

نگاه نو

فریکاری در درمان بیماری ام اس



عبدالرضا ناصر مقدسی
متخصص مغز و اعصاب

● در ۲۰سال اخیر بر میزان شیوع بیماری ام اس افزوده شده است. روزی نیست که یک بیمار جدید به مطب من مراجعه نکند. من هر روز با یک روند تکراری روبه‌رو می‌شوم. انسانی که تا پیش از این سالم بوده، ناگهان دچار گُرگُر یا تاری دید شده و سپس به‌دنبال یک بررسی، تشخیص ام اس برای او گذاشته می‌شود. این تشخیص همانند آواری بر سر او و خانواده‌اش خراب می‌شود. انگار همه چیز را از دست داده‌اند. حال بیمار و خانواده‌اش همانند کسی است که خود را در آستانه یک مغاک بی‌انتها می‌بیند. این تازه اول ماجراست. بیمار و خانواده‌اش کم‌کم با حقایق بیماری آشنا می‌شوند. آنها متوجه می‌شوند که با بیماری مزمنی روبه‌رو هستند که با علم امروز درمان قطعی ندارد. بیمار باید برای مدتی نامحدود دارو مصرف کند؛ داروهایی که می‌تواند عوارض نیز داشته باشد. گاه لازم است برای سال‌ها هفت‌ای یک‌بار یا یک روز در میان دارو تزریق کند. همچنین آنها ممکن است دچار حمله شوند و درعین‌حال، به‌بودی کامل از نقصی که حمله بیماری به‌وجود می‌آورد نیز همواره ممکن نیست. علائم دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران اثر بگذارند؛ به‌طورمثال بسیاری از بیماران از یک خستگی مزمن رنج می‌برند. بیمار با یک کار کوچک دچار خستگی مفرط می‌شود. به‌قول خود بیماران، انگار کوه کنده‌اند. این فقط بخش کوچکی از مشکلات بیماران است. آنها در ازدواج، زندگی زناشویی، کار و فعالیت‌های اجتماعی می‌توانند دچار مشکل شوند و تلقی اشتباه جامعه از این بیماری که آن را معادل با فلج شدن می‌داند، بر رنج بیماران می‌افزاید. این دورنمایی از آن چیزی است که یک بیمار می‌تواند با آن روبه‌رو شود، اما باید گفت که این یک سیر طبیعی از بیماری ام اس بوده و این سیر می‌تواند با مداخلات درست، روند بسیار متفاوتی داشته باشد. اکنون نسل جدیدی از داروهای معرفی می‌شود که سیر بیماری را تغییر می‌دهند. درعین‌حال توصیه‌هایی مانند روحیه خوب، ورزش و کار می‌تواند سبب بهبود قابل‌توجه این بیماران شود. به‌عنوان کسی که بیشتر ساعات عمرم به درمان جنبه‌های مختلف این بیماری می‌گذر، آینده بسیار روشنی را برای بیماران مبتلا به ام اس متصور هستم، اما شرط لازم برای این به‌روشن روشن، حرکت در یک مسیر درست است. متأسفانه یکی از مهم‌ترین معضلات درمان بیماری ام اس در کشور ما، بازار داغ شارات‌ال‌هایی است که از روند مزمن بیماری و مشکلاتی که دکرش در بالا آمد استفاده کرده و به طرق مختلف دست به سرکشیسه‌کردن بیماران می‌کنند. آنها از مفاهیمی استفاده می‌کنند که به‌طور طبیعی مورد توجه بیماران بوده و از همین طریق نیز جیب خود را با سوءاستفاده از درد و رنج بیماران پر می‌کنند. در تمام دنیا بیماران به موضوعاتی مانند طب سنتی، درمان‌های انرژیو یا رژیم‌های غذایی علاقه دارند. بی‌شک اینها همه بسیار مهم هستند در صورتی‌که در قالب درست و علمی بیان شوند. مفاهیم طب سنتی تنها در صورتی ارزش دارند که با متدهای علمی مورد ارزیابی قرار گرفته و سره و ناسره آن از هم تفکیک داده شوند. متأسفانه طب سنتی در کشور ما به سدری و گرمی‌خوردن و یک‌سری تجویزات بی‌سروته تقلیل یافته است. طب سنتی به شکلی که اکنون در جامعه ما مطرح می‌شود، فقط به بازار شایدان رونق بخشیده است. من همیشه در پاسخ به این سوال بیماران که عنوان می‌کنند «آیا ادعای فلان کس در فلان شهر که می‌گوید با طب سنتی و تجویز یک‌سری گیاهان آزمایش‌نشده و محلول‌هایی که محتوای آنها مشخص نیست، می‌توانند بیماری را درمان کنند» درست است یا نه، می‌گویم اگر به‌جای استفاده از خودرو با اسب به منزل بازگشتید، از این روش‌های درمانی نیز استفاده کنید. ما هر روز با نسخه‌هایی روبه‌رو هستیم که از سوی عده‌ای شاید با عناوین درمان‌های طبیعی و گیاهی برای بیماران، پیچیده شده و به غیر از آنکه آنها را سرکشیه می‌کند، بر روند بیماری نیز تأثیر گذاشته و سبب بدترشدن حال بیماران می‌شود. جملاتی مثل اینکه بیماری ام اس تنها یکدب‌ است یا آنها که طبع سرد دارند و بیشتر تشری و ماست مصرف می‌کنند به بیماری ام اس مبتلا می‌شوند، جملات شایعی است که باوجود نادرست‌بودن، متأسفانه بیماران نیز اقبال زیادی به آنها دارند. شایدان نیز از همین اقبال مردم به چنین جملات نادرستی استفاده کرده و با تجویزهایی این‌چنینی جیب خود را پر می‌کنند. طب سنتی می‌تواند ارزش زیادی داشته باشد اگر محدوده خود را دریافته و درعین‌حال خود را با متدهای علمی مدرن ارزیابی کند. ادعای درمان کامل بیماری ام اس توسط طب سنتی یا طب‌های انرژیو که این روزها زیاد در جامعه ما شنیده می‌شود، ادعایی نه‌تنها غیرعلمی است، بلکه کسی که آن را عنوان می‌کند یک شاید است. بیماران نیز نباید در چنین افرادی را بخورند. باز تاکید می‌کنم آنچه نوشتم به‌معنای بی‌ارزش‌بودن طب سنتی نیست. طب سنتی ما مانند اقیانوس بزرگی است که مورایدهای بسیاری را در خود پنهان دارد و این‌گونه ادعاها فقط از ارزش آن می‌کاهد.

پنجشنبه ۲۸ دی ۱۳۹۶

اعتیاد و آسیب روانی؛ سیاه‌چاله روان‌زخم

زخمی در درون که التیام نمی‌یابد

تین دیتون*، ترجمه: آناشه آبراهامیان

از دیرباز در ادبیات حوزه مرتبط با اعتیاد این گفته رواج داشته است که فرد معتمد، یعنی فردی که زندگی‌اش به‌خطر مصرف بی‌رویه الکل و مواد مخدر «مدیریت‌ناپذیر» شده، ای‌سا سعی دارد از این‌طریق دردهای روانی و عاطفی خود را التیام بخشد. بااین‌حال، هرچند در ابتدا ممکن است معتادان احساس کنند که راهی برای مدیریت جهان درونی و آکنده از درد خویش پیدا کرده‌اند، اما این شکل تصنعی مدیریت خلق‌وخو می‌تواند به اعتیاد بینجامد و از قضا اغلب نیز چنین می‌شود. به‌علاوه، برای آن کودکی که در معرض اعتیاد رشد می‌کند، یعنی کسی که احساس می‌کند از نظم‌دادن به آشوب مزمن محیط پیرامونش ناتوان است، بزرگ‌شدن در چنین خانواده‌ای می‌تواند از لحاظ روانی آسیب‌باز، روان‌زخم‌زننده یا تروماتیک (Trauma؛ آسیب‌های روانی، ضربه‌های روانی که در اینجا به روان‌زخم ترجمه شده‌اند) باشد. تنش‌های مزمن، رفتارهای سرگشته و پیش‌بینی‌ناپذیری مانند تعرض جسمی و جنسی در محیط‌های اعتیادزده امری معمول و مرسوم است و می‌توانند علائم یا دردناشه‌هایی ناشی از روان‌زخم به‌وجود آورند. احساساتی نظیر ترس، استیصال، شرم، بی‌کفایتی، گناه، کینه‌توزی، شهیدنمایی (احساسی که در آن فرد به خود ترحم می‌کند و به‌اصطلاح برای خود دست به شهیدنمایی می‌زند) و خشم سرریز می‌کنند و به همراهان سیستم دفاعی سخت و صلبی شکل می‌گیرد.

اثر تعرض و اعتیاد بر رشد و شکل‌گیری شخصیت

رشد و شکل‌گیری شخصیت کودک کم‌سن‌وسال به‌مدد تعاملی مداوم میان کودک و والدین او صورت می‌گیرد و مغز او به‌یمن تعاملات خُردِ بی‌شمار با والدین تنظیم و نهادینه می‌شود. شیوه برخورد با کودک بر اینکه او به چگونه فردی تبدیل می‌شود اثر می‌گذارد و از طرف دیگر، کودک که مداوماً در حال رشد و دگرگونی است، به نوبه خود، در تعیین واکنشی که سرپرستش به او نشان می‌دهد، تأثیرگذار است. این هم‌افزایی با تأثیر متقابل کودک و سرپرست بر همدیگر تصویری پویاتر از فرایند رشد را در قیاس با تصویر ثابت و ایستای پیشین به دست می‌دهد. با این حساب، تصور کنید که اعتیاد و روان‌زخم چگونه بر هر جنبه‌ای از شخصیت درحال رشد کودک تأثیر می‌گذارد. عوامل مؤثر در نحوه پاسخ و واکنش کودک به خانواده مبتلا به محیطی آسیب‌ز عبارت‌اند از:

– مراحل رشد کودک

– ساختار اندام‌وار کودک

– شبکه‌های حمایتی موجود برای کودک
کودکان کم‌سن‌وسال مخصوصاً در برابر نواقص مربوط به رشد آسیب‌پذیرند؛ چراکه شخصیشان هنوز چندان شکل نگرفته و شبکه اصلی حمایتی‌شان خانواده است که در صورت وجود تعرض و اعتیاد، خود عاملی آسیب‌زا محسوب می‌شوند. کودکانی از این دست ممکن است مجبور شوند شخصیت خویش را به شیوه‌های نگرانگن‌خودش و دچار اغوجاج کنند تا به بهای چنین اقدامی حسی پیوند با خانواده و جبری شبیه به پایداری به‌دست آورند. این کودکان توانمان در دو جهان زندگی می‌کنند: جهان مصرف و اعتیاد و جهان عدم‌مصرف و هوشیاری. در خانواده‌های مبتلا به اعتیاد یا تعرض‌گر،

پیش‌صحنه‌ای وجود دارد که آن را به دنیای اطراف نشان می‌دهند و نیز پشت صحنه‌ای که اغلب از دیگران پنهان می‌ماند و این دو جهان قوانین، اخلاقیات، تفکر، احساس و رفتارهایی کاملاً متفاوت از یکدیگر دارند.

تأثیر روان‌زخم بر خانواده

خانواده‌ای که از روان‌زخمی مانند اعتیاد یا تعرض رنج می‌برد، می‌تواند نیروها و پویش‌هایی ارتباطی شکل دهد که به سهم خود رابطهای آسیب‌باز را تداوم می‌بخشند. طبق نظر «استیون کروگمان» (Steven Krugman)، روانشناس معاصر آمریکا و نظریه‌پرداز در زمینه ایجاد تحولات گوناگون در زندگی) اثری که روان‌زخم بر نظام خانواده می‌نهد، واجد سه مؤلفه اصلی است:

– اولین مؤلفه فشار و خودمحدودسازی روانی و عاطفی است که منجر به سرکوب و پنهان‌کردن عواطف و انگیزه‌ها می‌شود.

– دومین مؤلفه اجتناب‌ورزی است که منجر به

– سومین مؤلفه رفتار تکانشی است که منجر به

آشفته‌گی شخصیتی می‌شود.

محدودسازی و امتناع از ابرازکردن و آشکار ساختن مسائل عاطفی و روانی می‌تواند باعث شود فرد احساس کند که ابراز صادقانه دردهایش کاری تهدیدآمیز و مخاطره‌انگیز است. اعضای خانواده یاد می‌گیرند که از آنچه درست پیش‌روی‌شان اتفاق می‌افتد، سخنی به میان نیاورند. آنها یاد می‌گیرند سرسختانه آن احساس دردانگیزی را نزد خود در خفا نگه دارند که می‌تواند نظم مسلط خانوادگی را برهم زند. در اجتناب‌ورزی، اعضای خانواده راه‌حل جلوگیری از سرریز دردهای جهان درونی خود را در اجتناب از مواجه‌شدن با مسائل، افراد، چیزها و جاهایی می‌بینند که احتمال دارد دردهای یادشده را برانگیزانند. این امر موجب گسست عاطفی اعضای خانواده از هم می‌شود. جهان درونی، همراه با رفتاری تکانشی که به آشوب‌زدگی می‌انجامد، خود را در عرصه عمل آشکار می‌کند. احساسات دردانگیز و برناتفنی در ظرف خانواده سرریز می‌کنند و در قالب رفتارهایی جلوه‌گر می‌شوند که ناپه‌نجا بوده و راه به آشوب و هرج‌ومرج می‌برند. خودمحدودسازی، اجتناب‌ورزی و رفتار پیش‌رانشی/غیرارادی اعمالی ناپه‌نجا هستند که افراد در مواجهه با درد در پیش می‌گیرند. چنین خانواده‌ای برای رشد و نمو علائم و دردناشان‌های آسیب‌باز در میان اعضای خود تبدیل به زمینی حاصل‌خیز می‌شود. علاوه‌برآن، تعرض خانوادگی در برابر بیان صادقانه دردهای عاطفی و اضطراب‌های روانی تابوهایی سفت‌وسخت علم می‌کند که کارشان تضمین آن است که دردهایی از این دست هرگز مطرح نشوند. در نتیجه، دردهایی از این دست پرداخت و حل‌ورفع نمی‌شوند و در زمینه‌ای مناسب که اجازه دهد خانواده بر این دردها فائق بیاید ک‌نجانده نمی‌شوند. درعوض، دردهای یادشده در متن نظام خانوادگی جای می‌گیرند، مثل میدان مینی پنهان که در انتظار است تا هر وقت کسی پا بر آنها نهاد، منفجر شود. جای شگفتی نیست می‌کنند: جهان مصرف و اعتیاد و جهان عدم‌مصرف و هوشیاری. در خانواده‌های مبتلا به اعتیاد یا تعرض‌گر،

پیش‌صحنه‌ای وجود دارد که آن را به دنیای اطراف نشان می‌دهند و نیز پشت صحنه‌ای که اغلب از دیگران پنهان می‌ماند و این دو جهان قوانین، اخلاقیات، تفکر، احساس و رفتارهایی کاملاً متفاوت از یکدیگر دارند.

پیش‌صحنه‌ای وجود دارد که آن را به دنیای اطراف نشان می‌دهند و نیز پشت صحنه‌ای که اغلب از دیگران پنهان می‌ماند و این دو جهان قوانین، اخلاقیات، تفکر، احساس و رفتارهایی کاملاً متفاوت از یکدیگر دارند.

منجر به بروز مشکلاتی شود. این گونه است که میراث رفتارهای ناپه‌نجا روانی از نسلی به نسل بعد منتقل می‌شود. آنچه در پی می‌آید شماری از دردناشه‌هاست که ممکن است [در خانواده‌هایی از این دست] تکوین یافته و بزرگسالی فرد را تحت‌الشعاع قرار دهند:

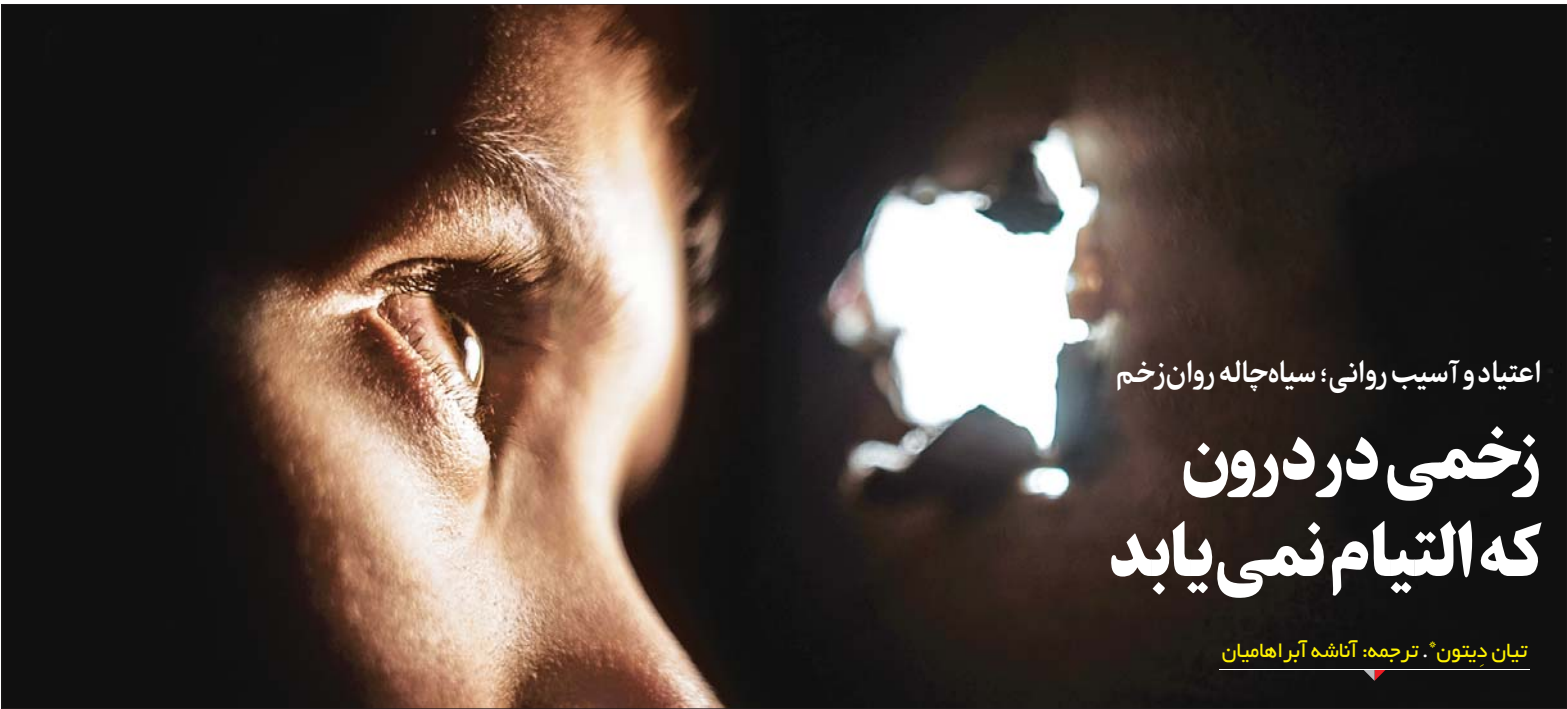
– درماندگی
– هوشیاری بیمارگونه
– افسردگی
– اضطراب
– بی‌حسی [کُرخ‌ی]
– پیوندها و ارتباط‌های آسیب‌زا
– ناتوانی از کمک خواستن
– دور باطل تکرار وضعیت‌های آسیب‌باز
– از‌دست‌دادن توانایی تنظیم و تغییر عواطف
– تحریک‌پذیری عاطفی
– از‌دست‌دادن ایمان و اعتماد
– شرمساری از بقا و نجات خویش
– رفتارهای پر خطر
– ایجاد دفاع‌های روانی انعطاف‌ناپذیر
– میل به خوددرمانی
– معضلات و مشکلات ارتباطی
– مشکلاتی در خودتنظیمی

در حوزه کار بالینی خودم، شاهد پیوده‌ام که

دردناشه‌های مربوط به اختلال‌های پساروان‌زخمی (Post traumatic stress disorder) که به اختصار اضطراب‌های فکته می‌شود به معنای اختلال ناشی از اضطراب بعد از واقعه روانی آسیب‌زاست) در کودکانی که در معرض اعتیاد و رفتارهای ناپه‌نجا رشد کرده‌اند، از قرار می‌توانند سال‌ها پنهان بمانند. مراجعان من اغلب در دهه سوم زندگی به من رجوع می‌کنند. آن هم در حالی‌که احساس می‌کنند جای چیزی در زندگی‌شان خالی است و زخمی در درون‌شان دارند که حقیقتاً التیام نمی‌یابد. خاطرات ناشی از روان‌زخم اغلب زمانی که مراجعان سعی دارند از نو روابط صمیمی و نزدیک با دیگری برقرار کنند دوباره احیا می‌شوند و همان تلاش‌ها برای ایجاد ارتباطی عمیق دردهای قدیمی و التیام‌یافته و حل‌نشده را از نوبه سطح می‌آورند که خوْذ زمانی حول روابط صمیمی و نزدیک خانوادگی شکل گرفته بودند. حالت پساروان‌زخم آن است که درد ناشی از روان‌زخم‌های گذشته ممکن است روزها، ماه‌ها یا حتی سال‌ها بعد از واقعه دردناک به‌شکل اضطراب و اختلالِ ناشی از روان‌زخم گذشته ظهور پیدا کنند.

خاطرات ناشی از روان‌زخم

به‌دلیل شیوه به‌یادسپاری خاطرات ناشی از روان‌زخم در مغز، این خاطرات «اندیشیده» نمی‌شوند و در نوعی و زمینه و بستر مشخص جای نمی‌گیرند. [واکنش‌های] دفاعی‌ای که در وضعیت تهدیدآمیز فعال شده به صحنه می‌آیند عبارتند از سستیز، گریز و پرهیز که همگی مرتبط با بخش آمیگدال (هسته آمیگدال قسمتی از دستگاه کناره‌ای در مغز است که نقش مهمی در یادگیری و حافظه ایفا می‌کند و علاوه‌بر نقش اصلی خود، یعنی درک احساسات و پاسخ به آنها، در تعدیل درد نیز دخالت دارد) با بادامه مغز، یعنی بخش «قدیمی» و اولیه مغز هستند. قشر مغزی یا کورتکس (قشر مغز مسئول کلیه



رفتارهای ارادی انسان است. رفتارهای شناختی انسان نیز از این‌عنو سرچشمه می‌گیرد) که اندیشیدن، استدلال و برنامه‌ریزی بلندمدت در آن جای می‌گیرد، در مغز آدمی بعدتر شکل می‌یابند و تکوین پیدا می‌کنند. به همین دلیل است که وقتی ما «از وحشت مهیوت» یا «دچار بهت و بلایهت» می‌شویم محتوای تجربه‌ای که باید نوعاً اندیشیده شود و در فضای ذخیره حافظه جای گیرد، کمابیش در لحظه به نحوی منجمد و صلب [یعنی به‌شکلی پردازش نشده در مغز] نقش می‌بندد. از آنجا که این خاطرات همان‌قدر در سلول‌های بدن ذخیره می‌شوند که در سلول‌های ذهن، ممکن است خاطراتی که جذب و ادغام نشده‌اند [و در بستر خاطرات و حافظه جای نگرفته‌اند] در هیئت اختلال‌های جسمانی نظیر سردرد، کمردرد و تهوع، از سویی و نیز در هیئت دردناشان‌های روانی و عاطفی نظیر بازگشت‌های آتی به گذشته، اضطراب، فوران ناگهانی خشم، طغیان و عصبان یا خاطرات ناپه‌نکام، از دیگرسو، از نو در فرد سربر آورند. فردی که چنین وضعیتی را تجربه می‌کند ممکن است خود را در محصه‌ای حاد بیابد که در آن خاطرات آسیب‌باز برانگیزاننده احساس‌های جسمانی ناخوشایند شده، احساس‌های ناخوشایند جسمانی نیز به‌نوبه خود به تحریک خاطرات آسیب‌باز بینجامند. این وضعیت نوعی سیاه‌چاله را به وجود می‌آورد؛ غلیان‌هایی درونی که می‌توانند مُراجِع را به قهقرای ماریچ فرورونده و تشدیدشونده‌ای آکنده از اضطراب و هراس راهی کنند. مراجعان ممکن است این وضعیت را همچون حمله عصبی، احساس «تنگنا»، هراس و وحشت شدید یا غرقه‌شدن در احساسات یا خاطرات تجربه کنند. رویکردهای اخلاقانه‌ای همچون تصویرسازی ذهنی (تصورسازی ذهنی با صُور خیال هدایت‌شده روشی برای کمک به بیمار- اقم از بیمار جسمانی همچون بیماران مبتلا به سرطان و بیماران مبتلا به عارضه‌های روانی- است که از طریق شکل دادن به تصاویر ذهنی در قالب صوت، موسیقی، تصویر بصری و غیره به بهبودی فرد یاری می‌رسانند) و رویدادنگاری بسیار موفق ظاهر شده‌اند در کمک به افرادی که حامل یک چنین زخم‌هایی هستند تا آنها بتوانند به آن بخش از وجود خویش که ای‌سوا پیش از این به سکوتش واداشته بودند، صدایی ببخشند. ضمن رویدادنگاری، عواطف سرریز می‌کنند و به پیش‌زمینه آگاهی آورده می‌شوند و هنگامی که این عوامل، میل به مصرف مواد افزایش می‌یابد. در مصرف‌کنندگانی مواد، رویارویی با محرک‌های مرتبط با مواد، فعالیت مناطق لیمبیک مغز، از جمله آمیگدال یا سینگولای پیشین افزایش می‌یابد. پدیده‌های محرومیت الکل و مواد افیونی ممکن است نسبت به محرک‌های محیطی یا درونی شرطی شوند. مدت‌ها پس از ترک، فرد وابسته در رویارویی با محرک‌های محیطی که پیش‌تر با مصرف یا ترک مواد ارتباط داشته ممکن است دچار محرومیت شرطی شده، میل شدید شرطی شده و یا هر دو آنها شود. افزایش احساس میل شدید مصرف لزوماً با نشانه‌های محرومیت همراه نیست. نیرومندترین میل مصرف بر اثر شرایط مرتبط با موجودبودن یا مصرف مواد براگیزه‌شده می‌شود. عوامل ژنتیک، به‌ویژه در وابستگی به الکل کشف شده و گزارش‌هایی از روابط ژن‌هایی که بر تولید دوپامین اثر می‌گذارد منتشر شده است، افرادی که فعالیت افیونی درون‌زا در آنها اندک است یا فعالیت آتناکونستی افیونی درون‌زا بالاست، بیشتر در معرض خطر ابتلا به وابستگی مواد افیونی هستند، حتی در کسی که کارکرد گیرنده درون‌زای او کاملاً

بهنجار و غلظت عصب- سانه‌های او طبیعی است، مصرف طولانی‌مدت یک ماده مورد مصرف ممکن است درنهایت سامانه‌های گیرنده را در مغز دگرگون کند، به‌گونه‌ای که مغز برای حفظ تعادل نیازمند ماده بروزنا باشد. چنین فرایندی در سطح گیرنده ممکن است مکانیسم پیدایش تحمل در دستگاه عصبی مرکزی باشد. بااین‌حال اثبات تغییر میزان آزاداشدن عصب- رسانه و کارکرد گیرنده ناقل صعبی دشوار بوده و پژوهش‌های نوین بر اثرات مواد بر سامانه پیام‌برنده دوم و تنظیم ژن متمركز است. سامانه‌های افیونی، آنتکولامین‌ها (به‌ویژه دوپامین)، و گابا (گاما‌آمینوبوتیریک اسید) عصب- سانه‌های اصلی فرایند پیدایش مصرف و وابستگی به مواد هستند. نورون‌های دوپامین‌رئیک ناحیه تگمنثال شکمی که به نواحی قشری، لیمبیک و هسته اکومینس کشیده می‌شوند، در این راستا اهمیت ویژه دارند. این مسیر احساس‌پاداش ممکن است مابجی اسرات اثرات موادی همانند آمفتامین‌ها و کوکائین باشد. چنین گمان می‌رود که لوکوس سرولئوس که بزرگ‌ترین جایگاه نورون‌های آدرنرئیک است، احتمالاً مرکز تأثیر ترکیبات مواد افیونی و شبه‌افیونی باشد.

نگاه از درون

اعتیاد، بزه‌یابیماری؟



بهنام اوحدی
روان‌پزشک و روان‌درمانگر

● اعضای خانواده اغلب به‌گونه‌ای برخورد و رفتار می‌کنند که گویی رفتار مصرف مواد، رفتاری اختیاری و ارادی و شاید هم مغرضانه است و فرد به الکل و مواد بیش از اعضای خانواده توجه دارد. این مسئله سبب بروز احساساتی مانند خشم، طرد و شکست می‌شود و پیوندهای خویشاوندی را سست می‌کند. از سوی دیگر، افراد وابسته به الکل و مواد در راستای انکار نداشتن کنترل بر مصرف مواد و منحرف‌کردن توجه دیگران، اغلب می‌کوشند مسئولیت مصرف مواد را به کردن دیگر اعضای خانواده ببندازند و شکفت اینکه برخی اعضای خانواده هم اغلب بخشی از مسئولیت یا همه آن را برعهده می‌گیرند. اعضای خانواده مانند فرد مصرف‌کننده مواد، به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی مصرف مواد مشکل چندانی برشمرده نمی‌شود. درواقع، آنها به انکار مسئله و مشکل می‌پردازند، چراکه انکار، نوعی پاسداری از خویشتن است و در آن اعضای خانواده گمان می‌کنند اگر مشکل مصرف الکل یا مواد وجود داشته باشد، مسئولیت آن بر دوش ایشان است. هنگامی که کوشش‌های اضافی برای کنترل مصرف شکست می‌خورد، آنها اغلب علت شکست را به خودشان نسبت می‌دهند. نه فرد وابسته و با شکست کوشش‌ها احساس خشم، کاهش عزت‌نفس و افسردگی در آنها پدید می‌آید.

وابستگی (اعتیاد) بیماری مغز است؛ یعنی فرایند حیاتی‌که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف اجباری تبدیل می‌کند، ریشه در تغییرات و خصوصیات ساختمان و شیمی اعصاب مغز افراد مصرف‌کننده دارد. مصرف مواد یک رشته پیامدهایی را آغاز می‌کند که می‌تواند پاداش‌دهنده یا بیزارکننده باشد و از طریق فرایند یادگیری ممکن است به افزایش یا کاهش احتمال تکرار مصرف مواد بینجامد. تحمل می‌تواند برخی عوارض و آثار م‌ساده مصرفی را کاهش دهد و سبب تسهیل یا اجبار مصرف مقادیر بیشتر و بیشتر مواد شود و بروز وابستگی پیگیری را شتاب و شدت بخشد. کیفیت بیزارکننده نشانه‌گان محرومیت اگر به اندازه‌ای بالاتر از آستانه مشخص برسد، انگیزه برای مصرف بیشتر را فراهم می‌کند. حساس‌سازی سیستم‌های انگیزشی نیز اهمیت محرک‌های مرتبط با مواد را افزایش می‌ده. مواد می‌توانند از طریق رفتار حالت‌های آزاردهنده و ناخوشایندی همانند درد، اضطراب، افسردگی، خشم و...، رفتارهای پیشاینده خود را تقویت کنند.

مصرف مواد (جدا از آثار دارویی آنها) اگر سبب تأیید دوستان یا به‌دست‌آوردن موقعیت ویژه‌ای شود، اثر تقویت‌کننده خواهد داشت. هربار مصرف مواد در پی نشنگی و شنگولی، کاهش حالات ناخوشایند و نشانه‌های محرومیت سبب تقویت مثبت آسان و شتابانی می‌شود. ابزارهای مصرف (بطری مشروب، پاکت مواد، سوزن و ...)، رفتارهای مرتبط با مصرف مواد و نشانه‌های موجودبودن مواد به صورت تقویت‌کننده ثانویه عمل می‌کنند و در حضور این عوامل، میل به مصرف مواد افزایش می‌یابد. در مصرف‌کنندگانی مواد، رویارویی با محرک‌های مرتبط با مواد، فعالیت مناطق لیمبیک مغز، از جمله آمیگدال یا سینگولای پیشین افزایش می‌یابد. پدیده‌های محرومیت الکل و مواد افیونی ممکن است نسبت به محرک‌های محیطی یا درونی شرطی شوند. مدت‌ها پس از ترک، فرد وابسته در رویارویی با محرک‌های محیطی که پیش‌تر با مصرف یا ترک مواد ارتباط داشته ممکن است دچار محرومیت شرطی شده، میل شدید شرطی شده و یا هر دو آنها شود. افزایش احساس میل شدید مصرف لزوماً با نشانه‌های محرومیت همراه نیست. نیرومندترین میل مصرف بر اثر شرایط مرتبط با موجودبودن یا مصرف مواد براگیزه‌شده می‌شود. عوامل ژنتیک، به‌ویژه در وابستگی به الکل کشف شده و گزارش‌هایی از روابط ژن‌هایی که بر تولید دوپامین اثر می‌گذارد منتشر شده است، افرادی که فعالیت افیونی درون‌زا در آنها اندک است یا فعالیت آتناکونستی افیونی درون‌زا بالاست، بیشتر در معرض خطر ابتلا به وابستگی مواد افیونی هستند، حتی در کسی که کارکرد گیرنده درون‌زای او کاملاً

بهنجار و غلظت عصب- سانه‌های او طبیعی است، مصرف طولانی‌مدت یک ماده مورد مصرف ممکن است درنهایت سامانه‌های گیرنده را در مغز دگرگون کند، به‌گونه‌ای که مغز برای حفظ تعادل نیازمند ماده بروزنا باشد. چنین فرایندی در سطح گیرنده ممکن است مکانیسم پیدایش تحمل در دستگاه عصبی مرکزی باشد. بااین‌حال اثبات تغییر میزان آزاداشدن عصب- رسانه و کارکرد گیرنده ناقل صعبی دشوار بوده و پژوهش‌های نوین بر اثرات مواد بر سامانه پیام‌برنده دوم و تنظیم ژن متمركز است. سامانه‌های افیونی، آنتکولامین‌ها (به‌ویژه دوپامین)، و گابا (گاما‌آمینوبوتیریک اسید) عصب- سانه‌های اصلی فرایند پیدایش مصرف و وابستگی به مواد هستند. نورون‌های دوپامین‌رئیک ناحیه تگمنثال شکمی که به نواحی قشری، لیمبیک و هسته اکومینس کشیده می‌شوند، در این راستا اهمیت ویژه دارند. این مسیر احساس‌پاداش ممکن است مابجی اسرات اثرات موادی همانند آمفتامین‌ها و کوکائین باشد. چنین گمان می‌رود که لوکوس سرولئوس که بزرگ‌ترین جایگاه نورون‌های آدرنرئیک است، احتمالاً مرکز تأثیر ترکیبات مواد افیونی و شبه‌افیونی باشد.

ادامه در صفحه ۱۱