

شناخت درمانی سوء مصرف مواد

# فهرست

مقدمه مترجم .....	۷
مقدمه .....	۱۱
فصل ۱. مرور کلی بر سوء مصرف مواد .....	۱۷
فصل ۲. مدل شناختی اعتیاد .....	۳۹
فصل ۳. نظریه و درمان اعتیاد .....	۶۰
فصل ۴. رابطه درمانی و مسائل مربوط به آن .....	۷۳
فصل ۵. فرمول بندی بیمار .....	۱۰۱
فصل ۶. ساختار جلسه درمان .....	۱۲۰
فصل ۷. آموزش مدل شناختی به بیماران .....	۱۳۷
فصل ۸. تعیین اهداف .....	۱۴۷
فصل ۹. تکنیک های شناخت درمانی .....	۱۶۲
فصل ۱۰. مقابله با وسوسه ها و امیال شدید .....	۱۸۶
فصل ۱۱. تمرکز بر باورها .....	۱۹۹
فصل ۱۲. اداره کردن مسائل کلی زندگی .....	۲۱۹
فصل ۱۳. مداخله در بحران .....	۲۴۴
فصل ۱۴. درمان افسردگی در افراد معتاد .....	۲۵۹
فصل ۱۵. خشم و اضطراب .....	۲۷۵
فصل ۱۶. اختلالات شخصیت همراه .....	۳۰۳
فصل ۱۷. جلوگیری از عود در شناخت درمانی سوء مصرف مواد .....	۳۲۹
پیوست ۱. باورهای مربوط به مصرف مواد .....	۳۴۹
پیوست ۲. فهرست بازبینی برای برخورد با دودلی و لغزش ها .....	۳۵۴

- پیوست ۳. نمونه‌های معمول از مزایا و معایب مصرف مواد ..... ۳۵۸
- پیوست ۴. ثبت روزانهٔ وسوسه‌ها ..... ۳۶۴
- پیوست ۵. گزارش بیمار از جلسهٔ درمان ..... ۳۶۵
- پیوست ۶. دلایل احتمالی برای انجام ندادن تکالیف خودیاری منزل ..... ۳۶۸
- پیوست ۷. مداخلهٔ شناخت‌درمانی در سوءمصرف‌کنندگان مواد HIV مثبت ..... ۳۷۰
- 
- منابع ..... ۳۷۳
- واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی ..... ۳۸۵
- واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی ..... ۳۸۸

## مقدمه

سوء مصرف مواد به طور گسترده‌ای به عنوان یک مسئله اجتماعی و قانونی جدی شناخته شده است. در واقع، مصرف مواد غیر مجاز می‌تواند عامل بیش از ۲۵ درصد از جرائم علیه اموال<sup>۱</sup> و ۱۵ درصد از جرائم خشونت‌آمیز باشد. زیان‌های مالی مرتبط با این جرائم، ۱/۷ میلیارد دلار در هر سال برآورد شده است. قتل‌ها نیز قویاً با خرید و فروش مواد ارتباط دارند. علت حدود ۱۴ درصد از قتل‌ها در هر سال با مواد مرتبط است. هزینه‌های اقدامات کیفری برای مبارزه با قاچاق مواد در سطح فدرال، حدود ۲/۵ میلیارد دلار در سال ۱۹۸۸، در مقایسه با ۱/۷۶ میلیارد دلار خرج شده در سال ۱۹۸۶ بود.

همچنین مسائل سلامتی بسیاری وجود دارند که ناشی از این مواد هستند. الکل می‌تواند تقریباً به همه اندام‌های بدن، از جمله قلب، مغز، کبد، و معده آسیب بزند. مواد غیر مجازی مانند کوکائین می‌توانند تأثیری جدی بر دستگاه‌های عصبی، قلبی - عروقی، و تنفسی داشته باشند. سیگارها می‌توانند موجب سرطان، بیماری قلبی، و بیماری‌های دیگر شوند. گسترده‌ترین ماده مورد مصرف و سوء مصرف در جهان، الکل است. دوسوم جمعیت ایالات متحده الکل مصرف می‌کنند. حدود ۱۰ درصد افراد، مسائل چنان جدی با الکل دارند که می‌توانند «الکلی» یا «وابسته به الکل» در نظر گرفته شوند. (جالب آن که این ۱۰ درصد آمریکایی بیش از نصف مشروبات الکلی را خریداری و مصرف می‌کنند!)

حداقل ۱۴ میلیون آمریکایی هر ماه مواد غیر مجاز مصرف می‌کنند. این رقم در طول «ماه‌های اوج مصرف» از ۲۵ میلیون مصرف‌کننده نیز فراتر می‌رود. برخی متخصصان برآورد کرده‌اند که تقریباً ۲/۳ درصد از آمریکایی‌های بالای ۱۲ سال، یک مسئله چنان جدی با مواد غیر مجاز دارند که نیازمند درمان هستند.

ما تا اندازه زیادی سعی کرده‌ایم از طریق غیر قانونی کردن مواد، مانع سوء مصرفشان شویم. برای نمونه، هروئین و کوکائین در حال حاضر در ایالات متحده غیر قانونی هستند. سیگار کشیدن به طور فزاینده‌ای منع می‌شود. یک‌زمانی ما سعی کردیم تا جلو الکلیسم را از طریق مکانیسم‌های قانونی بگیریم (یعنی ممنوع کردن). آشکار است که این روش‌ها هرگز به طور کامل جلو دسترسی به مواد را نخواهند گرفت.

با اینکه افراد بسیاری از خودشان پرسیده‌اند که «آیا من [یا یک فرد دیگر] الکلی [یا سوء مصرف کننده مواد] هستم [یا هست]؟»، ولی همه افراد مصرف‌کننده مواد به آنها معتاد نمی‌شوند. انجمن روان پزشکی آمریکا اعتیادها را به صورت خیلی اختصاصی تعریف کرده است. در واقع، اصطلاح

۱. تخلف از قوانین در خصوص اموال و دارایی‌ها، مانند سرقت و وندالیسم. مترجم

رسمی اعتیاد، «وابستگی به مواد» است. وابستگی به مواد علائم خاصی دارد که عبارت‌اند از: (۱) مصرف سنگین مواد، (۲) مصرف مداوم مواد، ولو اینکه ممکن است موجب مسائلی برای فرد شود، (۳) تحمل، و (۴) نشانه‌های ترک.

عوامل فرهنگی و تاریخی در مصرف و سوءمصرف مواد نقش داشته‌اند. الگوها و پیامدهای مصرف مواد تحت تأثیر تحولات تاریخی بوده‌اند، که هم اثر مثبت و هم اثر منفی داشته‌اند. دو قرن پیش، استخراج مواد شیمیایی خالص از گیاهان، عامل‌های دارویی بسیار قوی را ایجاد کردند. با اینکه اختراع سوزن تزریق در اواسط قرن نوزدهم یک موهبت پزشکی بود، ولی از سوی دیگر به مصرف‌کنندگان مواد اجازه داد تا کنترل‌های زیستی طبیعی بدن، از جمله طعم تلخ و جذب آهسته از طریق دستگاه گوارش را دور بزنند. بسیاری از مواد مصنوعی ایجاد شده در قرن بیستم کاربرد پزشکی داشتند، ولی فرصت‌های بیشتری برای سوءمصرف و اعتیاد ایجاد کردند. به طور خلاصه، هر گونه فعالیت تأثیرگذار بر مکانیسم‌های پاداش مغز می‌تواند به رفتار جبری و منتهی به نتیجه برعکس<sup>۱</sup> بینجامد.

عوامل اجتماعی، محیطی، و شخصیتی به طریقی بر مصرف و سوءمصرف مواد اثر گذاشته‌اند که از خواص معمولی این مواد فراتر می‌رود. برای نمونه، الکلیسم در میان گروه‌های قومی خاصی شایع است و در میان گروه‌های دیگر از جمله مورمون‌ها، که پذیرش گروهی در میان آنها مستلزم پرهیز از مصرف الکل است، عملاً وجود ندارد. از سوی دیگر، در سایر خرده‌گروه‌های اجتماعی ممکن است شرط پذیرفته شدن در گروه، مصرف مواد یا الکل باشد. محیط اجتماعی می‌تواند بر مصرف مواد اثر بگذارد. اکثر سربازانی که در جنگ ویتنام مواد غیر مجاز زیادی مصرف می‌کردند، مصرف سنگین مواد را پس از بازگشت به وطن ترک کردند. هم آزمایش‌های انجام شده بر روی حیوانات و هم مطالعات صورت گرفته در مورد انسان نشان داده‌اند که محیط‌های محروم منجر به اعتیاد می‌شوند. همان طوری که پيله اشاره کرده است، مخرج مشترک همه اعتیادها، نبود فرصت‌های دیگر برای رضایت خاطر است. در نهایت، تجارب بالینی ما نشان داده است که افراد معتاد مجموعه‌های خاصی از نگرش‌های اعتیادآور دارند که آنها را سوءمصرف‌کننده می‌کند تا مصرف‌کننده.

درمان موفق به کارآمدی متخصص بالینی در برخورد با این عوامل بالقوه اعتیادآور بستگی دارد. ولی فعلاً مشخص نیست که این مراقبت چه شکلی به خود خواهد گرفت؟ همان طوری که مارک گالانتر، رئیس انجمن روان‌پزشکان آمریکا در زمینه الکلیسم و اعتیاد اشاره کرده است، اثربخشی بلندمدت درمان‌های دارویی جدید به بررسی نیاز دارد. داروهای سه‌حلقه‌ای، عامل‌های دوپامینی، و کاربامازپین به عنوان دارویی برای مراقبت مداوم از سوءمصرف‌کنندگان کوکائین، هنوز نیازمند اثبات

---

۱. بر اساس واژه‌نامه لانگمن، رفتار منتهی به نتیجه برعکس رفتاری است که نه تنها مشکل موجود را حل نمی‌کند، بلکه موجب همان مشکل یا مشکلات دیگر بیشتری می‌شود. مثلاً الکل که برای آرامش مصرف می‌شود، در کوتاه مدت ممکن است موجب آرامش شود، ولی در درازمدت موجب تشدید اضطراب و مسائل متعدد دیگر، مانند بیماریهای جسمی، مشکلات ارتباطی، قانونی، و مانند اینها می‌شود. مترجم

هستند. برای مواد افیونی، که به طور سنتی درمان نگه‌دارنده با متادون به کار رفته است، نالترکسون و بوپرنورفین فقط توانسته‌اند جایگاه متوسطی در این حوزه کسب کنند. مداخله در انتقال گاباثرژیک ممکن است در درمان الکلیسم نویدبخش باشد، ولی این نوید فاصله بسیاری با کاربرد بالینی دارد (گالاتر، ۱۹۹۳، صفحه ۱-۲).

ما این کتاب را در پاسخ به نیاز در حال رشد برای تدوین و آزمون درمان‌های مقرون به صرفه برای اختلالات سوء مصرف مواد نوشته‌ایم، مسائلی که به نظر می‌رسد علی‌رغم نهایت تلاش‌های جامعه برای پیشگیری در سطح بین‌المللی و کنترل و آموزش در سطح داخلی، بازهم در بین جمعیت تکثیر می‌شوند. ما معتقدیم که شناخت درمانی، یک مدل درمان مبتنی بر شواهد و با اثربخشی اثبات شده، می‌تواند موهبت بزرگی برای برآورده کردن این نیاز مبرم باشد.

یک‌زمانی، «مشاوره توان‌بخشی سوء مصرف مواد» شاخه‌ای تخصصی در حوزه روان‌درمانی در نظر گرفته می‌شد، ولی اکنون آشکار است که تقریباً همه افراد مشغول به کار بالینی، با بیماران مصرف کننده و سوء مصرف‌کننده مواد مواجه خواهند شد. بنابراین، برای همه متخصصان بهداشت روانی مطلوب خواهد بود که برخی انواع دوره‌های کارآموزی و آموزش‌های معمول درباره پدیده‌های اجتماعی و روان‌شناختی مربوط به اختلالات اعتیاد را دریافت کنند. ما در این کتاب قصد داریم تا یک مجموعه مفصل و کامل از روش‌هایی فراهم کنیم که صرف‌نظر از میزان تجربه‌ای که درمانگران و مشاوران ممکن است در زمینه شناخت‌درمانی یا حوزه اعتیاد داشته باشند، بتواند مورد استفاده فوری قرار گیرد. در راستای این هدف، ما تلاش کرده‌ایم تا مدل و رویه‌هایمان را تا حد امکان به شکل روشن و کامل ایجاد کنیم. ما قطعاً به خوانندگان این کتاب پیشنهاد می‌کنیم که منابع باارزش و متعدد استناد شده در کتاب را نیز بخوانند. به هر حال، قصد ما از نوشتن کتاب شناخت‌درمانی سوء مصرف مواد، فراهم کردن یک منبع سهل‌الوصول و متمرکز بوده است که جامع، قابل آموزش، و قابل آزمون باشد.

با اینکه پیشرفت‌هایی در حوزه اعتیاد حاصل شده است، از جمله مداخلات دارویی (برای نمونه، آنت‌ایبوس، متادون، و نالترکسون)، گروه‌های حمایتی ۱۲ مرحله‌ای (برای نمونه، الکی‌های بی‌نام، مصرف‌کنندگان مواد مخدر بی‌نام، و مصرف‌کنندگان کوکائین بی‌نام)، و مدل‌ها و برنامه‌های یادگیری اجتماعی (جلوگیری از عود، بهبود عقلانی، و مانند اینها)، ولی هر یک از این رویکردها مسائلی داشته‌اند که اثربخشی بالقوه ویژه آنها را محدود می‌کند. برای نمونه، مداخلات دارویی، اثربخشی کوتاه‌مدت نویدبخشی داشته‌اند، ولی مملو از مشکلات تبعیت و تداوم اثربخشی در بلندمدت هستند؛ بیماران ممکن است آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های شیمیایی‌شان را مصرف نکنند، و وقتی که مصرف داروها قطع می‌شود، آن‌ها در معرض عود قرار می‌گیرند. برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای برای افرادی که داوطلبانه به جلسات برنامه می‌پیوندند و وفادارانه در آنها حضور می‌یابند، حمایت اجتماعی باارزش و اصول راهنمایی منسجمی فراهم می‌کنند، ولی نمی‌توانند به نیازهای افرادی بپردازند که به برنامه‌ها وارد

نمی‌شوند یا از برنامه‌ها خارج می‌شوند. رویکردهای یادگیری اجتماعی، مدل‌های جامعی دربارهٔ سوء مصرف مواد و عود ارائه کرده‌اند و نویدبخش تولید و افزایش شواهد تجربی هستند، ولی درمان‌های منتج از آنها (به استثنای موارد خیلی کم) در مقایسه با نظریه‌های ایجاد کننده‌شان، به خوبی توصیف نشده‌اند.

با اینکه رویکرد شناختی‌ای که ما توضیح داده‌ایم، بیش از همه به نظریه‌های یادگیری - اجتماعی سوء مصرف مواد نزدیک است، ولی می‌خواهیم تأکید کنیم که ما جوانب ارزشمندی در همهٔ شیوه‌های درمانی فوق‌الذکر یافته‌ایم. شناخت درمانی در «تقابل» با مدل‌های ۱۲ مرحله‌ای یا روانی - زیستی سوء مصرف مواد نیست. ما متوجه شده‌ایم که این نظام‌های درمانی بدیل می‌توانند مکمل رویه‌های ما باشند. بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد که ما در مرکز شناخت درمانی درمان می‌کنیم، به طور هم‌زمان در گروه‌های مصرف کنندگان مواد مخدر بی‌نام و گروه‌های ۱۲ مرحله‌ای مشابه نیز حضور می‌یابند. سایر بیماران، طیف کاملی از داروها، از ضد افسردگی‌ها گرفته تا آنت‌ایبوس را تحت نظارت دقیق پزشکی مصرف می‌کنند. مفهوم‌سازی فردی شده از نظام‌های باور بیمار و مهارت‌های مقابله‌ای بلندمدت (برای مقابله با مشکلات روزمرهٔ زندگی، و همچنین اداره کردن وسوسه‌ها و امیال شدید ویژهٔ مصرف مواد) که شناخت درمانی برای بیماران ارائه می‌کند، به خوبی می‌تواند با دارودرمانی و جلسات ۱۲ مرحله‌ای درهم تنیده شوند. به نظر می‌رسد که متغیر تأثیرگذار عمده در اینکه آیا بیماران از همهٔ این فرصت‌های درمانی بهره می‌برند یا نه (وقتی که آنها در شکل قابل اجرا به بیماران ارائه شده‌اند)، تناسب کاربردی درمان‌ها نیست، بلکه بیشتر نگرش‌های ارائه کنندگان درمان است!

در حال حاضر، پیش‌نویس اولیه‌ای از این کتاب به عنوان راهنمای درمان در مطالعهٔ مشارکتی و چندمرکزی سوء مصرف مواد در یک موسسهٔ ملی به کار می‌رود. هدف این مطالعه، مقایسهٔ اثربخشی شناخت درمانی، درمان حمایتی - بیانگر، و مشاورهٔ عمومی مواد است. نتایج به دست آمده از این پروژه در پاسخ به دو سؤال مهم به ما کمک خواهد کرد: (۱) آیا شناخت درمانی سوء مصرف مواد موفق خواهد بود به عنوان یک راهنما برای تربیت شناخت‌درمانگران باصلاحیت برای درمان بیماران مبتلا به انواع اعتیاد عمل کند؟ و (۲) آیا بیمارانی که درمان توصیف شده در این کتاب را دریافت می‌کنند، به منافع قابل توجه و ماندگار دست خواهند یافت؟ به منظور پاسخ به این سؤالات، نظارت بالینی دقیقی بر کار درمانگران اعمال می‌شود (توجه داشته باشید که مؤلفان کتاب حاضر کار نظارت را بر عهده دارند) و قابلیت درمانگران در اجرای پروتکل درمان و تبعیتشان از آن، به طور مرتب سنجیده می‌شود؛ درمان با داروهای کمکی ترکیب نمی‌شود، آزمایش‌های ادرار به طور مرتب انجام می‌شوند، و مقیاس‌های بسیاری به غیر از پایش خود مواد (برای بررسی تغییرات موجود در خلق و عملکرد انطباقی کلی)، اجرا و ارزیابی می‌شوند.

سوء مصرف مواد یک مسئلهٔ جامعه‌شناختی و همچنین موضوع روان‌شناختی است. عواملی مانند

فقر و فقدان فرصت‌های آموزشی و شغلی مناسب در همه‌گیری آن نقش دارند. با وجود این، ما معتقدیم که فرض کردن اینکه بیماران طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین نمی‌توانند به همان شکل مؤثر بیماران طبقه اجتماعی - اقتصادی بالاتر درمان شوند، آسیب‌زا است. با اینکه تغییر اجتماعی مطلوب است، ولی تغییر فرد لزوماً به آن وابسته نیست. ما خوش‌بین هستیم که شناخت درمانی می‌تواند به عنوان یک درمان فردمحور مهم در جامعه امروز عمل کند، و اینکه شواهد از این موضوع حمایت خواهند کرد.



## فصل ۱

### مرور کلی بر سوء مصرف مواد

ساختار جامعه آمریکا عمیقاً تحت تأثیر مسائل سوء مصرف مواد قرار دارد. آن‌ها مسائلی هستند که به طور مستقیم بر میلیون‌ها آمریکایی مبتلا به سوء مصرف مواد و به طور غیر مستقیم بر زندگی میلیون‌ها فرد دیگر در شبکه‌های اجتماعی و شغلی گسترده‌تر پیرامون آنها اثر می‌گذارند. ۱۰ درصد از بزرگسالان این کشور، یک مسئله جدی الکل دارند (موسسه پزشکی، ۱۹۸۷) و حداقل یک‌چهارم به نیکوتین معتاد هستند (مراکز کنترل بیماری، ۱۹۹۱). تقریباً ۱ نفر از هر ۳۵ آمریکایی بالای ۱۲ سال، مواد غیر مجاز سوء مصرف می‌کند (موسسه پزشکی، ۱۹۹۰). این میزان سوء مصرف مواد، پیامدهای اجتماعی، پزشکی، و روانی عمیقی بر فرد و همچنین سطوح گسترده‌تر جامعه دارد. برای نمونه، مراکز کنترل بیماری (۱۹۹۱ ب) برآورد کرده است که هر سال تقریباً ۴۳۴۰۰۰ نفر در این کشور بر اثر کشیدن سیگار می‌میرند و هزاران نفر نیز به علت الکلیسم (موسسه پزشکی، ۱۹۸۷) و یا سوء مصرف مواد غیر مجاز جانشان را از دست می‌دهند (موسسه پزشکی، ۱۹۹۰). با وجود این، باید تأکید شود که سوء مصرف مواد حوزه‌های بسیار زیادی را در بر می‌گیرد و میزان تلفات خیلی بیشتر از آن است که این آمار مرگ و میر بیان می‌کنند.

ما در این فصل مقدماتی، زمینه را برای شناخت درمانی سوء مصرف مواد آماده می‌کنیم. ما با یک مرور کلی بر مواد روان‌گردان و سوء مصرف مواد آغاز می‌کنیم، تاریخچه مصرف مواد روان‌گردان را به طور خلاصه بررسی می‌کنیم، متداول‌ترین مواد روان‌گردان مورد مصرف و سوء مصرف را توصیف می‌کنیم، مدل‌های شناختی را به منظور درک سوء مصرف مواد و عود مطرح می‌کنیم، و نگاهی بر روش‌های سنتی درمان سوء مصرف مواد خواهیم داشت.

#### پیش‌زمینه: مواد روان‌گردان و سوء مصرف مواد

مواد روان‌گردان موادی شیمیایی هستند که بر دستگاه عصبی مرکزی اثر می‌گذارند و افکار، خلیقات، و رفتارهای مصرف‌کننده را تغییر می‌دهند. ویرایش سوم تجدید نظر شده راهنمای

تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III-R؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) مواد روان‌گردان را در ۱۰ دسته طبقه‌بندی کرده است: الکل، آفتامین‌ها یا مواد محرک سمپاتیک با اثر مشابه، حشیش، کوکائین، توهم‌زاه‌ها، مواد استنشاقی، نیکوتین، مواد افیونی، فن‌سیکلیدین یا آریل‌سیکلوهاگزیلامین‌های با اثر مشابه، و رخوت‌زاه‌ها، خواب‌آورها، یا ضد اضطراب‌ها. هر یک از این مواد، خواص و اثرات منحصر به فردی دارند. برخی از موادی که سوء مصرف می‌شوند، توان اعتیادآوری پایینی دارند (برای نمونه، توهم‌زاه‌ها)، در حالی که مواد دیگر توان اعتیادآوری بالایی دارند (برای نمونه، کراک کوکائین). برخی مواد معمولاً از طریق دود کردن مصرف می‌شوند (برای نمونه، نیکوتین، حشیش، و کراک کوکائین)؛ مواد دیگر از طریق دهان بلعیده می‌شوند (برای نمونه، توهم‌زاه‌ها و رخوت‌زاه‌ها)؛ در حالی که مواد دیگری هستند که از طریق بینی مصرف می‌شوند (برای نمونه، کوکائین پودری و مواد استنشاقی). برخی مواد موجب می‌شوند که فرد مصرف‌کننده احساس «نشاط» یا انرژی کند (برای نمونه، آفتامین‌ها و کوکائین)؛ برخی مواد موجب می‌شوند که فرد مصرف‌کننده احساس «کرحتی» یا آرمیدگی کند (برای نمونه، رخوت‌زاه‌ها، خواب‌آورها، و ضد اضطراب‌ها)؛ در حالی که مواد دیگر (برای نمونه، الکل و نیکوتین)، به طور هم‌زمان هر دو اثر را بر مصرف‌کننده دارند.

DSM-III-R بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد تمایز قائل شده است. سوء مصرف به صورت الگوی مصرف ناسازگارانه مواد روان‌گردان تعریف شده است، در حالی که وابستگی (که وخیم‌تر از سوء مصرف در نظر گرفته می‌شود) به صورت «ضعیف شدن کنترل مصرف» (یعنی اعتیاد فیزیولوژیک) تعریف شده است. ما در این کتاب زیاد به دنبال تأکید بر این تمایز نیستیم. در عوض، ما هر گونه الگوی مصرف مواد روان‌گردان را که منجر به پیامدهای آسیب‌زای اجتماعی، شغلی، قانونی، پزشکی، یا بین‌فردی شود، بدون توجه به اینکه آیا سوء مصرف‌کننده دچار تحمل فیزیولوژیک یا علائم ترک شده است یا نه، به عنوان مشکل و نیازمند مداخله در نظر می‌گیریم. علاوه بر این، با اینکه ما علیه دیدگاه همه یا هیچ درباره اعتیاد و بهبودی هشدار می‌دهیم، و با اینکه تأیید می‌کنیم که برخی از بیماران به نظر می‌رسند که در مقایسه با بیماران دیگر در مصرف کنترل شده و متعادل مواد موفق‌تر هستند، ولی طرفدار یک برنامه درمانی هستیم که در جهت پرهیز تلاش می‌کند. به این ترتیب، ما شانس بیماران برای حفظ یک سبک زندگی باکفایت و مسئولانه را به حداکثر می‌رسانیم، خطر عود را کاهش می‌دهیم، و از ایجاد این برداشت غلط در بیماران که ما کاهش صرف در مصرف مواد را نتیجه مطلوب می‌دانیم، اجتناب می‌کنیم.

## تاریخچه مصرف مواد روان‌گردان

مواد روان‌گردان از دوران ماقبل تاریخ توسط اکثر فرهنگ‌ها مصرف شده‌اند (وسترمیر، ۱۹۹۱). در واقع، مواد روان‌گردان قرن‌هاست که کارکردهای فردی و اجتماعی بسیاری داشته‌اند. در سطح فردی، آن‌ها موجب برانگیختگی، رهایی از حالات هیجانی ناخوشایند و نشانه‌های جسمی ناراحت‌کننده، و حالات تغییر یافته‌ی هشیاری شده‌اند. در سطح اجتماعی، آن‌ها موجب تسهیل آیین‌های مذهبی، مراسمات، و کارکردهای پزشکی شده‌اند. مصرف مواد افیونی توسط مصری‌ها و چینی‌ها از طریق اولین نوشته‌های این اقوام آشکار شده است (وسترمیر، ۱۹۹۱). اشاره به ماری‌جوآنا «از هزاره‌ی دوم قبل از میلاد» در هند بوده است (برچر، ۱۹۷۲، ص ۳۹۷). شواهدی از مصرف پزشکی و تشریفاتی مواد توسط اقوام مایان، ازتک، و اینکاها در مجسمه‌ها و نقاشی‌های روی ساختمان‌ها و سفال‌هایشان به دست آمده است (کاران، هالر، و اشنول، ۱۹۹۱؛ وسترمیر، ۱۹۹۱). مصرف الکل به دوران پارینه‌سنگی برمی‌گردد (گودوین، ۱۹۸۱) و تمدن بین‌النهرین یکی از اولین توصیفات بالینی مستی و درمان‌های خماری را ارائه کرده است.

در عصر جدید، سازمان بهداشت جهانی در یک مقیاس جهانی به مسائل سوء مصرف مواد و الکل پرداخته است (گرن، ۱۹۸۶). این سازمان حتی در سال ۱۹۶۸ یک مطالعه بین‌المللی در مورد مصرف مواد در جوانان انجام داد (کامرون، ۱۹۶۸) و در مطالعه جدیدتر (اسمارت، مورای، و اریف، ۱۹۸۸)، سوء مصرف مواد و برنامه‌های پیشگیری از آن در ۲۹ کشور بررسی شد. اسمارت و همکارانش از بررسی‌شان نتیجه گرفتند که «جدی بودن مسئله مواد در برخی کشورها خوب شناخته شده است، ولی در کشورهای دیگر چنین نیست» (ص. ۱۶). در حال حاضر، این سازمان از طریق ایجاد یک پروتکل بین‌المللی پیشگیری ثانویه به موضوع مسائل مربوط به الکل می‌پردازد (بابور، کرنر، ویلبر، و گود، ۱۹۸۷).

سیاست‌های مربوط به مواد در ایالات متحده عمیقاً تحت تأثیر نگرش‌های تاریخی و اجتماعی - فرهنگی مربوط به مواد روان‌گردان بوده است، که در طیفی از محدودیت کمتر (برای نمونه، آزادی خواهانه) تا محدودیت بیشتر (یعنی کیفری) بوده است. برای نمونه، از اواخر قرن ۱۷ تا اواخر قرن ۱۸، مواد روان‌گردان (به ویژه مخدرها) به طور گسترده‌ای در ایالات متحده مصرف می‌شدند. در واقع، موسو (۱۹۹۱) گزارش کرد که تریاک و کوکائین در این دوره زمانی به صورت قانونی از طریق «داروفروشان محلی» در دسترس بودند. گزارش اتحادیه مصرف‌کنندگان (برچر، ۱۹۷۲)، قرن نوزده را به دلیل چنین محدودیت‌های حداقلی، «بهشت معتادان» توصیف کرد. با وجود این، در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، مفهوم‌سازی‌های پزشکی از اعتیاد شروع به رشد کردند، که تا اندازه‌ای تحت تأثیر

علاقه اولیه دکتر بنجامین راش (۱۷۹۰) به دوره درسی اعتیاد بود. ماگنوس هوس، پزشک سوئدی، برای اولین بار اصطلاح «الکیسم» را در سال ۱۸۴۹ به کار برد (موسسه پزشکی، ۱۹۹۰ بی). در همان زمان (اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰)، غیر قانونی شدن مصرف مواد به طور فزاینده‌ای وارد سیاست‌های ایالات متحده می‌شد. با وجود این، در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، به دلیل آن که نگرش‌های اجتماعی - سیاسی ایالات متحده در کل آزادی‌خواهانه‌تر شد، نگرش‌ها درباره مواد نیز آزادی‌خواهانه‌تر شد. به طور هم‌زمان، مدل بیماری اعتیادها پذیرش گسترده‌ای کسب می‌کرد، که تا اندازه‌ای به خاطر کار جلینگ بود (۱۹۶۰).

از دهه ۱۹۸۰، دوباره محدودیت‌ها درباره مواد در ایالات متحده بیشتر شده است. حداقل دو دلیل می‌تواند این پدیده را تبیین کند: (۱) با گسترش مصرف، اثرات منفی مواد بر افراد، خانواده‌ها، و جامعه آشکارتر شده است، و (۲) نگرش‌های اجتماعی - سیاسی در ایالات متحده در کل محافظه‌کارانه‌تر شده‌اند. با وجود این، به طور هم‌زمان مباحثه فزاینده‌ای درباره مدل بیماری اعتیاد («مدل بیماری کنونی»، ۱۹۹۲؛ فینگارت، ۱۹۸۸؛ پیله و برودسکی، و آرنولد، ۱۹۹۱) و غیر قانونی شدن مواد روان‌گردان (آر. آل. میلر، ۱۹۹۱) وجود دارد.

## متداول‌ترین مواد مورد مصرف

### الکل

الکل به طور هم‌زمان یک ماده شیمیایی، نوشیدنی، و ماده رخوت‌زا است که «عملکرد دستگاه عصبی را به شدت تغییر می‌دهد» (لوین، ۱۹۹۰، ص. ۱). تقریباً ۱۰ درصد از بزرگسالان آمریکا، یک مسئله جدی مصرف الکل دارند؛ ۶۰ درصد بزرگسالان به میزان کم تا متوسط مصرف می‌کنند؛ و ۳۰ درصد باقی‌مانده بزرگسالان هیچ گونه الکلی مصرف نمی‌کنند. با وجود این، سوءمصرف الکل علت تقریباً ۸۱ درصد از بستری‌شدن‌های مربوط به اختلالات سوءمصرف مواد است (موسسه پزشکی، ۱۹۸۷). جالب آن که نصف الکل مصرفی در این کشور توسط ۱۰ درصدی مصرف می‌شود که مصرف‌کنندگان قهار هستند. درصد بیشتری از مردان در مقایسه با زنان، الکل مصرف می‌کنند و درصد بیشتری از مردان در مقایسه با زنان، مصرف‌کنندگان قهار هستند.

الکل در ابتدا به صورت یک بی‌هوش‌کننده عمومی عمل می‌کند و موجب اختلال در عملکردهای ظریف تفکر، استدلال، و قضاوت می‌شود (میلر و مونوز، ۱۹۷۶). با وجود این، هنگامی که غلظت الکل خون افزایش می‌یابد، اثراتش شدیدتر می‌شود و عملکرد حرکتی درشت نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در سطوح بازهم بالاتر غلظت الکل خون، خواب‌الغی می‌شود، و سرانجام ممکن است مرگ

ناشی از نارسایی تنفسی رخ دهد.

«الکل به طور مستقیم یا غیر مستقیم تقریباً بر همه اعضای بدن اثر می‌گذارد» (موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم، ۱۹۹۰، ص. ۱۰۷)؛ بنابراین، مصرف مزمن الکل می‌تواند موجب مسائل پزشکی متعدد جدی شود، از جمله آسیب به کبد، پانکراس، دستگاه گوارش، دستگاه قلبی-عروقی، دستگاه ایمنی، دستگاه درون‌ریز، و دستگاه عصبی. الکل همچنین با علل اصلی مرگ‌های غیر منتظره (ناشی از حوادث) در ایالات متحده قویاً ارتباط داشته است: تصادف وسایل نقلیه، سقوط‌ها، و جراحات‌های مربوط به آتش‌سوزی. علاوه بر این، تقریباً ۳۰ درصد از خودکشی‌ها و نصف همه قتل‌ها با الکل مرتبط هستند (موسسه پزشکی، ۱۹۸۷)، و برآوردها از مرگ و میر سالانه مربوط به مصرف الکل بین ۶۹۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰ نفر در هر سال است (موسسه پزشکی، ۱۹۸۷). علاوه بر این، درصد قابل توجهی از جرائم خشونت‌آمیز و غیر خشونت‌آمیز تحت تأثیر الکل انجام می‌شوند (مقایسه کنید با مک‌کورد، ۱۹۹۲). مصرف مزمن الکل می‌تواند پیامدهای اجتماعی منفی و عمیق دیگری نیز به دنبال داشته باشد، از جمله، از دست دادن شغل، دوستان، و خانواده. برای نمونه، تعداد زیادی از سوء رفتارهای جسمی و جنسی با مستی فرد متجاوز مرتبط است (کلایتون، ۱۹۹۲؛ فرنسس و میلر، ۱۹۹۱؛ هارستون و هانسن، ۱۹۸۴)، و بدکارکردی کلی خانواده اغلب با الکلیسم یک یا بیشتر از یک عضو بزرگ‌سال خانواده مرتبط است (هیث و استنتون، ۱۹۹۱). عوارض پزشکی حتی می‌توانند به طور بی‌سر و صدا به نسل بعدی برسند، چون مصرف الکل توسط مادر در طول دوره بارداری می‌تواند موجب سندرم جنین الکلی و سایر نقایص جدی هنگام تولد شود. در واقع، «مواجهه پیش از تولد با الکل یکی از علل اصلی شناخته شده عقب‌ماندگی ذهنی در دنیای غرب است» (موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم، ۱۹۹۰، ص. ۱۳۹).

### مواد غیر مجاز

بر اساس گزارش موسسه پزشکی (۱۹۹۰ آ)، حداقل ۱۴ میلیون نفر هر ماه مواد غیر مجاز مصرف می‌کنند. این رقم در طول ماه‌های اوج مصرف از ۲۵ میلیون مصرف‌کننده نیز فراتر می‌رود. برآورد شده است که تقریباً ۲/۳ درصد از جمعیت بالای ۱۲ سال ایالات متحده، یک مسئله چنان جدی با مواد غیر مجاز دارند که نیازمند درمان هستند. با وجود این، این آمار برای افراد زندانی (۳۳ درصد) و برای افراد تحت آزادی مشروط یا عفو مشروط (۲۵ درصد) است، که به میزان زیادی بالاتر است. وقتی که این افراد نیز در داده‌های همه‌گیری‌شناسی وارد می‌شوند، برآورد مسائل مصرف مواد غیر مجاز در کل جمعیت تا ۲/۷ درصد افزایش می‌یابد.

در خصوص خسارت‌های اجتماعی سوء مصرف مواد غیر مجاز، برآورد شده است که بیش از ۲۵

درصد از جرائم علیه اموال و ۱۵ درصد از جرائم خشونت‌آمیز، با مصرف مواد غیر مجاز توسط مجرمان مرتبط هستند. زیان‌های مالی مرتبط با این جرائم، ۱/۷ میلیارد دلار در هر سال برآورد شده است. قتل‌ها نیز قویاً با فعالیت‌های پیرامون خرید و فروش مواد ارتباط دارند. علت حدود ۱۴ درصد از قتل‌ها در هر سال با مواد مرتبط است. هزینه‌های اقدامات کیفری برای مبارزه با قاچاق مواد در سطح فدرال، حدود ۲/۵ میلیارد دلار در سال ۱۹۸۸، در مقایسه با ۱/۷۶ میلیارد دلار خرج‌شده در سال ۱۹۸۶ بود. در بخش‌های زیر، ما توضیح کوتاهی دربارهٔ سه مادهٔ غیر مجازی ارائه می‌کنیم که بیش از همه مصرف می‌شوند: ماری‌جوانا، کوکائین، و مواد افیونی.

در سال ۱۹۷۲، گزارش اتحادیهٔ مصرف‌کنندگان ماری‌جوانا را به عنوان چهارمین مادهٔ روان‌گردان محبوب در دنیا پس از کافئین، نیکوتین، و الکل معرفی کرد (برچر، ۱۹۷۲، ص. ۴۰۲). با اینکه مصرف ماری‌جوانا از زمان اوج مصرفش در سال ۱۹۷۹ کاهش یافته است، ولی هنوز نیز پرمصرف‌ترین مادهٔ غیر مجاز در جوامع غربی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷؛ ویس و میلمان، ۱۹۹۱).

ماری‌جوانا معمولاً از طریق دود کردن مصرف می‌شود، با وجود این، می‌تواند از طریق بلعیدن نیز مصرف شود. طبق گفتهٔ ویس و میلمان (۱۹۹۱)، با اینکه اثرات آرام‌بخش ماری‌جوانا معمولاً در همهٔ مصرف‌کنندگان وجود دارد، ولی اثرات روان‌گردان آن در مصرف‌کننده خیلی متغیر است و «عمیقاً به شخصیت مصرف‌کننده، انتظار او، و موقعیت وابسته است» (ص. ۱۶۰).

اثرات ماری‌جوانا بر سلامتی به طور گسترده‌ای مورد بحث قرار گرفته است و همچنان بحث‌برانگیز است، که شاید به علت اثرات متغیر آن در هر مصرف‌کنندهٔ خاص و در بین مصرف‌کنندگان مختلف است. ماری‌جوانا برای مدت زمان زیادی نسبتاً ایمن و غیر اعتیادآور در نظر گرفته می‌شد (برچر، ۱۹۷۲). با وجود این، اکنون مشخص شده است که با پیامدهای جسمی و روانی آسیب‌زای متعدد، از جمله عاطفهٔ ناپایدار و افسردگی، سندرم بی‌انگیزگی، آسیب به حافظهٔ کوتاه‌مدت، و بیماری ریوی مرتبط است (ویس و میلمان، ۱۹۹۱). بر اساس DSM-III-R، وابستگی به ماری‌جوانا از طریق مصرف سنگین ماده (برای نمونه، هر روز) و آسیب قابل توجه مشخص می‌شود. وابستگی به ماری‌جوانا فرد را در معرض خطر مسائل روانی دیگر نیز قرار می‌دهد، چون افراد وابسته به آن احتمال دارد چندین مادهٔ دیگر را نیز سوء‌مصرف کنند یا به اختلالات روان‌پزشکی دیگر مبتلا شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷؛ ویس و میلمان، ۱۹۹۱).

کوکائین محرک عمدهٔ دستگاه عصبی مرکزی است که موجب سرخوشی، هشیاری، و حس بهزیستی می‌شود. کوکائین همچنین می‌تواند هم‌زمان با افزایش انرژی، عزت نفس، و میل جنسی، موجب کاهش اضطراب و بازداری‌های اجتماعی شود. در حال حاضر، کوکائین در زمرهٔ پرمصرف‌ترین مواد غیر مجاز قرار دارد. در واقع، «علی‌رغم مبارزهٔ سه‌سالهٔ دولت بوش بر ضد مواد»، مصرف کوکائین

در سال ۱۹۹۱ افزایش یافت (گزارش بهداشت روانی، ۱۹۹۲، ص. ۵). آشکار است که برای بسیاری از افراد، اثرات فیزیولوژیک و روانی کوتاه‌مدت و مثبت کوکائین به طور ناسازگارانه‌ای بر خطرات مرتبط با به دست آوردن و مصرف آن تقدم می‌یابد. طبق گفته گوین و الینوود (۱۹۸۸)، «در نتیجه ادامه این مسیر، سرخوشی مبتنی بر خواص شیمیایی کوکائین به قدری غالب می‌گردد که فرد مصرف‌کننده مستعد می‌شود علائم فزاینده فلاکت شخصی را نادیده بگیرد» (ص. ۱۱۷۴).

کوکائین یک آکالوئید است (همان طوری که کافئین و نیکوتین هستند) که از برگ کوکا استخراج می‌شود. برگ‌های کوکا می‌توانند در شکل فرآوری نشده جویده شوند. با وجود این، این عمل در کل به افراد بومی کشورهای تولیدکننده کوکائین محدود می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷).

در ایالات متحده، کوکائین معمولاً در شکل پودری هیدروکلراید کوکائین، به صورت استنشاقی مصرف می‌شود (یعنی بالا کشیدن از راه دماغ). در این شکل، مصرف‌کننده پودر را بر یک روی سطح سفت می‌ریزد و سپس به صورت «دو خط» مرتب می‌کند و هر کدام از آنها را از طریق یکی از سوراخ‌های بینی بالا می‌کشد (کاران و همکاران، ۱۹۹۱). در شکل پودری، هیدروکلراید کوکائین می‌تواند با آب نیز ترکیب شود و از طریق تزریق درون‌وریدی مصرف شود. این روش به «تورگ زدن» یا «تزریق کردن» معروف است (کاران و همکاران، ۱۹۹۱). تزریق درون‌وریدی کوکائین منجر به اثرات ذهنی و فیزیولوژیک شدید در عرض ۳۰ ثانیه می‌شود (جونس، ۱۹۸۷).

کوکائین همچنین می‌تواند به شکل خمیر یا در شکل آکالوئید (یعنی «باز آزاد») دود شود. در این شکل نیز اثراتش در عرض چند ثانیه پدیدار می‌شود. در حال حاضر، کراک کوکائین شکل پرترفدار باز آزاد است که در دوزهای کم نسبتاً ارزان، از قبل بسته‌بندی شده، و آماده مصرف فروخته می‌شود (کاران و همکاران ۱۹۹۱). طبق گفته کاران و همکارانش (۱۹۹۱)، کراک ارزان‌قیمت که هر شیشه کوچک آن تقریباً ۲ تا ۱۰ دلار است و «از سال ۱۹۸۵ به طور گسترده‌ای در بسیاری از خیابان‌های شهرهای آمریکا در دسترس بوده است» (ص. ۱۲۵)، تهیه آن را برای اکثر نوجوانان و حتی افراد فقیر آسان کرده است. علاوه بر این دسترسی آسان، یک واقعیت مشکل‌ساز ویژه کراک کوکائین این است که موجب سرخوشی فوق‌العاده شدید و تقریباً فوری می‌شود. بنابراین، کراک کوکائین خیلی اعتیادآور است و برای نمونه بسیار سریع‌تر از مصرف استنشاقی کوکائین، یعنی به طور متوسط فقط پس از چند هفته مصرف، منجر به آسیب قابل توجه در عملکرد زندگی می‌شود (گاوین و الینوود، ۱۹۸۸؛ اسمارت، ۱۹۹۱). این خصوصیات کراک کوکائین موجب می‌شوند که سوءمصرفش به سرعت شایع شود.

به راستی، ناظران بسیاری اظهار کرده‌اند که مصرف کوکائین پیش از این به سطوح همه‌گیر رسیده است (واینشتاین، گوتیل، و استرلینگ، ۱۹۹۲). در مطبوعات عامه‌پسند، برای نمونه، مقاله‌ای در مجله ریدرز دایجست، کوکائین به عنوان «شیطان درون» توصیف می‌شود (الا و دائولتر، ۱۹۹۱). این دیدگاه