

اعتیاد و بیش‌فعالی

مؤلف:

سیده منیره آزاده قهفرخی



روان آگاه

محتوا

۹.....	فصل اول: کلیات و مفاهیم
۱۲.....	تعریف اعتیاد.....
۱۳.....	تاریخچه اعتیاد.....
۱۳.....	تاریخچه مواد افیونی در جهان.....
۱۴.....	تاریخچه مواد مخدر و اعتیاد در ایران.....
۱۶.....	علل اعتیاد.....
۲۳.....	تبیین‌های نظری در مورد اعتیاد.....
۲۶.....	۳.تبیین‌های جامعه‌شناختی:.....
۳۳.....	ت) نظریه یادگیری اجتماعی.....
۳۷.....	فصل دوم: مواد مخدر
۳۸.....	سوء مصرف از مواد.....
۳۹.....	وابستگی به مواد افیونی سیری تدریجی و مزمن دارد:.....
۴۰.....	دسته‌بندی رایج مواد اعتیاد آور.....
۴۶.....	معیارهای ۵ DSM برای اختلالات استفاده از مواد.....
۴۸.....	اختلالات مربوط به مواد در دو گروه تقسیم بندی می‌شوند:.....
۴۸.....	معیارهای اختلالات استفاده از مواد.....
۴۹.....	شدت اختلالات مصرف مواد.....

اختلالات روانی ناشی از مواد یا داروها..... ۵۰

مسمومیت..... ۵۰

فصل سوم: اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی ۵۳

پیشینه‌ی تاریخی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۵۶

تعریف اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۵۸

علائم اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی..... ۵۹

اثرات اختلال نقص توجه..... ۶۰

میزان شیوع اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی..... ۶۱

دانش‌آموزان دارای نقص توجه - بیش‌فعالی..... ۶۴

ملاک‌های تشخیصی..... ۶۶

ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۶۷

فصل چهارم: اعتیاد و بیش‌فعالی ۷۱

علائم بیش‌فعالی..... ۷۲

داروهای بیش‌فعالی و اعتیاد..... ۷۳

شیطنت را با بیش‌فعالی اشتباه نگیرید..... ۷۳

مدرسه..... ۷۴

تغذیه کودکان بیش‌فعال..... ۷۴

رابطه بیش‌فعالی و اعتیاد به مواد مخدر..... ۷۵

رفتارهای معتادگونه و ADHD..... ۷۶

رفتارهای معتادگونه با مواد شیمیایی..... ۷۷

ویژگی‌های بیماری بیش‌فعالی که منجر به اعتیاد می‌شود؟..... ۷۸

اختلال بیش‌فعالی و مصرف الکل..... ۷۹

اختلال بیش‌فعالی و سوء مصرف مواد..... ۸۰

ماری جوانا..... ۸۰

بنزودیازپین ها.....	۸۱
مواد مخدر و افیونی.....	۸۱
داروهای محرک و اختلال بیش فعالی.....	۸۱
سوء مصرف داروهای مخصوص اختلال بیش فعالی.....	۸۲
محرک ها و مغز ADHD.....	۸۲
الکل و مغز ADHD.....	۸۳
ماری جوانا و مغز ADHD.....	۸۳
مخدرها و مغز ADHD.....	۸۳
مسکن ها و آرام بخش ها.....	۸۴
توهم زاها.....	۸۴
اعتیادهای رفتاری و ADHD.....	۸۴
اعتیاد به اینترنت.....	۸۴
اعتیاد به قمار.....	۸۵
اعتیاد به خرید.....	۸۵
رفتارهای معتادگونه در برابر غذا.....	۸۵
اعتیادهای جنسی.....	۸۶
حقایقی درباره اعتیاد جنسی.....	۸۷
برخی از گرایش ها و رفتارهای معتادان جنسی.....	۸۸
بیش فعالی جنسی یا شهوت بی اندازه؟.....	۸۹
شاخص های پیشنهادی برای تشخیص اعتیاد جنسی.....	۸۹
دیگر ویژگی های احتمالی عبارت اند از:.....	۹۰
فصل پنجم: ترک داروهای اعتیاد آور بیش فعالی.....	۹۱
ریتالین.....	۹۱
ریتالین چیست؟.....	۹۱
ترک ریتالین.....	۹۲

- ۹۲.....عوارض ترک مصرف ریتالین.....
- ۹۳.....بهترین روش‌های ترک اعتیاد به ریتالین.....
- ۹۳.....مهارت‌های فردی.....
- ۹۴.....رفتار درمانی شناختی.....
- ۹۵.....درمان پزشکی.....
- ۹۵.....درمان دارویی.....
- ۹۶.....پیشگیری از بازگشت به مصرف ریتالین.....
- ۹۶.....داروی ریسپریدون.....
- ۹۶.....مصرف در دوران بارداری و شیردهی.....
- ۹۷.....مسمومیت با دوزهای بیش از اندازه.....
- ۹۷.....نشانه‌های حساسیت دارویی.....
- ۹۷.....مهمترین عوارض قرص ریسپریدون.....
- ۹۸.....عوارض خفیف‌تر این دارو.....
- ۹۸.....دیگر عوارض این دارو.....
- ۹۹..... منابع

فصل اول

کلیات و مفاهیم

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان کنونی است. آمارهای منتشر شده سازمان‌های بین‌المللی خصوصاً سازمان بهداشت جهانی (WHO) و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. تنها تفاوت موجود بین کشورها در الگوی مصرف آنهاست. عواقب و خسارت‌های اقتصادی، بهداشتی، روانی و اجتماعی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست. اعتیاد بیماری است که با سایر جرائم نیز رابطه دارد (قتل غیر عمد، جرائم مالی، قاچاق مواد مخدر و...). یکی از آسیب‌های روانی و اجتماعی که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند، اعتیاد است. اعتیاد همواره مشکلات متعددی از جمله افت سلامت عمومی، افزایش مرگ و میر، آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی، از دست رفتن فرصت‌های آموزشی و شغلی، مشکلات قضایی و... به همراه داشته است (واهبی‌نوجه‌ده و ریش‌سفید، ۱۴۰۰). امروزه گرایش به اعتیاد در نوجوانان یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های والدین محسوب می‌شود. در حال حاضر، هروئین، کوکائین و سایر مواد مخدر سالانه حدود ۲۰۰۰ هزار نفر را در جان می‌کشد و باعث از هم پاشیدگی خانواده‌ها و بدبختی هزاران نفر از مردم دیگر می‌شود. اعتیاد به مواد این‌گونه مفهوم

پردازشی شده است: نقطه پایان فقدان پیشرونده کنترل بر رفتارها و مصرف وسواس‌گونه مواد ممکن است با فقدان کنترل اجرایی بر عادت‌های مشوق ناسازگار همراه باشید (نای و اربرینگ^۱، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده اند که خطرناکترین زمان برای آسیب پذیری بیشتر نسبت به پدیده مصرف مواد مراحل انتقالی زندگی است. در اوایل دبیرستان، نوجوانان با چالش‌ها و مسائل روانی - اجتماعی متعددی از جمله کنار آمدن و ارتباط با گروه همسالان روبه‌رو می‌شوند. در واقع، در اوایل نوجوانی است که افراد برای اولین بار با موادمخدر مواجه می‌شوند. در طول دوره دبیرستان نیز با چالش‌های تربیتی و روان‌شناختی و اجتماعی خام مواجهند که میتواند به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد بینجامد (موریس^۲، ۲۰۲۱). پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده اند که پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی افراد می‌باشید. از جمله می‌توان به عملکرد شخصی، ایمان و معنویت شخصی، مقایسه شرایط گذشته و کنونی زندگی و حمایت اجتماعی درک شده توسط فرد اشاره کرد. سوءمصرف مواد یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد است که در آن فرد به مصرف نامناسب مواد پرداخته و این مسئله منجر به آسیب جدی عاطفی، شناختی و رفتاری در محل کار، مدرسه و خانه می‌شود. همچنین، وابستگی به مواد نیز الگوی غیرانطباقی مصرف مواد است که باعث آشفتگی و آسیب جدی در فرد مصرف‌کننده شده و با دو علامت تحمل دارو و علامت ترک ماده تظاهر می‌کند. اعتیاد عامل بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است. گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تاثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و خیابانگردی، تکدی‌گری، رفتارهای کجرو و در موارد حاد و به ویژه در موارد اعتیاد دانش‌آموزان، به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می‌شود (موینیهان و پترسون^۳، ۲۰۱۹).

^۱ Nie, N., & Erbring, L

^۲ Muris, P

^۳ Moynihan, L.M. & Peterson, R.S

اعتیاد از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی-اجتماعی می‌باشید که گستره جهانی یافته است (آکینی و اسکیندر^۱، ۲۰۲۰). کشور ایران نیز، به دلایل متعدد فرهنگی و جغرافیایی دارای شرایط بحرانی است. نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانشجویان جوامع مختلف، در دهه‌های اخیر افزایش داشته است. افزایش گرایش جوانان به مواد بسیار نگران‌کننده است، زیرا اگر افرادی که مصرف مواد را در سال‌های جوانی آغاز می‌کنند، به مصرف آن در سال‌های آینده نیز ادامه می‌دهند. بررسی‌های اخیر حاکی از آن است که اعتیاد در ایران مسله جدی و روبه رشد است؛ به گونه‌ای که، به ۳ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر می‌رسد (پارسانیا و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجایی که کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم و مرکزی در بهبودی از اعتیاد، شناخته شده است. همچنین هدف برنامه‌های درمان فردی از جمله سم زدایی، درمان‌های دارویی و روان‌درمانی، قطع وابستگی به مواد و بازگرداندن فرد معتاد به چرخه زندگی اجتماعی، فردی، خانوادگی، تحصیلی کاری و ارتقای کیفیت زندگی است. تضمین ایجاد و حتی تداوم به درمان نیازمند توجه به عوامل تهدیدکننده زندگی معتادان است. بنابراین تدوین برنامه‌های پیشگیری، تداوم فرآیند درمان و هر گونه سیاستگذاری در سطح کلان، نیازمند توجه به مسله کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با زندگی نوجوانان و جوانان مراجعه کننده جهت ترک اعتیاد است. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که این قشر حساس، از نظر کیفیت زندگی غربال شده و برای مداخلات درمانی اختصاصی تر سوق داده شوند (آمیل و سارجنت^۲، ۲۰۲۰).

همه انسان‌ها در هنگام گرفتاری به حمایت دوستان و اطرافیان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ لذا هر چه میزان سرمایه اجتماعی و حمایت دیگران بیشتر باشد، امیدواری نیز بیشتر است. امیدواری باعث می‌شود که هنگام مشکلات شخص بیشتر به خدا و حمایت دیگران امید داشته و کمتر به سراغ مواد برود. دلایل مختلفی برای

^۱ Akini A, Iskender M

^۲ Amiel, T., & Sargent, S.L.

گرایش به انواع مواد مخدر وجود دارد. برخی افراد برای پذیرفته شدن در جامعه به سمت مواد می‌روند و برخی دیگر سعی می‌کنند خود را رشد یافته‌تر و به روزتر جلوه دهند و برخی برای تسکین خود به مواد پناه می‌برند. در مورد علل ریشه‌ای گرایش به مصرف مواد مخدر توافق خاصی وجود ندارد، به طوری که عوامل مرتبط با مصرف و سوءمصرف مواد متعدد و متنوع هستند و شامل زمینه‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و عوامل اجتماعی و محیطی می‌شود. در جامعه‌ای مانند ایران اعتیاد از مرز مسئله و پدیده اجتماعی گذشته، تنها به عنوان یک انحراف نیز نباید تلقی شود، اعتیاد بحرانی اجتماعی برای ایران است که اگر به آن رسیدگی نشود، انواع و اقسام انحرافات، بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی را در آینده‌ای نزدیک به دنبال خواهد داشت (امینی، ۱۴۰۰).

تعریف اعتیاد

اعتیاد مشکل تازه‌ای نیست و از دیرباز گریبان‌گیر انسان بوده است. بیماری اعتیاد هیچ‌وقت سایه‌ی سنگین خود را از سر انسان بر نداشت و در تمام این چند هزار سال همراه انسان باقی ماند. اعتیاد اختلال مزمن عملکرد سیستم مغز، شامل پاداش، انگیزه و حافظه است. اعتیاد منجر به میل جدید بدن به یک رفتار یا ماده مخدر خاص می‌شود. در واقع تعریف اعتیاد به مواد مخدر محدود نمی‌شود و ممکن است فرد، به یک رفتار خاص اعتیاد داشته باشد.

فرد مبتلا به اعتیاد:

- قادر به دوری از مواد یا رفتار اعتیادآور یا ترک آن نیست.
- کنترلی روی خود ندارد.
- اشتیاق شدیدی به مواد یا رفتار اعتیادآور دارد.
- نسبت به پیامدهای مشکل‌ساز رفتار خود آگاهی ندارد.

با گذشت زمان، اعتیاد در زندگی روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کند. افرادی که اعتیاد دارند دوره‌هایی از مصرف شدید و خفیف را تجربه می‌کنند. علاوه بر این دوره‌ها، اعتیاد

با گذشت زمان بدتر می‌شود. همچنین این افراد اغلب به مشکلات جسمی و روانی دائمی یا مشکلات شخصی مثل ورشکستگی مالی دچار می‌شوند (اشرفی، ۱۳۹۷).

تاریخچه اعتیاد

با آن که قرن‌هاست که مواد مخدر به علل مختلفی در جوامع انسانی مورد استفاده قرار می‌گیرد نمی‌توان به درستی زمان آشنایی انسان را با این مواد مشخص نمود. به نظر می‌رسد که بشر از آغاز زندگی اجتماعی خود و به علل و مناسبت‌های گوناگون به تجربه و شناختی از مواد مخدر دست یافته و از آنها استفاده کرده است. تحقیقات نشان داده که انسان از مواد مخدر برای درمان بیماری‌ها، کاهش آلام، کنترل اشتها و رفتار غذایی، تسکین و کاهش دلتنگی‌ها، اضطراب‌ها و تشویش‌ها، رهایی از فشارها، ارضاء کنجکاو‌ها، گشودن افق‌های جدید به طریقی ذهنی، ایجاد ارتباط دوستانه، افزایش فعالیت جنسی و حتی دادن معنا و مفهوم به هستی و زندگی و نظایر آن استفاده کرده است.

تاریخچه مواد افیونی در جهان

تریاک به عنوان داروی شفابخش برای بسیاری از امراض در جوامع انسانی سابقه دو هزار ساله دارد. سومریان و آشوریان کهن‌ترین اقوامی هستند که از افیون سخن دارند و پزشکان آشوری در سده هفتم قبل از میلاد آن را به عنوان مسکن به کار می‌بردند. مجارستان اولین کشور اروپایی است که با خشخاش آشنا شد و گیاه‌شناسان این کشور آن را می‌شناخته و شیره اش را به کار می‌برده‌اند. چنانچه از مطالعات مشهود است مصریان از زمان‌های قدیم اوبیوم استعمال می‌کردند. و با آن که کشت خشخاش در ممالک شرقی از جمله چین، هند، ترکیه و ایران و ممالک اروپای جنوبی به عمل می‌آمده ولی اصل آن از مصر است. ساکنان سرزمین هند نیز در شمار نخستین آشنایان به گیاه مخدرند و در آثار تاریخی اشاراتی به افیون و موارد استعمال آن شده و غالباً جهت تسکین و درمان دردها به کار می‌رفت. یونانیان زمان سقراط نیز به آثار طبی