

اعتیاد

اعتیاد (همچنین: خوگری) حالتی است که در آن شخص به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی، طبیعی دچار ضعف اراده در کنترل تکرار اعمال خود می‌شود. هرچند ضعف اراده در خود بیماری نیست ولی به علت عوارضی که بر دستگاه عصبی مرکزی شخص ایجاد شده به عنوان بیماری فرض می‌شود و این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار، باعث تکرار آن رفتار می‌گردد.^[۱] بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام، انگیزش، و حافظه را در مغز دچار اختلال کرده، و اختلال در این سیستم‌ها در مغز باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روحی می‌گردد.^[۲] به شخصی که درگیر این اختلال عصبی باشد (معتاد) می‌گویند. بررسی اعتیاد به عنوان عارضه‌ای روانی، اجتماعی و اقتصادی از دیدگاه علوم پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی و همین‌طور از دیدگاه‌های فلسفه، قانون، اخلاق و مذهب صورت می‌گیرد. از سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده‌است.



انواع اعتیاد

در عموم به لحاظ مفهومی، بیماری اعتیاد یک بیماری اصلی، مزمن و عصبی است، که در اثر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک و اجتماعی رشد و بروز پیدا می‌کند، به طوری که وجه مشخص این بیماری اختلال در کنترل انجام عملی، یا

احساس اجبار در انجام یک عمل مشخص، با وجود آگاهی نسبت به عواقب خطرناک آن باشد.^[۳]

وابستگی به مواد (مواد مخدر و مشروبات الکلی)، یا عادات‌های ناهنجار، یک اختلال روان پزشکی و روان‌شناسی بوده که از یک سو، معنای لغت خوشبختی را در زندگی فرد و خانواده او از بین می‌برد و از سوی دیگر آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی بیشماری را به همراه دارد. در تعریف دیگری از اعتیاد به مواد آمده است، اعتیاد جایگزینی مزمن است، یعنی مواد مخدر بیرونی، چه گیاهی و چه شیمیایی و حتی الکل، جایگزین مواد مخدر یا مواد شبه افیونی طبیعی جسم انسان یا فرد معتاد شده است.^[۴] البته عادات‌های ناهنجار و اعتیادهای رفتاری مستقل از مواد شیمیایی تا همین سال‌های اخیر هم در طبقه‌بندی‌های رسمی به عنوان اعتیاد محسوب نمی‌شدند و مدت کوتاهی است که اعتیادهایی مانند اعتیاد به اینترنت، اعتیاد به کار و اعتیاد به بازی‌های کامپیوتری به عنوان شکلی از اعتیاد طبقه‌بندی شده و مورد توجه قرار می‌گیرند.^[۵]

یکی از بزرگترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، پدیده سوء مصرف مواد است، که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم، کوتاه مدت و بلند مدت، کیفیت زندگی ساکنین آن را تحت‌الشعاع قرار داده است.

اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن است به مصرف مکرر مواد اعتیادآور.^[۶] این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می‌گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می‌شود. در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.^[۷]

مراحل شکل‌گیری و چرخه اعتیاد

۱. آشنایی: در این مرحله فرد از راه‌های مختلف (مثلاً از طریق دوستان خود) با مواد مخدر و نحوه استعمال آن آشنا می‌شود.

۲. شک و تردید: در این مرحله، فرد به مصرف مجدد ماده ترغیب می‌شود و ممکن است با میل خود مبارزه کند یا به آن پاسخ مثبت دهد.

۳. اعتیاد واقعی: در این مرحله فرد دچار اعتیاد می‌شود و برای رسیدن به حالت سرخوشی، مجبور به مصرف مجدد است.

موادی که تلورانس ایجاد می‌کنند مصرف‌کننده را مجبور می‌سازند هر بار بر میزان مصرف خود بیافزاید.

چرخه اعتیاد

۱. مصرف مواد

۲. تجربه سرخوشی موقت

۳. احساس پشیمانی

۴. تحریک روانی

۵. هوس مواد

۶. مصرف مجدد

انواع اعتیاد

اعتیاد جسمی: پاسخ فیزیولوژیک بدن نسبت به ورود و تأثیر مواد جدید به بدن می‌باشد که معمولاً با پدیده تطبیق پذیری (مقاومت بدنی) (Tolerance) بروز می‌کند یعنی به دلیل کاهش تعداد گیرنده‌های عصبی و کاهش انتقال‌دهنده عصبی موجود در سیستم عصبی مرکزی نیاز فرد مصرف‌کننده هر روز بیشتر می‌شود. ترک اعتیاد جسمی همراه با درد، بیخوابی، پرخوابی و ... (خماری) همراه است. طول دوره ترک اعتیاد جسمی بسیار کوتاه‌تر از اعتیاد روانی است.

اعتیاد روانی: ناشی از لذت و سرخوشی مصرف مواد مخدر می‌باشد. دقیقاً به واسطه برهم ریختن نظم ترشح میانجی‌های عصبی فرد دچار آسیب‌ها یا تناقضات روحی می‌شود. به عنوان مثال ماده مخدر مت‌آمفتامین (مخدر شیشه) باعث افزایش ترشح دوپامین در مغز می‌شود و باعث ایجاد حالت تحریکی، سرخوشی، تمرکز و... می‌شود. حال پس از قطع مصرف با کاهش سطح دوپامین فرد خواب‌آلود، افسرده، بی‌تمرکز و... می‌شود. طول دوره بازگشت این میانجی‌های عصبی به حالت طبیعی بسیار طولانی‌تر و حتی برخی معتقدند بازگشت ندارند. در نتیجه اعتیاد روانی بسیار مهلک‌تر می‌باشد. اعتیاد روانی باعث لغزش بسیاری از مصرف‌کنندگان سابق حتی با طول دوره‌های چندین سال می‌شود.

اما متأسفانه افراد سودجو برای تبلیغ مواد مخدر ادعای عدم اعتیاد آوری آن را می‌کنند ولی در واقع تمامی مواد مخدر اعتیاد روانی دارند ولی برخی اعتیاد جسمی ندارند.

اعتیاد مجاز و غیرمجاز

در درستی این مقاله اختلاف نظر وجود دارد. خواهشمندیم در روشن‌شدن اعتبار منابع مورد اختلاف کمک کنید. بحث‌های مرتبط را می‌توانید در صفحه بحث ببینید.

اعتیاد را می‌توان به دو گروه مجاز و غیرمجاز تقسیم‌بندی نمود.

اعتیاد مجاز: شامل مصرف مداوم موادی است که به‌عنوان دارو شناخته می‌شوند. این مواد دارویی ممکن است طبیعی یا مصنوعی باشند و با تجویز پزشک یا به‌صورت خودسرانه مصرف شوند. اعتیاد به موادی مانند ماریجوانا، تنباکو و سیگار نیز که از نظر روانی وابستگی ایجاد می‌کند و باعث تداوم مصرف می‌شود، در ردیف اعتیاد مجاز طبقه‌بندی می‌شود.^[۸]

اعتیاد غیرمجاز: وابستگی فرد به مصرف همیشگی مواد مخدر و به‌گونه‌ای که قوانین کشور یا بین‌المللی آن را غیرقانونی بشناسد، اعتیاد غیرمجاز نامیده می‌شود.

شدت اعتیاد

کسانی که مواد مصرف می‌کنند به سه دسته تقسیم می‌شوند اما در میان آن‌ها تنها معتادان مزمن هستند که به بیماری اعتیاد مبتلا می‌شوند.

مصرف‌کنندهٔ تفننی

- هرچند وقت یکبار برای تفریح و در مواقع و مناسبت‌های خاص مواد مخدر مصرف می‌کند.
- احساس سرخوشی می‌کند و بیش از حد مصرف نمی‌کند - واکنش عادی نسبت به مواد دارد.

مصرف‌کنندهٔ شدید

- برای کمک به تحمل استرس و فشار زندگی مواد مصرف می‌کند.
- به خاطر فرار از احساسات دردناک مواد مصرف می‌کند.
- میزان مصرف خود را به تدریج افزایش داده و در نتیجه مقاومت بدن آن‌ها در مقابل مواد بیشتر می‌شود.
- وقتی مواد مخدر در دسترس قرار ندارد احساس بیقراری می‌کند.
- آغاز تجربه در روند بد شدن حال جسمی و روانی.
- آغاز روند بی سر و سامانی وضعیت تحصیلی یا شغلی.
- آغاز روند ازدست دادن علاقه به لذت‌های ساده.
- آغاز گرایش به گوشه‌گیری و انزوا.
- مصرف‌کننده شدید به محض داشتن دلیل کافی برای دست کشیدن و ترک مواد مخدر، قدرت آن را دارد که مصرف مواد را کنترل یا ترک کند.
- مصرف‌کننده شدید می‌تواند به مصرف‌کننده تفننی یا معتاد واقعی تبدیل شود.

معتادان مزمن

- معتادان مزمن هرگز نمی‌تواند به حالت مصرف‌کنندهٔ تفننی یا شدید بازگردد.
- معتادان از مصرف مواد مخدر به شدت احساس لذت و آرامش می‌کنند.
- مغز به مصرف مواد عادت کرده و برای اینکه به‌طور عادی فعالیت کند به مواد مخدر وابسته می‌شود.
- ساختار و سیستم ارتباط مغز حالت غیرعادی پیدا می‌کند.
- از دست دادن سلامت عقل و رفتارهای عصبی و خشن.
- با وجود عواقب ناگوار، قادر به ترک کردن مواد مخدر نیست - این حالت آلرژیک نامیده می‌شود.

- مغز بیش از پیش به مواد مخدر نیاز پیدا می‌کند - چنین حالتی را پدیده ویار می‌نامند.
- برای اینکه احساس لذت قبلی را به دست آورد باید همواره مقدار بیشتری مواد مخدر مصرف کند - مقاومت بدن افزایش پیدا می‌کند.
- نادیده گرفتن و بی‌توجهی به خود و دیگران.
- از دست دادن ارتباط با دوستان، خانواده و جامعه.
- ناتوانی در انجام کار و فعالیت‌های عادی.
- دچار مشکلات قانونی شدن.
- بیماری اعتیاد شکل گرفته و حالت پیشرفته پیدا کرده‌است.
- برای فعالیت عادی روزمره به مواد مخدر نیاز دارد.
- مواد مخدر در مقایسه با دیگر مسائل در اولویت قرار می‌گیرد.
- بی‌علاقه شدن به زندگی و افتادن به فکر خودکشی.
- خماری کشیدن در زمانی که مواد مورد نیاز بدن کمتر از حد معمول به آن داده شده یا کاملاً قطع شود.
- تلاش پی‌در پی اما بیهوده برای ترک اعتیاد.
- بی‌سر و سامانی و غیرقابل اداره شدن زندگی.
- ناامیدی و ناتوانی کامل.

مواد اعتیادآور



تعدادی داروی فعال‌کننده روان - موادخیابانی و دارویی:
۱. کوکائین

۲. کراک کوکائین
۳. متیل فنیدات (ریتالین)
۴. افدرین
۵. اکستازی
۶. کاکتوس پیوت (دارای مسکالین)
۷. ال اس دی
۸. قارچ سیلوسایبین (*Psilocybe cubensis*)
۹. سالویا دیوینوروم
۱۰. دیفن هیدرامین (بنادریل)
۱۱. قارچ آمانیتا موسکاریا
۱۲. استامینوفن کدئین (حاوی کدئین)
۱۳. کدئین
۱۴. تنباکو
۱۵. بوپروپیون
۱۶. ماری جوانا
۱۷. حشیش

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در آخرین ویرایش خود (DSM-5 2013) مواد مخدر را در ۱۰ رده به شرح ذیل طبقه‌بندی کرده‌است:^[۹]

- ۳۰۳-۹۰ وابستگی به الکل
- ۳۰۵-۹۰ مسمومیت با کافئین
- ۳۰۴-۳۰ وابستگی به کانابیس (مشتقات گیاه شاهدانه شامل شبه‌حشیش‌هایی مانند حشیش، گراس، و کانابیس صنعتی)
- ۳۰۴-۵۰ وابستگی به مواد توهم‌زا
- ۳۰۴-۶۰ وابستگی به مواد استنشاقی (مانند چسب، بنزین و غیره)
- ۳۰۴-۰۰ وابستگی به مواد افیونی (شامل تریاک، هروئین، تمجیزک غیره..)
- ۳۰۴-۱۰ وابستگی به مواد آرام بخش (شامل مواد آرام بخش، خواب‌آور یا ضد اضطراب، بنزودیازپین‌ها)
- ۳۰۴-۹۰ وابستگی به مواد محرک (موادی مانند آمفتامین، شیشه، کوکائین)
- ۳۰۵-۱ وابستگی به تنباکو

- ۹۰-۳۰۴ وابستگی به مواد دیگر

تقسیم‌بندی مواد سایکو اکتیو

در نوعی دیگر از تقسیم‌بندی ترکیبات سایکو اکتیو بر حسب نوع تأثیرشان بر سیستم عصبی مرکزی به سه گروه تقسیم می‌شوند:

- محرک سیستم عصبی مانند آمفتامین، شیشه، کوکائین، کافئین، نیکوتین، اکستازی
- سرکوب‌کننده سیستم عصبی همچون الکل، باربیتوراتها، مشتقات شاهدانه (حشیش، ماری‌جوانا)، مشتقات افیون (تریاک، هروئین، کراک)، مواد استنشاقی
- ترکیبات توهم‌زا شامل روان‌گردان‌ها، منفک‌کننده‌ها و هذیان‌آورها
مانند ال‌اس‌دی، مسکالین، سیلوسایبین، فن‌سیکلیدین، اکستازی

مواد قابل سوء مصرف و اثرات جسمی و روانی شان

در درستی این مقاله اختلاف نظر وجود دارد. خواهشمندیم در روشن‌شدن اعتبار منابع مورد اختلاف کمک کنید. بحث‌های مرتبط را می‌توانید در صفحه بحث ببینید.

اعتیاد را می‌توان یک بیماری مزمن دانست که انواع شدید آن برای شخص و اطرافیان و جامعه مضر است. انواع آن به شرح زیر است:^[۱]

ترکیبات محرک

- **آمفتامینها:** موادی محرک‌زا و اعتیادآور است. این مواد سیستم مرکز عصبی را تحریک می‌کند، این مواد در میان دانشجویان مصرف بیشتری دارد زیرا باعث کم‌خوابی بوده و شخص را در حالت محرکی قرار می‌دهد. مصرف این مواد باعث می‌شود بدن در برابر آن مقاوم شود لذا شخص معتاد ناگزیر می‌گردد بیشتر مصرف کند.
- **کوکائین:** موادی تحرک‌زا، توهم‌آور و اغفال‌کننده است، کسانی که به این دارو معتاد می‌شوند معمولاً سادیسیم جنسی پیدا می‌کنند و به همین دلیل افراد بسیار خطرناکی هستند معتاد پس از مصرف این دارو احساس شغف زاید الوصفی پیدا می‌کند و شاد می‌شود و لذت جنسی او تشدید پیدا می‌کند، اثرات جسمی آن کم است در حالیکه از نظر روانی اثراتش از هروئین بیشتر است.

ترکیبات سرکوب‌کننده

- **تریاک:** بیشتر در بین افراد مسن درگذشته مصرف آن رواج داشته اما امروزه در بین جوانان و نوجوانان توزیع و مصرف می‌گردد، ماده‌ای دژم‌ساز بوده و شخص معتاد از مصرف آن احساس لذت و نشنگی می‌نماید. مصرف آن به تدریج باعث افزایش نیاز و افزایش مقدار مصرف می‌گردد.
- **مرفین:** از تریاک گرفته می‌شود و به دو صورت مایع و پودر مصرف می‌گردد، مصرف این مواد در بین جوانان زیاد است و ماده‌ای خواب‌آور و اثرات تریاک را دارد.

- **هروئین:** این مواد از ترکیبات شیمیایی ساخته شده و اثرش سه برابر مرفین بوده و خواب‌آور است، شخص معتاد همیشه در حال چرت زدن می‌باشد و چشم‌های خواب‌آلود دارد.
- **متادون:** داروی مخدری است که به دلیل نیمه عمر بالای آن بیش از ۲۴ ساعت جهت درمان اعتیاد به کار برده می‌شود و فقط در مراکز ترک اعتیاد و توسط پزشک باید تجویز شود
- **نورجریک:** مایع زرد رنگ تزریقی است که پس از ترکیب با خون شخص مصرف‌کننده در رگ تزریق می‌شود.

ترکیبات توهم‌زا

ترکیبات توهم‌زا عموماً دارای اعتیاد جسمی نیستند و اعتیاد روانی ایجاد شده توسط اغلب آن‌ها نیز پایین است. همچنین به علت کمیابی و تولید سخت‌تر و اعتیاد کمتر دارای قیمت بالایی هستند و کمتر مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند.

- **ال اس‌دی:** مصرف این ماده اعتیاد جسمی ندارد ولی دارای اثرات روانی متعددی است، این ماده جز روان‌گردان‌ها است و اعتیاد روانی بسیار پایینی را به همراه دارد و پتانسیل سوء مصرف خاصی ندارد. ال اس‌دی بیشتر مورد مصرف تفننی جوانان قرار می‌گیرد ولی امروزه به علت کمیاب بودن ترکیبات تقلبی جای آن را گرفته‌اند.

سایر ترکیبات



• نیکوتین ماده مؤثر موجود در سیگار می‌تواند، اعتیاد و وابستگی بالایی را در فرد مصرف‌کننده ایجاد کند

• **نیکوتین** ماده مؤثر موجود در سیگار و قلیان است که منشأ اصلی مصرف آن گیاه **تنباکو** است. این ماده اعتیاد نسبتاً بالایی می‌تواند ایجاد کند و به شدت مورد سوء مصرف قرار گیرد.

- **ماری جوانا و حشیش:** مصرف این مواد، اعتیاد جسمانی نداشته ولی اعتیاد روانی می‌آورند و به همین جهت زیان‌آور هستند، مصرف این مواد اثرات مغزی ناگواری را به همراه داشته و اغلب به صورت سیگار مصرف می‌شوند اثرات مخرب آن: خواب آرامش بخش، تشدید احساس، خنده‌های بی‌مورد و طولانی، لذت بخش بودن زمان و مکان، اما وقتی تأثیر دارو تمام می‌شود شخص معتاد حالت و احساس بدی پیدا می‌کند و امکان ارتکاب جرم زیاد می‌شود و از سوی دیگر عاملی برای مصرف مواد مخدر قوی‌تر همانند هروئین می‌باشد.

- **مواد استنشاقی:** این گروه شامل **مواد شیمیایی** گوناگونی است که به سرعت تبخیر می‌شوند. برخلاف سایر مواد مورد سوء مصرف که بر اساس تأثیری که بر سیستم اعصاب مرکزی می‌گذارند تقسیم‌بندی می‌شوند، این مواد برمبنای شیوه مصرف مشترکی که دارند در یک گروه جای گرفته‌اند. مواد استنشاقی بر اساس عملکرد داروشناختی خود به سه دسته تقسیم می‌شوند: حلال‌های فرار، **نیتروس اکسید** و نیتريت‌ها. گروه اول یعنی حلال‌های فرار شایع‌ترین مواد استنشاقی مورد سوء مصرف هستند. انواع سوخت‌ها مانند بنزین، گازوئیل و گاز فندک، داروهای بیهوشی مانند عطر، چسب‌ها، انواع اسپری‌ها، رنگ‌های شیمیایی و... در این گروه قرار می‌گیرند.

زیان‌های جانبی

رابطه اعتیاد به ماده‌ای و ضرر آن ماده بر فرد مصرف‌کننده و دیگران، رابطه‌ای است که مهم تلقی می‌شود. به طوری که هرچه ماده‌ای اعتیادآوری بیشتری داشته باشد معمولاً ضرر آن به شخص مصرف‌کننده، اطرافیانش و جامعه بیشتر می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر افزون بر زیان‌هایی که به‌طور مستقیم برای مصرف‌کننده آن دارد و هیچ فایده و سودی برای استفاده آن تأیید نشده است،^[۱۶] یکی از عوامل اصلی گسترش بیماری‌هایی چون ایدز و هپاتیت می‌باشد و همچنین زیان‌های اجتماعی و اقتصادی درخوری برای جامعه دارد که از آن میان می‌توان به از بین بردن بخشی از نیرو و مغز فعال جامعه اشاره کرد.^[۱۷] از جمله مهم‌ترین آسیب‌هایی که مصرف مواد مخدر بر سلامتی فرد دارد کاهش قوای جنسی در بلند مدت است. اگرچه برخی از مواد مخدر در لحظه باعث افزایش میل جنسی و برانگیختگی می‌شوند، ولی اکثر آن‌ها در طولانی مدت قوای جنسی را کاهش می‌دهند. برای مثال مصرف **متادون** سبب کاهش و از بین رفتن میل جنسی، اختلال نعوظ و اختلال در انزال می‌گردند. حدود ۷۵ درصد از معتادان به متادون، از کاهش یا از بین رفتن میل جنسی شکایت دارند. حدود ۷۰ درصد دارای مشکل در برانگیختگی جنسی و ۶۰ درصد دارای مشکل در رسیدن به ارضاء جنسی هستند.

به تازگی، برخی با مدل‌سازی اعتیاد با به‌کارگیری دانش اقتصاد نشان داده‌اند که درآمد و مصرف امروز مواد مخدر به چه میزان بر تقاضای مواد مخدر در آینده تأثیر خواهد گذاشت.^[۱۸]

علائم اعتیاد



بنا بر تعریف انجمن روانشناسان ایالات متحده اگر در یک دوره ۱۲ ماهه حداقل سه مورد از علائم زیر در فردی که مواد مخدر مصرف می‌کند نمایان شود، فرد به بیماری اعتیاد مبتلا شده‌است. این علائم عبارتند از:

۱. مقاوم تر شدن بدن یا تلورانس
۲. وسوسه مصرف
۳. افزایش مصرف
۴. از دست دادن کنترل روی میزان مصرف
۵. ادامه مصرف با وجود عواقب خطرناک
۶. بروز نشانه‌های خماری در صورت عدم مصرف

آزمایش اعتیاد

یکی از آزمایش‌های سنتی اعتیاد **آزمایش ادرار** است که روشی حتمی و دقیق نبوده و فرد می‌تواند با استفاده از مصرف مواد شیمیایی ویژه‌ای نتیجه آزمایش را تغییر دهد هرچند که روش‌های دیگری برای آزمایش اعتیاد وجود دارد که با اطمینان بسیار بالا می‌توان از آن‌ها بهره گرفت.^[۴] با توجه به ماهیت و ساختار اعتیاد، توجه به بعد روانی این بیماری نیز بسیار ضروری است. از این رو تست‌ها و آزمایش‌هایی نیز برای پی بردن به وضعیت اعتیاد فرد با توجه به جنبه‌های رفتاری و روانی آن‌ها موجود می‌باشد که شامل پرسش‌هایی است که خود فرد باید به آن‌ها پاسخ دهد.

داروهای ترک اعتیاد به مواد مخدر

- **بوپرنورفین** (به عنوان ضد وسوسه جایگزین مواد مخدر و اعتیادآور و همچنین ترک سیگار)
- **شربت تریاک** (یک ماده مخدر و مسکن درد و اعتیاد آور)
- **متادون** (داروی نگهدارنده برای مهار اعتیاد به هروئین و مواد مخدر و اعتیاد آور)
- **حب جدوار** (داروی ترک اعتیاد، مسکن قوی و ضد درد با اثرات تقویتی بدون ایجاد وابستگی و اعتیاد)
- **نالوکسان** (برای تشخیص و درمان مسمومیت‌ها با مواد مخدر یا کوما ناشی از آن مصرف می‌شود)
- **نالتروکسان** (به عنوان داروی کمکی برای درمان اعتیاد به کار می‌رود)

اعتیاد و اطرافیان

تأثیرات اعتیاد بر خانواده

با وجود یک فرد معتاد در خانواده زندگی همه اعضا به نحوی صدمه می‌بیند. اعضای خانواده برای ادامه حیات مجبور می‌شوند که در زندگی خود تغییراتی بدهند تا بتوانند با اثرات ویرانگر اعتیاد کنار بیایند. به مرور زمان این روش باعث می‌شود تا خود آن‌ها نیز در زندگی خود با مشکلات فراوانی رو به رو شوند. با وجود آنکه اعتیاد به مواد مخدر همواره در بین مردان بیش از زنان بوده اما در چند سال اخیر اعتیاد در ایران در بین زنان نیز افزایش چشمگیری داشته‌است. براساس بررسی‌ها و تحقیقات انجام شده در حوزه اعتیاد زنان، بانوان به دلیل اطلاعات ناکافی و ندانسته در دام اعتیاد گرفتار می‌شوند.^[۱۵] همچنین رئیس سازمان بهزیستی کشور با بیان افزایش اعتیاد در میان زنان در کشور عنوان داشت که بیش از ۵۰ درصد معتادان را افراد متأهل تشکیل می‌دهند.^[۱۶]

مجموعه‌ای از عواطف و احساسات ویرانگر وجود دارند که **سلامت روانی**، رفتاری و **کیفیت زندگی** اعضای خانواده به علت همجواری در کنار فرد معتاد را به خطر می‌اندازند. این گونه احساسات و رفتارها عبارتند از:

- **احساس گناه:** حالتی که افراد خانواده تصور می‌کنند که مقصر اعتیاد عزیز معتادشان هستند.
- **خشم:** شامل خشم از معتاد و رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی وی یا خشم از علل و عواملی که موجب بروز اعتیاد وی شده‌اند.
- **انکار و احساس شرمندگی:** خانواده‌هایی که شناخت کافی از بیماری اعتیاد ندارند برای فرار از سرخوردگی و شرمساری معتاد بودن عزیزشان، اقدام به انکار کردن کرده یا همواره در وجودشان احساس شرمندگی می‌کنند.
- **اضطراب و تشویش:** حالتی که به دلیل رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی معتاد، و اتفاقات متعددی که از پیامدهای اعتیاد یکی از افراد خانواده ناشی می‌شود رخ داده و باعث می‌شود که اعضای خانواده همواره در اضطراب و تشویش به سر ببرند.

کمک خانواده

همانگونه که برای توقّف بیرون روی نمی‌توان از بیمار انتظار داشت به کمک اراده جلوی آن را بگیرد از معتاد نیز نمی‌توان توقع داشت که با نیروی اراده بر اعتیادش غلبه کند. او به مراقبت پزشکی و حمایت عاقلانه، دلسوزانه و صبورانه اطرافیان نیاز دارد. همان‌طور که اگر در کودکی تب می‌کرد، تا بهبودی کامل اعضای خانواده از او تیمارداری می‌کردند اکنون نیز او به چنین مراقبتی نیاز دارد. حتی پس از بستری و ترک نیز لازم است که خانواده تا چند سال مراقبش بوده چنانچه مجدداً به سمت مواد برگشت بی‌آنکه او را سرزنش کنند صبورانه وی را کمک نمایند تا دوباره ترک کند و همچنان به مراقبت از او ادامه دهند. همانگونه که یک بیمار قلبی نیاز به مراقبت دارد یک معتاد هم که مغزش بیمار شده‌است نیاز به مراقبت ویژه دارد.^[۱۷] مضافاً اینکه، در این نوع بیماری که بیوشیمی مغز تحت تأثیر قرار گرفته فرد قادر نیست که از تجارب گذشته خود درس بگیرد و به اصطلاح، نقاط علت و معلول را بهم وصل کند (Connecting the dots). در حقیقت تا چندین ماه پس از ترک و سم زدائی از بدن بیمار، هنوز نمی‌توان از وی توقع حرف‌شنوی داشت؛ زیرا او نصایح را می‌شنود و لی تحلیل و درک نمی‌کند. وی حتی متوجه وضعیت خودش نیست. انتظار اینکه در چنین وضعیتی او حال خود را درک کند مانند آن است که از یک کامپیوتر از کار افتاده انتظار داشته باشیم پیغام بفرستد که از کار افتاده‌است^[۱۸] خانواده باید به معاشران بیمارشان نیز توجه داشته باشند؛ اجازه

ندهند برخی با ایجاد وسوسه تلاش وی برای بهبود را خنثی کنند. به قولی، اولین گام برای در امان ماندن از طوفان آنست که در و پنجره‌ها بسته شوند. برای این منظور، باید رابطه‌ای صمیمانه با بیمار برقرار کرد تا بتوان از وجود چنین وسوسه‌کنندگانی مطلع شد آنگاه به او کمک کرد که از مجالست با آنان بپرهیزد.

راز داری خانواده: در مورد اعتیاد راز داری اثر مخرب دارد. «برخورد رازگونه مانع از رو برو شدن خانواده با واقعیت و به چالش کشیدن آن می‌شود. سرنگه داشتن چنین مواردی مانع تغییر شده باعث بروز احساس شرم می‌شود. برخوردهای رازآمیز، همچنین حامل این بد آموزی هستند که برخی مسائل اساساً قابل حل نیستند. چنین برخوردی سبب می‌شود که تجارب شخصی، تجزیه تحلیل نشده در نتیجه مردم از روشن نگری و واقع بینی محروم بمانند و رشد نکنند.»^[۱۹]

گسترده‌گی اعتیاد در جهان

هم‌اکنون بیش از ۲۲۰ میلیون مصرف‌کننده **مواد اعتیادآور** در جهان وجود دارد. ۱۵۰ میلیون نفر معتاد به مواد توهم‌زایی مانند حشیش، ۱۵ تا ۲۰ میلیون نفر معتاد به ماده محرک کوکائین و مشتقات آن، ۱۵ تا ۲۱ میلیون نفر معتاد به هروئین و سایر مواد مخدر و سایرین نیز انواع مواد اعتیادآور روانگردان و شیمیایی را مورد سوء استفاده قرار می‌دهند.^[۲۰]

ایران

طبق آمار **وزارت بهداشت ایران** در سوم مهر ۱۳۹۱، تعداد معتادان دائمی در ایران که مصرف روزانه مواد مخدر دارند بین دو میلیون تا دو میلیون و دویست هزار نفر است.^[۲۱]

جستارهای وابسته

- سایکواکتیو
- مواد مخدر
- ترک اعتیاد
- اعتیاد رفتاری
- اعتیاد به مواد
- اعتیاد به عشق
- اعتیاد جنسی
- اعتیاد به اینترنت

- اعتیاد جنسی اینترنتی
- اعتیاد به پورنوگرافی
- اعتیاد به تلویزیون
- اعتیاد به رایانه
- اعتیاد به بازی‌های رایانه ای
- اعتیاد به کار
- اعتیاد اطلاعاتی
- اعتیاد به شکر
- اعتیاد به کافئین
- اعتیاد در ایران
- ویکی‌پدیا:اعتیاد به ویکی

منابع

1. West, Robert (۲۰۱۳). *Theory of Addiction*. Addiction Press .
2. ASAM Board of Directors. «*Definition of Addiction*» (<http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>). دریافت‌شده در ۳۰ مارس ۲۰۱۴. از پارامتر ناشناخته *American Society of Addiction Medicine* تاریخ = صرف‌نظر شد (کمک)
3. PETER M. MILLER & Others (۲۰۱۳), *PRINCIPLES OF ADDICTION, Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 1*, Elsevier Inc .ص ۲۳.
4. حسین دژاکام (اردیبهشت ۸۴). «اعتیاد، درمان، راه کارهای مناسب» (<http://congress60.org/Fa-IR/page/40/%D8%A7%D8%B9%D8%AA%DB%8C%D8%A7%D8%AF-%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86-%D8%B1%D8%A7%D9%87-%DA%A9%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D9%85%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A8>). دریافت‌شده در ۲۸ فروردین ۹۷. تاریخ وارد شده در /بازبینی=، /تاریخ = را بررسی کنید (کمک)
5. «تعریف اعتیاد چیست» (<http://www.motamem.org/?p=9242>). دریافت‌شده در ۱۳ تیر ۱۳۹۴.
6. «نسخه آرشیو شده» (<https://web.archive.org/web/20070927140215/http://www.turkmenstu.dents.com/modules/xfsection/article.php?articleid=27>). پایگاه اطلاع‌رسانی دانشجویان و

دانش‌آموختگان ترکمن ایران. بایگانی‌شده از اصلی (<http://www.turkmenstudents.com/modules/xfesction/article.php?articleid=27>) در ۲۷ سپتامبر ۲۰۰۷. دریافت‌شده در ۱۳ مرداد ۱۳۸۶.

۷. «روز جهانی مبارزه با مواد مخدر» (http://www.ibr.com/health/html/addiction-83.htm#*%20%D8%AA%D8%B9%D8%B1%DB%8C%D9%81%20%D8%A7%D8%B9%D8%AA%DB%8C%D8%AF7%D8%AF). پایگاه اینترنتی صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران. دریافت‌شده در ۱۳ مرداد ۱۳۸۶.

۸. «بلای هستی‌سوز» (<http://www.tebyan.net/index.aspx?pid=9688>). مؤسسه فرهنگی تبیان. ۲۵ دی ۱۳۸۳. دریافت‌شده در ۱۳ مرداد ۱۳۸۶.

۹. یادکرد خالی (کمک)

۱۰. کتاب اعتیاد شهریار وقفی پور

۱۱. «پاورهای شایع و اشتباه در مورد اعتیاد به مواد مخدر» (<https://web.archive.org/web/20070927075https://www.iscanews.ir/fa/ShowNewsItem.aspx?NewsItemID=120107>). باشگاه خبرگزاران دانشجویی ایران. ۱۳ مرداد ۱۳۸۶. بایگانی‌شده از اصلی (<http://www.iscanews.ir/fa/ShowNewsItem.aspx?NewsItemID=120107>). دریافت‌شده در ۲۰ مرداد ۱۳۸۶.

۱۲. «اعتیاد چیست؟» (<https://web.archive.org/web/20070807071555/http://www.police.ir/drugsetiad.htm>). پایگاه اطلاع‌رسانی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران. بایگانی‌شده از اصلی (<http://www.police.ir/drugs/etiad.htm>). دریافت‌شده در ۲۰ مرداد ۱۳۸۶.

۱۳. «Economic Models of Addiction and Applications to Cigarette Smoking and Other Substance Abuse» (<http://tiger.uic.edu/~fjc/Presentations/Slides/rational.addiction.pdf>) (PDF) ([#search=22addiction20economics20elasticity22](http://search=22addiction20economics20elasticity22)). دانشگاه ایلنویز در شیکاگو. ۱ سپتامبر ۲۰۰۶. دریافت‌شده در ۲۰ مرداد ۱۳۸۶.

۱۴. «آزمایش اعتیاد قبل از ازدواج قابل اطمینان نیست» (<http://www.mehrnews.com/fa/NewsDetail.aspx?NewsID=285616>). خبرگزاری مهر. ۱۴ بهمن ۱۳۸۴. دریافت‌شده در ۲۰ مرداد ۱۳۸۶.

۱۵. اعتیاد زنان در دام ناآگاهی (<http://www.irna.ir/fa/News/81786118>). [خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) <http://www.irna.ir>]

۱۶. بیش از ۵۰ درصد معتادان متأهل هستند/اعتیاد در زنان افزایش یافته‌است (<http://www.irna.ir/fa/News/81785913>)

۱۷. Treatment Programs/Dr.Phil

۱۸. Allen Berger, Ph.D., 12 Stupid Things That Mess Up Recovery: Avoiding Relapse through Self-Awareness and Right Action, Publisher: Hazelden; 1 edition 2008

Pipher, Mary (۱۹۹۶). *THE SHELTER OF EACH OTHER Rebuilding Our Families to Enrich Our Lives*.

۲۰. قاچاقچیان مواد مخدر مکزیکی بازار آمریکا را تصرف کرده‌اند (http://www.bbc.co.uk/persian/world/2010/03/100326_I07_mexicandrugsgangs_drugsconrolusa.shtml) ، بی‌بی‌سی فارسی

۲۱. وزارت بهداشت ایران: بیش از دو میلیون معتاد دائمی داریم، بی‌بی‌سی فارسی (http://www.bbc.co.uk/per/sian/rolling_news/2012/09/120924_I38_rln_iran_addict.shtml)

در ویکی‌انبار پرونده‌هایی دربارهٔ اعتیاد موجود است.

- پایگاه اطلاع‌رسانی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (<https://web.archive.org/web/20070807071/http://www.police.ir/drugs/etiad.htm>) (555/http://www.police.ir/drugs/etiad.htm)
- خبرگزاری ایسکا (<https://web.archive.org/web/20070927075523/http://www.iscanews.ir/fa/S/howNewsItem.aspx?NewsItemID=120107>) ، مقالهٔ «باورهای شایع و اشتباه در مورد اعتیاد به مواد مخدر»
- تولید محتوا پروکلک (<http://proclick.ir/>) ، مقالهٔ «اعتیاد در ایران؛ زنانی که می‌میرند در یک دهه دو برابر شدند»

- Chaloupka, Frank; Taurus, J; Grossman, M.. [Economic Models of Addiction and Applications to Cigarette Smoking and Other Substance Abuse.](http://tigger.uic.edu/~fjc/Presentations/Slides/rational.addiction.pdf#search=%22addiction%20economics%20elast) (<http://tigger.uic.edu/~fjc/Presentations/Slides/rational.addiction.pdf#search=%22addiction%20economics%20elast>)