

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۵ / دکتر مهرداد افتخار اردبیلی

اعتیاد

فهرست مطالب

۲۷۳۹	اهداف درس
۲۷۳۹	بیان مسئله
۲۷۴۰	مفهوم اعتیاد
۲۷۴۱	طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد بر اساس DSM5
۲۷۴۲	ملاکهای تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5
۲۷۴۴	مسمومیت با مواد
۲۷۴۴	محرومیت از مواد (ترک)
۲۷۴۵	اختلالات روانی ناشی از مواد
۲۷۴۵	ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10
۲۷۴۵	ملاکهای تشخیصی سندرم وابستگی در ICD-10
۲۷۴۶	تاریخچه مصرف مواد مخدر در سطح جهان و ایران
۲۷۵۲	اتیولوژی
۲۷۵۲	یادگیری و شرطی سازی
۲۷۵۳	عوامل خطر ساز (Risk factors)
۲۷۵۴	پیشگیری
۲۷۵۵	برنامه‌های پیشگیری
۲۷۵۶	رویکردهای درمانی
۲۷۵۶	۱- پرهیز کامل
۲۷۵۷	۲- رویکرد کاهش آسیب
۲۷۵۸	منابع

اعتیاد Addiction

دکتر مهرداد افتخار اردبیلی

گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- مفاهیم سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر را توضیح دهد
- روند تاریخی سوء مصرف مواد در ایران را شرح دهد
- اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با بیماری‌های واگیردار را شرح دهد
- انواع مواد مخدر شایع ایران را نام ببرد
- نقش مسیر پاداشی مغز در اعتیاد را توضیح دهد
- عوامل خطرزا و محافظت کننده ابتلا به اعتیاد را شرح دهد
- راهکارهای پیشگیری اعتیاد را شرح دهد
- رویکردهای درمانی به اعتیاد را توضیح دهد
- رویکردهای "کاهش آسیب" را تعریف کرده، ویژگی‌های آن را توضیح دهد و چند استراتژی آن را نام ببرد.

بیان مسئله

سوء مصرف مواد مخدر یکی از مهمترین مسائل بهداشتی کشور به شمار می‌رود. آمارها بیانگر آنست که ۱/۲ تا ۳/۳ میلیون نفر از جمعیت مبتلا به اعتیاد هستند. این شیوع زیاد بخصوص هنگامی اهمیت بیشتری می‌یابد که به عوارض جسمی و روانی اعتیاد توجه کنیم. هم اکنون مصرف تزریقی مواد به عنوان شایعترین راه انتقال ایدز در کشور به شمار می‌رود. به طوری که حدود ۶۵ درصد از مبتلایان شناخته شده HIV/AIDS مصرف کنندگان

تزریقی مواد هستند. اعتیاد شانس ابتلا به هیپاتیت و توبرکولوز را نیز بالا می‌برد و عوارض روانی فراوانی برای فرد مصرف کننده به دنبال دارد. همچنین پدیده اعتیاد عوارض اجتماعی برای فرد مصرف کننده و جامعه ایجاد می‌کند. برای مثال ۷۵ درصد زندانی شدگان سال ۲۰۰۰ در کشور، جرائم مرتبط با مواد مخدر داشتند. بنابراین پیشگیری و درمان اعتیاد از اهمیت زیادی برخوردار است.

پیشگیری باید شامل رویکردهایی باشد که هم متوجه افراد بوده (کاهش تقاضا) و هم سعی در کاهش دسترسی افراد به مواد مخدر نماید (کاهش عرضه) رویکردهایی که منحصرآ متوجه کاهش عرضه بوده و به کاهش تقاضا توجهی نمی‌کند از موفقیت خیلی کمتری برخوردار است.

مفهوم اعتیاد

مفهوم واژه اعتیاد از چهار عنصر تشکیل شده است: پیشروی (Progression)، اشتغال ذهنی (Preoccupation)، فقدان کنترل تصور شده (Perceived loss of control) و پایداری (Persistence) علیرغم عواقب منفی درازمدت آن. بنابراین رفتار اعتیادی وضعیت پیش رونده‌ای است که در آن فرد به طور فزاینده‌ای وقت و انرژی، صرف کرده و در نتیجه احساس عدم کنترل می‌نماید که تنها از طریق تکیه بر یک عامل بیرونی (دارو، قدرت برتر) می‌تواند بر آن فائق آید. ولی این حالت، علیرغم وجود عواقب منفی ادامه می‌یابد. از نظر سازمان جهانی بهداشت، وابستگی به مواد، واجد نشانگانی است که با الگوی رفتاری مشخصی آشکار می‌شود. برای مثال، با مصرف مواد، سیستم ارزشی فرد تغییر می‌کند و رفتارهایی که با مصرف، ارتباط دارند بر رفتارهایی که فرد قبل از مصرف مواد به آن‌ها ارزش می‌داده است برتری می‌یابد. نشانگان مورد اشاره الزاما به معنی وابستگی مطلق نیست. بلکه پدیده‌ای کیفی است که به درجات مختلف، متجلی می‌شود

انواع وابستگی به مواد:

وابستگی به مواد به دو شکل وابستگی جسمی و وابستگی روانی است:

وابستگی جسمی

به وضعیتی گفته می‌شود که یکی از موارد زیر وجود داشته باشد:

الف) تحمل: عبارت است از نیاز به مقادیر فزاینده‌ای از مواد، برای رسیدن به حالت مسمومیت (یا آثار مطلوب) و یا کاهش بارز اثر مواد با مصرف مداوم مقدار ثابتی از آن.

ب) علائم ترک: تغییر رفتاری ناسازگارانه، توأم با علائم فیزیولوژیکی و شناختی است که بر اثر افت سطح ماده مورد نظر در خون یا بافت‌های کسی که قبلا مقدار زیادی از آن ماده را برای مدت طولانی مصرف کرده است. نشانه‌های ناخوشایند ترک با مصرف مجدد همان ماده برطرف می‌شود

وابستگی روانی

به شرایطی گفته می‌شود که فرد مصرف کننده مواد، علائم وابستگی روانی (اشتیاق و ولع مصرف) را نشان می‌دهند. وابستگی روانی می‌تواند بدون وجود وابستگی جسمی وجود داشته باشد. علائم وابستگی روانی

عبارتند از:

(الف) تمایل دائمی برای قطع یا کنترل ماده مصرفی

(ب) صرف وقت زیاد برای مصرف یا رهایی از عوارض آن

(ج) اختلال جدی یا کاهش همه فعالیت‌های روزمره شامل فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به دلیل مصرف مواد

بر طبق DSM-5 اختلالات مرتبط با مواد، ۱۰ طبقه مجزای داروها را در بر می‌گیرند: الکل؛ کافئین؛ حشیش؛ مواد توهم‌زا؛ مواد استنشاقی؛ مواد شبه‌افیونی؛ داروهای آرامبخش و خواب‌آور و ضد اضطراب؛ مواد محرک؛ نیکوتین؛ و مواد دیگر (یا نامشخص). تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال سازی مستقیم سیستم پاداش مغز، مشترک هستند. سیستم پاداشی مغز در تقویت رفتارها و تولید خاطرات شیرین نقش دارد. فرد وابسته به مواد به قدری سیستم پاداش را فعال می‌کند که دیگر بدون مصرف مواد نمی‌تواند از فعالیت‌های لذتبخش روزمره زندگی انسانی لذت ببرد و به تدریج از فعالیت‌های عادی بازمی‌ماند.

داروهایی که سوءمصرف می‌شوند به جای این که از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش، دست یابند مستقیماً گذرگاه‌های پاداش را فعال می‌کنند. مکانیزم‌های دارویی که هر طبقه از داروها به وسیله آنها پاداش را تولید می‌کنند متفاوت هستند، اما داروهایی که معمولاً این سیستم را فعال کرده و احساسات لذت ایجاد می‌کنند، اغلب نشه‌آور نامیده می‌شوند.

به علاوه، افرادی که خویشتن داری کمی دارند برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد، خیلی مستعد می‌باشند، بدین معنی که منشا اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت‌ها قبل از شروع عملی مصرف مواد، می‌توان در رفتارها پیدا کرد.

اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم شده‌اند: اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد. اختلالات زیر را می‌توان با عنوان ناشی از مواد طبقه بندی کرد: مسمومیت، ترک، و اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد / دارو.

طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد بر اساس DSM5

موادی که در طبقه بندی DSMIV از آنها نام برده شده است عبارتند از: الکل، آمفتامین‌ها، کافئین‌ها، کانابیس، کوکائین، توهم‌زاها (Hallucinogens)، مواد استنشاقی (Inhalants)، نیکوتین، اویپوئیدها، فن سیکلیدین، مواد آرامبخش و خواب‌آور و ضد اضطراب. شایعترین مورد سوء مصرف و وابستگی‌ها در ایران اویپوئیدها هستند. اویپوئیدهای رایج در ایران، شامل تریاک (opium)، شیره (opium residue)، هروئین و کدئین می‌باشند که به صورت خوراکی، استنشاقی و تزریقی استفاده می‌شوند. از دیگر مواد مورد استفاده در ایران، حشیش (از گروه کانابیس)، متیل فنیدیت (با نام تجاری ریتالین Ritalin از گروه آمفتامین‌ها)، اکستازی (Ecstasy یا MDMA از گروه آمفتامین‌ها) کوکائین‌ها و LSD (از گروه توهم‌زا) را می‌توان نام برد.

چهار طبقه اصلی در ویرایش پنجم DSM شامل اختلال مصرف مواد^۱، مسمومیت مواد^۲، محرومیت از مواد^۳ و اختلالات روانی ناشی از مواد^۴ هستند.

بر اساس پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵، اختلال مصرف مواد به صورت یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف می‌شود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می‌گردد. در چهارمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوءمصرف^۷ و وابستگی مواد^۸ تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد^۹ برای هر یک از کلاس‌های ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص‌های سوء مصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک "مشکلات قانونی مکرر" برای سوء مصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی "وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد" افزوده شده است. مطابقت دقیق اختلال مصرف مواد در DSM-5 با سوءمصرف و وابستگی به مواد در DSM-IV-TR مقدور نیست، اما به طور کلی می‌توان گفت سوءمصرف با اختلال مصرف مواد خفیف و وابستگی با اختلال مصرف مواد متوسط و شدید مطابقت دارد.

ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5

یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد منجر به اختلال یا دیسترس قابل توجه که با وجود حداقل ۲ مورد از موارد زیر در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه تظاهر می‌یابد:

۱ - مصرف راجعه مواد که منجر به شکست در انجام وظایف در کار، مدرسه، یا خانه (برای مثال غیبت مکرر یا عملکرد شغلی ضعیف به دلیل مصرف مواد؛ غیبت یا تعلیق یا اخراج از مدرسه؛ غفلت از بچه‌ها یا در کارهای منزل) شود.

۲ - مصرف راجعه مواد در موقعیت‌هایی که از نظر جسمی مضر است.

۳ - تداوم مصرف مواد علی‌رغم وجود مشکلات پایدار یا راجعه اجتماعی یا بین‌فردی ناشی از و یا تشدید شده توسط اثرات مواد.

۴ - تحمل، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:

¹ Substance Use Disorder

² Substance Intoxication

³ Substance Withdrawal

⁴ Substance-Induced Mental Disorder

⁵ DSM-5

⁶ DSM-IV-TR

⁷ substance abuse

⁸ dependence

⁹ Substance Use Disorder

- (الف) نیاز برای افزایش قابل توجه مقادیر مصرف مواد برای دستیابی به مسمومیت یا اثر مطلوب.
 (ب) کاهش قابل ملاحظه اثر با تداوم مصرف مقادیر ثابت آن ماده.
 ۵ - محرومیت، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:
 (الف) سندرم محرومیت مشخص آن ماده
 (ب) مصرف آن ماده (یا مواد نزدیک به آن) برای تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت
 ۶ - مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آن چه قصد شده مصرف می‌شود.
 ۷ - تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد.
 ۸ - زمان قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های ضروری برای تهیه، مصرف یا بهبودی از اثرات مواد صرف می‌شود.
 ۹ - فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد کنار گذاشته می‌شود یا کاهش می‌یابد.
 ۱۰ - تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر آن ایجاد یا تشدید شده.
 ۱۱ - وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد.

مشخص کنید، اگر:

در فروکش زودرس: پس از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ کدام از ملاک‌ها (به جز ملاک ۴ «وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق به مصرف مواد») برای حداقل ۳ ماه اما کمتر از ۱۲ ماه وجود نداشته باشند.

در فروکش طول کشیده: بعد از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ یک از ملاک‌های اختلال مصرف مواد (به جز وسوسه) در طول ۱۲ ماه گذشته وجود نداشته باشد.

روی درمان نگهدارنده: این شاخصه افزوده شده زمانی کاربرد دارد که فرد یک داروی آگونیست تجویز شده نظیر متادون یا بوپرنورفین را مصرف می‌کند و هیچ کدام از ملاک‌های اختلال مصرف مواد را برای آن کلاس از مواد (به جز تحمل به، یا محرومیت از داروی آگونیست) را پر نمی‌کند. این طبقه همچنین برای کسانی که روی یک داروی آگونیست نسبی، یک داروی آگونیست/آنتاگونیست یا یک داروی آنتاگونیست کامل همچون نالترکسون یا نالترکسون دیپوت هستند کاربرد دارد.

شاخصه "روی درمان نگهدارنده" به عنوان یک مشخصه برای فروکش زمانی که بیماری فرد در فروکش بوده و روی درمان نگهدارنده است استفاده می‌شود.

در محیط کنترل شده: این شاخصه افزوده شده زمانی استفاده می‌شود که فرد در محیطی است که در آن دسترسی به مواد وجود ندارد.

"در محیط کنترل شده" زمانی به عنوان یک شاخص افزوده شده به فروکش استفاده می‌شود که فرد هم در فروکش اختلال بوده و هم در محیط کنترل شده اقامت دارد. در واقع این شاخص برای توصیف دقیق‌تر وضعیت

فروکش اختلال فرد کاربرد دارد (در فروکش اولیه در محیط کنترل شده یا در فروکش طول کشیده در محیط کنترل شده). مثال‌های این محیط‌ها شامل بازداشتگاه‌ها و زندان‌های تحت نظارت نزدیک، اجتماع‌های درمان‌مدار و بخش‌های بسته بیمارستان‌ها هستند.

شدت فعلی را مشخص کنید:

- **خفیف:** وجود ۲-۳ علامت
- **متوسط:** وجود ۴-۵ علامت
- **شدید:** وجود ۶ علامت یا بیشتر.

مسمومیت با مواد

مسمومیت با مواد به سندرمی گفته می‌شود که با علائم و نشانگان اختصاصی به دنبال مصرف اخیر یک ماده رخ می‌دهد. مسمومیت با مواد در بین کسانی که به اختلال مصرف مواد، مبتلا هستند شایع است، اما غالباً در افراد بدون اختلال مصرف مواد نیز روی می‌دهد. رایج‌ترین تغییرات در رابطه با مسمومیت اختلالات ادراک، بیداری، توجه و تفکر، قضاوت، روانی - حرکتی، و روابط بینافردی هستند. مسمومیت‌های کوتاه مدت یا "حاد" ممکن است علائم و نشانه‌های متفاوت با مسمومیت‌های مستمر یا "مزمن" داشته باشند. مسمومیت ناشی از برخی مواد (همانند مواد افیونی) می‌توانند مرگ‌آفرین باشند و یکی از علل مراجعه مصرف‌کنندگان مواد به اورژانس‌ها است.

محرومیت از مواد (ترک)

سندرم محرومیت از مواد یا **سندرم ترک** به سندرمی که اختصاصی برای همان مواد یا گروه از مواد است گفته می‌شود که به دنبال قطع یا کاهش ناگهانی ماده مصرفی به دنبال مصرف زیاد و درازمدت، رخ می‌دهد و با مصرف همان ماده (یا ماده مشابه) برطرف می‌شود. **علائم اصلی ترک**، شامل تغییر رفتاری مشکل‌آفرین خاص آن ماده همراه با همایندهای فیزیولوژیکی و شناختی است. این علائم و نشانگان خاص مواد، موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در زمینه اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود. علائم فیزیولوژیکی ترک محسوس که به راحتی اندازه‌گیری می‌شوند در مورد الکل، مواد شبه افیونی، داروهای آرامبخش، خواب‌آور، و ضد اضطراب رایج دیده می‌شوند. علائم و نشانه‌های ترک در مورد مواد محرک (آمفتامین‌ها و کوکائین)، نیکوتین، و حشیش اغلب وجود دارند ولی ممکن است کمتر آشکار باشند. بعد از مصرف مکرر فن سایکلیدین، مواد توهم‌زای دیگر، و مواد استنشاقی، نشانه‌های ترک قابل ملاحظه‌ای در انسان‌ها ثابت نشده است.

اختلالات روانی ناشی از مواد

چنانچه علائم یک اختلال روانی در طی مسمومیت یا محرومیت یک ماده رخ دهد و شواهد کافی وجود داشته باشد که این اختلال روانی یک اختلال مستقل در فرد نیست بلکه به طور مستقیم در اثر مصرف مواد ایجاد شده است و به عبارت دیگر، رابطه علت و معلولی بین آنها قابل اثبات باشد، اختلال روانی ناشی از مواد گفته می‌شود. برای این که شواهد کافی مبنی بر مستقل نبودن این اختلال وجود داشته باشد باید ارتباط زمانی با مسمومیت یا محرومیت ماده داشته باشد و در بازه زمانی حداکثر یک ماه از مسمومیت یا محرومیت، رخ داده باشد. همچنین نباید در گذشته آن فرد، همان اختلال بدون ارتباط با مصرف مواد اتفاق افتاده باشد. این اختلالات شامل اختلالات روان پریشی، دوقطبی و اختلال مربوط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی و اختلال مربوط، اختلال خواب، کژکاری جنسی، دلیریوم و اختلالات عصبی - شناختی هستند.

ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10

- (الف): باید شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف ماده مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان - شناختی شامل اختلال قضاوت یا کژکاری رفتاری دارد که می‌تواند منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین‌فردی داشته باشد.
- (ب): ماهیت آسیب باید کاملاً قابل شناسایی (و اختصاصی) باشد.
- (ج): الگوی مصرف باید حداقل به مدت ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.
- (د): اختلال ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده در آن دوره زمانی را (به جز برای مسمومیت حاد) نداشته باشد

ملاک‌های تشخیصی سندرم وابستگی در ICD-10

- یک تشخیص قطعی باید فقط زمانی گذاشته شود که؛ سه مورد یا بیشتر از موارد زیر به صورت هم‌زمان در طول یک ساله اخیر، وجود داشته باشند:
- (الف) میل قوی یا احساس اجبار به مصرف ماده
- (ب) دشواری در کنترل رفتار مصرف مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
- (ج) یک حالت محرومیت فیزیولوژیک، هنگامی که مصرف ماده قطع یا کاهش داده می‌شود، که با علائم سندرم محرومیت برای ماده؛ یا مصرف همان ماده (یا ماده نزدیک به آن) به قصد تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت مشخص می‌شود
- (د) شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز ماده به منظور دستیابی به اثرات اولیه تولید شده با دوزهای پایین‌تر (مثال‌های مشخص آن در افراد وابسته به الکل و مواد افیونی دیده می‌شود که ممکن است دوزهای روزانه مصرف‌شان برای ناکارآمد کردن یا کشتن افراد فاقد تحمل کافی باشد)

(ه) غفلت پیش‌رونده از لذت‌ها یا علائق جایگزین به خاطر مصرف مواد، افزایش زمان لازم برای گرفتن یا مصرف مواد یا بهبودی از اثرات آن
 (و) تداوم مصرف مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب‌رسان بارز همچون آسیب به کبد در نتیجه مصرف بیش از حد، حالات خلقی افسرده متعاقب دوره‌های مصرف سنگین ماده یا نقایص کارکرد شناختی مرتبط با مواد؛ باید تلاش شود تا تعیین شود که مصرف‌کننده عملاً از ماهیت و میزان آسیب آگاه است یا انتظار آن را داشته است.

تاریخچه مصرف مواد مخدر در سطح جهان و ایران

تاریخچه مصرف انواع مخدر به صدها و بلکه هزاران سال قبل باز می‌گردد. **تریاک** از ۳۵۰۰ سال قبل جهت مصارف طبی بکار می‌رفته است. **کانابیس** را می‌توان در کتب درمان‌های گیاهی چین باستان یافت و از شراب حتی قبل از تورات و انجیل، در کتاب اوستا، فرگرد پنجم، بندهای ۵۲ تا ۵۴ نام برده شده است. همچنین در اوستای قدیم، در "گاهان دو بار (یس. ۳۲، بند ۱۴ / یس. ۴۸، بند ۱۰) از هوم یاد شده و آشامیدن افشره آن که مستی می‌آورد و مردمان را به کارهای زشت و ناروا برمی‌انگیزد، به سختی نکوهش شده است". (دیکشنری اوستا، دوستخواه). مردمان بومی مغرب زمین قبل از تماس با اسپانیایی‌ها سیگار می‌کشیدند و **کوکا (coca)** می‌جویدند. شکل سوء مصرف مواد مخدر از اواخر سده نوزدهم اهمیت بهداشتی زیادی پیدا کرد و از اوایل سده بیستم تزریق داخلی وریدی مورفین و هروئین گسترش یافت. سیگار از سده نوزدهم با توسعه روش‌هایی که امکان ساخت سیگارهای ملایم‌تر که بتوان آن‌ها را عمیقاً وارد ریه‌ها کرد گسترش پیدا کرد.

مصرف مواد مخدر در سه دهه ابتدایی قرن بیستم در کشورهای صنعتی شیوع زیادی پیدا کرد. بیشتر قوانین مجازات و سخت‌گیری بر علیه اعتیاد در همین سال‌ها تصویب شد. با شروع دهه ۳۰ میلادی جهان وارد سال‌های طلایی از نظر کنترل اعتیاد شد و تعداد معتادین برای حدود ۳۰ سال در کشورهای صنعتی در حداقل خود باقی ماند. به عنوان مثال در این سال‌ها در انگلستان تعداد معتادین به هروئین در حدود ۱۰۰۰ نفر ثابت ماند. از ابتدای دهه ۶۰ تا حدود سال ۱۹۸۰ جهان صنعتی شاهد افزایش مصرف مواد مخدر بود. استفاده از حشیش و ماری‌جوآنا به قدری در دهه ۷۰ رایج بود که در سال ۱۹۷۹ در ارزیابی مدارس در آمریکا ۴/۶۰ درصد به سابقه مصرف این ماده اذعان داشتند. مصرف مواد در دهه ۸۰ ابتدا در مورد حشیش و سپس در مورد هروئین و پس از آن در مورد کوکائین کاهش یافت و پس از سال ۱۹۹۵ افزایش اندک مشاهده شد.

تاریخچه مواد در ایران

تاریخچه مصرف مواد مخدر در ایران الگویی متفاوت از کشورهای صنعتی داشته است. در ایران پیش از اسلام نوشیدن الکل رواج داشت و پس از اسلام با منع مصرف الکل، استفاده از تریاک و حشیش در برخی از نقاط کشور به عنوان داروی اولیه شدت یافت. مصرف تریاک به طور سنتی در ایران معمول بود و بسیاری از مردمی که تریاک مصرف می‌کردند از جامعه طرد نمی‌شدند. مسئله اعتیاد به تریاک از ربع سوم قرن نوزدهم آغاز می‌شود و قبل از آن اگر چه در دسترس بوده ولی اعتیاد به آن از شیوع چندانی برخوردار نبوده است.

در سال‌های نخست دهه ۱۳۳۰ دولت ایران شمار معتادین کشور را بیش از ۱/۵ میلیون نفر برآورد نمود که ۹۸ درصد این افراد را معتادین به تریاک و شیره تشکیل می‌دادند. با توجه به جمعیت ایران در آن سال‌ها که نزدیک به ۲۱ میلیون نفر بوده است، رقم یاد شده ۷ درصد از جمعیت کشور را در برمی‌گرفت. در سال ۱۳۳۳ با اعلام ممنوعیت کشت خشخاش و مصرف تریاک، شمار معتادین کشور تا مرز ۴۰۰۰۰۰ نفر کاهش یافت. این وضعیت دیری نپایید و با ورود مواد مخدر از کشورهای همسایه به ویژه از طریق مرزهای شرقی کشور که ممنوعیتی در آن‌ها وجود نداشت، شمار معتادین کشور رو به افزایش گذاشت و دولت، خط مشی تازه‌ای در سال ۱۳۴۷ در مورد کشت و مصرف تریاک در پیش گرفت. این اقدام به منظور پیش بردن دو هدف درمان معتادین و کنترل اعتیاد به مواد مخدر صورت گرفت. معتادین به دو گروه معتادین ثبت نام شده یا کوپن دار و معتادین غیر قانونی تقسیم شدند. گروه نخست را معتادینی تشکیل می‌دادند که سن بالاتر از ۶۰ سال داشته و گمان می‌رفت شانس کمی برای درمان توانبخشی آن‌ها وجود دارد. برای تامین نیاز این افراد به تریاک، دولت، کشت خشخاش را در نواحی محدودی با نظارت دولت مجاز اعلام کرد.

برابر گزارش سال ۱۹۹۹ کمیته بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، پیش از انقلاب اسلامی در ایران، ۲ میلیون نفر (۴٪ کل جمعیت ایران) مصرف‌کننده مواد مخدر وجود داشته است. طی سال‌های ۱۳۵۷ و ۱۳۵۸ به دلیل آنکه نظارت دولت بر کنترل مواد مخدر به پایین‌ترین سطح رسیده بود، تولید و توزیع مواد مخدر در کشور به یکباره رو به فزونی گرفت. بر پایه اذعان مقامات رسمی کشور، ۵ درصد از کل جمعیت کشور در آن هنگام معتاد به مواد مخدر بودند. از این رو مبارزه‌ای جدی بر علیه توزیع و تولید مواد مخدر در سال ۱۳۵۸ آغاز شد و برای قاچاقچیان مواد مخدر، تا مجازات اعدام پیش‌بینی گردید. این اقدام با ایجاد ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۵۸ با حضور نمایندگان نیروی انتظامی، دادگستری و وزارت بهداشت، تحقق یافت. در سال ۱۳۵۹ نزدیک به یک میلیون معتاد در کشور وجود داشته است. این رقم در گزارشی که در ایران در سال ۱۳۶۴ به کمیسیون بین‌المللی مواد مخدر سازمان ملل در شهر وین ارائه کرد به ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار نفر کاهش یافت. ۴۰ درصد از این افراد معتاد به هروئین بودند و بیشتر آن‌ها را جوانان تشکیل می‌دادند.

وضعیت کنونی - همه‌گیرشناسی سوء مصرف مواد مخدر در ایران

در تمام سال‌های پس از انقلاب (حتی در سال‌های ابتدایی انقلاب و دوران جنگ تحمیلی) میزان مصرف مواد مخدر در کشور افزایش یافته و بیشترین میزان افزایش در سال‌های ۵۲ تا ۵۶ با میزان ۱۶۶ درصد رخ داده است. پس از آن تا سال ۶۶ به تدریج از شدت آن کاسته شده و مجدداً در دوره زمانی سال‌های ۶۷ تا ۷۱ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است.

گزارش آمار شیوع سوء مصرف مواد مخدر در ایران از ۱/۲ میلیون نفر تا ۳/۳ میلیون نفر متفاوت است. در سال ۱۹۹۷ از مجموع ۹۶۰۰۰۰ نفری که برای ازدواج، مجوز کسب و کار و گواهینامه پایه ۱ مورد آزمایش اپیوئیدها قرار گرفتند حدود ۲/۳۹٪ پاسخ مثبت داشتند. این آمار با توجه به اینکه افرادی که مورد آزمون قرار می‌گرفتند از عواقب پاسخ مثبت، اطلاع داشتند، احتمالاً پایین‌تر از میزان واقعی است. با در نظر گرفتن این‌که

تمامی افراد مورد آزمایش، بالاتر از ۱۵ سال سن داشتند و حدود ۶۰٪ جمعیت ایران در این طیف سنی قرار می‌گیرند، می‌توان تست اوبیوئید مثبت را در کل جامعه، بیش از یک میلیون نفر تخمین زد. قابل ذکر است که در برخی شهرها تا ۱۰ درصد افراد مواد مخدر مصرف می‌کنند و تخمین زده می‌شود که از جمعیت ۱۲ میلیونی تهران ۲۴۰۰۰۰ نفر مواد مصرف می‌کنند که به نظر می‌رسد این تخمین بسیار کمتر از مقدار واقعی است. خلاصه‌ای از شیوع مصرف، مصرف تزریقی مواد و ارتباط آن با عفونت HIV در سال ۲۰۰۱ در جدول ۱ - مشاهده می‌شود. با نگاهی به این جدول و مقایسه آن با وضعیت فعلی مصرف مواد می‌توان به تغییرات اپیدمیولوژیک مصرف مواد در سال‌های اخیر پی برد.

جدول ۱ - وضعیت اعتیاد در کشور ایران (سال ۲۰۰۱)

تعداد تخمینی مصرف کنندگان مواد مخدر	۱/۲-۳/۳ میلیون نفر
تعداد تخمینی مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر	۲۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ نفر
نوع ماده مخدر مصرفی	تریاک، شیره، هروئین، حشیش، کدئین
موادی که به صورت تزریقی، مصرف می‌شوند	هروئین، تریاک
موارد تخمینی HIV/AIDS در معتادان تزریقی	بیش از ۶۴٪

همانطور که مشاهده می‌شود در گذشته شایعترین راه انتقال عفونت HIV در کشور ما مصرف تزریقی مواد مخدر بوده است و علاوه بر این بیش از ۲۷/۳ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر، دچار عفونت‌های منتقله از طریق تماس جنسی و ۱۷/۷٪، هپاتیت، آبسه و توبرکولوز هستند.

یکی از مطالعات مهم در باره اپیدمیولوژی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران مطالعه "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران" (Rapid assessment of drug abuse situation in Iran) است که با همکاری دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل UNDCP در سال ۱۹۹۸-۹۹ انجام شده است. بر اساس این مطالعه بیشترین گروه معتادین (۶۸٪) را افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله تشکیل می‌دادند. اکثریت افراد متاهل (۵۶/۷٪) و ۳۴/۶٪ مجرد و اندکی متارکه کرده و یا همسر مرده بودند. بیشتر افراد تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی داشتند. از نظر شغلی کارگران در رده اول بودند (۲۴/۴٪). پس از آن بیکاران، مغازه داران و رانندگان به ترتیب در رده‌های بعدی قرار می‌گرفتند. بیشترین ماده مصرفی تریاک بوده است و مردان بیش از ۹۰ درصد و زنان کمتر از ۱۰ درصد از معتادین را تشکیل می‌دادند. میانگین سن شروع مواد در این مطالعه ۲۲/۲ سال بوده است.

یکی از تغییرات مهم اپیدمیولوژیک مصرف مواد در ایران در فاصله انجام مطالعه "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران" سال ۹۸-۹۹ تا کنون پدیدار شدن مصرف شیشه با الگوی غالب مصرف تدریجی در کشور بود. شیوع و گسترش سریع همه گیری مصرف مت آمفتامین از سال ۱۳۸۷ آغاز شد و این اطلاع مربوط به کشف ۴ آزمایشگاه غیرقانونی تولید مت آمفتامین توسط پلیس ایران بود. در سال ۱۳۸۹، کشفیات ۸۸۳ کیلوگرم مت آمفتامین در ایران نشاندهنده ۵۵ درصد افزایش در مقایسه با سالهای قبل بود.

براساس آخرین گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد مصرف کنندگان مستمر مواد در کشور ۲ میلیون

و ۸۰۸ هزار نفر هستند (گزارش ستاد سال ۱۳۹۶)، که از این تعداد ۶۶/۸ درصد تریاک، ۱۱/۹ ترکیبات کانابینوئیدی، ۱۰/۶ درصد کراک افغانی و هروئین و ۸/۱ درصد مصرف شیشه دارند. تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد در دامنه ۳۴۳ در هر صد هزار نفر تخمین زده شده است.

۶۵/۴ درصد موارد شناسایی شده عفونت HIV در کشور، کسانی هستند که بصورت تزریقی مواد مصرف می‌کنند و شیوع عفونت HIV در کسانی که مواد تزریق می‌کنند ۱۵ درصد برآورد شده است. (مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ۱۳۹۶).

طبق مطالعه گزارش تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل و گروه‌های پرخطر جنسی در کشور در سال ۱۳۹۲، که در اردیبهشت ۱۳۹۴ به چاپ رسید، ۲۱۲۲ در صد هزار نفر جمعیت مصرف مستمر تریاک، شیر یا سوخته، ۵۸۵ در صد هزار نفر مصرف مستمر مواد محرک و ۲۷۶ در صد هزار نفر جمعیت، مصرف مستمر به روش تزریق، برآورد شده است.

بر اساس مطالعه همه گیر شناسی اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۲/۶۵٪ معادل ۱/۳۲۵ میلیون نفر گزارش شد. تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع اعتیاد بین استان‌های مختلف دیده شد که کمترین آن مربوط به استان زنجان با ۰/۹۶٪ و بیشترین آن مربوط به استان کرمان با ۴/۷۵٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله بود. شیوع ماده مصرفی فعلی معتادان به صورت تریاک و سوخته ۵۵/۲٪، مت‌آمفتامین ۲۶٪، کراک هروئین ۱۵/۹۴٪، هروئین ۹/۷۷٪، حشیش ۶/۴۳٪، اکستازی ۳/۰۸٪ و الکل ۲۶/۶۳٪ بود.

برخی یافته‌های دیگر این مطالعه به شرح زیر بود:

- میانگین سن شروع مصرف مواد غیرقانونی ۲۱/۱۹ سال ذکر گردید که در آن نوع ماده غیرقانونی مشخص نشده است.
- ۱۳/۶٪ در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال قرار داشتند.
- ۶۳٪ معتادان متأهل، ۳۲٪ مجرد و ۵٪ متارکه‌کرده، مطلقه یا بیوه بودند.
- درصد معتادان با سطح تحصیلات به ترتیب کارشناسی و بالاتر، کاردانی، متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بی‌سواد در این مطالعه ۲۱/۶٪، ۱۵/۲٪، ۳۷/۹٪، ۱۱/۸٪، ۸٪ و ۵/۷٪ بود.
- ۴۷/۳٪ معتادان بیکار بودند.

بر اساس داده‌های پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، ۳/۵ درصد جمعیت بزرگسال حداقل ۵ بار مصرف مواد غیرقانونی در سال گذشته داشتند. در این مطالعه شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) بر اساس DSM-IV معادل ۲/۱ درصد و بر اساس DSM-5 معادل ۲/۵٪ بود. شیوع سوء مصرف و وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل) به ترتیب ۰/۵ و ۱/۸ درصد بود.

اختلالات مصرف مواد افیونی شایع‌ترین اختلالات مصرف مواد غیرقانونی بود. انواع مواد افیونی مورد استفاده توسط افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی شامل تریاک ۸۲/۳٪، شیر ۲۷/۸٪، متادون ۱۶/۶٪ و هروئین/کراک هروئین ۱۶/۱٪ بوده است.

جدول ۲ - مصرف حداقل یک بار و اختلالات مصرف مواد و الکل در ۱۲ ماه گذشته

کل	مرد	زن	نوع ماده	مصرف در سال گذشته
٪۱/۳	٪۲/۴	٪۰/۲	حشیش	مصرف در سال گذشته
٪۵/۳	٪۹/۳	٪۱	مواد افیونی (به جز داروهای آپیوئیدی نسخه‌ای)	
٪۱	٪۱/۶	٪۰/۴	محرك‌های شبه‌آمفتامینی	
٪۵/۷	٪۱۰/۲	٪۱	الکل	
٪۱۱	٪۱۸/۹	٪۳/۱	هر گونه ماده غیرقانونی (شامل الکل)	اختلال/اختلالات مصرف در سال گذشته
٪۰/۵	٪۱/۰	٪۰/۰۱	سوء مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
٪۱/۸	٪۳/۳	٪۰/۳	وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
٪۲/۱	٪۳/۸	٪۰/۴	اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
٪۰/۳	٪۰/۷	٪۰	سوء مصرف الکل	
٪۰/۶	٪۱/۲	٪۰/۱	وابستگی به الکل	
٪۱	٪۱/۸	٪۰/۱	اختلالات مصرف الکل	
٪۲/۸	٪۵/۲	٪۰/۴	هر گونه اختلال مصرف مواد (شامل الکل)	

جدول ۳ - اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) در ۱۲ ماه گذشته

اختلال مصرف بر اساس DSM-5	اختلالات مصرف بر اساس DSM-IV	وابستگی	سوء مصرف	بیش از ۵ بار مصرف در سال گذشته	نوع ماده
٪۲/۲۳	٪۱/۸۴	٪۱/۵۶	٪۰/۲۸	٪۳/۰۲	مواد افیونی
٪۰/۵۶	٪۰/۵۲	٪۰/۳۵	٪۰/۱۷	٪۰/۸۷	حشیش
٪۰/۳۹	٪۰/۳۵	٪۰/۳۴	٪۰/۰۱	٪۰/۴۷	محرك‌های شبه‌آمفتامینی
٪۰/۱۱	٪۰/۰۷	٪۰/۰۵	٪۰/۰۳	٪۰/۱۱	توهم‌زاها
٪۰/۰۳	٪۰/۰۳	٪۰/۰۳	-	٪۰/۰۹	مواد استنشاقی
٪۰/۱۱	٪۰/۰۸	٪۰/۰۸	-	٪۰/۱۱	کوکائین
٪۲/۴۴	٪۲/۰۹	٪۱/۸۱	٪۰/۴۹	٪۳/۴۹	هر گونه ماده غیرقانونی (به جز الکل)

در پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان پزشکی انجمن روان پزشکی آمریکا به ترتیب ۰/۶٪ و ۰/۳٪ جمعیت ۶۴-۱۵ ساله برآورد شد.

آن گونه در در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در مطالعه پیمایش ملی سلامت روان، علی‌رغم وجود آنگ اجتماعی مرتبط با مصرف مواد، گزارش شخصی حداقل یک بار مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) و الکل در

طول سال گذشته غیرشایع نبوده و به ترتیب معادل ۱۱٪ و ۵/۷٪ جمعیت عمومی ۶۴-۱۵ ساله بوده است .
 پیمایش ملی خانوار سوءمصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در سال ۱۳۹۴ با حجم نمونه ۶۰ هزار نفری توسط سازمان بهزیستی کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر اجرا شد. بر اساس نتایج این مطالعه تعداد معتادان کشور ۲۸۰۲۸۰۰ نفر برآورد گردید. الگوی مصرف مواد در این مطالعه به شرح زیر بود:

- تریاک و مشتقات آن: ۶۶/۸ درصد
- حشیش، گل، ماری جوانا: ۱۱/۹ درصد
- هروئین و کراک هروئین: ۱۰/۶ درصد
- شیشه: ۸/۱٪

به منظور جمع‌بندی می‌توان گفت که در طی ۱۵ سال اخیر تغییرات زیر در همه‌گیرشناسی مواد مخدر و مشکلات وابسته با آن رخ داده است:

تغییرات ایجاد شده در اپیدمیولوژی مواد مخدر و مشکلات مربوطه

➤ مصرف مواد محرک بخصوص شیشه در دوره‌ای به شدت فزونی یافت و باعث مشکلات جدیدی برای نظام بهداشتی کشور شد. کارگزاران بهداشت روان کشور مجبور شدند با عوارض جدیدی از مصرف مواد که در شیشه دیده می‌شد (همانند سایکوز) مواجه شوند و بخش زیادی از تخت‌های روان‌پزشکی کشور به درمان سایکوز ناشی از شیشه اختصاص یافت. همچنین درمان شیشه برخلاف درمان مواد افیونی فاقد درمان مشخص دارویی است و برای مثال نقشی که متادون یا بوپرنورفین در درمان وابستگی به مواد افیونی دارند در درمان مواد محرک وجود ندارد و پایه اصلی درمان، درمان‌های روانی-اجتماعی است. بنابراین آموزش‌های جدیدی به روان‌پزشکان و روان‌شناسان حوزه اعتیاد لازم شد.

➤ مصرف مواد افیونی تزریقی کاهش یافت و از سوی دیگر برنامه موفق کاهش آسیب در کشور که درمان‌های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین را در کنار دیگر برنامه‌های کاهش آسیب عرضه می‌کردند انتقال HIV از طریق سرنگ مشترک را بسیار کاهش داد. در عوض مصرف مواد محرک مانند شیشه با رفتارهای پرخطر جنسی ارتباط زیادی دارد و افراد شیشه را برای افزایش لذت جنسی مصرف می‌کنند و رفتار جنسی پس از مصرف شیشه بی‌مهاباتر و پرخطرتر می‌شود. این تغییر الگوی مصرف و رفتارهای پرخطر منطبق منجر به تغییر شایع‌ترین راه انتقال HIV از راه سرنگ آلوده به راه انتقال جنسی شده است.

اتیولوژی

سوء مصرف مواد، پدیده‌ای نامتجانس (هتروژن) با عوامل سببی متفاوتی است و معمولاً مجموعه‌ای از عوامل روانشناختی، اجتماعی، بیولوژیک و داروشناختی (Pharmacologic) در ایجاد اعتیاد و وابستگی به مواد دخیل هستند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف مواد مخدر و عوامل بیولوژیک بیشتر در ادامه وابستگی به مواد نقش دارند. عوامل اجتماعی و محیطی شامل فاکتورهای فرهنگی، نگرش‌های اجتماعی، رفتارهای همسالان، قوانین، قیمت مواد و در دسترس بودن آنها هستند. معمولاً در شروع مصرف از موادی همانند الکل، سیگار و کانابیس است که مقبولیت اجتماعی بیشتری دارند و این مواد دروازه ورود به دنیای مواد (gateway drugs) شناخته می‌شوند. مطالعات فراوان نشان داده‌اند که مصرف الکل و سیگار و دیگر مواد در جامعه با تغییر قیمت و در دسترس بودن آنها تغییر می‌کند. هنگامیکه فروشگاه‌های عرضه الکل افزایش می‌یابد مصرف الکل نیز به موازات آنها زیاد می‌شود. در هنگامیکه قیمت الکل و سیگار افزایش می‌یابد مصرف آنها کاهش پیدا می‌کند.

یادگیری و شرطی سازی

مصرف مواد با تاثیر بر مسیر پاداشی مغز (Reward Pathway) باعث احساس لذت در فرد می‌شود. مسیر پاداشی مغز مزولیمبیک و حاوی نرون‌های دوپامینی است که از ناحیه تگمنتال قدامی (Ventral Tegmental Area) شروع و به هسته آکومبنس (Nucleus Accumbens) ختم می‌شود. لذت احساس شده از فعالیت‌های لذتبخش همانند دیدن صحنه‌های زیبا، خواندن کتابی جذاب و یا سکس، حاصل فعالیت این نرون‌های دوپامینی است. ویژگی مشترک موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند توانایی افزایش فعالیت نرون‌های دوپامینی مسیر پاداشی مغز است. به عبارت دیگر این مواد بطور مستقیم و از طریق گیرنده‌های شیمیایی باعث فعالیت این مسیر و احساس لذت در فرد می‌شود. این مسیر جزو قسمت‌هایی از مغز است که در حیواناتی که در رده پایین تر تکاملی قرار می‌گیرند نیز وجود دارد. برای مثال چنانچه در قفس موش‌ها علاوه بر غذا کوکائین نیز گذاشته شود، حیوان روزی هزاران بار کوکائین مصرف می‌کند و میل به کوکائین در حیوان به قدری است که ترجیح می‌دهد که به جای غذا نیز کوکائین مصرف کند و پس از مدتی لاغر و رنجور می‌شود. این رفتار حیوانات بسیار شبیه انسان‌هایی است که ساعت‌های بیشتری کار می‌کنند و کمتر غذا می‌خورند تا بتوانند هزینه کوکائین خود را پردازند.

بنابراین مصرف مواد مخدر با احساس لذتی که ایجاد می‌کند بعنوان تقویت کننده مثبت (Positive reinforcer) عمل می‌کند و از طریق شرطی سازی باعث تقویت رفتار می‌شود. این مسئله بخصوص در مورد دفعات اول مصرف اهمیت زیادی دارد. چنانچه در دفعات اول مصرف لذت، آرمیدگی، افزایش انرژی، افزایش تمرکز یا دیگر تجربه‌های مثبت به دست آید احتمال تداوم مصرف و رفتارهای خواستن مواد بیشتر خواهد شد ولی چنانچه تجربه دفعات اول تجربه ناخوشایندی (نظیر سرفه شدید با سیگار و یا تهوع با مصرف مواد افیونی، سرگیجه با الکل ...) احتمال مصرف آن ماده در آینده کاهش خواهد یافت.

همچنین قطع برخی مواد نظیر مواد افیونی (بخصوص هروئین) عملاً محرومیت شدیدی همانند درد،

تهوع، تحریک پذیری، بیخوابی و اسهال ایجاد می‌کند. تجربه این علائم محرومیت خود به عنوان یک تقویت کننده که تقویت کننده منفی (Negative reinforcer) نامیده می‌شود عمل می‌کند. بدین صورت که فرد برای اجتناب از رویارویی با علائم محرومیت به مصرف مواد خود ادامه می‌دهد. در مورد برخی مواد نظیر کوکائین تقویت اثر مثبت و در مورد برخی مواد مانند هروئین اثر تقویت منفی به عنوان عامل قویتر در تداوم اعتیاد عمل می‌کنند. تجربه لذتبخش هرکدام از مواد نیز متفاوت است. برای مثال کوکائین به عنوان سرخوش کننده قوی، افزایش دهنده اعتماد بنفس، هوشیاری و انرژی شناخته می‌شود. نیکوتین ایجاد ترکیبی از آرمیدگی و هوشیاری می‌کند و اثر الکل بسته به شخصیت، انتظارات از الکل و موقعیت متفاوت است و بیشتر همراه با آرمیدگی (Relaxation) است.

عوامل خطر ساز (Risk factors)

عوامل یادگیری شامل شرطی سازی، اثر تقویت کننده مصرف (Reinforcement) و بازدارندگی محرومیت (aversion) به تنهایی توجیه کننده شروع و ادامه مصرف مواد در بیماران نیستند. در برخی شرایط مصرف طولانی مدت مواد، منجر به اعتیاد نمی‌شود. مثلاً شانس اعتیاد به مواد در بیمارانیکه در طی بستری در بیمارستان به دلیل درد، مواد مخدر دریافت نموده‌اند بسیار کم است. تنها ۱۲ درصد از سربازان آمریکایی که در ویتنام مصرف کننده هروئین بودند پس از سه سال از بازگشت به کشورشان عود وابستگی به هروئین داشتند. این یافته‌ها بیانگر وجود عوامل خطر ساز است که در کنار عواملی نظیر یادگیری و بیولوژی منجر به سوء مصرف مواد می‌شود. عواملی که باعث افزایش شانس سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر می‌شود عبارتند از:

۱ - عوامل بیولوژیکی

شاید بیشترین مطالعات ژنتیکی سوء مصرف مواد در والدین الکلیک، صورت گرفته باشد. الکلیسم در والدین، پیشگویی کننده سوء مصرف الکل و دیگر مواد، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی در دوران نوجوانی است. این آسیب پذیری ژنتیکی در مورد دیگر مواد نظیر کانابیس، سیگار و هروئین شناخته شده است.

۲ - ویژگی‌های فردی

- پرخاشگری و کنش نمایی (Acting out) هیجانانگیز .
- اختلال در کارکردهای شناختی نظیر اشکال در برنامه ریزی (Planning) توجه و تمرکز، منطق انتزاعی، آینده نگری، قضاوت (self monitoring) ، برآورد زیاد از سوء مصرف مواد مخدر در جامعه (False consensus) ، نگرش مثبت به مواد.
- فرار از مدرسه .
- وضعیت تحصیلی نامناسب .
- اختلالات خلقی و اضطرابی .

در مقابل، برخی از ویژگی‌ها نظیر موفقیت‌های تحصیلی در مدرسه، اهداف بالای تحصیلی، هوش بالا، توانایی کنترل هیجانات، توانایی برقراری ارتباط مناسب با دیگران، اعتماد به نفس بالا، توانایی حل مسئله، انعطاف پذیری و اعتقادات صحیح مذهبی، به عنوان عوامل محافظت کننده (Protective factors) شناخته می‌شوند.

۳- عوامل خانوادگی

- از دست دادن والدین به دلیل فوت، طلاق و یا زندانی شدن آن‌ها
- حمایت زیاد (overprotection) و یا کنترل زیاد (over controlling) توسط یکی از والدین (معمولاً مادر)
- پدری که از نظر عاطفی سرد باشد و حضور فعال در منزل نداشته باشد (Absent father).
- وابستگی خیلی زیاد به یک خواهر یا برادری که مصرف کننده مواد است.
- مقصر شمردن مرتب کودک به دلیل مشکلات مختلف در خانواده
- مصرف مواد در یکی از والدین از طریق الگو برداری فرزند شانس مصرف مواد را در او افزایش می‌دهد.

۴- عوامل اجتماعی

عوامل اجتماعی از مهمترین عوامل شروع مصرف مواد مخدر شمرده می‌شوند. شیوع بالای مصرف مواد مخدر در جامعه بخصوص در گروه همسالانی که فرد با آن‌ها تقابل دارد می‌تواند از عوامل شروع مصرف مواد باشد. این عوامل از طریق فشار همسالان، تلاش برای همراهی و مطرح نمودن خود در گروه همسالان، در معرض قرار گرفتن و دسترسی آسان به مواد، درک غلط طبیعی (نرم) بودن مصرف مواد اثر می‌کنند. **تاثیر این عوامل در دوران تغییر موقعیت اجتماعی بخصوص ورود به مقاطع جدید تحصیلی راهنمایی و دبیرستان بیشتر است.**

پیشگیری

اعتیاد، منجر به عوارض جسمی، روانی و اجتماعی متعددی میشود. بعلاوه روند درمان اعتیاد مشکل، طولانی، پرهزینه و با موفقیت کم است. دو سوم بیماران که تحت درمان با هدف قطع مصرف مواد افیونی قرار می‌گیرند در عرض ۶ هفته بازگشت به مواد دارند. ۳۳ درصد بیماران مبتلا به وابستگی هروئین که سه سال ترک کامل داشته‌اند در نهایت مجدداً به مصرف هروئین می‌پردازند. به این ترتیب پیشگیری از ابتلاء افراد جامعه به سوء مصرف مواد به معنی جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع، ابتلاء افراد به ایدز و بیماری‌های دیگر، کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرار گرفتن نسل بعدی است.

۱- مداخلاتی که متوجه "سیستم و محیط" است که این مداخلات عمدتاً کاهش عرضه و دسترسی مواد را هدف قرار می‌دهد. مداخلاتی نظیر ریشه کن کردن محصول، رشد محصولات جایگزین، تعقیب قانونی، آزمایشگاه‌های غیر مجاز، جلوگیری از حمل مواد مخدر در مرزها و کنترل راه‌های دریایی، هوایی و زمینی، ایجاد اختلال در بازار مواد به منظور خلع سلاح گروه‌های درگیر و ردیابی و مصادره اموال قاچاقچیان جهت جلوگیری از تجمع سودهای نامشروع را می‌توان رویکردهایی با این هدف دانست که بر عوامل شکننده چرخه تولید مواد از

منبع تا مصرف کننده تمرکز دارند.

۲- **مداخلاتی که متوجه "افراد" است** و هدف آن تغییر در "خواستن مواد" از طریق تغییر در نگرش، درک و رفتارهای مرتبط با مواد است. در این زمینه نوجوانان و جوانان، به طور ویژه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرند چرا که اولاً نوجوانان نسبت به جاذبه‌های ادراک شده (Perceived attraction) مواد آسیب پذیرتر هستند و ثانياً هرچه زمان اولین مصرف به تاخیر بیفتد احتمال شروع مصرف کمتر می‌شود و یا اگر شروع شود با احتمال کمتری به شکل اجبار در می‌آید و اعتیاد حاصله شدت کمتری خواهد داشت. این برنامه‌ها به وسیله یکی از رویکردهای زیر باعث کاهش تقاضا و مواد می‌شوند.

- با عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی سوء مصرف مواد مقابله کند.
- باعث افزایش عوامل محافظت کننده فردی، اجتماعی و محیطی شود.
- هر دو رویکرد فوق را مورد استفاده قرار دهد.

برنامه‌های پیشگیری

برنامه‌های پیشگیری هنگامی موفقیت‌آمیز خواهد بود که به صورت برنامه ریزی شده، طولانی مدت و سازمانی (مثلاً در مدرسه) اجرا شود و بهترین سن برای شروع این برنامه‌ها ابتدای دوره نوجوانی (یازده سالگی) است. برنامه‌های پیشگیری در سطوح متفاوتی انجام می‌شوند و شکل‌های گوناگونی دارد این برنامه‌ها را می‌توان در ۵ گروه کلی تقسیم بندی کرد:

۱- رویکردهای اطلاع رسانی (Information dissemination)

۲- رویکردهای آموزش عاطفی (Affective education)

۳- رویکرد جانشین (Alternative)

۴- رویکردهای مهارت‌های مقاومت اجتماعی (Social resistance skills)

۵- رویکردهای بالا بردن حسن رقابت (Competency enhancement Broader)

جدول ۴- رویکردهای مختلف، تمرکز رویکردها و روش‌های مورد استفاده در هر کدام از رویکردها را نشان

می‌دهد:

رویکرد اطلاع رسانی می‌تواند اطلاعات و دانش افراد را در رابطه با مواد مخدر افزایش دهد ولی هنگامی که استراتژی محدود به همین سطح بوده و اقدامات دیگر انجام نگیرد تاثیری بر کاهش مصرف مواد مخدر نخواهد داشت.

موثرترین برنامه‌ها برنامه‌ای است که موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی را مورد توجه قرار دهد. برای مثال مداخلاتی که شامل رویکردهای آموزش، مهارت‌های مقاومت باشند قادرند نرخ سیگار کشیدن را بین ۳۵ تا ۴۵ درصد کاهش دهند. کاهش در شروع مصرف الکل و ماری جوانا پس از شرکت در این برنامه‌ها بین ۴۳ تا ۴۷ درصد گزارش شده است.

جدول ۴ - خلاصه رویکردهای برنامه‌های پیشگیری

رویکرد	تمرکز	روش
اطلاع رسانی	افزایش اطلاعات در مورد مواد، عوارض مصرف، گسترش گرایش‌های ضد مواد	آموزش، بحث، نمایش نوارهای ویدئویی، پخش نوارهای صوتی نشان دادن انواع مواد، پوستر، توزیع جزوه، برنامه‌های گروهی مدارس
آموزش عاطفی	افزایش عزت نفس، تصمیم‌گیری مسئولانه، رشد ارتباطات بین فردی، هیچ اطلاعاتی در مورد مواد، داده نمی‌شود.	آموزش، بحث، فعالیت‌های تجربی، تمرین حل مساله گروهی
جانشین	افزایش عزت و اعتماد به خود، معرفی جانشین‌های متفاوت برای مصرف مواد، کاهش احساس کسالت و حس غریبی	تشکیل مراکزی برای جوانان فعالیت‌های تفریحی، شرکت در پروژه‌های خدمات اجتماعی، آموزش شغلی
مهارت‌های مقاومت	افزایش آگاهی از تاثیر اجتماع بر مصرف مواد، ایجاد مهارت‌هایی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد، افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی فوری	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های مقاومت، تکرار رفتارها، تکالیف تمرین رفتاری، استفاده از رهبران هم سن یا کمی بزرگتر
آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی	افزایش تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و جرات‌ورزی، کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت‌های رفتاری شناختی

رویکردهای درمانی

بطور کلی دو رویکرد متفاوت درمانی در اعتیاد وجود دارد، که شامل پرهیز کامل (Abstinence) و رویکرد کاهش آسیب (Harm reduction) است.

۱ - پرهیز کامل

هدف این درمان قطع کامل مصرف مواد مخدر است. این درمان شامل سم زدایی مواد مخدر و پس از آن درمان‌های نگهدارنده و درمان‌های غیر دارویی است. برنامه‌های سم زدایی که در بازگیری بیماران وابسته به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد شامل درمان با متادون، بوپرنورفین، کلونیدین، سم زدایی سریع (Rapid Detoxification) و سم زدایی فوق سریع (Ultra rapid Detoxification) هستند. پس از سم زدایی از درمان دارویی نگهدارنده نالترکسان (Naltrexone) استفاده می‌شود و بیمار تحت درمان‌های غیر دارویی نظیر روان‌درمانی فردی، گروه‌های خودیاری (Narcotic Anonymous) و درمان اجتماع قرار می‌گیرد.

۲- رویکرد کاهش آسیب

شامل برنامه‌ها یا سیاست‌هایی است که هدف آن‌ها کاهش آسیب ناشی از مواد بدون ضرورت و نیاز به قطع مواد باشد. هر چند رویکرد پرهیز کامل برای بیمارانی که انگیزه زیاد داشته، از ثبات اجتماعی برخوردارند و میزان ماده مصرفی کم است رویکرد مناسبی است، در بسیاری از بیماران امکان دستیابی به پرهیز کامل نیست. بعلاوه برنامه‌های پرهیز کامل از موفقیت زیادی برخوردار نیستند هر چند قطع مصرف مواد مخدر قدم اول کاهش آسیب است. در رویکرد کاهش آسیب، قطع مصرف مواد مخدر، جزء ضروری درمان محسوب نمی‌شود بلکه هدف کاستن و یا از میان بردن عوارض ناشی از مصرف مواد و الگوی نامناسب مصرفی است.

اصول کاهش آسیب عبارتند از

- ۱ - عمل‌گرایی (Pragmatism) این رویکرد کاهش آسیب مصرف مواد مخدر را جزء اجتناب ناپذیر جوامع می‌داند. بنابراین بجای اهداف مبهم و ایده‌آل غیر قابل دستیابی، اهداف فوری و عملی در جهت کاهش خطرات را مورد توجه قرار می‌دهد.
- ۲ - تکیه بر آسیب‌ها: آسیب‌ها ممکن است سلامت جسمی (مثلا ایدز و هپاتیت)، روانی و اجتماعی (مثلا رفتارهای ضد اجتماعی برای به دست آوردن مواد و یا غیبت‌های مکرر از کار) باشند.
- ۳ - اولویت بندی و تمرکز بر اهداف قابل دسترسی: برای مثال برای بیماری که مصرف تزریقی مواد دارد، چنانچه بیمار قادر به قطع مصرف مواد نباشد تغییر الگوی مصرف به صورت خوراکی است. چنانچه بیمار در تغییر این الگو نیز حاضر به همکاری نباشد هدف قابل دسترسی در کاهش آسیب، استفاده از سرنگ یکبار مصرف است.
- ۴ - انعطاف پذیری: برای به حداکثر رساندن مداخلات این برنامه‌ها از انعطاف پذیری زیادی برخوردارند. برای مثال برای بیماری که مصرف تزریقی مواد مخدر دارد راه‌های تلاش برای جلوگیری از تزریق مواد، استفاده از سرنگ یکبار مصرف و در نهایت شستشوی سرنگ با آب ژاول راه‌هایی هستند که به ترتیب از آن‌ها استفاده می‌شود.
- ۵ - استقلال بیمار (Autonomy) در این رویکرد بیمار با انتخاب خود وارد درمان می‌شود و در روند درمان فعال است و تمایل او در انتخاب نوع درمان دخیل است.
- ۶- ارزیابی: این برنامه‌ها باید تعریف مشخصی از آسیبی که می‌خواهند پیشگیری کنند، داشته باشند و در طی روند اجرا باید دقیقاً ارزیابی و مشخص نمایند که تا چه میزان در این کار موفق بوده‌اند. از مهمترین برنامه‌های کاهش آسیب "درمان نگهدارنده با متادون" است. درمان نگهدارنده با متادون باعث کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی، کاهش خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت، بهبود روابط اجتماعی و کارکرد شغلی می‌شوند. از دیگر برنامه‌های کاهش آسیب می‌توان به تلاش برای متوقف نمودن تزریق مواد مخدر، استفاده از سرنگ یکبار مصرف، آموزش در جهت کنترل رفتارهای جنسی بی‌مهابا شامل استفاده از کاندوم و روابط جنسی غیر دخولی (non penetrating) واکسینه نمودن بیماران تزریق بر علیه هپاتیت نام برد.

1. Country profile: Islamic Republic of Iran, www.odccp.org.
2. Walters G. D., The addiction concept, Allyn & Bacon, 1999, 1-11 .
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, 1994, 175-272 .
4. Sadock and Sadock, Comprehensive textbook of psychiatry, Williams & Wilkins, 2000.
5. Razzaghi and et .al, Rapid assessment of drug abuse situation in Iran, Prevention department of Welfare Organization & UNDCP, 1999.
6. Azarkhsh, Mokri, Brief overview of the status of drug abuse in Iran, Archive of Iranian Medicine, 2002, 5(3), 184-190.
7. Gray Reid, "Revisiting the Hidden Epidemic" - a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS, The Asian Harm Reduction Network, www.ahrn.net .
8. Rosenzweig M. R., Leiman A. L., Breedlore S. M., Biological Psychology, Sinauer, Second edition, 1999, 98-104 .
9. Naimah Z. Weinberg and et. al, Adolescent substance abuse, a review of past 10 years, Journal of American Academic of child and adolescence psychiatry, 37.3, march 1998.
10. Monti P. M., Colby S. M., O'Leary T. A., Adolescents, alcohol, and substance abuse, Guilford, 2001
11. Lauria L. Krambeer and et. al, Methadone therapy for opioid maintenance, American family physician, volume 63, June 2001, 2404-241 .
12. Rahimi movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin Esmaeili M. (2010). HIV, hepatitis C virus and coinfections among injection drug users in Tehran, Iran, Int J Infect Dis 14(1):e28-33
13. Sharifi, V, Amin Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine, 18(2), 76-84. 143.
14. United Nation office on drug and crime (UNODC). (2016). World drug report 2016. Vienna: UNODC publication.

۱۵ - حمیدرضا طاهری نخست، روند جهانی سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی؛ تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۰-۲۸.

۱۶ - مجتبی احسان منش و عیسی کریمی، نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۷۸، ۶۲-۷۸.

۱۷ - حمیدرضا طاهری نخست، روند جهانی سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی؛ تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۰-۲۸.

۱۸ - مجتبی احسان منش و عیسی کریمی، نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۷۸، ۶۲-۷۸.

۱۹ - مشتاق بیدختی، نهاله پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۳۱-۴۱.

۲۰ - آذرخش مگری، بحثی پیرامون رویکردهای مختلف درمانی در سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، تابستان و پاییز ۱۳۷۸، ۱۱-۲۱.

۲۱ - راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۱.

۲۲ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.

۲۳ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲). گزارش فعالیتهای ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۹۱. انتشارات دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۲۴ - ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.