت در برابر مصرف مواد و مهارت های مقابله ای بر کاهش مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد است (الیس،

۱۹۹۸).

۴-۷ معنویت، رفتار اعتیادی و بهبودی

از منظر تحلیل های روان شناختی که بنگریم شاید روان شناسان اصالت وجودی بهتر از همه به تعیین وضعیت معنویت و موضع نگاری آن در مقابل پدیده های دیگر پرداخته اند. این که اساسا چه چیز معنوی است و چه چیز معنوی نیست و فقط جنبه روانی دارد خود سؤال مهمی است که پاسخ به آن مسیر بحث ها و حتی حرکت های معنوی لازم را مشخص می کند و این پاسخی است که به وضوح در آثار فیلسوفان و روان شناسان اصالت وجودی ملاحظه می شود اما پیش از آن و البته به گونه ای دیگر در آثار روان تحلیل گران نیز مشهود است.

فریود مرکزیت روان هر انسان را متشکل از دو نیروی مخالف می داند که به یکی غریزه مرگ و دیگری را غریزه زندگی نام می دهد. غریزه مرگ که میل به تخریب دارد به سمت بیرون یا درون میل می کند. بر پایی جنگ ها و ویرانگری، میل به غلبه، کنترل نمونه های همین غریزه است که روی به بیرون کرده است. حرکت های ویرانگرانه همین از نمونه های بارز غریزه مرگ و پرخاشگری می باشد و اما غریزه زندگی که در پی تعالی بخشیدن به محدودیت های من (ایگو) و بسط مرزهای آن است به اموری چون فعالیت های خلاقه، تولید و بارآوری گرایش دارد. قابل توجه است که در همه موارد فوق میل به اتصال به یک کل و مطلق گرایی مشهود است.

دس سال اصالت وجودی این موضوع را به بهترین وجه ممکن دریافته اند. از این دیدگاه انسان تنها موجود خود آگاه این کره خاکی است. آگاهی از تنهایی و فانی بود بهای این خودآگاهی است و اضطراب طبیعی وجودی است. بنابراین هم این اضطراب ناشی از درک این تنهایی و فناپذیری نیز یک اضطراب طبیعی وجودی است و بنابر این هم این اضطراب و هم آن آگاهی، از وجود خود انسان سرچشمه می گیرد و مربوط به طبیعت و وجود خود آگاه اوست.

معنویت با چهار ویژگی ایجابی قابل معرفی است:

- جهان شمولی

- فنا

- بی کرانگی

- بی مرزی

نقش روانشناختی مذهب در بهبودی

در مراحل اولیه درمان، به ویژه درمان اعتیاد، استفاده از مضامین مذهبی می تواند مقاومت برانگیز باشد و دریافت واقعیت پیام های معنوی در قالب و ساختار مذهبی توسط بیمار به دلایلی که ذکر شد مشکل می نماید. از این رو، تنها با پیشرفت جریان درمان و پدیدآیی تغییرات مثبت در بیمار است که می توان انتظار درک بهتر مضامین معنوی در ساختاری مذهبی را داشت و بنابر دلایل که ذکر آن خواهد رفت گرایش های مذهبی هنگامی نتایج مثبتی را از نظر بهداشت روانی بر جای خواهند گذارد که خودانگیخته و خود مختارانه باشد. در این خصوص آلپورت روان شناس برجسته در نظریه بدیع خودو سازمان روانی و شخصیت آدمی به طرح مفهومی پرداخت که آن را خود ای کنشی نام نهاد. او با تقسیم رفتارهای بشر به دو بخش رفتارهای محدود و های ابتکاری اظهار داشت که آن دسته از رفتارها که وابسته به نیازهای اولیه و زیستی هستند و در صورت وجود تقویت

کننده های بیرونی افزایش می یابند، رفتارهای محدودی هستند که خواستگاه درونی نداشته و به خودمختاری کنشی نرسیده اند. ما آندسته از رفتارها که به خودمختاری کنشی رسیده اند، وابسته به انگیزه درونی، ارزش ها و سبک زندگی فرد هستند و فرد خود آگاهانه آنها را برمی گزینند. او در پرتو چنین تقسیم بندی گرایش های مذهبی آدمی را به دو دسته بیرونی و درونی تقسیم نمود - گرایش های مذهبی افراد، آنگاه بیرونی است که از مذهب به عنوان وسیله ای جهت پدید آوردن تقویتی بیرونی و یا برداشتن موانعی استفاده کنند و آنگاه درونی است که ارزش های مذهبی برایشان محسوب شود، ارزش هایی که از نیازهای اولیه آنان جدا و درونی شده و از نظر کنشی به خودمختاری رسیده است. این اعمال مذهبی به خاطر نفس آنها و معانی شان و نه رفع نیازهای هیجانی فرد انجام می شود. به اعتقاد آلپورت گرایش درونی مذهبی نیرویی وحدت بخش و موجد یکپارچگی معنوی است. زیرا فرد را در مسیری رو به یکسو و هدایت می کند. در پژوهشی که به بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی (بیرونی یا درونی) و معیارهای بهداشت روانی پرداخته، نشان داده شده است که جهت گیری بیرونی نسبت به مذهب رابطه ای با معیارهای بهداشت روانی نشان چون رفتار مناسب اجتماعی، رهایی از نگرانی، احساس شایستگی، کنترل، یکپارچگی و انسجام شخصیت دارد. این یافته ها نشان می دهد، هنگامی که جهت گیری فرد نسبت به مذهب درونی می شود، مضامین مذهبی در تأمین بهداشت روانی افزایش نقش فعالی خواهند داشت.

- جهت گیری مذهب به انسان

اثر مذهب و ایمان مذهبی در زندگی ما تا حدودی نیز وابسته به محتوای مذهبی و در واقع تصویری است که مبلغین مذهبی از مذهب و خدا به ما می دهند مذهبی می تواند به رشد معنوی آدمی کمک کند که به هفت نیاز انسان پاسخ دهد، این نیازها عبارتند از

- 1 - نیاز به فلسفه زندگی ۲- نیاز به ارزش های خلاق ۳- نیاز به رابطه با قدرتی برتر، دوست داشتن و عشق ورزیدن ۴- نیاز به رشد دادن خویشتن ۵- نیاز به حس تعلق خوشبینانه به دنیا ۶- نیاز به اجتماعی حمایت کننده که رشد معنوی را تقویت کند" نیاز به حرکت های متعالی.

- بهبودی به عنوان یک جریان معنوی

انگاه که اضطراب وجودی و همه عواقب محتمل رفتاری آن از جمله اعتیاد به عنوان پاسخی نابهنجار به یک سؤال بهنجار و بجا تلقی شود که از نظام وجودی و معنوی ما سرچشمه می گیرد، درک فرایند بهبودی به عنوان یک سفر معنوی سهل تر است، گرچه همواره تعداد کمی از افراد آماده پذیرش فشارهای این سفر هستند، فشارهایی که به طریق مختلف تجربه می شود و درک مناسبی از آن ضروری است. فرایند بهبودی شبیه به یک خانه تکانی است. فردی که در جریان یک بهبودی معنوی قرار گرفته

است اغلب احساس می کند که از نظر روحی و معنوی، مواقع بحران ها و فشارهای روحی، رفتار معنوی اش به دو شکل عمده بروز می کند:

الف) سوالات اضطرابی: یکی از راههای تجربه فشار معنوی در طول دوره بهبودی شکل گیری، سوالاتی از این قبیل است: «اگر هستی، اگر صدای مرا می شنوی، چرا یادم نمی کنی؟»

یادآوری این نکته حائز اهمیت است که این سوالات نشانه بی ایمانی « نیست بلکه نشان می دهد که ایمان «زنده» اما «در رنج» است. ممکن است پاسخ قانع کننده ای برای این سوالات یافت نشود اما بر «حیرت» فرد می افزاید و قلب او را برای مواجهه عمیق تر با خدا باز می کند.

ب) احساس جدا افتادگی از قدرتی برتر: راه دیگر بروز فشار معنوی در مدت بهبودی احساس جدا افتادن از قدرتی برتر (

از جمله خدا) است همانند طفل کوچکی که از والدینش جدا می شود و احساس اضطراب و میل شدیدی به بازگشت آنها دارد. وقتی از غیبت یک قدرت برتر در زندگیمان در رنج هستیم، از طرفی میل شدیمان به نزدیک بودن به او را بیان می نمایم و این می تواند به ما در کشف راه های جدید برای نزدیکی به او کمک کند (پرکینسون، ۱۹۹۷).

۵-۷ بازگشت به جامعه و مراقبت پس از درمان

از مهمترین مراحل موفقیت نهایی درمان، بازگشت به اجتماع است. اغلب معتادان با مشکلات حاد تطابق خود با جامعه، هنگام ترک محیط های کاملاً مصون و نظام مند جوامع درمانی و بازگشت به زندگی طبیعی مواجه هستند. در این مرحله زیادی افراد را تهدید می کند لذا آنها به سراغ دوستان قدیمی و آشنایان خود که مواد مخدر مصرف می کنند، می روند. معتادانی که در فرایندهای درمانی شرکت می کنند نه تنها برای کسب مهارت های حرفه ای و اجتماعی و آماده شدن هر چه بهتر برای زندگی خارج از محیط های درمانی بلکه برای ایجاد رابطه مجدد با جامعه و یافتن شغل و اسکان مناسب نیازمند کمک هستند. مدیران می توانند نقش مهمی در این رات ایفا کنند یعنی در صورت امکان می توانند به مراجعین برای دستیابی به خدمات رفاهی، اجاره مسکن و آموزش شغلی کمک کنند. بسیاری از برنامه ها با دانشگاه ها ارتباط دارند که این کار به افراد برای بازگشت به جامعه کمک می کند و اعضای خانواده ها و دوستان این افراد را نیز به این فرایند جذب می کند. مراقبت های پس از درمان نیز یکی از مراحل درمان است که در واقع پیگیری تکمیل برنامه کوتاه مدت درمان است. هدف این مرحله جلوگیری از عود اعتیاد و توسعه کارایی روانی - اجتماعی افراد است. در عمل، مراقبت های پس از درمان از تماس های مقطعی تلفنی با یک متخصص امور درمانی تا ملاقات های منظم گروهی و

فردی را شامل می شود. بسیاری مراجعین خود را به سراغ گروه های کمک دو جانبه مراقبت های بهداشتی می فرستند. برخی مطالعات اولیه نشانگر رابطه ای مثبت میان درمان مستمر و توسعه فعالیت های پس از درمان افرادی هستند که نسبت به مواد مخدر و الکل درمان شده اند (برنامه ریزی بین المللی سازمان ملل، ۲۰۰۰).

۵-۶ درمان معتادان در آمریکا

در سال ۱۸۵۴ دکتر جان اسنو با کشف بیماری وبا که در حال گسترش در لندن بود، تحولی عظیم در بهداشت عمومی ایجاد کرد. در یک محله تعداد مرگ و میرها به ۵۰۰ مورد در ده روز رسید. اسنو این موارد را مشخص کرد و دریافت که این بیماری از پمپ آب خیابان بورد ناشی شده که مردم مبتلا از آنجا آب مورد نیاز خود را تامین کرده اند. اسنو دسته پمپ را درآورد و این بیماری همه گیر مهار شد. علم پزشکی با استراتژی اسنو که مبتنی بر جلوگیری از عوامل شیوع بیماری بود، متحول شده است همان منطق می تواند به ما کمک کند با بیماری شایع امروز «سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد» مقابله کنیم. تحقیقات پزشکی یک واقعیت محض را درباره مصرف مواد مخدر آشکار ساخت: وقتی این بیماری آغاز شود به یک بیماری ذهنی مخرب مبدل می گردد که عواقب آن چیزی جز تشویق فرد بیمار به مصرف بیشتر نیست. جوانی که می بیند چگونه یک معتاد در خیابان تلو تلو می خورد و نیروی خود را از دست می دهد، خواستار چنین عاقبتی برای خود نیستند، بلکه مصرف کنندگانی هستند که هنوز عواقب اعتیاد به مواد مخدر خود را نشان نداده اند. سال گذشته، حدود ۱۶ میلیون آمریکایی ماهانه ماده مخدر غیرقانونی مصرف کرده اند. در حالی که ۱/۶ میلیون آمریکایی نیازمند درمان هستند مابقی که هنوز در ماه عسل دوران اعتیاد به سر می بردند کسانی هستند که بیماری را به دیگران که فقط ظاهر قضیه را می نگرند، انتقال می دهند. کارشناسان درمان گزارش می کنند که مصرف کنندگان جدید قادر هستند هم نشینان خود را به رفتار جدیدی که در پیش گرفته اند، سوق دهند.

- به کارگیری اصول بهداشت عمومی

الگوی بهداشت عمومی سه درس کلیدی در خصوص سیاست مواد مخدر را به ما می آموزد. نخست جوانان باید درباره ظواهر فریبنده مواد مخدر آموزش ببینند. مصرف مواد مخدر یک چیز را نوید می دهد اما چیز دیگری را تحویل می دهد، چیزی حزن انگیز و مخرب برای مصرف کنندگان، خانواده های آنان و جوامع آنها. سرخوردگی ناشی از آن برای مدتی پنهان می شود و در همین دوران است که عادت مصرف توسط مصرف کنندگان به سایر جوانان آسیب پذیر انتقال داده می شود.

درس دوم در خصوص الگوی بهداشت عمومی است و این مربوط به کسانی است که هنوز در دوران «ماه عسل» هستند. این درس نتایج مهمی در مقوله درمان اعتیاد دارد.

عدم ارائه درمان مناسب در این بخش باعث می شود که حجم بالایی از افراد خواهان کمک، تحت تأثیر روش های ناکارآمد قرار بگیرند. برای بسیاری از مصرف کنندگان، از جمله اکثریت غالب گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، پاسخی خوش بینانه به مصرف مواد توسط آنها، دلیلی برای ماندن در مراکز درمانی نیست بلکه نشانگر این ب است که آیا در حقیقت نیاز به کمک وجود دارد یا خیر؟

درس سوم شامل کسانی است که مصرف آنها آن قدر پیشرفت کرده که نیازمند درمان هستند اما به لای بام درمان نیستند، زیرا حتی بهترین برنامه درمانی نیز نمی تواند به آنها کمک کند. بر اساس تحقیقات به عمل آمده توسط اداره خدمات انسانی و بهداشتی، در امریکا اکثر مصرف کنندگان مواد مخدر که نیازمند درمان هستند، این حقیقت را رد می کنند. این حقیقت برای کسانی که یکی از عزیزان آنها با اعتیاد دست به گریبان است، چندان تعجب آور نیست. از حدود ۵ میلیون نفری که در سال ۲۰۰۱ نیازمند درمان بودند ولی به سراغ آن نمی رفتند کمتر از ۸ درصد احساس می کردند نیاز به درمان دارند.

منطق کنونی درباره اعتیاد، مبتنی بر این نکته است که مشکل ترین کار، ارائه درمان به کسانی است که بی خانمان (HomeLess) و بی جا و مکان هستند، زیرا کارایی خود را از دست داده اند. درس سوم الگوی بهداشت عمومی شامل نیاز اساسی برای تشویق مردم به طی دوره درمان است. مشکل این بخش آن است که باید به بیماری پرداخته شود که ویژگی اصلی آن انکار است (استراتژی ملی کنترل مواد مخدر آمریکا).

رفع «خط انکار» نیازمند آن است که یک ملت، فضایی ایجاد کند که در آن شهروندان صادقانه و مستقیم با پدیده اعتیاد برخورد کنند و بدین نحو افراد نیازمند درمان را به طی دوره درمان تشویق کنیم. این شکل از اجبار که با عواطف همراه است با همکاری خانواده ها، دوستان، همکاران و اجتماع آغاز می شود. این امر همچنین نیازمند حمایت مؤسسات و اداره کنندگان آنها - مجریان قانون، اجتماعات مذهبی، ارائه دهندگان خدمات درمانی برای شناسایی و هدایت افراد نیازمند کمک به درمان اعتیاد است. در عین حال، این کار نیازمند استفاده از فنون بدیع برای مبارزه با اعتیاد نظیر داروهای خاص است.

برای پرداختن به این نیاز مهم، برای کسانی که فاقد حمایت درمان خصوصی هستند، تضمین شده است که متخصصان بخش فوریت های پزشکی مراکز درمانی کلنیک های درمانی، سیستم عدالت کیفری، مدارس و پزشکان خصوصی نیازهای درمان را ارزیابی کنند و در همان زمان کوپن تأمین هزینه درمان آنها را صادر نمایند. این کوپن ها قابل تجدید بوده و به گونه ای هستند که امر درمان را تضمین کنند. این خدمات می توانند نیاز معنادان جوان به درمان قبل از درگیری بیشتر با اعتیاد تا خدمات درمان سرپایی و درمان بستری را شامل شود. راه کمک در تمام برنامه هایی که زندگی افراد

را نجات می‌دهد از جمله برنامه سازمان های خیریه مناسب آشکار و بدون تبعیض است از طریق این برنامه جدید تضمین می‌شود که کوپن های درمان برای کلیه افرادی که تمایل دارند به سازمان های مذهبی برای کمک مراجعه کننده در دسترس قرار داده شوند هدف این است که شفا و بهبودی را در آینده برای مبارزه با اعتیاد ایجاد شود

فصل هشتم

اعتیاد و خانواده

۸-۱ مقدمه

در یک فرآیند بهنجار از تحول روانشناختی که می‌توان انتظار داشت به گونه‌ای هماهنگ در نظام های رفتاری عاطفی و شناختی روی می‌دهد و ریسش فردی (با همه معنیو دلالت های زیست شناختی و محیطی که در پس این دانش واژه سراغ داریم) از یک سو، و پویایی های روابط بین فردی (از رابطه مادر و فرزندی گرفته تا روابط اجتماعی در بزرگسالی از سوی دیگر، همه و همه سهمی را در این فرآیند بهنجار تحول دارا می‌باشند. آسیب پذیری های مزاجی، چون ناپایداری های هیجانی و هیجان خواهی که همراه با پرخاشگری و بزهدکاری مشاهده شده است، آسیب های عصب - روانشناختی و فیزیولوژیکی که منجر به آسیب پذیری در مقابل استرس می‌شود و مصرف مواد را مفری لذت آور و منحصر به فرد برای سرکوب استرس می‌گرداند، می‌توانند زمینه های بیولوژیک انحراف از این مسیر بهنجار را فراهم آورند. اما در ادامه و گاه موازی با چنین نارسائی ها، تعارض ها و روابط درگیره یا آشوب زده خانوادگی و نیز نابسامانی در اعمال کنترل های متناسب و غافل ماندن از فرزندان، چنین نتیجه ای را تسهیل نموده و به بار نشانند.

۸-۲ اعتیاد و خانواده

فردی که در روابطی آزاد، مستقل و مسئولیت پذیر در کنار هموعان خود زندگی کند در یک تحول بهنجار در روابط بین فردی انتظار داریم بتدریج وابستگی های مختلف هیجانی به والدین را حل کند، به آزمایش محیط خود بپردازد و در پرتو راهنمایی و حمایت متعادل والدینش و نیز آزمایش ها و خطاها و بتدریج پیش بینی خطر ها و پیشگیری از آنها به افزایش توانمندی ها و شناسایی حدود آن و مرزهای خود با دیگران نایل آید و این جریان را پی بگیرد و در حل مسائل زندگی در بزرگسالی از آن بهره گیرد و به عبارتی در این مسیر «فردیت یافته»، هنگام رودرویی با مسائل زندگی تصمیم گیرد و مسئولیت رفتار خویش را بپذیرد. همراه با دور شدن از نقطه مرکزی و محور تعادل فرایند حمایت و هدایتی که والدین به فرزندان خود عرضه می دارند، فرایند فردیت یافتن نیز آسیب می بیند. تاتر (۱۹۸۵). چگونگی برقراری ارتباط در این زمینه را در قالب دو مقوله توضیح می دهد که عبارتند از (۱) روابط درگیر، (۲) روابط بی قید. که در خانواده های درگیر تمایل فرزندان به خود مختاری و کسب استقلال تحمل نمی شود و به شدت سرکوب می گردد. در چنین خانواده هایی معمولاً یکی از والدین تمایل به مراقبت ها و محافظت های افراطی از فرزندش که عمدتاً از جنس مخالف او نیز هست، پیدا می کند. از مشخصات چنین خانواده ای، آشفتگی و آشوب و کم رنگ شدن مرزهای بین فردی است. حالت افراطی در خانواده بر فرزندان و نگرانی بیش از حد در مورد آنها، نماینده الگوهای درگیری روان شناختی در خانواده است. چنین خانواده هایی اغلب احساس می کنند که فرزندانشان خارج از کنترل آنها هستند و قوانین و مقررات خانواده در حد لازم رعایت نمی شود و به همین منظور به اعمال هرچه شدیدتر مراقبت و محافظت اقدام می کنند و از این طریق کسب مهارت های لازم توسط فرزندانشان جلوگیری می نمایند. بدین ترتیب است که زمینه های وابستگی و نقص تفرد در فرد پدید می آید و او حتی در سنینی که انتظار آن نمی رود، هنوز خود را نیازمند حمایت می بیند و نمی تواند در مواقع لازم تصمیم صحیح و مناسب بگیرد. اما در آن سوی پیوستار، فرایند دیگری در جریان است که به تشدید و تسهیل این نتیجه یاری می رساند و آن الگوی ارتباطی است که معمولاً پدر خانواده متحمل است بر قرار کند. بی قیدی"، فقدان احساس مسئولیت و حمایت حفظ مرزهای خشک بین فردی و فاصله هیجانی از مشخصات این الگوی ارتباطی است. روابط افراطی از این گونه گاه ممکن است به صورت سوء رفتار جسمی بروز کند. ضعف و تشنج در روابط والدین با هم و با فرزندان (که معمولاً در این نوع خانواده مشاهده می شود) بخصوص در دوره نوجوانی و جوانی، جذب فرزندان (خاصه پسران در گروه های هم سن را تسهیل می کند. نوجوان با جوانی که روش های صحیح حل مسئله و تصمیم گیری مناسب را فراگرفته است، در تعیین درست از غلط هنوز نیازمند راهنمایی از سرچشمه های بیرونی نظام کنترلی است که با آن سر و کار دارد. البته منظومه خانواده و وضعیت کودک از لحاظ ترتیب تولد و سنی که هنگام اعتیاد والدینش در آن قرار دارد عامل مهمی در تعیین اثراتی است که می پذیرد. بنظر می رسد

خانواده هایی که چنین الگوهای ارتباطی را برقرار می کنند خواه یک یا هر دوی والدین در آن مبتلا به اعتیاد باشند و خواه نباشند، مستعدترین زمینه را برای گرایش فرزندان در الگوهای وابسته رفتاری و در نهایت اعتیاد فراهم می آورند در صورت ابتلا چنین فردی به اعتیاد، این الگوهای ارتباطی به نحو پیچیده تری ادامه پیدا می کنند. به نظر می رسد این افراد هنگام همسرگزینی نیز در پی فردی هستند که امنیت آنها را فراهم آورد آنها که چنین الگوی بی قیدی و عدم احساس مسئولیت را عموماً پسران)

از پدران خود نیز پذیرفته بودند، این بار تحت تأثیر عواقب مصرف مواد، خود به توزیع مسئولیت ها و قدرت های خود در خانواده فعلی شان می پردازند. این توزیع قدرت و مسئولیت بین اعضای خانواده در حد خود منجر به ایجاد یک احساس دوگانه و پارادکس می شود. خانواده با اعتیاد مشکل دارد اما از توزیع قدرت و مسئولیت کاملاً خوشحال است، زیرا اعضاء آن خود را صاحبان مواضع جدید از قدرت در خانواده می یابند. در این موقعیت خانواده معمولاً بدون کمک گرفتن از منابع خارجی سعی می کنند خود با مشکل اعتیاد کنار بیایند و در این مسیر از همان مکانیزم های دفاعی معتادین استفاده می کنند. انکار، توجیه، فرافکنی و بدین ترتیب مواضع مدیر قدرت و مسئولیت را نیز از دست نمی دهند. گرچه حقیقت با اجازه دادن به ادامه اعتیاد، بعنوان یک سیستم حمایتی و تغذیه کننده وابستگی معتاد عمل می کنند. لازم به ذکر است که سازش با معتاد، هرچند فرایابی در بر دارد اما اغلب بر اصل ترس استوار است و اعضاء خانواده در یک حالت گوش به زنگی قرار دارند و نمی توانند که چه وقت فرد معتاد در حالت مصرف و کنترل نشده به برون ریزی خواهد پرداخت. این ترس حتی با استفاده از احساس گناه خانواده توسط معتاد به عنوان وسیله ای برای اعمال نوعی کنترل به کار می رود بکار بردن جملات شرطیه ای چون اگر میروم ... این تصویر شماسست، نماینده کوشش در جهت اعمال چنین کنترلی است. چنین نحوه برخوردی باعث می شود که حتی بعضی اعضای خانواده که از نظر هیجانی پختگی لازم را کسب نکرده اند، مسئولیت هایی فراتر از توانشان را بپذیرند. کودکان و نوجوانانی که به جای صرف انرژی برای هویت یابی و برقراری حس راسخی از هویت شخصی هماهنگ با سن مسئولیت مراقبت از فرزندان کوچکتر منزل را که سر و صدا می کنند به عهده گرفته اند از این جمله اند. آنچه که به عنوان انتقال نسل به نسل پاتولوژی می شناسیم در مجموع رشد در خانه اعتیاد موجب پدیدآیی آسیب شناسی روانی می شود که خود را بعدها در شکل های اختلال سلوک، عملکرد تحصیلی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اعتیاد نشان می دهد. در کنار افراد معتاد (عمدتاً پدران خانواده) کم نیستند همسران آنها که از الگوی وابستگی توأم و همراه در روابط پیروی می کنند. اینان عمدتاً می توانند از همان دسته از کودکان و نوجوانانی باشند که

مسئولیت های فزاینده ای را پذیرفته اند و در پی کسب تشویق و حمایت از سرچشمه های بیرونی تقویت بی نیاز از ادامه چنین الگویی (

مراقبت افراطی) نمی باشند. چنین الگویی که توسط اینان معمولاً به روابط عاشقانه و علاقه دو جانبه اسناد داده می شود، متضمن عناصر چنین الگویی که مستلزم آزادی و اختیار در تصمیم گیری در کنار تعهد و یک عضو غیر مشروط است، نمی باشد. به نحوی که معمولاً بیان آن در قالب عبارتی چو اگر به من علاقه مندی ... فرمول بندی می شود و چنین روابطی به نحوی گسترش می یابند که گاه شخص وابسته همراه، آنچنان مرزهای نقض شده ای پیدا می کند که محدوده ها و مرزهای متناسب برای شروع یک رابطه صحیح را باز نمی شناسد. رابطه ای که حکایت از یک چسبندگی هیجانی دارد. فرد وابسته همراه خود را مسئول تمام مشکلاتی که می تواند برای فرد مبتلا به اعتیاد پیش آید، می داند و بدین ترتیب در حالت گوش به زنگی مراقبت افراطی و رفتار سازش کارانه دائمی برای برآوردن تمنیات او باقی می ماند.

بنا بر آنچه در فوق آمد، می توان عوامل مؤثر بر تحول روان شناختی کودکان را ویژه در یک خانه اعتیاد به عوامل ذیل تقسیم کرد:

۱. جنسیت والدین (با توجه به الگودهی رفتاری، انتقال و اثر اختلالات روان پزشکی و نقش نسبی در فرزندپروری).

۲. جنسیت کودک

۳. منظومه خاص خانواده (ترتیب تولد و سن کودک هنگام اعتیاد یکی از والدین یا هردوی آنها)

۴. طول مدت اعتیاد والدین

به این ترتیب می توان بخش عمده درمان اعتیاد را شامل تشخیص و تعدیل سیستم نارساکنش وری خانواده اصلی یا پدری (

از جمله اسباب موجب اعتیاد بوده و خانواده فعلی (که از جمله اسباب ادامه اعتیاد به شمار می آید) دانست. فردی که در یک ارتباط روان شناختی درگیر با فرد معتاد قرار گرفته است در نگهداشتن شریک زندگی که آن را منبع امنیت خود می داند، پافشاری می کند. بنابراین تشویق ناپخته به برقراری استقلال و جدایی نارس ممکن است آسیب جدی و شدیدی به شخص وارد آورد. باید به فرد وابسته همراه کمک کرد تا به تدریج استقلال هیجانی خود را باز یابد و به آن چه می بایست در کودکی و نوجوانی کسب می کرد برسد. این کمک ها در قالب گروه درمانی، خانواده درمانی و روان درمانی مسیر است. باید به آنان کمک کرد تا مرزهای متناسب بین فردی را بازیابند و برقرار سازند و به تفرد دست یابند. باید به آنان آموخت که بین نگرانی و

احساس مسئولیت در مورد گذراندن زندگی دیگران تفاوت وجود دارد. (داویکو ، ۱۹۹۶).

۳-۸ برنامه خانواده

بیماری اعتیاد کل خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد از این رو در اعتیاد، آن را «بیماری خانوادگی» نام نهاده اند. نظام خانواده که توسط اعتیاد دستخوش تغییر و تحریف شده است ادامه رفتار اعتیادی را در معتاد تقویت می کند. زندگی اعضای خانواده اعتیادمحور فرد معتاد می چرخد و بر او متمرکز شده است. در حقیقت آنها به معتاد اعتیاد پیدا کرده اند. خانواده اغلب برای تطابق با رفتار و حالات تغییر معتاد مجبور به سازگاری و تطابق است و آنها خود را مقصر می دانند و مداوم سرزنش می کنند. در بسیاری از مواقع خانواده بر این باور است که می تواند معتاد را مجبور کند تا از رفتارهای خود ویرانگری و مصرف مواد دست بردارد. تجارب بالینی نشان داده است که درگیر کردن خانواده در امر درمان خانواده ها در درمان باعث، مشارکت بیشتر جوامع در درمان شده و نهایتاً به تسریع بهبودی می انجامد. درمانگران باید نظام حمایتی مراجع را به دقت ارزیابی و در جهت حمایتی بودن بهبودی حرکت کنند. اگر عضوی از خانواده نیازمند مداخله درمانی طولانی مدت است، این وظیفه درمان گر است که او را به سوی درمان مناسب هدایت کند. اگر خانوادهای حمایتی نیست، باید با آموزش و مشاهده، نگرش و رفتار آنها را تغییر درمانگر دهد. نگرش های نادرست و رفتارهای غیر سازشی، بهبودی مراجع را دشوار می سازد. مراجعان برخوردار از حمایت خانوادگی، بهبودی شان را با سرعت و جدیت بیشتری ادامه می دهند.

نظام خانواده اعتیاد با تمرکز شدیدی که بر معتاد دارد، کارکردهای طبیعی خود را از دست داده است. کژکاری موجود در خانواده اعتیاد راه را بر هر گونه تغییر می بندد. آن ها درون یک مرداب می زند که به هر چیزی برای خفه می شوند، که این شیوه باعث تقویت رفتارهای اعتیادی در فرد معتاد می شود (پرکینسون، ۱۹۹۷).

۱-۳-۸ فرایند خانواده

هیچ فردی را نمی توان یافت که در خانواده اعتیاد پرورش یافته باشد و خانواده او را تغییر نداده باشد. آنها کنترل بر محیط خانوادگی خود را به مدت طولانی از دست

نداده باشد آن ها کنترل بر محیط خانوادگی خود را به مدت طولانی از دست داده اند. آنها بیش از هر چیزی در آرزوی کسب ثبات در خانواده هستند و این چین است که به آسانی میسر نمی شود. آنها شدیداً بواسطه اعتیاد، آسیب دیده اند.

الگوی ارتباطی در هم تنیده و از هم گسسته، و سایر الگوهای مخرب در چنین خانواده هایی فراوان به چشم می خورد. آنها به این دلیل که زمانی کافی برای خود و نیازهای شخصی شان قرار نداده اند، لذا احساساتشان تلنبار شده است و در جستجوی آنچه که

می خواهند نیستند. آنها همانند معتادان واقعیت ها را معوج می بینند. آنها موقعیت های غیر قابل تحمل برای دیگران را با توانایی شگفت انگیزی تحمل می کنند و توان شگفت انگیزی نسبت به آزار و غفلت از خود نشان می دهند. شاید بتوان علائم خانواده آسیب دیده از اعتیاد را به شرح ذیل بیان کرد. هنگامی که خانواده به اکثریت سؤال های ذیل جواب مثبت داده آن خانواده می بایست سریعاً وارد برنامه جامع درمانی شود تا در کنار مراجع به درمان خانواده نیز پرداخت (وایت فیلد ۲، ۱۹۹۶).

۸-۳-۲ الگوهای ارتباطی مخربی که در خانواده اعتیاد وجود دارد:

- میدان دهی میدان دهی نام یک الگوی رفتاری غیر سازشی است که خانواده ها توسط آن مسئولیت حفاظت از معتاد را به عهده می گیرند تا او از عواقب ناخوشایند اعتیاد در امان نگه دارند. با بررسی دقیق خانواده معتادان، تاریخچه ای طولانی از بخشش و چشم پوشی از رفتار معتادان به چشم می خورد، آن ها معتادان را از رو به رو شدن با مشکلاتشان محافظت می کنند و به آنها کمک می کنند تا از مشکلات رهایی یابند.

چنین خانواده هایی به دلیل این که از واقعیت زندگی خود ناراحت و شرمگین هستند، به دیگران دروغ می گویند. آنها با این شیوه خود را از وضعیت حقیقی موقعیت های ایجاد شده توسط معتاد، دور نگه می دارند برای خود پوششی حمایت ایجاد می کنند. آنها اگر « رفتارهای میدان دهی»

را انجام ندهند، می ترسند. که دنیایشان سقوط کند و متلاشی شود. این رفتار، تقویت کننده موقعیت فعلی آنهاست تا ساختار خانواده به ورطه مصیبت و فاجعه نیفتد.

* معتادانی که در فضای «میدان دهی» زندگی می کنند قادر نیستند که ماهیت خود - ویرانگری رفتارشان را تجربه کنند، لذا رفتار اعتیادی خود را ادامه می دهند.

- فریادرس فریادرس معتاد را تحت پوشش خود قرار می دهد. او از طریق انجام کارهای او، لغو قرار ملاقات ها، برآوردن تعهدات و سایر فعالیت های امدادگرانه، مسئولیت های وی را می پذیرد. اگر معتاد نتواند تعهداتش را به انجام برساند، فریادرس ضامن او می شود تا معتاد از رو به رو شدن با عواقب رفتارش محافظت شود. او به جای کمک کردن به معتاد، زمینه مصرف مواد را فراهم می سازد.

- خانه پا

همانند فریادرس، فرد خانه با مسئولیت های معتاد را می پذیرد. او با انجام کارهایی که وظیفه دیگران است، خانواده را سرپا نگه می دارد. آنها بر این باورند که همه چیز به خوبی پیش می رود. آنها احتمال وقوع مشکلات را کاهش می دهند و چشم خود را بر ناتوانی معتاد از انجام وظایف خود می بندند.

- قهرمان

فرد قهرمان با ایفای نقش یک «ابرمرد» یا «ابر زن» در محل کار و منزل توجه خود را از مشکل اعتیاد دور می‌کند. او بسیار فعال است و سعی می‌کند که یک کارمند خوب، عضو خانواده خوب و فردی مفید باشد. او با حذف تمرکز از معتاد تصویر مثبتی از خانواده را فراهم می‌سازد و بر این باور است که این عمل باعث تسهیل ترک اعتیاد در فرد معتاد می‌شود.

- گله مند

وقتی که اعضای خانواده چنین نقشی را بازی می‌کنند، فرد معتاد سپر بلا می‌شود فرد گله مند تمام مشکلات خانواده را به معتاد نسبت می‌دهد و تصریح می‌کند که هیچ چیز نمی‌تواند این موقعیت را تغییر دهد. این عمل باعث عصبانیت معتاد می‌شود و نهایتاً دستاویزی برای مصرف مواد، برایش فراهم می‌کند.

- منطبق

یک فرد منطبق به منظور اجتناب از درد و فرار از مشکلات ناشی از اعتیاد، خود را از موقعیت‌ها کنار می‌کشد، حرف نمی‌زند و اوقات بسیاری را در تنهایی به سر می‌برد و به نظر می‌رسد که فاقد احساس است. رفتار او این باور را تأیید می‌کند که در خانه همه چیز به خوبی پیش می‌رود. او از درون آشفته است اما رفتارهایش به گونه‌ای است که امکان ادامه مصرف را برای معتاد فراهم می‌کند.

- جوش دهنده

فرد جوش دهنده مصرف مواد، معتاد را مدلل می‌سازد. او معتقد است که بالاخره بعضی وقت‌ها باید جشن گرفت»

او به زودی عصبانی می‌شود و به یک تسکین دهنده نیاز دارد. او با تهیه مواد یا مشروب و تأیید اجازه مصرف فرایند ادامه اعتیاد را تسهیل می‌کند. این گونه اعمال پیامی برای معتاد است که زمان‌هایی وجود دارد که مصرف مواد گریزناپذیر است.

- هم وابستگی

هم وابستگی را بیماری خود فراموشی نام نهاده‌اند. این اختلال شامل هرگونه اکثرکاری است که بواسطه تمرکز بر نیازها با رفتار دیگران ایجاد می‌شود در زندگی‌شان آن چنان به فرد معتاد اشتغال ذهنی پیدا کرده‌اند که نتیجه‌ان فراموش کردن نیازهای اساسی خود آنان است. آنها به واسطه تمرکز فراوانی که بر بیرون از خود دارند ارتباط با زندگی درونی خود را از دست داده‌اند. فرد هم وابسته به همه چیز و همه جا توجه می‌کند الا خودش. آنها با توجه بر بیرون، شادمانی و رضایت خاطر کسب می‌کنند. تمرکز بر بیرون، هیجان‌ات موجب کاهش هیجان‌ات دردناک و افزایش هیجان‌ات خوشایند می‌گردد. افراد همه وابسته عزت نفس خود را بر پایه عوامل بیرونی بنا می‌نهند. آنها

بسیار کمال طلبند و در ایجاد و حفظ مرزهای سلامت برای خود دشواری دارند که این امر به پیشینه رشدی، تربیتی آنها بر می گردد که الگوی مرزهای سلامت برایشان موجود نبوده است. مرزهای سلامت خطوط مرزبندی شده شخصی و درونی است که در بردارنده احساسات، افکار، امیال، نیازها، و حقوق افراد است. مرزهای شخصی افراد هم وابسته نامشخص، مغشوش، سخت، و پرخاشگرانه است. این مرزهای نامشخص در روابط بین فردی منجر به ایجاد پیام های دوگانه می شود که نهایتاً باعث تنش، تعارض، و بی ثباتی می گردد. آنها در بیان، و پذیرش واقعیت وجودیشان مشکل دارند. واقعیت وجودی متشکل از جسم، افکار، احساسات و رفتار است که افراد همه وابسته در تصدیق، پذیرش، اعتراف به تمام یا بخشی واقعیت وجودی دشوار دارند. اشکال در تشخیص افکار، احساسات و رفتار از مشکلات عمده ای است که آنها با آن درگیر هستند.

افراد هم وابسته بر این باورند که مسئولیت برآوردن نیازهای دیگران را دارند و از نیازهای خود غافل اند و لذا همیشه مطیع و زیر دست هستند. از آنجا که نیازهای خود را نامناسب و کم اهمیت می دانند. از درک و پذیرش آن بی خبرند. آنان مرتباً در حال ارائه خدمات به دیگران هستند و ایشان را خشنود می سازند. به طور کلی افراد هم وابسته دارای چهار نشانه عمده هستند.

۱. اشکال در تجربه سطوح مناسب عزت نفس

۲. اشکال در ایجاد مرزهای سالم

۳ اشکال در پذیرش و تصدیق کردن واقعیت خود

۴. اشکال در برآورده کردن نیازهای مربوط به خود (لاوینسون و دیگران، ۱۹۹۷).

۸-۴ بررسی بعضی از نظریه ها در زمینه سوء مصرف مواد

سوء مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر در دوره نوجوانی و جوانی هنوز هم یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی جوامع است (آدامز، بلانکن، فرگوسن و کپت تاین، ۱۹۹۰، به نقل از هاو کنیز و همکاران، ۱۹۹۲).

آثار و عواقب سوء مصرف مواد در سطوح فردی و اجتماعی مطرح می شود؛ کاهش انگیزه ها، اختلالات تفکر و شناخت، اختلالات خلقی و بالا رفتن احتمال آسیب های بدنی حتی مرگ نمونه هایی هستند از آثار فردی مصرف مواد و در سطح اجتماعی نیز، بزهکاری، شکست های تحصیلی، آشفتگی در روابط بین فردی از جمله پیامدهای آن می باشند. اعتیاد به مواد مخدر نقش عمده ای در ابتلا به بیماری هایی نظیر ایدز و اختلالات عروق کرونری قلب دارد (هاو کنیز و همکاران، ۱۹۹۲). نظریه پردازان علوم تربیتی، بهداشتی، و روانشناختی با طرح نظریه های متفاوت هر یک سعی نموده

اند که ارتباطی منطقی و پایا را میان عوامل فوق برقرار نمایند، به همین منظور در ادامه به چند نظریه عمده که زیربنا و اساس طراحی چند برنامه پیشگیری بوده اند، اشاره می شود:

۸-۴-۱ نظریه های شناختی - عاطفی

نظریه های متعددی در زمینه نقش باورها و عقاید نوجوانان و جوانان در مورد عوارض M.L.M به منزله عاملی برای شروع مصرف مواد مطرح شده است. این نظریات بر این فرضیات استوارند که:

الف) اصلی ترین دلیل فرد در مصرف مواد، انتظارات و برداشت های او درباره مواد مخدر است.

ب) سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی فرد یا ارتباط باهمسالانی که ماده مخدر می کنند، آثار خود را بر شناخت ها، ارزیابی ها و تصمیم های وی درباره مواد در به جا می گذارند. از میان نظریات متفاوت تابع این دیدگاه، نظریه عمل متکی بر استدلال (آجرن و فیش بین، ۱۹۸۰) و نظریه رفتار طرح ریزی شده از سایر نظریه ها جامع تر است.

نظریه عمل متکی بر استدلال

به اعتقاد (فیش بین و آجرن، شروع مصرف آزمایشی مواد، فقط توسط «تصمیم گیری) نوجوانان در شروع رفتارهای ویژه مواد، تعیین می شود. در نظریه عمل متکی بر استدلال، ارتباط میان اطلاعات و نگرش ها از یک سو و نگرش ها و رفتار از سوی دیگر مد نظر است. دو فرض ملحوظ در این نظریه عبارتند از:

الف) اکثر رفتارهای انسان تحت کنترل ارادی او قرار دارند و با توجه کردن به نیت فرد یا از طریق کلام او، قابل پیش بینی است.

ب) انسان ها معمولاً معقولانه عمل می کنند و پیش از اجرای عمل، اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می گیرند (مهریار و کاربالو، ۱۹۹۰) در این دیدگاه، تصمیم گیری ها تحت تأثیر دو متغیر شناختی قرار دارد. اول آن که قصد نوجوان با جوان برای مصرف مواد، تحت تأثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است، آجرن و فیش بین با تکیه بر رویکرد ارزشی - انتظار به نگرش ها معتقدند که نگرش های مربوط به مواد مخدر، هم تابع ریاضی پیامدهایی است که نوجوان از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارد (یعنی هزینه ها و منفعت ها) و هم تابع ارزش عاطفی ای است که نوجوان برای پیامد های رفتار خود قائل می شود. لذا اگر جوانی، منفعتی که از مصرف مواد انتظار دارد، بیش از هزینه و انرژی ای باشد که باید صرف کند، نگرش مثبتی به مصرف مواد خواهد داشت. دوم آن که قصد وی برای مصرف آزمایشی مواد، تحت

تاثیر عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود در این باره است. مطابق این دیدگاه باورهای جوان درباره مصرف مواد از یک سوی دیگر به انگیزه های او در پیروی از تمایل به راضی ساختن دیگران انتظارات دیگران در مورد مواد مخدر، در این صورت اگر وی معتقد باشد، چه درست و چه غلطی که دوستان صمیمی و اعضای خانواده، مصرف آزمایشی مواد را تایید می کنند، فشار زیادی را در استفاده از مواد در خود احساس می کند، همچنین اگر او شیوع مصرف تفننی مواد را میان همسالان و بزرگسالان (به طور کلی بیش از آنچه که هست تخمین بزند، باز هم تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می گیرد. تحقیقات نشان داده است که میزان استفاده دانش آموزان از برخی مواد نظیر کوکائین، به دنبال افزایش آگاهی آنها از آثار و عواقب احتمالی مصرف مواد و عدم تایید اجتماعی آن داده، کاهش می یابد (پتر تیس، فلی و میلر، ۱۹۹۵ به نقل از طارمیان ۱۳۷۸).

بر نظریه رفتار طرح ریزی شده

اخیرا آجزن (۱۹۸۸ و ۱۹۸۵) بازنگری مهمی را در نظریه رفتار متکی بر استدلال انجام داده است و نظریه رفتار طرح ریزی شده را مطرح نمود. وی ادعا کرد که در رفتار فرد سه عامل مؤثر است و نه دو عامل، یعنی علاوه بر نگرش ها و هنجارها، عامل سومی تحت عنوان، کنترل رفتار ادراک شده «یا به تعبیر بندرا، خود کارا راتر منبع کنترل، از اهمیت به سزایی برخوردار است (مهریار و کاربالو، ۱۹۹۰ به نقل از طارمیان، ۱۳۷۸). خود اثر مندی یا کنترل رفتار ادراک شده به معنای دشواری یا راحتی است که فرد در اجرای یک رفتار تجربه می کند. بر اساس این نظریه، خود اثر مندی (خودبسندهگی)، نقش بسیار مهمی در رفتار دارد به گونه ای که حتی اگر فرد در امور یک رفتار نگرش های مثبتی داشته باشد و انتظار تایید آن را نیز از دیگران داشته باشد، در صورتی که احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی دهند.

۸-۴-۲ نظریه های یادگیری اجتماعی مصرف آزمایشی مواد

سایر نظریه پردازان توجه خود را از باورهای ویژه مواد به سوی علت شکل گیری این باورها معطوف نمودند. در سال ۱۹۳۹ جامعه شناسی به نام ادوارد ساتر لندا نظریه ای را مطرح کرد که براساس آن رفتارهای بزهکارانه ای نظیر

M.I.M

و ارتکاب جرم، رفتارهای اجتماعی آموخته شده در گروه های کوچک و دوستانه هستند. جامعه شناسان بعدی نظیر آکرز (۱۹۷۷) و روان شناسان شناخت گرا نظیر بندورا (۱۹۷۷)، ضمن تایید نسبی نظریات ساترلندا بیان کردند که جوانان باورهای خود را در مورد رفتارهای بزهکارانه از الگوهای نقش کسب می کنند خصوصا از دوستان

نزدیک و والدین. لذا در مقایسه با نظریه های شناختی - عاطفی، نظریات یادگیری اجتماعی، در تبیین

M.I.M علاوه بر عوامل شناختی و عاطفی، عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین فردی تکیه می کند.

۸-۴-۳ نظریه های تعهد به رسوم و قواعد و تعلق اجتماعی

همانند نظریه های یادگیری اجتماعی، نظریات کنترل اجتماعی الیوت - ۱۹۸۹ به نقل از پتر تیسن، فیلی و میلر (۱۹۹۵) و الگوی رشد اجتماعی هاو کنیز و ویس (۱۹۸۵) چنین فرض می کنند که تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می کنند علت اصلی M.I.M است ولی بر خلاف نظریه های یادگیری اجتماعی این دو دیدگاه بر علل این تعلق و دل بستگی تکیه دارند، خصوصاً، در این دو دیدگاه پیوندها و تعهدات ضعیف فرد به اجتماع، نهادها و افرادی که دوری از رفتارهای انحرافی را تشویق می کند مورد تاکید است. این نظریات عمدتاً بر نظریات جامعه شناسی کلاسیک کنترل، بنا شده اند؛ در است. لب ها چنین فرض می شود که رفتار های انحرافی در اکثر مردم وجود دارد، ولی تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می شوند. با این حال در بعضی افراد چنین کنترلی وجود ندارد. در نتیجه آنهایی که پیوند و تعلقشان و قواعد اجتماعی ضعیف است، فشاری زیاد را در پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری، احساس نمی کنند. در این نظریات، پیوندهای عرضی (مرسوم ضعیف به دو معنا به کار می رود: اول به معنای فقدان تعهد به اجتماع، ارزش های آن و مؤسسات و عوامل تسهیل کننده فرایند جامعه پذیری نظیر مدارس و مذهب افراد نوجوانی که به اجتماع، مدرسه و مذهب احساس تعهد و وفاداری نمی کند، هیچگاه ارزش های و معیارهای رفتاری مورد قبول جامعه را درونی نمی سازد. در واقع این افراد بیشتر احتمال دارد که با همسالانی احساس تعلق و وفاداری کنند که مواد استفاده می کنند تا آنهایی که به ارزش ها و قواعد اجتماعی پای بندند و به درونی سازی این ارزش ها رفتارهایشان را تحت کنترل در آورده اند. معنای دوم، پیوند عرضی (مرسوم) ضعیف، الگوهای نقش متداول نظیر معلمان، اعضای خانواده و خصوصاً والدین است. با فرض این که الگوهای نقش خصوصاً والدین مشوق رفتارهای متعهدانه و نهی کننده رفتارهای انحرافی نظیر مصرف آزمایشی مواد هستند، در این نظریات فرض می شود و جوانی که احساس جدایی و بیگانگی با ارزش ها و قواعد مرسوم می کند، احتمال بیشتری دارد با همسالانی پیوند برقرار کند که مواد مصرف می کنند و مشوق مصرف آزمایشی مواد هستند. به طور کلی نظریه تعلق و دل بستگی بیان می دارند که وقتی نوجوان پیوند ضعیفی با اجتماع خود دارد، احساس می کند که با الحاق به همسالان منحرف چندان آسیبی نخواهد دید و بیشتر احتمال دارد که رفتارهای

انحرافی نظیر مصرف تفنی مواد را مشاهده و تقلید می کند و یا به خاطر آن تقویت شود.

بنابر این تعلق ضعیف به قواعد و رسوم اجتماعی و دلبستگی شکننده به الگوهای نقش، حرکت به سمت اعتیاد را ایجاد می کند و این حرکت با الگوسازی، فشارها اجتماعی و یادگیری اجتماعی ادامه می یابد. ولی باید بدانیم که این نظریات در مورد آنچه که سبب سستی و شکنندگی تعهد فرد به اجتماع و دلبستگی او به الگوهای نقا می شود، اتفاق نظر ندارند.

۸-۴-۲ بطریقه هایی که بر ویژگی های درونی افراد تأکید دارند |

نظریات قبلی بر این نکته تأکید داشتند که عوامل و محیط اجتماعی نقش بسزایی در اعتیاد دارند خصوصاً اگر نوجوان با همسالانی در ارتباط باشد که ماده مخدر مصرف می کنند و یا مصرف آن را تشویق می کنند و جوامع و خانواده های آنان به گونه ای آنها را از چشم دور داشته اند که دیگر نوجوان دلیلی برای تعهد به ارزش ها و یا پیوند با والدین در خود احساس نمی کند، بیشتر در معرض ابتلا به

M.I.M

است. ولی در چهار نظریه ای که به آنها اشاره خواهد شد، هم عوامل و ویژگی های محیط اجتماعی نوجوان

همسالان، محله، خانواده و هم ویژگی های فردی نوجوان (عزت نفس و مهارت های مقابله ای)

از اهمیت بسیار زیادی برخوردارند. خصوصاً در این چهار نظریه فرض بر این است که در یک محیط اجتماعی خاص، نوجوانان با یکدیگر از نظر پیوند با همسالان مصرف کننده مواد و انگیزه های شخصی برای مصرف مواد، تفاوت دارند. نکته دیگر آن که اکثر این تفاوت ها ریشه در صفات نسبتاً پایدار شخصیتی، حالت های عاطفی گذرا و مهارت های رفتاری آنها دارد. با توجه به این فرض، این نظریات به برخی از نظریات جامعه شناختی اخیر شباهت دارند. در این نظریه ها چنین بحث می شود که جوانان اگر تکانشی، بی تفاوت، فیزیکی (در برابر ذهنی)، ماجراجو و غیر کلامی باشند در معرض رفتارهای غیر قانونی قرار می گیرند. با این حال این چهار نظریه از این بعد که کدام ویژگی درون فردی را علت مصرف ازمایشی مواد قلمداد می کنند، با یکدیگر متفاوتند (لئون، ۱۹۹۷)

۵-۴-۸ نظریه هایی که به عوامل شناختی - عاطفی، یادگیری، تعهد و دلبستگی و ویژگی های درون فردی به طور یکپارچه می نگرند

نظریه هایی که تاکنون مورد بررسی قرار گرفتند. به عوامل زیر تأکید داشتند:

الف) باورها و ارزیابی های شناختی درباره مواد

ب) الگوسازی رفتارهای ویژه مواد توسط همسالان و والدین

ج) عواملی که منجر به تعهد ضعیف به ارزش های متعارف و دلبستگی شکننده به خانواده می شود.

د) ویژگی های درون فردی نوجوانان

با این حال هیچ یک از این نظریه ها، به طور همزمان بر همه این عوامل تأکید نداشته اند. در حالی که در این نظریه تلاشی شده است تا این عوامل را در معمای پیچیده مصرف آزمایشی مواد کنار هم بچینند. (فیلی و میلر، ۱۹۹۵).

فصل نهم

خطرات بهداشتی مصرف مواد تزریقی

مقدمه

سرنگ های مشترک و چند بار سرنگ های مشترک و چند بار مصرف سوزن ها و دیگر تجهیزات تزریق دارو مصرف کنندگان مواد داروی تزریقی را در معرض خطر ابتلا و انتقال hiv دیگر عفونت های خونی قرار می دهد مثل هپاتیت (HBV) و هپاتیت (HCV) علاوه بر تزریق دارو داشتن روابط جنسی محافظت نشده با افراد آلوده مهمترین راهی است که این اعتیاد (سبب شناسی و درمان)

بیماری ها و دیگر بیماری های قابل انتقال از راه تماس

جنسی (STDS)، منتقل می شوند در روند همه گیر شدن ایدز HIV عمده ترین گروه در معرض ابتلا به HIV در آمریکا مردانی هستند که با دیگر مردان رابطه جنسی داشته اند. تزریق کنندگان مواد مخدر شرکای جنسی تزریق کنندگان و افرادی که تزریق خونی دارند، نیز در رده های بعدی قرار می گیرند.

* ۹-۲ ایدز HIV

در حالی که هر نوع مصرف مواد مخدر می تواند با پیامدهای خطرناکی همراه باشد، مصرف مواد تزریقی، بیشتر اوقات، خطرناکترین روش در نظر گرفته می شود. یکی

از دلایل اصلی این امر همراهی بین تزریقهای غیر مطمئن و امکان ابتلا به بیماری ایدز است. گاهی اوقات مصرف مواد روان گردان را به عنوان «بیماری آخر قرن بیستم» می دانند که بیشتر برای ایدز مناسب است، چون یک بیماری جدید و به سرعت رو به گسترش و واگیردار است که تا وقتی نخستین موارد آن در سال ۱۹۸۱ در آمریکا آشکار شد نام آن بر کسی آشنا نبود.

کلمه ایدز (AIDS) یا «نشانگان نارسایی ایمنی اکتسابی است و همان طور که از نامش بر می آید نتیجه کاهش اکتسابی توان دستگاه ایمنی است. منظور از نشانگان یا سمندرم آن است که ابتلا به ویروس ایدز می تواند به مجموعه کاملی از نشانه های بالینی متنوع با اختلال های مرتبط با یکدیگر منجر شود. تشخیص بیماری ایدز مبتنی است بر تعریف بیماری به صورت فهرستی از حالت های خاص معرف بیماری ایدز که به وسیله مرکز کنترل بیماری ها در امریکا دور شده و به موازات افراد است از سر طعا بیماری گاه به گاه در آنها تجمد. به نظر می شود نجات یا در خاص معرف ایدز در سال های ۱۹۸۷, ۱۹۹۴ انجام شده و حالت هایی که به ویژه بیشتر با ایدز و تظاهرات بالاب مرتبط با آن در استفاده شد تا مواد مخدر تزریقی زیاد دیده می شود در آنها گنجانده شده است. ویروس ایدز در تاریخ ۲۰ ساله خود در حدود ۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان را آلوده کرده است. در سال ۲۰۰۰ ناقلان ویروس ایدز در کشورهای در حال توسعه ۹۵ درصد از کل ناقلان ویروس در جهان را تشکیل می داده اند. در کشورهای در حال توسعه به طور کلی ضایعه ناشی از بیماری های آمیزشی بسیار سنگین تر از کشورهای پیشرفته است. با پیشرفت پژوهش ها معلوم شده یک وجه مشترک اثبات شده بین راه های مختلف انتقال راه انتقال از زنجیره خون است. ویروس یا از بدن شخص آلوده به جریان خون فرد دیگر از طریق بدن، ترشحات منی یا ترشحات واژن و یا به علت تماس با خون از طریق خراشیدگی زخم های بسیار ریز راه می یابد و یا به طور مستقیم از طریق سرنگ مشترک آلوده به خون شخص دیگر وارد بدن دیگری می شود. ۱

ویروس ایدز پس از جریان خون شخص گیرنده یافته های هدف خود را می یابد و در آنها تکثیر یافته و به یاخته های بعدی هجوم می برد. به این ترتیب مصرف مواد تزریقی که به صراحت با تجهیزات خونی آلوده متصل است در بین راه های بالقوه انتقال بیشترین اهمیت را دارد. خون های داده شده برای انتقال خون و همچنین فرآورده های خونی اصولاً پس از سال ۱۹۸۵ با انجام غربالگری خون دهندگان بی خطر شده است. در اگوست سال ۱۹۹۵ مدیریت غذا و دارو در ایالات متحده امریکا توصیه کرده که همه اهداکنندگان خون و پلاسما باید از نظر داشتن آنتی ژن اضافی غربالگری شوند تا دوره مخفی آلوده کننده کوتاهتر شود. «دوره مخفی» آلودگی یک فاصله زمانی در ، است که خون دهنده تازه آلوده شده ای که هنوز به اندازه کافی باشتن قابل تشخیص در وی ایجاد نشده می تواند آلوده کننده باشد

کار بردن وسایل تزریقی الوده به خون که ویروس را به طور مستقیم وارد آن خون با بافت های بدن می کند می تواند خطری بیش از آمیزش جنسی حفاظت شده داشته باشد. امروزه آمیزش جنسی حفاظت نشده با یک مصرف کننده مواد مخدر تزریقی که آلوده به ایدز باشد محتمل ترین راهی است که از طریق آن شخص معمولی اما بی دقت که درگیر مواد مخدر تزریقی هم نیست ممکن است به ویروس ایدز آلوده شود معتادان تزریقی و مبتلایان به بیماریهای منتقله به جز ایدز از راه آمیزش را می توان جزء گروه های بسیار مستعد مبتلا به ایدز دانست که میزان بیشتری از ابتلا به ایدز آنست که به جمعیت عمومی دارند. این گروه به طور ناشناخته به انتقال ایدز از طریق آمیزش با غیر همجنس مؤثر واقع می شوند.

هرچه نسبت مصرف تزریقی مواد در جمعیت آلوده به ویروس ایدز بیشتر باشد، میزان بروز ایجاد موارد جدید ایدز مرتبط با مصرف تزریقی مواد بیشتر خواهد بود. این میزان در بردارنده ویروس ایدز مرتبط با مصرف تزریقی مواد ویروس ایدز در همبستران مصرف کنندگان تزریقی مواد، و ویروس ایدز در کودکان زاده شده از مادرانی که مصرف کنندگان تزریقی مواد یا همبستری که مصرف کننده تزریقی مواد بوده اند نیز هست. میزان بروز ویروس ایدز مرتبط با مصرف تزریقی مواد بسیار بار سنگینی بر نظام بهداشتی و بهزیستی تحمیل خواهد کرد. حتی در جاهایی که برای مبارزه با ویروس ایدز، امکانات درمانی وجود داشته باشد، درمان بیماران بسیار هزینه و اداره آن دشوار است. این درمان برای هر بیمار در آمریکا در سال ۱۵۰۰۰ دلار هزینه دارد، دستیابی به درمان به ویژه در کشورهای در حال توسعه نیز محدود خواهد بود. بنابراین نخستین هدف باید به درمان بلکه پیشگیری از ویروس ایدز مرتبط با تزریق مواد باشد (ممتازی، ۱۳۸۲).

۳-۹ هپاتیت های ویروسی

انواع هپاتیت) هپاتیت B و هپاتیت C حتی پیش از دوران ویروس ایدز از خطرهای بالقوه ای برای معتادان مواد مخدر تزریقی شناخته شده بودند. این دو بیماری عمدتاً بیماری بد هستند و بیشتر از راه خون و آمیزش جنسی منتشر می شوند. ویروس هپاتیت B نزدیک به ده بار آلوده کننده تر از ویروس ایدز است و می تواند از راه خون، فرآورده های خونی و در آمیزش جنسی وسیله منی از مردان و به وسیله ترشحات واژن از زنان منتقل شود.

جنسی بیشترین علت موارد انتقال بیماری در

ا ر وال لرریلی ۱۵۱ و انتشار بیماری از راه آمیزش بزرگسالان است ولی هر کسی که به طور مکرر مواد تزریق کند، و باقی مانده مواد مخدر سرنگ مصرف شده به وسیله دیگران را به کار گرفته باشد، به نحو قابل توجهی در معرض

آلوده شدن به عفونت وارد است. بروز موارد حاد هپاتیت B از مدت ها پیش نشانگر مستقیم بروز مصرف مواد مخدر تزریقی به شمار می آمده، ولی یافته های جدید حاکی از آن است که مصرف مواد مخدر تزریقی بیشتر با هپاتیت C ارتباط دارد تا هپاتیت B این موضوع مشکل را بیشتر می کند چون هپاتیت B اگرچه در بزرگسالان می تواند بیماری کشنده ای باشد، بهبود و ایمنی مادام العمر از آن هم حتی بدون درمان اختصاصی ممکن است روی دهد. احتمال سوم در ابتلا به هپاتیت B حالت «حامل مزمن» است که در این حال عفونت در تمام عمر در بدن می ماند. این حالت سوم بیماری نه تنها موجب آسیب بازگشت ناپذیر کبد می شود بلکه نشان می دهد که شخص آلوده همیشه یک منبع بالقوه عفونت برای دیگران است. هر چند در برخی از بخش های جهان عده کسانی که در معرض آلوده شدن به هپاتیت B هستند بیش از افرادی است که در معرض عفونت با ویروس ایدز هستند، اما هپاتیت B به دلیل تهیه واکسن مطمئن و مؤثر علیه آن به خوبی قابل پیشگیری است. ۱

در مورد هپاتیت C وضعیت وخیم تر است این بیماری در سراسر جهان به عنوان ایک علت اصلی هپاتیت مزمن سیروز کبد (

یکی بیماری شدید کبدی) و سرطان کبد شناخته شده است. در حدود ۱۰۰ میلیون نفر در جهان آلودگی مزمن به هپاتیت C دارند. ویروس هپاتیت C چند صفت مشترک با ویروس ایدز دارد. کسی که به هپاتیت و آلوده شود، تبدیل به حامل این ویروس می شود و بنابراین می تواند دیگران را آلوده کند. ولی بین تاریخ الوده شدن تا اثبات آزمایشگاهی آلودگی دست کم باید نه ماه بگذرد. این مدت که دوره «انتظار» نامیده می شود در هپاتیت C خطرناک تر است. برای غربال گری آلوده شدگان آزمون های گران قیمت به کار می رود ولی این آزمون ها در عمل در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دسترس اشخاص آلوده نیست. همچنین تنها علاج شناخته شده آن نوعی انترفرون گران قیمت است که قیمت آن مانع از استفاده همگان از آن است و بدون اثرهای جانبی یا مانع از بازگشت های مکرر هپاتیت C هم نیست. برای جلوگیری از هپاتیت C واکسن یا هیچ نوع وسیله جلوگیری وجود ندارد، جز احتیاط های کلی و عمومی مانند تمیز بودن، ضد عفونی کردن وسایل، پرهیز از استفاده مشترک از لوازم شخصی، و رعایت دقیق مقررات بهداشت شخصی کاری نمی توان کرد و رعایت این استانداردها هم برای اکثر معتادان تزریقی تقریباً غیر ممکن است.

سل ۴-۹

اگر آلودگی به ویروس ایدز و بیماری ایدز را به عنوان بیماری نو پدید» بنامیم بیماری سل که یک مشکل عمده بهداشت عمومی در نیمه نخست قرن بیستم بوده، بایدبیماری باز پدید» نامیده شود. به برکت واکسن ب، ث، ژ (BCG) بیماری سل در کشورهای

اروپایی و کشورهای پیشرفته دیگر مهار شده اگر چه ریشه کن نشده است. یکی از اهداف برنامه گسترده واکسیناسیون که توسط سازمان بهداشت جهانی اجرا می شود، عاری ساختن کشورهای در حال پیشرفت از بار سنگین بیماری سل است. سیمای مشخصه بیماری سل آن است که پس از تماس اولیه انسان با میکروب مولد بیماری (باسیل کخ) آلودگی به این میکروب در بدن به صورت خفته در می آید و منتظر لحظه ای است که دستگاه ایمنی شخص به دلیلی ضعیف شود. مانند بدی سلامت جسمی، وجود یک بیماری دیگر، فرایند پیر شدن یا آلوده شدن مجدد با بیماری سل در چنین حالت هایی عفونت پنهانی دوباره فعال می شود. این بیماری بیش از هر اندام دیگری ریه را مبتلا می کند، ولی عفونت می تواند در جاهای دیگر بدن (مانند غدد النفاوی، استخوان ها و دستگاه تناسلی ادراری) هم روی دهد و یا چند جای بدن را یکباره گرفتار کند. عامل اصلی و وجه مشترک بیماری سل و ویروس ایدز ضعیف شدن دستگاه ایمنی بدن است. امروزه نارسایی دستگاه ایمنی که همزمان با آلودگی به ویروس ایدز پیش می آید مهم ترین عامل خطر برای دوباره فعال شدن سل خفته است که آن را به یک بیماری مرگبار تبدیل می کند. دوباره فعال شدن سل هم به نوبه خود می تواند سرعت پیشرفت عفونت ویروس ایدز را بیشتر کند. در نتیجه کسانی که آلوده به ویروس ایدز هستند استعداد بروز عفونت اولیه سل در آنان بیشتر است. به ویژه تاکنون باسیل سل سویه ها (انواع) به شدت کشنده و مقاوم در برابر چند دارو هم دارد. یعنی این سویه های میکروبی با درمان های ضد میکروبی شناخته شده، که به طور سنتی کارآمد بوده اند، علاج نمی شوند. امروزه بیماری سل یک عفونت فرصت طلب به شمار می آید که بیشتر اوقات افراد آلوده به ویروس ایدز را می کشد. در سال ۱۹۹۳ پس از کشف ارتباط متقابل سل و ویروس ایدز، تعریف جدیدی برای مراقبت از بیماری ایدز به کار گرفته شد.

۹-۵ بیماریهای منتقله از راه آمیزش جنسی

یکی از مشخصات مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی در بیشتر مطالعات، فعال بودن آنها از لحاظ جنسی است. مصرف الکل و مواد مخدر بر تصمیم گیری درباره داشتن روابط جنسی سالم و آمیزش سالم تر تأثیر می گذارد و مهارهای فرد را در این مورد از بین می برد. به علاوه آمیزش جنسی با چند همبستر، و رابطه جنسی زیاد برای بدست آوردن پول خرید مواد، همگی مصرف کنندگان مواد مخدر را مستعد اطلاع به سایر بیماریهای منتقله از راه آمیزش جنسی علاوه بر ایدز می کند.

نخستین نسل بیماریهای منتقله از راه آمیزش جنسی شامل: سیفلیس (سوزاک) اینک باز پدید آمده اند. در همین حال)

نسل دوم بیمار های آمیزشی مانند ت حال تناسلی، هرپس تناسلی و سایر بیماریهای ویروسی از جمله هپاتیت او و و سرس ایدز هم به عنوان بیماری های نو پدیده به سرعت در حال گسترش اند

عفونت تب خال تناسلی، سوزاک، سیفلیس، و عفونت تریکو موبایی موجب سرعت و سهولت انتقال ویروس در ضمن امیزش حفاظت نشده و ورود ویروس از ناحیه تناسلی (از راه زخم های احتمالی موجود) به جریان خون می شوند.

خطر آلوده شدن به ویروس ایدز در صورت وجود این بیماری های زخم کننده نزدیک به چهار برابر می شود و برعکس شخص آلوده به ویروس ایدز هم استعداد بیشتری برای ابتلا به سیفلیس، هرپس تناسلی و عفونت ها دارد و این عفونت ها با سرعت بیشتری پیشرفت کرده و به شکل شدید در می آیند.

۶-۹ مشاوره در بیماران مبتلا به ایدز

هنگامی که در فردی تشخیص بیماری ایدز داده می شود، مشاوره شامل توضیح روش های درمانی ممکن و تعیین چگونگی پیش آگهی آنان می گردد. یکی از اقدامات اساسی، ارائه و مهیا نمودن «خط مشی زندگی» برای کلیه کسانی است که از لحاظ آزمایش خون مثبت شناخته شده اند و نبایستی از تخمین و حدس های مشخصی که امید آنها را به زندگی کم می کند صحبتی به میان آورد. این عمل ممکن است به طور مزمن موجب افسردگی از بین بردن انگیزه آنان به درمان گردد. این امر با دادن نشانی مراکز درمانی و موسساتی که در ارتباط با ایدز فعالیت می کنند ممکن می گردد همچنین مطمئن ساختن بیماران از این مسئله که ایشان در این وضعیت به حال خود رها نخواهند شد یک امر ضروری می باشد. به علاوه بایستی به مراجعین توصیه شود که از گفتن نتایج آزمایشات و یا تشخیص بیمار خود به کسانی که از مراجعه آنان به مراکز درمانی مربوطه با اطلاع هستند خودداری نماید. ضمناً در این موقعیت نبایستی فرد را تنها به حال خود رها کرد زیرا خطر خودکشی یا حوادث ناگوار دیگر در کار است. در جلسات پیگیری توضیح و تکرار مطالب راجع به نحوه ارتباطات جنسی سالم، مسائل خانوادگی، شغلی، نحوه جلوگیری از گسترش عفونت، آموزش راه های تندرستی و نیز مسئله اطلاع بیماری فرد به دیگران، که به چه کسی گفته و چگونه گفته شود ضروری است.

اهداف مشاوره در مبتلایان به ایدز

مشاوره در ایدز دارای دو هدف اساسی است:

۱. هدف اول، ایجاد آموزشگاه های لازم به منظور توقف انتشار ویروس در افراد اجتماعی است که از نظر جنسی فعال هستند. مشاوره و آموزش بهداشتی افراد، تنها وسایل قابل نمایشی موثر از تغییرات قابل اعتماد انگیزه در رفتار جنسی می باشد. .

۲. هدف دوم: پیشگیری و کنترل بیماری های روانی ناشی از ترس و آگاهی از ابتلا به HIV می باشد تنها روش

مؤثر برای تهییج افراد جهت تغییر در رفتارهای جنسی، مشاوره در آموزش راه های تندرستی می باشد. به علاوه ترس ناشی از عفونت مطمئناً فقط با مشاوره فردی قابل کنترل است در صورت عدم انجام مشاوره ممکن است اختلالات مزمن روانی در فرد پایدار گردد.

- اهداف مشاور:

- آموزش

- به منظور ایجاد روابط جنسی سالم

- جهت بالا بردن سطح آگاهی عموم

- مشاوره فردی برای جلوگیری از بیماری های روانی (حمایت)

- مشاوره گروهی و خانوادگی برای مقابله با بحران های اجتماعی

شرایط مشاوره

مشاوره مؤثر نیازمند شرایط زیر می باشد:

۱. اطلاع عملی کامل از عفونت HIV و تظاهرات بالینی آن و همچنین توانایی تطابق با پیشرفت های حاصله در درمان و تشخیص ایدز خصوصاً که این موارد سریعاً در حال تغییر و تحول می باشد.

۲. آگاهی عملی از نحوه زندگی گروه های مبتلا و توانایی تشریح دقیق مسائل مربوط به فعالیت های جنسی و سایر خصوصیت های زندگی آنان

۳. آگاهی از وجود مراکز خدماتی که در ارتباط با عفونت HIV و ایدز فعالیت می کنند. همراه با توانایی برقراری یک ارتباط مؤثر و به موقع و دلسوزانه با مبتلایان مختلف که طبعاً دارای زمینه ها و عادات و روش های مختلفی در زندگی می باشند.

۴. توانایی تشخیص عوارض روانی، اجتماعی و بالینی ناشی از عفونت HIV در بیماران که شامل شناخت اضطراب، افسردگی، حالات وسواس، تظاهرات عصبی و خطر خودکشی در بیماران می باشد.

فصل دهم

پیشگیری

مبانی نظری

سه رویکرد اصلی به پیشگیری از مصرف مواد عبارتند از :

۱. برنامه های پیشگیری مدرسه مدار .
 ۲. برنامه های پیشگیری جامعه مدار .
 ۳. برنامه های پیشگیری متمرکز بر خانواده و دو رویکرد اضافی دیگر که به نظر می رسد امید بخش باشند.
 ۴. برنامه های پیشگیری چند بخشی .
 ۵. سیاست گذاری برای مردم . بحث های زیادی در مورد هزینه، کارآیی و خطرات برنامه های پیشگیرانه وجود دارد.
- برنامه های فراگیر ، آموزشی و رسانه ای اگرچه مزیت در بر گرفتن توده زیادی از مردم را دارا هستند اما شواهد ناچیزی در مورد موفقیت آمیز بودن شان وجود دارد.
- برنامه های پیشگیرانه ثانویه که افراد در معرض خطر را هدف قرار می دهند منجر به دو راهی می شوند از یک سو به شناسایی فرد می شوند از سوی دیگر به برچسب خوردن فرد می انجامد. هنوز بحث هایی در جریان است که چرا علی رغم به کارگیری برنامه های پیشگیرانه، مصرف مواد در کودکان امروزی در حال افزایش است. در اینجا به مرور انواع برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد می پردازیم:

۱۰-۲-۱ برنامه های مدرسه مدار

این برنامه های رویکردهای مختلفی دارند.

1. برنامه های آموزشی شناختی این برنامه ها به افزایش دانش کودکان در مورد الکل و مواد گرایش دارند. نگرانی هایی
2. وجود دارد که این گونه برنامه ها به خاطر جلب توجه و کنجکاوی کودکان به مواد منجر به افزایش مصرف شود.

۲. برنامه های عاطفی - بین فردی

هدف این برنامه ها افزایش درک خود، فهم احساس ها و روابط بین فردی، و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم گیری، است این برنامه ها از بستر نظریه یادگیری اجتماعی، و نظریه رفتار مشکل داره برخاسته اند. این برنامه ها با وجود زیربنای بسیار وزینی که دارند، اثربخشی کمی در کاهش مصرف، تحقیق نگه داشتن یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته اند.

۳. برنامه های جایگزین

این برنامه بر این فرض استوارند که فراهم ساختن مهارت ها و ایجاد کفایت به کاهش سوء مصرف مواد می انجامد. اثربخشی این دسته از برنامه ها نامعلوم است. اما گزارش ها حاکی است که چنانچه این برنامه ها به صورت تفریح، ورزش، یا فعالیت های اجتماعی خارج از برنامه های درسی باشد. در برخی کودکان به افزایش مصرف منجر می شود اما چنانچه به صورت فعالیت ها یا تفریحات درون مدرسه ای یا مذهبی باشد به کاهش مصرف منجر می شود.

۴. برنامه های رفتاری که بر دو نوعند:

3. به رویکرد اثر های اجتماعی : که به تاثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می شوند همچون فشار والدین، همسالان، و رسانه ها تمرکز یافته و به افزایش مهارت های اسازگاری که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می کند، می پردازند. وجود دارد که این گونه برنامه ها به خاطر جلب توجه و کنجکاوی کودکان به مواد منجر به افزایش مصرف شود.

۲. برنامه های عاطفی - بین فردی

هدف این برنامه ها افزایش درک خود، فهم احساس ها و روابط بین فردی، و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم گیری، است این برنامه ها از بستر نظریه یادگیری اجتماعی، و نظریه رفتار مشکل داره برخاسته اند. این برنامه ها با وجود زیربنای بسیار وزینی که دارند، اثربخشی کمی در کاهش مصرف، تحقیق نگه داشتن یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته اند.

۳. برنامه های جایگزین

این برنامه بر این فرض استوارند که فراهم ساختن مهارت ها و ایجاد کفایت به کاهش سوء مصرف مواد می انجامد. اثربخشی این دسته از برنامه ها نامعلوم است. اما گزارش ها حاکی است که چنانچه این برنامه ها به صورت تفریح، ورزش، یا فعالیت های اجتماعی خارج از برنامه های درسی باشد. در برخی کودکان به افزایش مصرف منجر می شود اما چنانچه به صورت فعالیت ها یا تفریحات درون مدرسه ای یا مذهبی باشد به کاهش مصرف منجر می شود.

۴. برنامه های رفتاری که بر دو نوعند:

به رویکرد اثر های اجتماعی : که به تاثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می شوند همچون فشار والدین، همسالان، و رسانه ها تمرکز یافته و به افزایش مهارت های اسازگاری که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می کند، می پردازند.

- آموزش مهارت های فردی - اجتماعی : که مبتنی بر اصول الگوی تأثیر پذیری اجتماعی است و به دانش آموزان کمک می کند که آن دسته از مهارت های فردی و اجتماعی را که کاربرد عمومی دارد فراگیرند. پیامرز رفتار سے هر دو شیوه خصوصاً هنگامی که با یکدیگر ترکیب شده باشند مؤثرند. اما برخی پژوهشگران معتقدند که فرضیه فشار همسالان به عنوان جزء اصلی گرایش به مصرف مواد، فرضیه ای ساده انگارانه است.

۱۰-۲-۲ برنامه های جامعه مدار

این برنامه ها به آموزش پیشگیری در رسانه ها، والدین و گروه های اجتماعی می پردازند اما نتایج مبهمی داشته اند. شواهدی وجود دارد که اثرات مثبت این گونه برنامه ها را پخش مکرر تصاویر تجارتي مصرف مواد قانونی (مثل سیگار و الکل) در مطبوعات و تلویزیون از بین می برد.

۱۰-۲-۳ برنامه های متمرکز بر خانواده

این برنامه ها بر سه دسته اند:

1. آموزش والدین و آموزش مهارت های خانواده: مطالعات نشان داده است که این

برنامه ها باعث کاهش عوامل خطر در کودکان و یادگیری مهارت های والدین مؤثر می شود.

۲. شیوه های گوناگون خانواده درمانی

۳. گروه های خودیاری خانواده

این رویکرد در برخی کشورها جهت کاهش سوء مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. این تغییرات شامل موارد زیر بوده است:

- افزایش مالیات مستقیم و غیر مستقیم

- کاهش دسترسی با افزایش حداقل سن خرید

- کاهش تعداد نمایندگی های فروش الکل - کاهش فروش در معابر عمومی - نظارت در درج مطالب آگاهی های نوشابه های الکلی - افزایش آگاهی بر علیه مواد

۱۰-۳ جوانب کاربردی

از آنجا که عوامل مسبب اعتیاد متعددند، نمی توان فقط با به کار گرفتن یک روش بر تمام عوامل تأثیر گذاشت و باید از شیوه های مختلف پیشگیری استفاده کرد و با پوشش دادن گروه های مختلف مردم، وارد عمل شد. : مسئولیت پیشگیری از اعتیاد، فقط به

عهده یک فرد یا یک تیم بهداشتی نیست همه افراد جامعه باید در آن مشارکت داشته باشند.

۱۰-۳-۱۰ فعالیت های جایگزین برای افراد در معرض خطر

یکی از وظایف ما در امر پیشگیری، برنامه ریزی فعالیت های جایگزین برای افرادی است که احتمالاً از مصرف مواد برای گذراندن اوقات فراغت خود استفاده می کند برای برنامه ریزی و اجرای موفق تر فعالیت های جایگزین موارد زیر را بهتر است رعایت کرد

۱. فعالیت های انتخاب شوند که برای گروه هدف هار د اس است

۲. برای ایجاد کار با مادر و همسالان کد فرم ها فراهم نمایند و ۳. افراد شرکت ساده در ماه در اساس ماده در ادامه

مشارکت فعال داشته باشند

۴. اجرای برنامه با نظارت افراد متعهد صورت گیرد و در برنامه های کودکان و نوجوانان فرصت مناسب برای گسترش روابط مثبت با بزرگسالان فراهم شود

۵. اجرای برنامه ها، برقراری نظام مداوم تشویق (متر دا| متفاوتند) با جدیت و به طور مستمر پیگیری شوند.

نمونه هایی از فعالیت های جایگزین

۱. فعالیت های اجتماعی مثبت و هدفمند، مانند بسیج شدن برای نظارت و یا نقاشی محله، کمک به افراد ناتوان، ساختن میز سیمانی شطرنج در محل تجمع نوجوانان، برگزاری جمعه بازار برای فروش تولیدات نوجوانان و جوانان. ۲

۲. فعالیت هایی که به شکوفا شدن استعداد و تقویت خلاقیت افراد کمک کنند. مانند اجرای نمایش یا برگزاری مسابقات هنری، تهیه پوستر یا مقاله.

۳. فعالیت های سالمی که مفرح بوده و با هیجان همراه باشند، مانند برگزاری مسابقات فوتبال بین محله ای، تشکیل گروه های کوهنوردی.

۴. فعالیت هایی که با کسب اطلاعات و تقویت مهارت های پرهیز از مواد همراه باشند، مانند گروه هایی که برای آموزش اطلاعات مربوط به مواد یا مهارت های زندگی، به ساکنین محله، تشکیل می شوند (رحیمی موقر، همکاران، ۱۳۸۲).

۱۰-۳-۲ آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد

یکی از روش های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. اگر هر فرد از تأثیر نامطلوب مصرف مواد

بر سلامت جسمی و روانی و کارکرد شغلی و اجتماعی خود و خانواده اش مطلع بوده و آن را باور داشته باشد کمتر ممکن است به این کار دست بزند. بهترین شیوه آگاه کردن افراد تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره |موضوع مورد نظر می باشد. نقش پزشک، هدایت و نظارت بر جلسات است. گروه‌های مختلفی که باید تحت پوشش فعالیت آگاه سازی قرار می گیرند عبارتند از:

الف) نوجوانان و جوانان

- باید خطرات و عواقب مصرف مواد را به نوجوانان و جوانان آموزش دهید.
- اطلاعات ارائه شده باید صحیح و از نظر علمی معتبر باشد
- از ترساندن بیش از حد و بیان مطالب اغراق آمیز خودداری نمایید.
- نباید حس کنجکاوی نوجوانان را با طرح آثار خوشایند احتمالی برانگیزند
- بهتر است بیشتر به مطالبی پردازید که خطرات حتی یک بار مصرف مواد را منتقل نماید (مثلا حتی یک بار مصرف مواد ممکن است فرد را به اعتیاد بکشد).
- بیشتر عوارض و خطرات کوتاه مدت مواد را که فوری و یا در آینده نزدیک رخ می دهند مطرح نمایید. - بر عوارضی که معمولا برای نوجوانان و جوانان اهمیت بیشتری دارد تأکید کنید. . احساس مسئولیت آنان در قبال حفظ خود و اطرافیان از خطر مواد پرورش دهید.

ب)والدین

- ابتدا باید والدین را آگاه نمایید که احتمال ابتلای فرزندشان به اعتیاد وجود دارد و هیچ نوجوان و جوانی از خطر اعتیاد مصون نیست.
- یادآور شوید که در محافظت از فرزندانشان در مقابل اعتیاد مسئول هستند و می توانند با هوشیاری از ابتلای آنان پیشگیری نمایند.
- باید به والدین تذکر دهید که با مصرف نکردن سیگار و مواد، الگوی مناسبی برای فرزندانشان باشند.
- والدین نباید اجازه مصرف هرگونه دار و بدون تجویز پزشک، بدهند این امر الگوی مناسبی برای فرزندانشان نیست.
- به محض اطلاع از مصرف مواد توسط فرزندشان، فوراً به خانه بهداشت یا مراکز درمانی مراجعه کنند

علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی ها و مشکلات زندگی است. نا آشنایی با مکانیسم های دفاعی مناسب، موجب شکنندگی و در نتیجه پناه آنها به اعتیاد می شود. بنابراین، آموزش برخی مهارتها، قدرت دفاعی افراد را در بار مشکلات افزایش می دهد و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می شود.

۱. مهارت مشکل گشایی

۲. مهارت مقابله با مشکلات

۳. مهارت مقاومت در برابر فشار گروه

- مهارت مقابله با مشکلات

1/ مقابله عاطفی روشی است که فرد برای تامین آرامش درونی خود در رویارویی با مشکلات به کار می برد.

۲. مقابله عملی فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می دهد.

- مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع):

معمولا افراد بر اثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که به طور معمول انجام نمی دهند، وادار می شوند، مانند قبول اولین سیگار از دوست، بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.

- از روش حل مشکل استفاده کنید.

- در مورد موقعیت هایی که افراد مجبور می شوند به دلیل رودربایستی با ترس از تحقیر شدن، در آن موقعیت دست به اعمال ناخواسته ای بزنند صحبت کنید و ه | موقعیت ها را به دقت تعریف نمایید.

- از افراد بخواهید به صورت یک نمایش کوچک موقعیت مورد نظر را بازی کنند

- به افراد گروه پیاموزید که اگر واقعا تمایل به انجام کاری ندارند، هنگام نمایش ملی خود را با صدای بلند و با سر بلندی به دیگران اطلاع دهند.

- پیاموزید که برای هر بی میلی منطقی دلیل و مدرک لازم نیست (رحیمی

موقر، ۱۳۸۲)

۱۰-۳-۴ ارتقاء فرهنگی

یکی از بسترهای اصلی پیشگیری از سوء مصرف مواد، ارتقای فرهنگی است که فقط با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی است که فقط با توجه به شرایط اجتماعی و

فرهنگی هر منطقه قابل تعیین است. لذا این دستور کار را باید با شرایط منطقه خود تطبیق دهید.

- ارتقای دانش جامعه

معمولاً هرچه دانش افراد جامعه بیشتر باشد، آسیب پذیری آنها در برابر سوء مصرف مواد کمتر خواهد بود. تشویق مردم به خواندن روزنامه و توجه به برنامه های صدا و سیما و استفاده از کتابخانه های عمومی برای افزایش آگاهی مردم بسیار مؤثر است. برگزاری مسابقات دوره ای برای گروه های سنی و سطوح علمی مختلف سخنرانی، نمایش فیلم و... برای افزایش اطلاعات مردم نسبت به مواد مخدر و منطقه زندگی شان از روش های مؤثر آگاه سازی است.

- حساسیت جامعه به مشکلات خود

افراد از همه مشکلات جامعه خود مطلع نیستند یا اطلاع کمی دارند، لذا نتایج ملتی می گیرند. پس تلاش کنید که افراد جامعه در قالب گروه های مختلف و یا در جلسات مشترک دوباره این مشکلات و علل ایجاد آنها بحث کنند. معمولاً افراد کلی گویی می کنند مثلاً اغلب فکر می کنند که اعتیاد مشکل جوامع دیگر است اما اطلاع دقیقی از چند و چون این مساله به طور کلی صحبت می کنند ولی انواع اعتیاد، گروه های معتادان و انواع مشکلات کمتر مورد بحث مردم قرار می گیرند لذا راه حل مشخصی هم نمی توانند برای آن کنند. در حالی که اگر مثلاً به مشکل افزایش تعداد پسر بچه های مدرسه ای که در راه مدرسه سیگار می کشند دقت کنید، شاید به عواملی نظیر سیگار فروشی نزدیک مدرسه سیگاری بودن معلم مدرسه یا یکی از ورزشکاران مشهور محله هم توجه کنید و به این ترتیب، راه حل آن را هم به دست آورند که مثلاً ممکن است ممانعت از فعالیت سیگار فروشی در راه مدرسه یا تشویق معلم یا ورزشکار به ترک سیگار باشد.

- مسئولیت مستقیم افراد جامعه افراد

هر جامعه، معمولاً حل مشکلات را وظیفه دیگران می دانند. مثلاً دولت را مسئول رفع گرانی یا نیروی انتظامی را مسئول مهار اعتیاد می دانند. تلاش کنید افراد جامعه با فرض اینکه هیچ حمایتی از خارج از منطقه نداشته باشند، برای حل مشکلات خود اقدام کنند. اگر افراد باور کنند که مسئول مشکلات خود هستند در بحث ها راه حل مناسب را پیدا خواهند کرد.

- ترغیب اقدامات داوطلبانه محلی

هنگامی که افراد جامعه با ابعاد مختلف مشکل آشنا شدند و آمادگی رفع آن را پیدا کردند باید دقت کنید که این اقدامات داوطلبانه و به دست افراد محلی، یعنی از طریق

فرهنگ نوع دوستی و با استفاده از اوقات فراغت و امکانات موجود صورت گیرد. این تفکر که برای رفع هر مشکلی، به حضور دیگران و سرمایه جدید نیاز است نشانی از عقب ماندگی فرهنگی جامعه است. مثلاً در مورد اعتیاد جوانان یک منطقه روحانی محل به اتفاق چند جوان متعهد و دلسوز می تواند اقداماتی داوطلبانه برای هدایت جوانان گمراه انجام دهد.

بازگشت به ضوابط و ارزش های زیربنایی

اگر اقدامات فوق درست صورت گیرد راهکارهایی زیربنایی به دست می آید که در اکثر جوامع شامل نظم پاکیزگی ادب و حفظ سلامتی است بکوشید این راه ها را نهادینه کنید یعنی افراد جامعه رابطه اما در آنها ترغیب نمایید تا برای نیل به آن ها روشهای تدوین کنند اگر در جامعه ای نظر ارزش های زیربنایی یابد افراد لایبالی که مروج فرهنگ اعتیاد هستند امکان رشد نخواهد داشت چون نظافت با اعتیاد تعارض جدی دارد اگر استحمام مرتب استفاده از عطر اصلاح و شانه کردن موی سر پوشیدن لباس تمیز و اتو کرده و واکس زدن مرتب کفش در جامعه رعایت اخلاق و ادب ارزش است اعتیاد عملی غیر اخلاقی به شمار می رود سلامتی نیز ارزش دیگری است که توجه به آن مانع گرایش به اعتیاد می شود

مرحله بندی برنامه و تبیین اهداف کوچک و قابل دسترسی

برای رسیدن به اهداف بزرگ مثل ارتمان فرهنگی روح کی پاکیزگی است سلامت باید از همان های کوچک و قابل دسترسی شروع کرد. مثلاً در مدح امین- میدان به د مورد کند که واکس زدن هنگی کشش ها، اتو کردن هستگی لباس ها به د دن دست در دبی داشته و به نیت حال زدن دست ها در گسترش تدریجی آرام این روند به همه جنبه های زندگی افراد جامعه و رسیدن به اهداف کوچک می توان به اهداف بزرگ دست یافت نام به همه جنبه های زندگی افراد جامعه در زمینه احسان کرج می توان به اهداف بزرگ دست یافت برای تحقق همه این امور به تبلیغات وسیع و همه جانبه و به حضور دائمی افراد معتمد محل روحانیون معلمان رسانه ها نیاز می باشد

رحیمی موت، ۱۳۸۲).