



راهنمای روان‌شناسان

آشنایی با درمان نگهدارنده با
متادون و بوپرنورفین

شناسنامه سند آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین

نام سند	آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین
نگارش	انتشارات مهرسا
تاریخ صدور	۱۳۹۳
نام کامل فایل	آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین (راهنمای روان شناسان)
شرح سند	در مورد درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین
نویسنده/مترجم	مولفان : مهرداد احترامی ، سید رامین رادفر،ستاره محسنی فر،علیرضا نوروزی، حامد اختیاری ، رابرت فرنام،علی فرهودیان ، آذرخش مکری ، بهروز مشکینی ویراستار :علیرضا نوروزی

الحمد لله
الرحمن الرحيم

آشنایی با

درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین

راهنمای روان شناسان



II | آشنایی با «درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین»

عنوان و نام پدیدآور: آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین (راهنمای روانشناسان) // مؤلفان مهرداد احترامی... [و دیگران]؛ [به سفارش] مرکز ملی مطالعات اعتیاد، مشخصات نشر: تهران: مهرسا، ۱۳۹۲. مشخصات ظاهری: ۱۵۶ ص. / شابک: ۵-۴۴-۶۵۹۱-۶۰۰-۹۷۸ / وضعیت فهرست نویسی: فیفا / یادداشت: مؤلفان (به ترتیب الفبا): مهرداد احترامی، سید رامین رادفر، ستاره محسنی فر، علیرضا نوروزی، حامد اختیاری، رابرت فرنام، علی فرهودیان، آدرخش مکر. / موضوع: درمان نگهدارنده با متادون موضوع: بوپرنورفین - مصارف درمانی / موضوع: اعتیاد - درمان شناسه افزوده: احترامی، مهرداد، ۱۳۴۶- شناسه افزوده: مرکز ملی مطالعات اعتیاد / رده بندی کنگره: ۵۶۸RC / ۵۳۱۲م / ۱۳۹۲ / رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۶۳۲۰۶۱ / شماره کتابشناسی ملی: ۳۲۰۵۲۱۹

نام کتاب: آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین (راهنمای روان شناسان)

نام انگلیسی: Psychologist Guide to Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapies

مجموعه کتاب های آموزشی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

مؤلفان: مهرداد احترامی، سیدرامین رادفر، ستاره محسنی فر، علیرضا نوروزی،

و حامد اختیاری، رابرت فرنام، علی فرهودیان، بهروز مشکینی، آدرخش مکر (به ترتیب الفبا).

(شورای تدوین منابع آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد)

ویراستار: علیرضا نوروزی

طراح گرافیک: مرضیه خانی زاده

کار نویسند: علی میرایی

هماهنگی: کبریا عدلی

شابک: ۵-۴۴-۶۵۹۱-۶۰۰-۹۷۸

ناشر: انتشارات مهرسا

نوبت چاپ: اول سال انتشار: ۱۳۹۲ شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

آدرس: ایران، تهران، خیابان کارگر جنوبی، میدان قزوین، شماره ۴۸۶

وب سایت: <http://incas.tums.ac.ir>

ایمیل: incas@tums.ac.ir - incaseknowledgehub@sina.tums.ac.ir

قطب دانش منطقه ای «انجمن کاهش آسیب خاورمیانه و شمال آفریقا»، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
کلیه حقوق مادی و معنوی کتاب برای مرکز ملی مطالعات اعتیاد محفوظ است.



سخن اول

مصرف مواد عوارض و هزینه‌های جبران‌ناپذیری به مصرف‌کنندگان، خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل می‌کند. براساس گزارش جهانی مواد در سال ۱۳۸۹ حدود ۲۳۰ میلیون نفر حداقل یک بار مواد غیرقانونی را مصرف کرده‌اند که ۲۷ میلیون نفر از آنها مصرف مشکل‌آفرین دارند. کمتر از یک پنجم از این جمعیت ۲۷ میلیونی مصرف‌کننده مشکل‌آفرین مواد نیازمند به درمان، در طول سال از خدمات درمانی استفاده کرده‌اند. برآورد شده است که برای درمان کل جمعیت نیازمند به درمان بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ میلیارد دلار بودجه لازم است. در بیشتر کشورهای آسیا و اروپا، مواد افیونی شایع‌ترین مواد مورد استفاده در افراد متقاضی درمان هستند. درمان‌های نگهدارنده از موفق‌ترین روش‌های درمان وابستگی به مواد افیونی می‌باشند و سابقه استفاده از آنها در دنیا نسبتاً طولانی است (درمان نگهدارنده با متادون از سال ۱۳۳۸ به کار گرفته شده است). علی‌رغم اینها در سال ۱۳۸۷ تنها در ۳۰ درصد از کشورهای دنیا دسترسی به درمان‌های نگهدارنده برای درمان وابستگی به مواد افیونی وجود داشته است و این میزان دسترسی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی کمتر از ۲۰ درصد بوده است.

شواهد معتبر علمی اثربخشی متادون و بوپرنورفین را در کاهش مرگ و ناخوشی افراد وابسته به مواد افیونی اثبات کرده‌اند. درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست اپیوئیدی اهداف زیر را دنبال می‌کنند:

- کاهش مصرف تزریقی مواد افیونی و در نتیجه کاهش گسترش عفونت‌های منتقله از راه خون به ویژه عفونت اچ‌آی‌وی
- کاهش مصرف هروئین و سایر مواد غیرقانونی در افراد تحت درمان
- بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در افراد تحت درمان
- تسهیل توان‌بخشی اجتماعی در افراد تحت درمان و بازگشت آنها به زندگی مولد
- کاهش خطر مرگ مربوط به مصرف مواد افیونی

- کاهش درگیری افراد تحت درمان در وقوع جرائم
- در میان کشورهای منطقه، جمهوری اسلامی ایران تنها کشوری است که توانسته است با اجرای برنامه درمان نگهدارنده در اجتماع و زندان به صورت گسترده، تحقق‌پذیر بودن، کارایی و ایمنی آن را به نمایش بگذارد. مرکز ملی مطالعات اعتیاد در این زمینه از طریق اجرای اولین پروژه‌های پایلوت درمان با داروهای آگونیست همچون متادون، بوپرنورفین و ایپوم تینکچر، آموزش پزشکان و کارکنان مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد و تدوین راهنماهای آموزشی در کشور نقش بسیار مهمی ایفا نموده است.
- مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران همچنین در سال‌های اخیر به عنوان قطب آموزش منطقه‌ای اقدام به تدوین مجموعه کتابچه‌های آموزشی در زمینه درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین نموده که کتابچه حاضر سومین جلد از این مجموعه است. تلاش نویسندگان آن بوده که آخرین یافته‌های پژوهشی مرتبط با مداخلات روانی، اجتماعی در برنامه‌های درمان نگهدارنده را به شکل مناسب برای گروه مخاطب روان‌شناسان و مددکاران ارایه نمایند. ضمن قدردانی از زحمات نویسندگان، امید است کتابچه حاضر بتواند در گسترش و تعمیق مبانی درمان‌های نگهدارنده و تأکید بر اهمیت مداخلات روانی، اجتماعی مفید واقع شود.

دکتر سیدعباس متولیان

رییس مرکز

پیشگفتار

قطب آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد یکی از سه قطب آموزشی پروژه «مؤسسه کاهش آسیب خاورمیانه و شمال آفریقا»^۱ (منارا) است. این پروژه شامل شبکه‌سازی، ظرفیت‌سازی، حمایت تکنیکی و مالی به منظور تدوین و راه‌اندازی برنامه‌های الگو کاهش آسیب در خاورمیانه و شمال آفریقا می‌شود. «منارا» به منظور ایفای نقش در اقدامات ملی و منطقه‌ای معطوف به افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در منطقه از طرف دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت^۲ مورد حمایت قرار گرفته است. یکی دیگر از مقاصد این برنامه حمایت‌یابی به منظور فراهم نمودن محیطی مساعد برای اجرا و گسترش فعالیت‌های کاهش آسیب همچون برنامه‌های سرنگ و سوزن و درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست در منطقه است.

از شروع این برنامه در سال ۱۳۸۶ تا به امروز، قطب آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران چندین کارگاه آموزشی برای شرکت‌کنندگان ایرانی و غیرایرانی در زمینه‌های مختلف کاهش آسیب برگزار کرده است. اقدام مهم دیگر این مرکز، تهیه کتابچه‌های آموزشی برای مراجعان، خانواده‌ها و درمان‌گران مراکز درمان سوءمصرف مواد است. کتاب حاضر، یکی از این کتابچه‌ها بوده، و گروه هدف آن روان‌شناسان و مشاوران هستند. روان‌شناسانی که تجربه کار در مراکز درمان سوءمصرف مواد ندارند، و علاقمندند درباره مداخلات روانی، اجتماعی در درمان اعتیاد بیشتر بدانند، با مطالعه این کتاب اطلاعات مفیدی در این زمینه کسب خواهند کرد. این اطلاعات همچنین به روان‌شناسان برای ورود به این حوزه به عنوان یک شغل در آینده کمک می‌کند. روان‌شناسان شاغل در مراکز درمان سوءمصرف مواد با مطالعه این کتاب اطلاعات مفیدی درباره اصول مشاوره و نقش مداخلات روانی، اجتماعی افزوده شده به درمان‌های دارویی، خصوصاً درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست کسب خواهند کرد.

علیرضا نوروزی
مدیر قطب آموزشی

¹ MENAHRA: Middle East and North Africa Harm Reduction Association

² WHO-EMRO

فهرست مطالب

مقدمه

آیا این کتاب برای من نوشته شده است؟

در این کتاب چه می‌خوانید؟

تعاریف

فصل ۱- وضعیت همه‌گیری سوءمصرف مواد افیونی چگونه است؟

همه‌گیری شناسی مصرف مواد غیرقانونی

همه‌گیری شناسی مصرف مواد افیونی

جهان

منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا

مصرف تزریقی مواد و اچ‌آی‌وی

میزان مصرف تزریقی

ارتباط مصرف تزریقی مواد و عفونت اچ‌آی‌وی

بار وابستگی به مواد افیونی

فصل ۲- اعتیاد چیست؟

بیماری اعتیاد چگونه ایجاد می‌شود؟

فصل ۳- جایگاه درمان نگهدارنده در میان سایر درمان‌های اعتیاد کجاست؟

کاهش آسیب

درمان نگهدارنده با متادون

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

۲۹	رویکرد درمان پرهیزمدار
۳۱	فصل ۴- درمان نگهدارنده چگونه انجام می‌شود؟
۳۱	درمان نگهدارنده با متادون برای چه کسانی مناسب‌تر است؟
۳۲	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین برای چه کسانی مناسب‌تر است؟
۳۴	مراحل درمان نگهدارنده با متادون
۳۷	مراحل درمان نگهدارنده با بوپرنورفین
۳۸	نقش روان‌شناس در اجرای درمان نگهدارنده چیست؟
۴۱	فصل ۵- ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران معتاد کدامند؟
۴۱	چه ویژگی‌هایی در فرد معتاد نیازمند مشاوره و روان‌درمانی است؟
۴۵	مسائل شناختی، رفتاری و هیجانی
۴۷	روان‌پویایی اعتیاد
۴۹	واکنش‌های دفاعی روانی در بیماران معتاد
۴۹	مسائل بین‌فردی و ارتباطی بیماران معتاد
۵۵	فصل ۶- انواع مداخلات روان‌شناختی در درمان اعتیاد کدامند؟
۵۵	چرخه تغییر رفتار
۵۸	معرفی مداخله‌های روانشناختی اعتیاد
۵۹	مشاوره انگیزشی
۶۳	مدیریت مشروط
۶۵	درمان‌های شناختی، رفتاری
۶۵	مداخله در بحران
۶۶	روان‌تحلیلی
۶۶	گروه‌درمانی

۶۶	خانواده درمانی
۶۷	درمان شبکه‌ای
۶۸	زوج درمانی
۶۸	پیشگیری از عود
۷۱	آموزش خانواده
۷۲	اجتماع درمان مدار
۷۳	گروه‌های خودیاری
۷۴	مداخلات روانی، اجتماعی برای درمان اختلالات روانی پزشکی همراه
۷۵	مداخلات روانی، اجتماعی و مواد مختلف مورد سوء مصرف
۷۵	مت‌آفتامین و سایر مواد محرک
۷۶	حشیش
۷۷	فصل ۷- چگونه افزودن مداخلات روان‌شناختی درمان‌های نگهدارنده را تقویت می‌کنند؟
۷۷	مصاحبه انگیزشی
۷۹	آموزش کاهش رفتارهای پرخطر
۸۰	مدیریت مشروط
۸۰	مدیریت مشروط افزوده شده به درمان‌های نگهدارنده
۸۲	کاربرد روش مدیریت مشروط برای درمان سوء مصرف هم‌زمان مواد محرک
۸۳	پایش مصرف مواد در مدیریت مشروط
۸۴	درمان‌های شناختی، رفتاری
۸۵	زوج درمانی و خانواده درمانی
۸۶	روان تحلیلی
۸۶	درمان‌های نگهدارنده در اجتماع درمان مدار

۸۷	معرفی بیماران روی درمان نگهدارنده به گروه‌های خودیاری
۸۹	فصل ۸- برنامه درمان چگونه طراحی و اجرا می‌شود؟
۸۹	ارتباط درمانی
۱۰۱	غربال‌گری و ارزیابی
۱۰۲	برنامه‌ریزی مراقبت: سفر بهبودی نیازمند نقشه راه است
۱۰۷	آزمایش مواد
۱۰۸	تیم درمان و نقش روان‌شناس
۱۱۰	روان‌شناس شاغل در درمان اعتیاد باید چه ویژگی‌هایی داشته باشد؟
۱۱۱	صلاحیت‌های لازم برای عرضه مداخلات روانی، اجتماعی در درمان اعتیاد
۱۱۳	برخی اشتباه‌های شایع
۱۱۴	روان‌درمانی گران قیمت و وقت‌گیر است!
۱۱۹	اشتباه‌های درمانی
۱۱۹	اشتباه در تشخیص و برنامه‌ریزی مراقبت
۱۲۰	اشتباه در اجرای برنامه مراقبت
۱۲۰	اشتباه در ارزیابی توانایی خود
۱۲۰	جمع‌بندی
۱۲۲	منابع برای مطالعه بیشتر
۱۲۴	واژه‌یاب
۱۲۶	



مقدمه

آیا این کتاب برای من نوشته شده است؟

درمان وابستگی به مواد به شرطی با بهترین نتایج درمانی همراه است که درمان‌های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی همراه شوند. «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست گیرنده‌های آپئویدی» (متادون و بوپرنورفین) یا به اختصار درمان نگهدارنده یکی از شیوه‌های درمانی است که علاوه بر کنترل علائم جسمی بیماری، مراجع را برای پذیرش مداخلات غیردارویی آماده می‌نماید. این کتاب یکی از مجموعه کتاب‌هایی است که به منظور آشنایی با درمان‌های نگهدارنده، برای مخاطب روان‌شناس نوشته شده است. نویسندگان این مجموعه بر این باورند که به طور کلی دانش پایه روان‌شناسی تدریس شده در دانشگاه‌ها برای ورود به محیط درمان اعتیاد کافی است، گرچه مطالعه منابع تخصصی این حوزه، طی کردن دوره‌های آموزش‌های نظری و عملی تکمیلی و کسب تجربه درمان بیماران، برای ارایه صحیح و مؤثر مداخلات روان‌شناختی درمان سوءمصرف مواد ضروری است. بدیهی است کسب تجربیات عملی توسط روان‌شناسان و هماهنگی آن‌ها با سایر اعضای تیم درمانی کمک بزرگی به بهبود نتایج درمانی خواهد کرد.

فارغ التحصیلان رشته‌های روان‌شناسی علاقمند به فعالیت بالینی می‌توانند با ورود به این حوزه کاری، علاوه بر مقابله با یکی از مهم‌ترین اختلالات حوزه سلامت روان، دانش و تجربه بالینی و اجتماعی عمیقی به دست آورده، امکان اشتغال و فعالیت علمی مناسبی را برای خود فراهم کنند.

در این کتاب چه می‌خوانید؟

در این کتاب، پس از مرور تعاریف اصطلاحات رایج در درمان اعتیاد، به ترسیم تصویر کلی از وضعیت اعتیاد به مواد در ایران و جهان، عوارض و روند آن پرداخته می‌شود. سپس شکل بالینی بیماری اعتیاد و عوامل مؤثر در ایجاد آن مورد توجه قرار می‌گیرد. در پی آن، رویکرد درمان پرهیزمدار و نگهدارنده، اندیکاسیون‌ها، شیوه‌های اجرایی (با تاکید بر مقررات جاری) توصیف می‌شود. سپس، ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران معتاد از دیدگاه مکاتب مختلف روان‌شناسی توضیح داده می‌شود. بخش مهم کتاب به توصیف انواع مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در درمان اعتیاد و نقش افزوده شدن مداخلات روان‌شناختی به درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین اختصاص یافته است. در انتها ارزیابی بیمار، برنامه‌ریزی درمان و جایگاه درمان نگهدارنده در نظام مراقبت سلامت به صورت کلی مرور می‌شود. اطمینان داریم این مجموعه که با نظرات و پیشنهادهای خوانندگان غنی‌تر خواهد شد، بازاریابی نظری مناسبی را برای آنچه ما «ایجاد انگیزه مقابله علمی با اعتیاد» می‌نامیم فراهم خواهد کرد.

تعاریف

اعتیاد (Addiction):

به تعریف «وابستگی» مراجعه کنید. به مصرف مکرر و اجباری مواد روان گردان علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن اطلاق می‌شود. واژه «اعتیاد» در گذشته شایع‌تر بود، اما چون تصور می‌شد استفاده از این واژه برای بیماران انگ‌زننده است، تا حد زیادی جای خود را به واژه «وابستگی» داد. در متون علمی جدید تمایل به استفاده از اصطلاح «اعتیاد» برای توصیف این بیماری رو به افزایش است.

باز توانی (Rehabilitation):

به مجموعه مداخلات و برنامه‌هایی گفته می‌شود که پس از درمان علایم حاد بیماری، به فرد کمک می‌کند به بهترین سطح عملکرد خود در حوزه‌های فردی، بین‌فردی و اجتماعی دست یابد.

بازگیری طبی (Medically Assisted Withdrawal):

فرایندی که در طول آن با تجویز دارو علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روان گردان کنترل می‌شود. بازگیری اولین مرحله درمان بوده و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست. تعریف واژه «سم‌زدایی» را نیز ملاحظه فرمایید.

برنامه سرنگ و سوزن (Needle, Syrinhe Program: NSP):

برنامه‌ای است که به تحویل سرنگ، سوزن و کاندوم رایگان، جمع‌آوری سوزن و سرنگ‌های مستعمل و ارایه مشاوره و آموزش به افراد سوء‌مصرف‌کننده تزریقی در خصوص تزریق ایمن می‌پردازد. این برنامه همچنین به ارزیابی افراد از نظر ابتلا به بیماری‌های منتقل‌شونده از راه خون می‌پردازد.

بوپرنورفین (Buprenorphine):

یک آگونیست نسبی (دارای ترکیبی از اثرات آگونیستی و آنتاگونیستی) گیرنده‌های اپیویدی است که در درمان وابستگی به مواد افیونی استفاده می‌شود.

پرهیز (Abstinence):

به اجتناب از مصرف مواد مخدر یا سایر رفتارهای اعتیادی گفته می‌شود.

تحمل (Tolerance):

وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیش‌تری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی است.

داروهای آگونیست (Agonist Drugs):

در درمان اعتیاد به داروهایی گفته می‌شود که با اتصال به گیرنده‌های اپیویدی در مغز - محل اتصال و اثر مواد افیونی - و فعال کردن آن‌ها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کنند. مانند: متادون، بوپرنورفین.

داروهای آنتاگونیست (Antagonist Drugs):

داروهایی که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال شدن این گیرنده‌ها می‌شوند. از نظر داروشناختی، تأثیر داروهای آنتاگونیست بر روی گیرنده اثرات فیزیولوژیک و رفتاری عوامل دارویی آگونیست را مهار می‌کند. برای مثال، نالترکسون یک آنتاگونیست اپیویدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های اپیویدی و ممانعت از فعال‌سازی آن‌ها می‌شود.

درمان جایگزین با داروهای اُپیویدی (Opioid Substitution Therapy: OST):

به جایگزین کردن مصرف آسیب‌رسان مواد افیونی غیرقانونی با داروهای اُپیویدی گفته می‌شود. تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» را نیز ملاحظه فرمایید.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (Agonist Maintenance Treatment):

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های اُپیویدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. در این کتاب منظور از «درمان نگهدارنده»، «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» است. اصطلاح «درمان نگهدارنده» و «درمان جایگزین» معمولاً به صورت معادل به کار می‌روند. اصطلاح «درمان جایگزین» بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض مصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی اُپیویدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح «درمان نگهدارنده» بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی‌مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپیویدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می‌شود. مؤلفان بر این باورند که اصطلاح «نگهدارنده»، بهتر از اصطلاح «جایگزین» اثرات درمانی این روش را منعکس می‌نماید، لذا در این کتاب همه جا از اصطلاح «درمان نگهدارنده» برای توصیف این روش درمانی استفاده شده است.

سرخوشی (Euphoria):

احساس تشدیدشده خوشحالی، نشنگی.

سم‌زدایی (Detoxification):

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرایندی که در طول آن علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی مفهوم کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

سندرم محرومیت (Withdrawal):

مجموعه علائمی که پس از ترک یا کاهش ناگهانی مصرف مستمر و طولانی مدت مواد روان گردان ظاهر می شوند. سندرم محرومیت با نشانه های فیزیولوژیک، جسمی و روان شناختی همراه است. محرومیت یکی از علائم سندرم وابستگی است.

سوء مصرف مواد (Drug Abuse):

تداوم مصرف مواد، علی رغم بروز مشکلات خانوادگی، اجتماعی یا قانونی را سوء مصرف مواد می گویند.

عود (Relapse):

بازگشت به مصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علائم وابستگی همراه است. باید میان «لغزش»^۳ و عود تفاوت قایل شد. لغزش به یک نوبت مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز از مواد گفته می شود. عود در مصرف کنندگان مواد بسیار شایع است و بیش تر آن ها قبل از دستیابی به پرهیز طولانی مدت چندین بار عود می کنند.

کاهش آسیب (Harm Reduction):

به مجموعه سیاست ها یا برنامه هایی گفته می شود که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی مصرف مواد طرح ریزی شده باشند، هر چند فرد مصرف کننده به مصرف مواد ادامه دهد. گروه های هدف در برنامه های کاهش آسیب مواد غالباً از گروه های حاشیه ای و سخت دسترس هستند لذا برنامه های کاهش آسیب باید از بدو شروع فعالیت، روشی مشخص برای دسترسی به آن ها داشته باشند.

^۳ lapse

متادون (Methadone):

یک داروی آگونیست اپیویدی صنعتی است که در درمان نگهدارنده بیماران وابسته به مواد افیونی استفاده می‌شود. متادون نیمه‌عمر طولانی دارد و به صورت خوراکی و یک بار در روز قابل تجویز است.

معتادان گمنام (Narcotic Anonymous; NA):

معتادان گمنام یک گروه خودیاری است که با استفاده از اصول و سنت‌های برنامه‌های ۱۲ قدمی به اعضای خود برای دستیابی به پرهیز و حفظ آن کمک می‌کند.

مصاحبه انگیزشی (Motivational Interview):

یک سبک مصاحبه که هدف آن افزایش انگیزه بیمار برای تغییر رفتار است.

مصرف مواد چندگانه (Polysubstance Use):

به مصرف هم‌زمان چندین ماده روان‌گردان اطلاق می‌گردد.

مواد افیونی (Opioids):

مواد افیونی به ترکیبات افیونی و سایر ترکیبات نیمه‌صناعی و صنعتی با خواص مشابه اطلاق می‌شود. مواد افیونی موادی وابستگی‌آور هستند که اثرات خود را از طریق فعال‌سازی گیرنده‌های اپیویدی در مغز القا می‌کنند و مصرف مستمر آن می‌تواند منجر به وابستگی شود.

مواد روان‌گردان (Psychoactive Substances):

به موادی گفته می‌شود که در صورت مصرف تدریجی، خوراکی، استنشاقی، مشامی یا تزریقی فرآیندهای شناختی مثل شناخت یا عاطفه را متاثر می‌نماید.

مواد مخدر (Narcotic Drugs):

مواد مخدر گروهی از مواد روان گردان هستند که از گیاهی به نام خشخاش به دست آمده و شامل تریاک، مورفین، کدین و... می‌شوند. اصطلاح مخدر همچنین برای یک ماده نیمه‌صناعی یعنی هرویین که از ترکیبات خشخاش به دست می‌آید به کار برده می‌شود.

وابستگی (Dependence):

وضعیتی که با مصرف اجباری مواد، علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن مشخص می‌شود.

وسوسه مواد (Drug Craving):

به تمایل قدرتمند به مصرف مواد طلاق می‌شود. این اصطلاح برای هر دو حالت وابستگی جسمی یا روانی به کار می‌رود.

ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus):

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی ویروس ایجاد کننده ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) است. اچ‌آی‌وی از طریق خون، مایع منی، ترشحات واژینال و شیر مادر منتقل می‌شود. درمان‌هایی برای به تأخیر انداختن پیشرفت عفونت اچ‌آی‌وی به ایدز شناسایی شده است، اما هنوز واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

فصل یک: وضعیت همه‌گیری سوء مصرف مواد افیونی چگونه است؟

همه‌گیری شناسی مصرف مواد غیرقانونی

بر اساس تخمین‌های سازمان ملل از هر ۲۰ نفر جمعیت بزرگسال جهان یک نفر مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می‌کند. باید توجه داشت که این تخمین افرادی را که گهگاه مواد مصرف می‌کنند نیز در برمی‌گیرد، بنابراین برای تخمین ابعاد مشکل مصرف مواد در سطح جهان لازم است از تعداد کسانی که مصرف مستمر و مشکل‌آفرین مواد دارند مطلع باشیم. مصرف‌کنندگان مشکل‌آفرین مواد در حدود یک دهم جمعیت مصرف‌کننده مواد را تشکیل می‌دهند (شکل ۱).

تعداد افراد مصرف‌کننده تزریقی مواد ۶۴-۱۵ ساله:

۲۱-۱۱ میلیون نفر

تعداد «مصرف‌کنندگان مشکل‌آفرین مواد»

۶۴-۱۵ ساله: ۳۸-۱۸ میلیون نفر

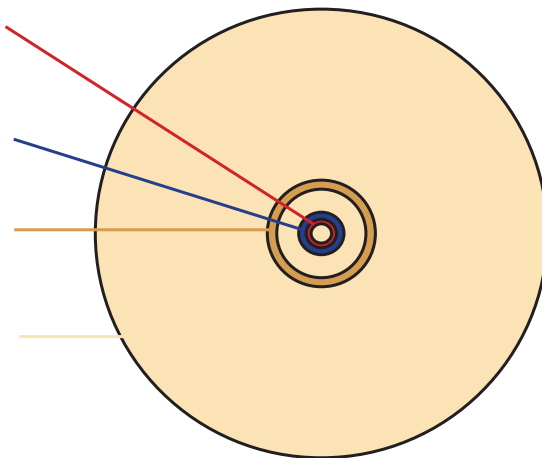
تعداد افراد ۶۴-۱۵ ساله که حداقل یک بار در

سال گذشته مواد غیرقانونی مصرف کرده‌اند:

۲۵۰-۱۷۲ میلیون نفر

کل جمعیت ۶۴-۱۵ ساله جهان در سال ۲۰۰۷:

۴۳۴۳ میلیون نفر



شکل ۱- مصرف مواد غیرقانونی در جمعیت بزرگسال ۶۴-۱۵ ساله جهان در سال ۲۰۰۷ (گزارش جهانی مواد ۲۰۰۹)

همه گیری شناسی مصرف مواد افیونی

مواد مخدر^۴ گروهی از مواد روان گردان هستند که از گیاهی به نام خشخاش به دست آمده و شامل تریاک، مورفین، کدیین و... می شوند. اصطلاح مخدر همچنین برای یک ماده نیمه صنعتی یعنی هرویین که از ترکیبات خشخاش به دست می آید به کار برده می شود. واژه «مواد افیونی»^۵ به مشتقات تریاک و سایر ترکیبات نیمه صنعتی و صنعتی با خواص مشابه اطلاق می شود. مواد افیونی موادی وابستگی آور هستند که اثرات خود را از طریق فعال سازی گیرنده های اپیویدی در مغز القا می کنند. مواد افیونی ممکن است به صورت تدریجی، خوراکی یا تزریقی مصرف شوند. مصرف مستمر مواد افیونی می تواند منجر به وابستگی یا اعتیاد شود.

افزایش تولید خشخاش در افغانستان نقش مهمی در افزایش دسترسی به مواد افیونی در سال های اخیر در کشورهای منطقه داشته است. مقایسه روند قیمت مواد افیونی در افغانستان به خوبی نشان می دهد، چگونه دو برابر شدن تولید خشخاش در افغانستان بین سال های ۲۰۰۳ تاکنون قیمت مواد افیونی را به صورت قابل توجهی کاهش داده است.

جهان

گزارش سازمان ملل حاکی از آن است که در سال ۲۰۰۷ بین ۱۵/۱ تا ۲۱/۲ میلیون نفر (میانگین ۱۸/۲ میلیون نفر) حداقل یک بار مواد افیونی مصرف کرده اند. این میزان ها ۰/۵-۰/۳٪ از کل جمعیت ۶۴-۱۵ ساله جهان را تشکیل می دهند.

منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا

بررسی روندهای جهانی نشان می دهد که بالاترین سطوح مصرف مواد افیونی در مسیرهای اصلی قاچاق مواد مخدر مجاور افغانستان یعنی کشورهای خاورمیانه و آسیای مرکزی دیده می شود. بیش از نیمی از جمعیت مصرف کننده مواد افیونی در آسیا هستند. مواد افیونی ماده اصلی مورد سوء مصرف در منطقه آسیای مرکزی و غربی

^۴ narcotics

^۵ opioids

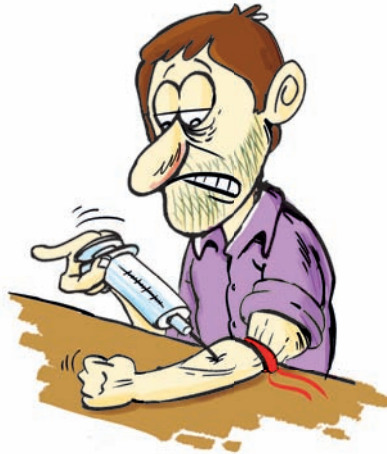
است. داده‌های موجود نشان‌دهنده افزایش مصرف هرویین، کاهش سن شروع مصرف و افزایش تقاضا برای درمان در کشورهای خاور نزدیک و خاورمیانه است. گزارش‌هایی از افزایش مصرف مواد افیونی در قاره آفریقا وجود دارد. تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی در آفریقا ۱/۰۰ تا ۲/۷۸ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. دامنه باز این تخمین بازتاب‌دهنده عدم قطعیت این تخمین به دلیل ضعف نظام‌های ملی گزارش‌دهی است. تقریباً تنها ماده افیونی مورد مصرف هرویین است که ماده مشکل‌آفرین اصلی مصرف‌کنندگان مواد در کشورهای مثل کنیا، موریتانی، نیجریه، تانزانیا و زامبیا است. روندهای گزارش‌شده مصرف هرویین حاکی از آن است که مصرف هرویین در شرق و جنوب آفریقا رو به افزایش است. این موضوع بازتاب‌دهنده افزایش نقش کشورهای آفریقایی در قاچاق مواد افیونی از افغانستان به اروپا است. در آفریقا، مواد افیونی دومین ماده مورد سوءمصرف در متقاضیان درمان است و افزایش تقاضای درمان برای مواد افیونی در بخش‌های شرق و جنوب قاره دیده می‌شود.

مصرف تزریقی مواد و اچ‌آی‌وی میزان مصرف تزریقی

در سال ۲۰۰۸، سوءمصرف تزریقی مواد در ۱۴۸ کشور جهان که ۹۵٪ جمعیت جهان را در خود جا داده‌اند، گزارش شده است. تخمین شیوع مصرف تزریقی مواد فقط در ۶۱ کشور جهان در دسترس است که ۷۷٪ جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. تخمین زده می‌شود که بین ۱۱ تا ۲۱ میلیون نفر در سطح جهان مواد را به صورت تزریقی مصرف



می‌کنند. در تمام کشورهای ناحیه منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا مصرف تزریقی مواد گزارش شده است، اما تخمین میزان مصرف کنندگان تزریقی برای تمام کشورهای منطقه در دسترس نیست.



ارتباط مصرف تزریقی مواد و عفونت اچ‌آی‌وی

مصرف تزریقی مواد در بسیاری از نقاط جهان عامل گسترش همه‌گیری اچ‌آی‌وی است. عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی در ۱۲۰ کشور جهان گزارش شده است. تخمین زده می‌شود که بین ۰/۸ تا ۶/۶ میلیون نفر مصرف‌کننده تزریقی در جهان اچ‌آی‌وی مثبت هستند. حدود ۱۰-۵ درصد از کل موارد اچ‌آی‌وی در جهان از طریق اعتیاد تزریقی انتقال می‌یابد و اگر ناحیه تحت‌صحرائی آفریقا را کنار بگذاریم حدود ۳۰ درصد از کل موارد اچ‌آی‌وی از طریق تزریق غیرایمن مواد منتقل می‌شوند. در برخی کشورها در آسیا و اروپا بیش از ۷۰٪ عفونت‌های اچ‌آی‌وی به مصرف تزریقی مواد قابل انتساب است و مواد افیونی شایع‌ترین موادی هستند که به صورت تزریقی مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند.

سرعت انتقال عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی بسیار مهم است. یک دهه قبل، هیچ موردی از عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی استونیا گزارش نشده بود، اما در یک ارزیابی اخیر ۷۲٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در این کشور اچ‌آی‌وی مثبت بودند. ارتباط میان اعتیاد تزریقی و عفونت اچ‌آی‌وی در کشورهای مختلف منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا گزارش شده است.

بار وابستگی به مواد افیونی

وابستگی به مواد افیونی یک معضل سلامت عمومی و توسعه اقتصادی-اجتماعی هم برای جوامع صنعتی و هم برای جوامع در حال توسعه است. وابستگی به مواد و مصرف مواد غیرقانونی مشکلات تندرستی، فقر، خشونت، رفتار مجرمانه و طرد اجتماعی در پی دارد. علاوه بر هزینه‌های مراقبت بهداشتی، وابستگی به مواد به اشکال مختلف مثل کاهش توانایی تولید و درآمد خانواده، خشونت، مشکلات امنیتی، حوادث ترافیکی و کار به جامعه هزینه تحمیل نموده و با فساد مالی ارتباط دارد. این هزینه‌ها منجر به هدر رفتن غیرقابل قبول منابع مالی و انسانی می‌شود. عوارض اصلی مصرف مواد افیونی در حوره سلامت شامل خطر بالاتر مرگ پیش از موعد و در صورت تزریق مواد افیونی افزایش خطر انتقال عفونت‌های منتقل‌شونده از راه خون مثل اچ‌آی‌وی، هپاتیت B و C است.

کسانی که به مواد افیونی وابسته هستند و موادی فاقد قدرت و کیفیت مشخص را به صورت ترکیبی با سایر مواد مصرف می‌کنند، مکرراً بیش مصرف یا اوردوز را تجربه نموده و در معرض خطر بالای مرگ هستند. مطالعات طولی نشان می‌دهد، ۳-۲٪ بیماران وابسته به مواد افیونی سالانه می‌میرند. میزان مرگ‌ومیر افراد وابسته به هرویین ۶ تا ۲۰ برابر بیش‌تر از جمعیت عمومی تطبیق داده شده از نظر سن و جنس است.

به خاطر استفاده از وسایل تزریق و محلول مواد استفاده‌شده توسط دیگری، تماس جنسی با سایر مصرف‌کنندگان تزریقی و فعالیت جنسی پرخطر، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نسبت به عفونت اچ‌آی‌وی و سایر ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون آسیب‌پذیر هستند. گرچه بیش‌تر مصرف‌کنندگان تزریقی مرد هستند، مصرف‌کنندگان مؤنث ممکن است نسبت به اچ‌آی‌وی بیش از هم‌تایان مرد خود آسیب‌پذیر باشند، زیرا آن‌ها با احتمال بالاتری از وسایل تزریق شریک جنسی خود استفاده می‌کنند و اغلب برای آن‌ها بحث درباره مصرف کاندوم و عملکردهای جنسی کم



خطرتر دشوار است. مصرف کنندگان تزریقی با احتمال بیش تر ممکن است درگیر خرید یا فروش رابطه جنسی باشند.

مصرف تزریقی مواد اکنون راه اصلی انتقال ویروس هپاتیت C است. عفونت با ویروس هپاتیت C منجر به عفونت مزمن در ۸۵-۶۰٪ موارد می شود. تقریباً ۱۵-۷٪ موارد مبتلا به عفونت مزمن در طول ۲۰ سال به سمت سیروز کبدی پیش می روند و از میان آن ها بخشی دچار سرطان کبد می شوند.

ارتباط قوی بین وابستگی و مصرف مواد افیونی با جرم و جنایت وجود دارد؛ کسانی که به مواد افیونی وابسته هستند اغلب برای به دست آوردن پول و خرید مواد اقدام به فعالیت غیرقانونی می کنند، تحت تأثیر مواد اقدام به رفتار غیرقانونی می کنند و بین عوامل مؤثر در شکل گیری رفتارهای غیرقانونی و عوامل همراه با شروع مصرف مواد غیرقانونی ارتباط وجود دارد. جرم و جنایت عموماً شامل جنایات ثانویه، خرید و فروش مواد و تن فروشی می شود.

تخمین زده می شود که در برخی کشورها حدود سه چهارم زندانیان مشکلات مرتبط با الکل یا مواد دارند و بیش از یک سوم وابسته به مواد افیونی هستند. حدوداً یک سوم به دلیل جرائم مرتبط با مواد زندانی می شوند. سطوحی از تداوم مصرف مواد اغلب در زندان رخ می دهد و معمولاً با خطر بالای انتقال اچ آی وی به علت استفاده از وسایل تزریق و محلول مواد استفاده شده توسط دیگری همراه است. پس از آزاد شدن از زندان، زندانیان مبتلا به وابستگی به مواد در معرض خطر بالاتر عود و بیش مصرف هستند. هزینه های برخورد قضایی-انتظامی شامل هزینه های دادگاه و زندان نقش قابل توجهی در هزینه های اجتماعی همراه با وابستگی به مواد افیونی دارد. مطالعات نشان می دهد مداخلات قضایی-انتظامی صرف، بدون درمان هم زمان وابستگی به مواد افیونی تأثیر بسیار کمی روی رفتار مصرف مواد و تخلف مجدد در میان افراد وابسته به مواد دارد.

فصل دوم: اعتیاد چیست؟

آشنایی با علل و عوامل زمینه‌ساز شروع اعتیاد، تشدید و پیشرفت آن از الزامات اولیه برای شروع درمان‌های روان‌شناختی در اعتیاد است. یکی از مهم‌ترین نکات کلیدی برای کسی که می‌خواهد وارد حیطه درمان اعتیاد شود توجه به این نکته است که اعتیاد یک بیماری چندعاملی است و در جستجوی یک عامل مشخص برای شروع اعتیاد و تداوم آن، درک صحیحی از این بیماری به ما نخواهد داد.

از منظر علمی به هر کسی که مواد مصرف می‌کند، معتاد یا وابسته به مواد نمی‌گویند. همچنین نباید اعتیاد را به صورت یک حادثه‌ی ناگهانی بدانیم که به یک باره فردی را که معتاد نیست، تبدیل به فردی معتاد می‌کند. هیچ کس با یک بار مصرف مواد معتاد نمی‌شود. سوءمصرف مواد و اعتیاد را می‌توان نقاطی در یک طیف دانست. هر گونه مصرف غیرقانونی یا مشکل‌آفرین مواد روان‌گردان یا مصرف نامتناسب داروها (چه داروهای تجویز شده توسط پزشک و چه سایر داروهای فروش بدون نسخه) سوءمصرف مواد محسوب می‌شود. سوءمصرف مستمر مواد و اجبار برای مصرف آن علی‌رغم آگاهی از مشکلات ناشی از مصرف را اعتیاد یا وابستگی به مواد می‌گویند. سیر و سرعت ایجاد بیماری اعتیاد بسته به فرد، محیط و نوع مواد فرق می‌کند. این فرآیند در بعضی افراد چند ماه و در بعضی دیگر چند سال به طول می‌انجامد.

بیماری اعتیاد چگونه ایجاد می‌شود؟

یکی از جامع‌ترین مدل‌هایی که به توضیح سبب‌شناسی اعتیاد می‌پردازد مدل زیستی- روانی- اجتماعی^۶ است. در این مدل، اعتیاد یک بیماری با سبب‌شناسی چندعاملی معرفی می‌شود و مجموعه‌ای از عوامل خطر ساز به عنوان زمینه‌ساز شروع و تداوم مصرف مواد معرفی می‌شوند. باید به این نکته توجه داشت که وزن و اهمیت این عوامل خطر ساز در شروع مصرف مواد بسته به سن فرد، محیط زندگی و بسیاری از عوامل دیگر متغیر است.

^۶ biopsychosocial model

در حیطه فردی عوامل متعددی به عنوان عوامل خطرساز نامبرده می‌شوند. بسیاری از این ویژگی‌های فردی، پایه ژنتیکی دارند و مبنای زیست‌شناختی آن‌ها شناخته شده است. برخی از این ویژگی‌های فردی عبارتند از:

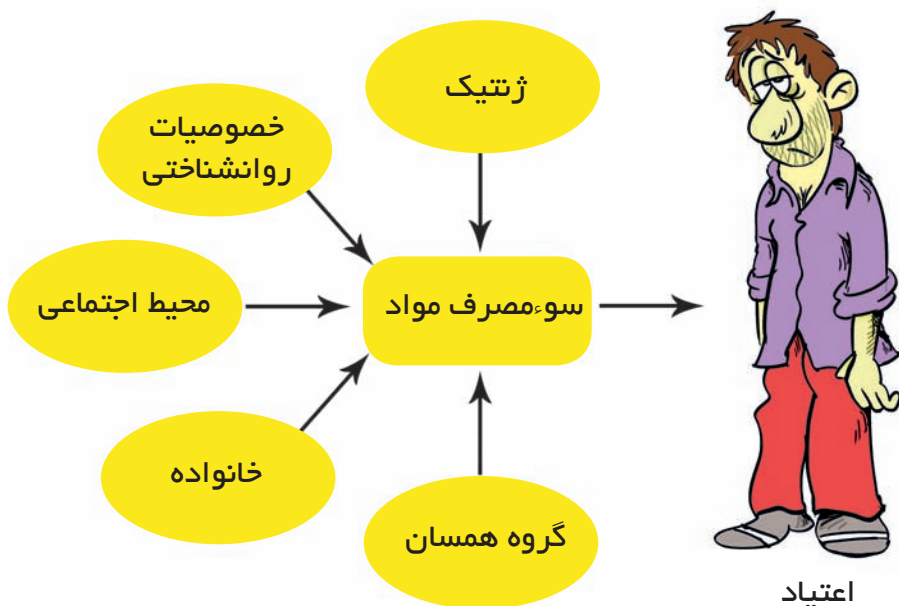
- ناتوانی در کنترل تکانه‌ها یا تکانش‌گری
- ناتوانی در حل مسائل اجتماعی
- ناتوانی در درک دیگران
- ناتوانی در فهم پیامدهای اخلاقی مصرف مواد
- صفات و خصوصیات غیرقابل پیش‌بینی در فرد
- خطرپذیری زیاد
- رفتارهای ضداجتماعی
- نگرش‌های موافق با انحرافات رفتاری
- اختلالات شخصیتی
- بیماری‌های روان‌پزشکی

این که چه شرایطی باعث می‌شود تا در فردی این مشکلات رفتاری به وجود آید، بحث مهمی است که در این کتاب نمی‌گنجد، ولی می‌توان به طور خلاصه به تعدادی از عوامل خطرساز در سطح خانوادگی اشاره کرد که بعضی از آن‌ها زمینه‌ساز بروز چنین مشکلاتی در افراد هستند:

- محیط خانوادگی آشفته
- فرزندآزاری
- مدیریت بد منزل از طرف والدین
- کمبود دل‌بستگی‌های خانوادگی
- داشتن نگرش مثبت به مصرف مواد
- وجود والد یا والدین مصرف‌کننده
- سابقه بزهکاری و جرم در خانواده



البته باید به این نکته مهم توجه داشت که یک فرد، گذشته از ویژگی‌های فردی و خانوادگی در تعامل با گروه هم‌تایان خود نیز هست که بعضی از این گروه‌های هم‌تا می‌توانند فرد را به سمت مصرف مواد سوق دهند. همچنین آدم‌ها در جامعه زندگی می‌کنند و نباید از عوامل خطر ساز در سطح جامعه مثل در دسترس بودن مواد، ارزان بودن قیمت مواد، نگرش مثبت یا خنثی به مصرف مواد در جامعه و... نیز غافل بود (شکل ۲).



شکل ۲- عوامل خطر ساز سوء مصرف مواد و اعتیاد

توجه به این نکته لازم است که معمولاً در شروع مصرف مواد، عوامل اجتماعی نقش مهم‌تری ایفا می‌کنند ولی در ادامه، این عوامل خطر ساز زیستی و روانی هستند که اهمیت بیش‌تری دارند. مرور مراحل شکل‌گیری و پیشرفت سوء مصرف مواد در یک فرد از نوجوانی تا بزرگسالی، شاید بتواند تصویر بهتری از سبب‌شناسی اعتیاد به ما بدهد، گرچه لازم به تأکید است که یک مدل هرگز توصیف‌کننده تمامی موارد نیست. اولین مرحله، مرحله آمادگی برای سوء مصرف مواد است. در این مرحله، معمولاً ما با کودک یا نوجوانی

مواجه هستیم که کنترل تکانه مختل داشته و به دنبال ارضای فوری نیازهای خود است. فردی که اعتماد به نفس پایینی دارد و نیازمند پذیرش از طرف گروه هم‌تایان خود به هر قیمت ممکن است. این خصوصیات در کنار دسترسی به مواد، الکل و یا داروهای دروازه‌ای مثل سیگار زمینه را برای تجربه اولین مصرف آماده می‌کند.



مرحله دوم، مرحله تجربه نخستین است که فرد اولین بار با مصرف مواد سرخوشی یا نشئگی را تجربه می‌نماید. در این مرحله وی همچنان نیاز به پذیرش از طرف گروه همتایان داشته و با گروه همتایان و دوستان به اصطلاح ناباب معاشرت داشته و با آن‌ها استفاده از یکی یا چند مورد از مواد استنشاقی، سیگار، حشیش و یا الکل را تجربه می‌نماید. در این مرحله، استفاده وی از مواد کم و گهگاه بوده ولی کم‌کم افزایش می‌یابد. به‌گون‌های که بیمار هر هفته یک روز مواد مصرف می‌کند. در این مرحله، ما با نوجوانی روبرو هستیم که به تدریج تغییرات مختصر رفتاری از خود نشان می‌دهد. مهم است توجه داشته باشیم که در این مرحله عملکردهای فرد معمولاً نه تنها مختل نشده بلکه ممکن است در برخی زمینه‌ها بهتر شود.



مرحله سوم، **مرحله مصرف مستمر** است. از خصوصیات این مرحله این است که فرد اصطلاحاً **تمنای سرخوشی و نشئگی** دارد. در این مرحله معمولاً فرد به استفاده از دیگر مواد مثل مواد محرک و توهم‌زا روی آورده و تغییرات رفتاری بیش‌تری نشان می‌دهد. دفعات مصرفش افزایش یافته و دیگر به تنهایی نیز مواد مصرف می‌کند و گاهی نیز لازم است برای تامین مواد خود به خرید و فروش مواد بپردازد.



مرحله چهارم، مرحله مصرف مستمر همراه با اشتغال ذهنی برای رسیدن به نشنگی و سرخوشی است. در این مرحله، فرد روزانه به مصرف مواد می‌پردازد تا بتواند عملکردهای خود را حفظ کند. در این شرایط عدم مصرف مواد با تجربه علائم محرومیت و خماری همراه می‌شود. مهم‌ترین اشتغال ذهنی فرد، تامین مواد به همراه حفظ ظاهر طبیعی است ولی فرد کم کم دچار پیامدهای مختلف مصرف مواد مثل درگیری‌های خانوادگی و محیط کار شده و از خانواده و دوستان غیرمصرف‌کننده خود طرد می‌شود و اکثراً با دوستان مصرف‌کننده تعامل دارد. در این مرحله هنوز فرد برای همگان به عنوان یک معتاد شناخته نشده و تا حدودی عملکردهای خود را حفظ کرده است.



آخرین مرحله در طیف اعتیاد، **مرحله فرسودگی** است که فرد مواد را فقط برای طبیعی بودن مصرف می‌کند و سطح طبیعی بودن او نیز مرتب افت می‌کند. در این مرحله، فرد حتی سرخوشی را نیز تجربه نمی‌کند و گاهی به این دلیل به مصرف چند ماده به طور هم‌زمان می‌پردازد، دچار وابستگی چنددارویی شده، در خود احساس شدید شرمساری، افسردگی، گناه و پشیمانی داشته و کلیه عملکردهای جسمی و ذهنی‌اش بیش از پیش مختل شده و افزایش خطرپذیری و خودتخریبی و حتی اقدام به خودکشی به صورت فعال یا غیرفعال دارد.



مهم است توجه داشته باشیم که ممکن است نتوان حدود مشخصی برای گذر از یک مرحله و ورود به مرحله بعد مشخص کرد. البته باید ذکر شود که برای وابستگی و سوءمصرف مواد معیارهای علمی براساس DSM-IV و ICD-10 نیز موجود است که ملاک‌های آن در منابع متعددی در دسترس است. بسته به این که فرد از نظر سیر و شدت بیماری در چه مرحله‌ای قرار دارد، باید مداخلات درمانی متناسب برنامه‌ریزی و ارائه شود. در ادامه این کتاب اصول کلی مداخلات روان‌شناختی درمان اعتیاد معرفی خواهد شد.

فصل سوم: جایگاه درمان نگهدارنده در میان سایر درمان های اعتیاد کجاست؟

کاهش آسیب

کاهش آسیب^۷ را می توان از حیطه هایی دانست که در آن مداخلات تخصصی بر اصول فکری و نگرشی متفاوت از آنچه در پزشکی کلاسیک و متعارف هست، استوار است. این اقدامات زمانی می توانند به خوبی و مؤثر اجرا شوند که مسئولین درک مناسبی از بیماری اعتیاد داشته باشند. افراد وابسته به مواد، در مراحل از سیر بیماری خود، آمادگی و انگیزه کافی برای ورود به برنامه های درمانی پرهیزمدار ندارند. در طول این دوره ها، از یک طرف نیاز بیماران به دریافت مراقبت های سلامت افزایش می یابد و از طرف دیگر دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت کاهش می یابد. واژه کاهش آسیب برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ و به دنبال آغاز همه گیری اچ آی وی به کار برده شد ولی مفاهیم آن را می توان در متون قدیمی تر مشاهده نمود. درباره کاهش آسیب، تعاریف و اصطلاحات متفاوتی به کار می رود، که از آن جمله می توان به «کاهش آسیب»، «کاهش خطر»^۸ و «به حداقل رساندن آسیب»^۹ اشاره کرد.

انجمن بین المللی کاهش آسیب در سال ۲۰۰۲ کاهش آسیب را چنین تعریف کرده است: «سیاست ها و برنامه هایی که در وهله نخست تلاش دارد تا عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مواد روان گردان را در فرد مصرف کننده، خانواده و جامعه کاهش دهد بدون آن که نیاز به محدود کردن مصرف مواد باشد.» برای کنترل همه گیری اچ آی وی و دیگر بیماری های قابل سرایت از راه خون، راهبردهای کاهش آسیب با هدف کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی مصرف تزریقی مواد پیاده می شود. برای پیشگیری مؤثر از اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد ارائه مجموعه ای از خدمات ضروری است که یکی از مهم ترین آن ها در دسترس بودن و امکان ارجاع به انواع متنوعی از درمان های اعتیاد شامل درمان های نگهدارنده نظیر درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین است.

درمان نگهدارنده آن چنان که در متن کتاب با تفصیل بیش تری درباره آن بحث می شود، یکی از اساسی ترین

⁷ Harm Reduction

⁸ Risk Reduction

⁹ Harm Minimisation

رویکردهای کاهش آسیب است که در بیش از ۶۰ کشور دنیا در حال اجرا است. مطالعات متعددی، تأثیر این درمان را در بازتوانی روانی، اجتماعی مصرف‌کنندگان مواد و کنترل همه‌گیری اچ‌آی‌وی نشان داده‌اند. دیگر مداخلات کاهش آسیب عبارتند از:

- دسترسی آسان و راحت به سرنگ و سرسوزن استریل و دفع بهداشتی این وسایل .
- مداخلات مبتنی بر جامعه و برنامه‌های امدادسانی سیار.
- مراقبت‌های بهداشتی اولیه نظیر واکسیناسیون هپاتیت B، مراقبت از آبسه‌ها و حفاظت از وریدها.
- پیشگیری از انتقال جنسی بین مصرف‌کنندگان مواد و شرکای جنسی آن‌ها نظیر دسترسی به کاندوم، درمان بیماری‌های آمیزشی، مشاوره و آزمایش داوطلبانه و درمان ضدترتروویروسی (درمانی برای کاهش سرعت گسترش عفونت اچ‌آی‌وی) لازم برای کسانی که به آن نیاز دارند.
- آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب در حیطه‌های مختلف که مصرف‌کنندگان رفتارهای پرخطر از خود نشان می‌دهند.

در درمان وابستگی به مواد افیونی، طیف نسبتاً گسترده‌ای از مداخلات مختلف در دسترس است. در دو سر این طیف دو رویکرد درمانی به ظاهر متناقض قرار دارند. اول رویکرد **پرهیزمدار** است که معتقد است فرد باید مصرف هر گونه ماده روان‌گردان را کاملاً قطع کند و دوم رویکرد کاهش آسیب است که کاهش عوارض بیماری را، حتی علی‌رغم تداوم مصرف مواد، مفید و در راستای درمان بیمار می‌داند. شاید بتوان درمان‌های نگهدارنده را در داخل این طیف با گرایش بیش‌تر به رویکرد **کاهش آسیب** دانست. در ادامه به معرفی این رویکردها و انواع روش‌های درمان نگهدارنده می‌پردازیم.

درمان نگهدارنده با متادون



از اواسط دهه ۱۹۶۰ میلادی تاکنون حدود نیم قرن است که متادون زیر بنای درمان نگهدارنده را تشکیل داده است. گرچه مدل‌های مختلف درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست کوتاه‌اثر نظیر قرص مورفین نیز مطرح شده است، اما تاکنون تعداد کمی از این داروها مثل بوپرنورفین آن هم در سال‌های اخیر توانسته‌اند از حیطة مراحل پژوهشی سربلند خارج شده و در دسترس عموم بیماران قرار گیرند. حداقل در بیش از ۳۰ سال اخیر درمان با متادون انتخاب طلایی در حیطة درمان دارویی وابستگی به مواد مخدر بوده است.

از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی به دنبال گسترش همه‌گیری اچ‌آی‌وی بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، رویکرد کاهش آسیب مورد تقویت و حمایت بسیاری از کشورهای دنیا قرار گرفته است. درمان نگهدارنده با متادون جزئی از این رویکرد است که اهمیت ویژه‌ای دارد. برنامه درمان نگهدارنده با متادون در ایران از ابتدای سال ۱۳۸۴ (۲۰۰۵ میلادی) به صورت کشوری اجرا شد و تا پایان سال ۱۳۸۷ (۲۰۰۸ میلادی) در بیش

از ۱۲۵۰ واحد درمان نگهدارنده با آگونیست بیش از ۱۱۲۵۰۰ نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفته‌اند. در سطح کلان جامعه، راهبرد درمان نگهدارنده با متادون اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- کاهش مصرف مواد افیونی و سایر مواد غیرقانونی
- کاهش انتقال عفونت‌های قابل انتقال از راه خون مثل اچ‌آی‌وی
- کاهش موارد مرگ و میر ناشی از مصرف مواد
- کاهش جرائم و بزه‌کاری‌های مرتبط با مصرف مواد
- ارتقای عملکرد اجتماعی بیمار

- ارتقای وضعیت اقتصادی بیمار و خانواده

- ارتقای سطح سلامتی و رفاه بیمار

همان گونه که ذکر شد اهداف فوق، اهداف کلان راهبرد درمان نگهدارنده با متادون بوده و لزوماً در یک فرد تحت درمان تمامی این اهداف حاصل نمی‌شود، ولی جهت‌گیری مداخلات بایستی به سمت اهداف فوق باشد.

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

بوپرنورفین، از اواسط دهه ۱۹۹۰ میلادی به بازار آمده است. این دارو از مشتقات تباین یکی از آلکالوئیدهای خانواده مورفین است. این دارو آگونیست-آنتاگونیست (آگونیست نسبی) است، یعنی در حضور مخدرهای قوی‌تر در بدن نقش ضد مخدر (آنتاگونیستی) دارد و زمانی که مخدر در بدن نباشد نقش مخدر (آگونیستی) را ایفا کرده و تاثیر مشابه مخدرها دارد. این دارو در اشکال گوناگون برای مصارف مختلف مثل کنترل درد و درمان وابستگی به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد.



بوپرنورفین برای درمان بازگیری (سم‌زدایی) از مواد افیونی و درمان نگهدارنده به صورت موفقیت‌آمیزی به کار رفته است. فرم دارویی بوپرنورفین مورد استفاده در درمان اعتیاد قرص زیربانی است. سایر اشکال دارویی بوپرنورفین (مانند فرم تزریقی آن) برای استفاده در درمان اعتیاد مورد تأیید قرار نگرفته است. به منظور پیشگیری از سوءمصرف تزریقی بوپرنورفین زیربانی مورد استفاده در درمان اعتیاد، نوعی از این دارو در ترکیب با نالوکسان (یک داروی

آنتاگونیست آپیویدی) معرفی شده است. نالوکسان به صورت زیربانی جذب نمی‌شود و افزوده شدن آن به بوپرنورفین زیربانی تأثیری بر روی اثربخشی این دارو ندارد، اما در صورتی که بیمار آن را به صورت تزریقی مصرف کند، مانع ایجاد اثرات نشئگی آور بوپرنورفین می‌گردد.

رویکرد درمان پرهیزمدار

در رویکرد پرهیزمدار، هدف درمانی، قطع کامل مصرف هرگونه ماده روان‌گردان توسط مراجع است. به این صورت که در ابتدا بیمار وابسته به مواد افیونی با استفاده از داروهای مختلف (متادون، بوپرنورفین، کلونیدین و) یا حتی بدون مصرف دارو بازگیری شده و اکثر اوقات پس از طی دوره بازگیری، داروی نالتراکسون به صورت طولانی‌مدت برای بیمار تجویز می‌شود. نالتراکسون دارویی است که گیرنده‌های مواد افیونی را اشغال نموده و مانع بروز اثرات لذت‌بخش مواد مخدر، در صورت مصرف می‌شود. مصرف این دارو حداقل باید برای شش ماه ادامه یابد. به نظر می‌رسد که این رویکرد، بسیار ایده‌آل است، چون موجب ترک کامل فرد می‌شود. اما در عمل، حدود ۸۵٪ بیماران که به این روش درمان می‌شوند، مجدداً در کم‌تر از شش ماه به مصرف ماده روی می‌آورند. یکی از مهم‌ترین دلایل این پدیده آن است که مصرف نالتراکسون، دارای هیچ‌گونه ضمانت اجرایی نیست. به این دلیل که نالتراکسون وسوسه بیمار را کنترل نمی‌کند و بیمار به مصرف آن احساس نیاز نمی‌کند. ضمن این که در این درمان، تماس بین کادر درمانی و بیمار در حداقل میزان خود است. البته بدیهی است که در صورت افزودن روش‌های روان‌درمانی به درمان پرهیزمدار میزان موفقیت درمانی افزایش می‌یابد.

باید توجه داشت، در بیمارانی که برای بار اول جهت درمان مراجعه می‌کنند، طبیعتاً رویکرد پرهیزمدار در اولویت قرار دارد. در واقع، در این موارد، به بیمار اجازه داده می‌شود که ترک کامل را امتحان کند. معمولاً در بیمارانی که پس از چند بار اقدام به بازگیری، موفق به قطع مصرف نشده‌اند، درمان نگهدارنده ارجحیت دارد. البته بیمارانی وجود دارند که حتی در بار اول مراجعه، کاندید درمان نگهدارنده هستند (به فصل بعد مراجعه کنید).

فصل چهارم: درمان نگهدارنده چگونه انجام می شود؟

درمان نگهدارنده با متادون برای چه کسانی مناسب تر است؟

درمان نگهدارنده با متادون، مثل هر روش درمانی دیگری، زمانی بالاترین اثربخشی را دارد که زیر نظر پزشک و به صورت مناسب تجویز شود. برای ورود بیمار به درمان نگهدارنده با متادون بیمار باید وابسته به مواد افیونی بوده، سن بالای ۱۸ سال داشته باشد، برای ورود به این روش درمانی رضایت آگاهانه داشته باشد، از شرایط و مقررات درمان مطلع بوده و فرم تعهد درمان را امضا نماید.

متادون به عنوان درمان نگهدارنده **بهتر است** در آن دسته از بیماران وابسته به مواد افیونی به کار گرفته شود که دارای یکی از خصوصیات زیر باشند:

- مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر.
- مصرف کنندگان غیرتزریقی مواد مخدر خطرناک نظیر هرویین یا کراک.
- مصرف کنندگان مواد افیونی اچ آی وی مثبت.
- مصرف کنندگان تریاک، شیره یا سوخته که حداقل سه بار اقدام به درمان کرده، اما موفق نبوده اند، یا اینکه بیش از ۱۰ سال از شروع مصرف شان می گذرد.
- مصرف کنندگان مواد افیونی با سابقه زندان.
- زنان باردار.
- زنانی که رفتارهای جنسی پرخطر دارند نظیر زنان تن فروش.

کسانی که در فهرست بالا از آنان نام برده نشده، ولی به هر دلیل نمی خواهند یا نمی توانند از مصرف مواد افیونی دست بردارند و این نگرانی وجود دارد که به سمت مصرف مواد خطرناک تر بروند، با تأیید و صلاحیت پزشک تیم درمانی می توانند وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند.

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین برای چه کسانی مناسب‌تر است؟

بوپرنورفین برای بیمارانی که به دلیل شدت بالای اعتیاد نیاز به درمان نگهدارنده دارند، اما معیارهای معمول درمان نگهدارنده با متادون را ندارند، انتخاب مناسبی محسوب می‌شود. بیمارانی که عوارض شدید و غیرقابل کنترل با درمان نگهدارنده با متادون دارند، از تغییر درمان خود به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین سود می‌برند. درمان نگهدارنده با بوپرنورفین ممکن است در بیماران قلبی دچار بی‌نظمی‌های ضربان قلب، بیماران دچار اختلالات روان‌پزشکی همراه نظیر افسردگی و سوءمصرف هم‌زمان مت‌آمفتامین‌ها بر درمان نگهدارنده با متادون ارجحیت داشته باشد. بوپرنورفین همچنین با برخی داروهای ضد‌تروویروسی تداخل کمتری داشته و ممکن است در بیماران اچ‌آی‌وی مثبت تحت درمان با این داروها انتخاب مناسب‌تری باشد.

بوپرنورفین در درمان بیمارانی که امکان مراجعه روزانه که تقریباً در ماه‌های اول شروع درمان نگهدارنده با متادون الزامی است ندارند، پیشنهاد خوبی به شمار می‌رود. چرا که با توجه به ماهیت آگونیست-آنتاگونیستی که دارد امکان مسمومیت و مرگ ناشی از آن به مراتب کمتر از متادون بوده و بسیار راحت‌تر و سریع‌تر برای بیماران دوز منزل تجویز می‌گردد. باید توجه داشت که این دارو در مقایسه با متادون به مراتب گران‌تر بوده و هزینه مستقیم درمان نگهدارنده با آن از درمان نگهدارنده با متادون بیش‌تر است.

بیمار وابسته به موادی که کاندیدای مداخله روان‌شناختی است، نیازمند ارزیابی بالینی به منظور شروع درمان و ارزیابی‌های دورهای برای پایش نتایج و بازبینی برنامه مراقبت است. در واقع پیشنهاد درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست و نحوه اجرای آن، از ارزیابی بالینی حاصل می‌شود. انجام مصاحبه دقیق، حفظ رازداری، ایجاد و حفظ رابطه درمانی و رعایت اصول مصاحبه (نظیر گوش دادن، سکوت، انعکاس، پرسش‌های بازپاسخ و بسته-پاسخ و...) ملاحظات عمومی است که باید در تمام مراحل بهبودی مورد نظر قرار گیرد.

گرفتن شرح حال دقیق و تکمیل اطلاعات از منابع مختلف و نیز مطالعه بخش‌های دیگر پرونده که حاصل کار سایر اعضای تیم درمانی است جزو بخش‌های الزامی کار خواهد بود. یافته‌های بالینی و پیشنهادها مداخله به تیم درمان، بایستی در قسمت مربوطه در پرونده بیمار ثبت شده و در هماهنگی با تیم درمان مداخله لازم مشخص و اجرا شود.

به صورت خاص تاریخچه مصرف مواد و ارتباط آن با شرایط محیطی، کمک قابل توجهی به ارزیابی بیمار و شرایط او خواهد کرد. ارزیابی سوابق درمان اعتیاد، رفتارهای پرخطر و وضعیت جسمی، روان‌پزشکی، خانوادگی و اجتماعی باید انجام شود. لازم است افراد مهم^{۱۰} در زندگی و نقش آن‌ها در درمان مورد توجه قرار گیرد. بیمار از لحاظ «ذهنیت روان‌شناختی»^{۱۱} مورد بررسی قرار گیرد تا نوع مداخله درمانی (رفتاری، شناختی یا تحلیلی) بهینه تعیین گردد.

به خاطر داشته باشیم اختلالات روان‌پزشکی همراه^{۱۲} در مصرف‌کنندگان مواد افیونی بسیار شایع است، در ارزیابی بالینی باید به این اختلالات احتمالی توجه کرد و متناسب با آن برنامه درمانی طراحی نمود. از جمله این اختلالات همراه می‌توان به اختلالات خلقی، وابستگی به سایر مواد، برخی اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی، ارتباطی و نیز علائم سایکوز نظیر توهم و هذیان که می‌تواند کوتاه‌مدت یا بلندمدت باشد. به یاد داشته باشیم؛ «آزمون‌های روان‌شناختی برای کمک به طرح تشخیص‌های افتراقی و شناسایی حوزه‌های نیازمند درمان بیش‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرند.»

ارزیابی بیمار بر مبنای «نیاز به دانستن» برای کمک به بیمار انجام می‌گیرد. باید بسیار مراقب باشیم تا تلاش نکنیم مشکل بیمار را در قالب دانش یا مهارت خود قرار دهیم، به این معنی که چون ما مثلاً شناخت درمانی را به خوبی می‌دانیم، سامان مصاحبه را به طرفی ببریم که نتیجه آن انجام شناخت درمانی باشد و یا برعکس، به لحاظ این که نتوانسته‌ایم به هر دلیلی با بیمار تعامل خوبی داشته باشیم، اظهار کنیم که او توان و همکاری برای مداخله روان‌شناختی ندارد. بنابراین توجه به رفتار، گفتار، خلق، افکار، علائق، سوابق و به ویژه توصیفی که خود بیمار از مشکل حاضر می‌کند بسیار بااهمیت است.

در مرحله انجام مداخله نیز، ارزیابی بالینی منطبق با ویژگی‌های بیمار معتاد و اصول شیوه درمانی مورد استفاده ادامه خواهد یافت. از مسائل اصلی که در برنامه درمان و نیز ارزیابی بالینی برای تعیین مداخله صورت می‌گیرد، طراحی خاتمه درمان است که از ابتدا بایستی با بیمار مطرح شود. هر نوع تغییر در این مسأله بایستی براساس ارزیابی بالینی

¹⁰ significant others

¹¹ psychologic minded

¹² comorbidity

لازم و موافقت بیمار صورت گیرد. مناسب است برای تکمیل دانش خود در این زمینه به کتب مرجع و برای افزایش مهارت به اساتید و مراکز آموزشی مرتبط مراجعه نمایید. برخی از این منابع در بخش منابع برای مطالعه بیش تر در انتهای کتاب معرفی شده‌اند.

مراحل درمان نگهدارنده با متادون

هنگامی که بیمار به مرکز درمان سوءمصرف مواد مراجعه می‌کند، ابتدا توسط روان‌شناس مرکز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (در بعضی مراکز، این کار به عهده مددکار است). فرم‌های خاصی در مورد هر بیمار تکمیل می‌شود. سپس پزشک مرکز، بیمار را ویزیت نموده و نوع درمان دارویی مناسب برای بیمار را تعیین می‌کند. در صورتی که درمان نگهدارنده با متادون گزینه مناسبی برای بیمار باشد، مقررات درمانی به اطلاع او می‌رسد، رضایت‌نامه لازم اخذ می‌گردد، و درمان برای مراجع آغاز می‌گردد.

مرحله اول درمان، **مرحله القاء** نامیده می‌شود. این مرحله، که شامل چند روز اول درمان است، یکی از مهم‌ترین مراحل درمانی است. در این مرحله احتمال ریزش بیمار (قطع درمان از سوی بیمار) زیاد است. از طرفی، به دلیل این که دوز متادون تجویز شده در این مرحله از حد خاصی نمی‌تواند بیش تر باشد و این میزان ممکن است برای از بین بردن علائم ترک بیمار کافی نباشد، ممکن است بیمار مجدداً ماده را مصرف کرده، یا از بازار آزاد متادون تهیه و مصرف کند و یا داروهای مختلف را مورد سوءمصرف قرار دهد، که در همه این حالات احتمال بیش مصرف و مسمومیت بیمار وجود دارد. روان‌شناس در این مرحله باید درمان خود را بیش تر به سمت یک درمان حمایتی و آموزشی سوق دهد. به این معنی که با گذاشتن وقت کافی برای بیمار و شنیدن صحبت‌ها و شکایات او و هم‌دلی با رنجی که بیمار تحمل می‌کند، و نیز ارائه آموزش‌های لازم برای کاهش رنج بیمار (با مشورت با پزشک مرکز)، به بیمار کمک کند که این مرحله را به پایان برساند. در صورت غیبت بیمار از جلسه درمانی، چه در این مرحله و چه در مراحل بعد، روان‌شناس یا مددکار مرکز باید با بیمار تماس بگیرد و دلیل غیبت او را جویا شود، و سعی کند که او را برای مراجعه به مرکز ترغیب کند.



پس از طی چند روز اول درمان، مرحله تثبیت و پس از آن مرحله نگهدارنده شروع می‌شود. در مرحله تثبیت که معمولاً دو تا شش هفته طول می‌کشد، معمولاً یک روز در میان یا هر چند روز، دوز متادون بیمار به میزان کم افزایش می‌یابد. بسیاری از بیماران، تنها علاج خود را در افزایش دوز متادون می‌دانند و برای همین اصرار به افزایش دوز سریع دارند. برای اکثر این بیماران، توجه به مشکلات بیمار در ارتباط با دوز دارو در جلسه‌های مشاوره، توجه به علائمی که بیمار از آن رنج می‌برد، آموزش و اطمینان‌بخشی سودمند است. در واقع بسیاری از شکایات بیماران، تنها به این دلیل است که احساس می‌کنند کسی رنج و ناراحتی آن‌ها را درک نمی‌کند یا برای این ناراحتی اهمیتی قائل نیست. مرحله نگهدارنده، معمولاً پس از هفته ششم درمان آغاز می‌شود. در این مرحله، دوز مناسب درمان بیمار مشخص شده، و معمولاً نیازی به افزایش دوز نیست. اگرچه برای بعضی از بیماران، ممکن است هر چند هفته نیاز به افزایش یا تصحیح مختصری در دوز باشد.



مطابق با پروتکل کشوری درمان نگهدارنده با متادون، لازم است بیماران تا دو ماه اول درمان، مراجعه روزانه به مرکز داشته باشند. پس از آن، در صورتی که بیمار مشکل خاصی نداشته باشد و مقررات مرکز درمانی را به درستی رعایت کرده باشد، می‌تواند دوز متادون خود را روزهای تعطیل دریافت کند. این دوز متادون را «دوز منزل»^{۱۳} می‌نامند. در ماه چهارم، دوز منزل افزایش می‌یابد و بیمار می‌تواند یک روز در میان به مرکز مراجعه کند. در ماه پنجم، بیمار تنها دو روز در هفته به مرکز مراجعه می‌کند و در نهایت، از ماه ششم تا انتهای درمان، باید حداقل یک روز در هفته برای دریافت دارو و مداخلات درمانی احتمالی به مرکز مراجعه کند. در روزهای مراجعه، بیمار دوز آن روز را در مقابل

¹³ take home

پرستار مصرف می‌کند، و دوز روزهای بعد را در بسته‌های جداگانه دریافت می‌نماید. بیمار مسئول نگهداری از دوز منزل خود است و در صورتی که آن را گم کند، جایگزینی دریافت نخواهد کرد.

مراحل درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین، همچون درمان نگهدارنده با متادون دارای سه مرحله شامل مرحله القا، مرحله تثبیت، و مرحله نگهدارنده است. مرحله القا درمان نگهدارنده با بوپرنورفین باید زمانی انجام شود که علائم خفیف تا متوسط ترک در بیمار آشکار شده باشد، زیرا در غیر این صورت متعاقب تجویز اولین دوز بوپرنورفین ممکن است بیمار دچار علائم خماری گردد. این زمان بر حسب نیمه عمر ماده افیونی مورد مصرف بیمار متفاوت است. بعنوان مثال در بیمار مصرف‌کننده هرویین اولین دوز بوپرنورفین باید حداقل ۶ ساعت و ترجیحاً ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از تجویز آخرین دوز هرویین داده شود. برخلاف درمان نگهدارنده با متادون مرحله القا در درمان نگهدارنده با بوپرنورفین باید حتی‌الامکان سریع انجام شود تا احتمال ترک و درس درمان را به حداقل برساند. مقیاس‌هایی برای ارزیابی عینی^{۱۴} و ذهنی^{۱۵} علائم ترک در بیماران وابسته به مواد افیونی وجود دارد، که به درمان‌گر برای تعیین شدت علائم خماری یاری می‌رسانند. بیش‌ترین کاربرد بالینی این مقیاس‌ها در درمان بیماران با بوپرنورفین است و روان‌شناس مرکز می‌تواند از طریق کسب مهارت در ارزیابی بیماران با استفاده از این مقیاس‌ها، داده‌های مناسبی برای هدایت درمان در اختیار پزشک قرار دهد.

اگر در روز اول هیچ عارضه جدی وجود نداشته باشد، و بیمار دچار علائم ترک نشده باشد، دوز روز اول در روز دوم ادامه می‌یابد. در صورتی که تا حدی علائم ترک وجود داشته باشد، با نظر پزشک، دوز اندکی افزایش داد می‌شود. در روزهای بعد هم بر اساس وجود علائم ترک دوز دارو تدریجاً افزایش داده می‌شود. دوز مناسب که در هفته اول به دست می‌آید ۱۲ تا ۱۶ میلی‌گرم است، باید تلاش شود که در اسرع وقت دوز نگهدارنده تامین شود تا از ایجاد عوارض ترک و مصرف مجدد مواد جلوگیری شود، در غیر این صورت احتمال خروج بیمار از درمان زیاد است. در پایان مرحله القا انتظار می‌رود که بیمار مصرف مواد غیرقانونی را کم یا قطع کرده باشد، علائم ترک، وسوسه و

¹⁴ objective

¹⁵ subjective

عوارض جانبی نداشته باشد.

در مرحله **تثبیت**، در صورت نیاز ممکن است دوز دارو هر هفته ۲ تا ۴ میلی گرم افزایش یابد. اکثر بیماران در دوز ۱۲ تا ۱۶ میلی گرم تثبیت می گردند، اما ممکن است دوز را تا ۳۲ میلی گرم نیز افزایش داد. تا پایان این دوره لازم است بیمار حداقل هفته‌ای یک بار توسط پزشک ویزیت شود، تا دوز بیمار تنظیم شود. در **مرحله نگهدارنده** دوز درمانی بیمار مشخص شده و به خاطر نیمه عمر طولانی داروی بوپرنورفین (به طور میانگین ۳۷ ساعت) می توان دارو را با فاصله‌های بیش تر، مثلاً یک روز در میان یا سه بار در هفته تجویز نمود. به این معنی که دوز روزانه بیمار تعیین می شود و بعد از آن مثلاً دوز دو روز به یک باره توسط بیمار مصرف می شود.

تجویز دوز منزل در مورد بوپرنورفین انعطاف بیش تری نسبت به متادون دارد. به عنوان مثال در دوره القا هم می توان دوز منزل را شروع کرد، اگرچه بهتر است که در این مرحله دوز به صورت روزانه و تحت نظارت پرستار مرکز تجویز شود. لازم است به این نکته توجه داشت که فاصله بین دوزهای منزل تا آن اندازه زیاد نباشد که ارتباط بیمار با سیستم درمانی کم شده، و احتمال عود افزایش یابد.

نقش روان شناس در اجرای درمان نگهدارنده چیست؟

در بسیاری از موارد، بیماران تحت درمان نگهدارنده مشکلات مختلفی دارند، لذا برای ارایه برنامه درمان ساختارمند روان شناختی، اولویت بندی مشکلات اهمیت زیادی دارد. فهرست زیر می تواند به ترتیب بعنوان اولویت های مداخله در جلسات مشاوره مورد توجه باشند:

- پایبندی به رژیم های دارویی و سایر اجزای درمانی شامل حضور به موقع در ویزیت ها و جلسات مشاوره.
- آموزش مفهوم اعتیاد به ترکیبات افیونی به مثابه یک بیماری، درمان آن و نقش تغییر رفتار در بهبودی.
- روش ها و راه های کاهش مصرف مواد و دستیابی به پرهیز، ابتدائاً برای دوره های زمانی کوتاه.
- روش ها و راه هایی برای کاهش، حذف یا اصلاح رفتارهای پرخطر مرتبط با مواد یا روابط جنسی مرتبط با بیماری های انتقال یابنده از راه خون و سایر بیماری های عفونی (برای مثال اچ آی وی، هپاتیت C و فونت های منتقل شونده از راه جنسی)، شامل آموزش درباره خطرات و راهبردهای مؤثر پیشگیری.

- فعال‌سازی رفتاری که به بیمار کمک می‌کند خود را از وضعیت بی‌فعالیتی برهاند و/یا فضای خالی ناشی از کنار گذاشتن فعالیت‌های مرتبط با مواد را پر نماید.
 - ایجاد و گذراندن اوقات با شبکه اجتماعی حمایتی عاری از مواد (برای مثال، اعضاء خانواده و دوستان. غیرمصرف‌کننده مواد یا برنامه‌های مبتنی بر گروه همسان) برای افزایش روابط اجتماعی حمایت‌کننده از پرهیز. از آن جا که پایبندی به مقررات درمانی، برای بعضی مراجعان مشکل است، ممکن است این مسائل در جلسه‌های درمان با روان‌شناس مورد بحث قرار گیرد. بنابراین لازم است که روان‌شناس، مقررات درمان را بشناسد و مشکلات بیمار در پایبندی به آن را با برخورد‌های روان‌شناختی مورد بررسی و بحث قرار دهد. در بسیاری از مواقع، بررسی این مشکلات منجر به شناسایی مشکلات مشابه در حوزه‌های دیگر زندگی فرد می‌شود و موجب تقویت سازوکارهای مقابله‌ای مراجع می‌گردد.
- به خاطر داشته باشیم «مسئولیت پیگیری بیمار با کسی است که بیش‌ترین ارتباط درمانی را با او دارد» و معمولاً این فرد روان‌شناس است. داشتن برنامه مدون برای پیگیری طبق یک جدول درمانی، بسیار مفید و عملی است. مذاکره با بیمار و دیگر اعضای تیم جهت شناسایی علت عدم مراجعه و ترغیب وی برای ادامه درمان جزو وظایف روان‌شناس است.
- یکی از نشانه‌هایی که باید از ابتدای درمان همواره مورد توجه قرار گیرد، برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌هایی است که «مکان لذت بردن از زندگی بدون مواد» را برای بیمار فراهم می‌کند. به این منظور کمک به بیمار برای بدست آوردن موفقیت، افزایش عزت نفس و کاستن از نگرش‌های منفی نسبت به خود، اقدام مهمی در برنامه‌ریزی درمانی است. در غیر این صورت، بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به سبک زندگی قبلی، چیزی برای لذت بردن نخواهد داشت و ممکن است سراغ مصرف مواد محرک یا دست‌کاری در دوز متادون و بتدریج سراغ سوءمصرف مجدد مواد افیونی برود.
- استرس‌های متعدد پس از شروع درمان نگهدارنده ممکن است سراغ بیمار بیاید. استرس‌هایی که بیمار قبلاً به آن‌ها بی‌توجه بوده یا کسی توقع مقابله با آن‌ها را از بیمار نداشت یا با مصرف مواد از آن عبور می‌کرد. اگر در طراحی درمان و نیز در هر جلسه درمان به این موضوع توجه نکنیم ممکن است سیر پیشرفت درمان با وقفه مواجه شود.

یکی از دغدغه‌های همیشگی بیماران تحت درمان‌های دارویی طولانی مدت زمان خاتمه درمان است. روان‌شناس مرکز باید در جلسات درمانی احساس و نگرش بیمار را نسبت به این موضوع بررسی کند. مدت درمان نگهدارنده با متادون بستگی به میزان پیشرفت بیمار و بهبود وضعیت او دارد. به نظر می‌رسد کم‌ترین مدت درمان نگهدارنده، با توجه به مطالعات و تجربه بالینی، دو سال باشد اما بیمارانی وجود دارند که سال‌هاست تحت این درمان هستند، به زندگی عادی خود ادامه می‌دهند و از نکات مثبت این درمان بهره می‌برند. تا زمانی که بیمار تمایل به باقی ماندن در درمان داشته باشد، باید خدمات درمان نگهدارنده با متادون برای بیمار ادامه یابد. در واقع، کارکنان مرکز درمانی بیمار را به ادامه درمان تشویق می‌کنند، به این دلیل که احتمال عود مصرف پس از قطع درمان وجود دارد.

با این حال ممکن است بعضی از بیماران به دلایل مختلف تمایل به قطع درمان داشته باشند. یکی از وظایف روان‌شناس در این موقعیت این است که در جلسه مشاوره، تلاش کند دلیل این مسأله را متوجه شود. ممکن است بیمار باورهای اشتباهی (مثلاً اعتیاد به داروی آگونیست) در مورد ادامه درمان داشته باشد و لازم است که این اشتباهات اصلاح شود. در صورتی که دلیل قطع درمان، مشکلات مختلف اقتصادی، خانوادگی، شغلی... باشد، باید متناسب با هر مشکل، جلسه روان‌شناسی را به آن سمت هدایت کرد. با این حال، بیمار حق دارد که در مورد ادامه درمان یا قطع آن تصمیم بگیرد، و اگر با وجود تلاش‌های پزشک، روان‌شناس، و دیگر اعضای تیم درمانی، بیمار در تصمیم خود مٌصر باشد، باید او را در کنار آمدن با این رویداد یاری کرد و در مراحل که دوز درمانی بیمار به تدریج کاهش می‌یابد، جلسه‌های مشاوره بیش‌تری را به او اختصاص داد.

فصل پنجم: ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران معتاد کدامند؟

چه ویژگی‌هایی در فرد معتاد نیازمند مشاوره یا روان‌درمانی است؟

پیروز شدن بر مشکل اعتیاد به معنی تغییر در بسیاری از ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد معتاد است. مداخلات روانی، اجتماعی روش‌هایی هستند که برای ایجاد این تغییرات طراحی شده است. با نگاهی به زندگی فرد معتاد، متوجه برخی از این موارد می‌شویم؛

- بیمار قادر نیست وسوسه مصرف مواد را کنترل نماید،
- فرد از فعالیت‌های معمول زندگی لذت نمی‌برد،
- توانایی حل مشکلات و مسائل توسط بیمار پایین است،
- به سرعت خشمگین می‌شود و پرخاش می‌کند،
- بسیار بی‌احتیاط رانندگی می‌کند،
- برنامه خواب و بیداری‌اش معکوس شده است،
- نمی‌خواهد یا نمی‌تواند قوانین را مراعات کند،
- در رابطه جنسی مشکل دارد و...

ملاحظه می‌کنیم در هر سه زمینه تفکر، احساسات و رفتار، مشکلات یا کمبودهایی وجود دارد. بر این اساس باید رفتارهایی از زندگی بیمار حذف شود، به آن اضافه گردد یا تعدیل‌هایی در آن به وجود آید. ممکن است تصور کنیم همه این موضوعات مربوط به مصرف مواد است و چنانچه بیمار تحت درمان با متادون قرار گیرد (یا مصرف مواد را کنار بگذارد)، همه آن‌ها به یک باره مرتفع خواهد شد. بر اساس این طرز فکر، مشکلات فردی، بین فردی و اجتماعی بیمار موضوعات اصلی در درمان نیستند و تنها چیزی که باید تغییر کند «رفتار مصرف مواد» است.

عقیده‌های مشابه یا تفسیرهای معکوس در خود بیمار نیز دیده می‌شود، مثال‌های از این گونه افکار در شکل مقابل آورده شده است.

«من می توانم با اراده مصرف مواد را کم یا ترک کنم.» «در حال حاضر مشکل من مصرف مواد نیست، مشکل این است که اگر مواد مصرف نکنم، چه کنم؟» یا «من هیچ مشکلی ندارم، بسیار موفق و باهوش هستم. قادرم مشکلات را حل کنم، اراده خوبی دارم، اما فعلاً فقط از نظر جسمی برایم کنار گذاشتن مواد مشکل است.»



ملاحظه می‌کنیم این عقاید و باورها، موانعی برای دریافت انواع مداخلات درمانی هستند که هدف اصلی این مداخلات بازگرداندن فرد به زندگی عادی است. پیشگیری از عود، مصاحبه انگیزشی، کنترل خشم و استرس، اصلاح برنامه روزانه، درمان افسردگی و اضطراب، اصلاح روابط فرد با دیگران و... مداخلاتی هستند که همراه درمان‌های دارویی (یا در مواردی بدون آن‌ها) در کاهش این مشکلات کمک می‌کنند. قالبی که در آن این درمان‌ها در چارچوب آن ارائه می‌شود می‌تواند به شکل درمان‌های فردی، گروهی، درمان‌های اقامتی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی، آموزش خانواده و جلسات گروه‌های خودیاری (نظیر معتادان گمنام) باشد.

رفتار دردرس ساز، رفتار تکانه‌ای، رفتار
اعتیادی، خطرپذیری بالا، نوجویی، لذت
طلبی یا از منظر دیگر عزت نفس پایین،
نداشتن مهارت‌های لازم برای زندگی
موفق، اشکال در عملکرد ایگو، ناتوانی
در انجام مسئولیت‌ها و باز از منظر
دیگر اشکالات و تحریف‌های شناختی
و... نمای مشکلات روانی فرد وابسته
به مواد است. روان‌شناس کارآزموده و
دارای دانش و مهارت حرفه‌ای می‌تواند
با تمرکز بر این موضوعات به بیمار برای
دستیابی بهینه به اهداف درمانی کمک
کند.



مسایل شناختی، رفتاری و هیجانی

افرادی که وابسته به ترکیبات افیونی هستند عموماً در دستیابی به اهداف مهم زندگی و ایفای نقش‌ها، مسؤولیت‌ها و وظایف‌شان نسبت به خانواده، دوستان و دیگران، شکست‌های مکرری را تجربه می‌کنند. بسیاری همچنین در اقدام‌های مکرر برای دستیابی به پرهیز به تنهایی یا از طریق سم‌زدایی یا درمان‌های دیگر شکست خورده‌اند. نتیجتاً آن‌ها اغلب تصور می‌کنند که نمی‌توانند به اهداف مهم زندگی خود دست یابند. احساسات ناامیدی ناشی از شکست‌های قبلی و شرم در میان بیماران وابسته به ترکیبات افیونی شایع است. به نظر می‌رسد آن‌ها در بسیاری از جبهه‌ها از جمله احتمال دستیابی به پرهیز از مواد غیرقانونی، حفظ آن یا بهبود قابل توجه در وضعیت زندگی‌شان تسلیم شده‌اند. آن‌ها احساس می‌کنند قدرت انجام هیچ کاری را برای پیشبرد یا به‌تر کردن شرایط خود ندارند.

مصرف طولانی مدت ترکیبات افیونی غیرقانونی و ایجاد وابستگی فیزیولوژیک منجر به احساس نیاز برای پایش مداوم نشانه‌های آنی جسمی و هیجانی مسمومیت یا ترک می‌شود. این حالات منجر به ایجاد یک سبک تفکر/ شناخت می‌شود که خصوصیات آن شامل کانون کنترل خارجی، دورنمای زمانی شدیداً محدود شده، کاهش ارزش پاداش‌های آینده و بیش‌بهادی به پاداش‌های آنی می‌شود. کانون کنترل خارجی (به معنای ناتوانی برای دیدن پیامدهای منفی و مثبت اقدامات خود همراه با این باور که محیط، سایر مردم یا برخی قدرت‌های برتر، تصمیم‌ها و مسیر زندگی فرد را کنترل می‌کنند) اغلب با آرزوهای نامشخص یا غیرواقع‌گرایانه درباره آینده همراه است.

از طرف دیگر، بیمار مبتلا به سوءمصرف مواد، به‌خصوص اگر از زمان نوجوانی و ابتدای جوانی مبتلا به این اختلال شده باشد، در بسیاری از توانایی‌های خود هم‌چون کنترل خشم، حل مسأله، تصمیم‌گیری، جرأت‌مندی، و... دچار نقصان است. به همین سبب در زندگی روزمره خود به کرات دچار مشکلات مختلف با افراد خانواده، دوستان، همکاران و... می‌گردد و به مشاوره و راهنمایی کارشناسان این حوزه نیاز دارد.

شیوع علایم و اختلالات روان‌پزشکی همراه در بیماران وابسته به مواد افیونی بالاست. اختلال افسردگی در درصد قابل توجهی از آنان وجود دارد. در واقع در بسیاری از مطالعات، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد مصرف‌کننده مواد، افسردگی بوده است. اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز نسبت به جمعیت عادی، در این افراد بیش‌تر دیده می‌شود، هر چند برخلاف باور عامه، همه افراد معتاد لزوماً ضداجتماعی نیستند.



برای روان‌شناسی که در واحد درمان با داروهای آگونیست کار می‌کند، به آن سبب که بیماران این واحدها برای مدت طولانی تحت درمان هستند، احتمال رویارویی با تمام موارد ذکر شده وجود دارد. البته ورود به درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند با توقف اثرات مخرب مواد و چرخه خماری-نشنگی در فرد، برخی علایم روان‌پزشکی همراه را کاهش دهد، اما در صورتی که علایم روان‌پزشکی همراه در حد اختلال باشد، نیاز به مداخله درمانی مجزا وجود خواهد داشت. مداخلات روان‌شناختی می‌تواند برای اختلالات همراه خفیف تا متوسط، بسیار مفید واقع شود، هر چند بیماران دارای اختلالات همراه شدید باید به روان‌پزشک ارجاع شوند. از این رو روان‌شناس مرکز درمانی باید در غربال‌گری و ارزیابی علایم مختلف روانی، مطالعه و تجربه کافی داشته باشد و برای افزایش دانش و تجربه خود در این حوزه تلاش کند.

از طرف دیگر، بیماران تحت درمان نگهدارنده مسایل خاص دیگری دارند. از جمله این که، ممکن است بیمار همه بهبودی خود را متوجه داروی متادون (یا داروی آگونیست دیگر) بداند، و برای خود نقشی قایل نباشد. این حالت نتیجه کانون کنترل خارجی و اعتماد به نفس پایین است. بنابراین یک رویکرد مهم در این بیمار توجه به اعتماد به نفس و

افزایش آن است. از طرفی، این احتمال وجود دارد که به سبب توانایی در عدم مصرف مواد برای مدت طولانی، بیمار به غلط توانایی خود را بیش از اندازه تصور کند و خود را در موقعیت‌های پرخطر از لحاظ مصرف قرار دهد. مشخص است که برخورد با هریک از این مسایل، در زمان خاص خود و با رعایت ظرایف لازم، اهمیت بسیاری دارد.

توجه داشته باشید که برای همه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان، این احتمال وجود دارد که هم‌زمان ماده دیگری را نیز مصرف کنند. این مسأله در مورد بیماران تحت درمان نگهدارنده نیز صادق است. در واقع در مطالعات و نیز به تجربه دیده شده است که برخی بیماران، پس از ورود به درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، مصرف ماده افیونی را کنار می‌گذارند، اما مصرف مواد دیگر، به‌خصوص مواد محرک مانند مت‌آمفتامین (شیشه) را آغاز می‌کنند. عده‌ای از بیماران داروهایی چون بنزودیازپین‌ها را مورد سوءمصرف قرار می‌دهند.

با توجه به مراجعه روزانه (به‌خصوص در ماه‌های اول درمان)، احتمال ایجاد تنش بین بیماران، یا بیماران و کادر درمانی، وجود دارد. مهم است که روان‌شناس در جلسه‌های فردی و گروهی، بدون وارد شدن به وادی قضاوت، بتواند به بیماران کمک کند تا به شکلی صحیح با این مشکلات برخورد کرده و آن‌ها را مرتفع سازند.

روان‌پویایی اعتیاد

از دیدگاه روان‌تحلیلی سنتی، انسان نظامی از انرژی تلقی می‌شود. این انرژی در هر یک از مراحل رشد در بخشی از بدن متمرکز می‌شود. اولین دوره، دوره دهانی است که تثبیت در این مرحله، ایجاد صفات وابستگی می‌کند. از این منظر، پسرقت به (یا تثبیت در) این دوره، وابستگی به مواد را توضیح می‌دهد. در این مرحله، تلقی فرد از رابطه خود و دنیا (نظیر دوره نوزادی) به این صورت است که می‌تواند بدون هیچ تلاشی، احساس لذت فراوان (خوردن) را تجربه کند و دیگران باید بر اساس اراده وی این خدمات را به او ارایه نمایند. ارضای بیش از حد یا محرومیت در این دوره می‌تواند صفات بیمارگون ایجاد کند که شامل خوش بینی مفرط، خودشیفتگی، بدبینی (که معمولاً در مرحله افسردگی است) و وابستگی می‌شود. این اشخاص در اغلب مواقع، وابستگی شدید به موضوعات خارجی برای حفظ اعتماد به نفس دارند. همان‌طور که ملاحظه می‌کنیم ویژگی‌های فوق در افراد وابسته به مواد و الکل قابل مشاهده است.



دیدگاه‌های جدیدتر روان‌پویایی اعتیاد متاثر از نظریه‌های روان‌تحلیلی معاصر بوده و بر جنبه‌های رشدی، ساختاری (نفس ایگو)، روابط ابژه و مشکل در تحمل عواطف تأکید دارند. در تفکر جدید روان‌پویایی، تصور می‌شود سوء‌مصرف مواد پاسخی به رنج روان‌شناختی و مشکلات مرتبط با خودتنظیمی است. ایگو باید سیستمی هشیار و راهنمایی برای مراقبت نفس^{۱۶} در برابر خطرات واقعی خارجی، بی‌ثباتی و آشفتگی در زندگی هیجانی درونی باشد. وقتی به دلایلی، ایگو قادر به انجام این امور نباشد، رفتار اعتیادی ایجاد می‌شود. برای درمان توجه به عملکرد ایگو و اصلاح وضعیت عزت نفس بسیار مهم است.

¹⁶ self

واکنش‌های دفاعی روانی در معتادان

به خوبی می‌دانید که چند دسته اصلی واکنش دفاعی روانی تعریف شده‌اند که عبارتند از: خودشیفته، نابالغ، نوروتیک و بالغ. این مکانیسم‌ها برای کاهش اضطراب افراد در شرایط زندگی روزمره مورد استفاده قرار می‌گیرند. انواع نابالغ این مکانیسم‌ها در فرد معتاد مورد استفاده قرار می‌گیرند که شامل فرافکنی^{۱۷}، انکار^{۱۸}، واکنش‌سازی^{۱۹}، دلیل‌تراشی^{۲۰} و... می‌شود. استفاده از این مکانیسم‌ها به صورت مکرر از برقراری رابطه مناسب بین فرد و واقعیت جلوگیری می‌کند و به شکل‌های مختلف موانعی بر سر راه بهبودی او فراهم می‌آورد.

در درمان نگهدارنده، همچون سایر بخش‌های زندگی بیماران، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ اتفاق می‌افتد. مثلاً جسمی‌سازی^{۲۱} به شکل شکایت بیمار از دردهای مزمن بویژه دردهایی که شبیه علائم محرومیت است دیده می‌شود. نتیجه این دردها عدم فعالیت فیزیکی مناسب در بیمار و احساس اضطراب ناشی از لزوم فعالیت است. این وضعیت ممکن است باعث شود بیمار بدون اطلاع پزشک، دوز داروی مصرفی خود را تغییر دهد.

مسائل بین فردی و ارتباطی بیماران معتاد

در جریان بیماری اعتیاد روابط فرد با خودش و دیگران مختل می‌شود. مشکلات کارکرد ارتباطی بیمار و خانواده ممکن است پیش از شروع بیماری، در زمان بیماری و پس از شروع درمان بر وضعیت سلامت بیمار مؤثر باشد. در نتیجه بیماری، اعتماد و صمیمیت بین فرد معتاد و اعضای خانواده لطمه می‌خورد. همچنین، بسیاری از خانواده‌های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، دچار مشکلات عمده‌ای هستند. بعضی از این مشکلات به ساختار خانواده مربوط است، به عنوان مثال خانواده‌ای که در آن یک فرد (مثلاً مادر) بسیار کنترل‌کننده است، و می‌خواهد رفتار همه اعضای خانواده را در کنترل خود داشته باشد و به شکل‌های مختلف در امور شخصی آن‌ها دخالت می‌کند. چنین فردی، در روند درمان بیمار نیز دخالت خواهد کرد و در صورتی که درمان‌گر به این موضوع توجه نکند، می‌تواند موجب آسیب

¹⁷ projection

¹⁸ denial

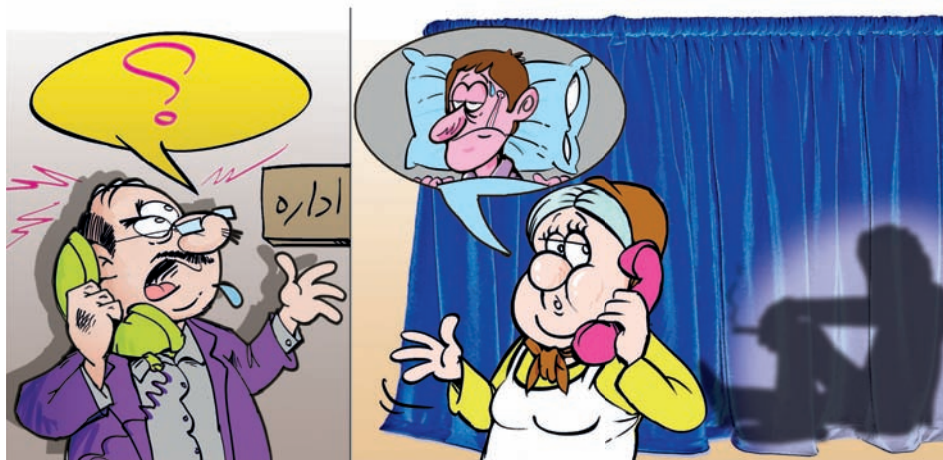
¹⁹ reaction formation

²⁰ rationalization

²¹ somatization

جدی به درمان مراجع گردد. در صورتی که خانواده بیمار، درک صحیحی از طبیعت و سیر بیماری اعتیاد داشته باشند، انتظارات واقع‌گرایانه از درمان داشته باشند، و احساسات و نحوه برخورد خود را با بیماری بشناسند می‌توانند کمک قابل توجهی به پیشرفت فرآیند درمان نمایند. از این روست که خانواده درمانی و آموزش خانواده، دو رویکرد مهم در درمان سوءمصرف مواد است.





هم‌وابستگی^{۲۲} به معنی تلاش وسواس گونه برای کنترل فرد غیرقابل کنترل، احساس گناه بسیار شدید، از دست دادن کنترل بر زندگی و خواسته های خویش به دلیل تمرکز بیش از حد به مسائل فرد معتاد، احساس شرم، تبدیل شدن به فردی دائماً مراقب (و بی توجهی به نیازهای خود)، قادر سازی (کمک به بیمار برای خالی کردن شانه از زیر بار مسئولیت، مثلاً دروغ گفتن به رئیس یا نامزد بیمار) و... است. این وضعیت از جمله مشکلاتی است که در رابطه بیمار و خانواده او بایستی مورد توجه درمانی قرار گیرند.

شخص معتاد نیز در روابطش با دیگران، رفتار و احساساتی را نشان می‌دهد که آسیب‌رسان بوده و در جریان درمان باید تغییر کند. نتیجه آشکار این عملکرد مختل، مشکلاتی است که فرد معتاد برای سایر افراد و جامعه ایجاد می‌کند نظیر عدم انجام تکالیف و وظایف خود مانند مراقبت از فرزندان، تامین مالی و احساسی اعضای خانواده، دزدی، دروغ‌گویی، توقع بیش از حد، آلوده کردن خود و دیگران به بیماری‌های عفونی و کاهش سطح سلامت و اعتبار خانواده و در سطح اجتماعی قانون‌شکنی، کم‌کاری، خسارت به اموال دیگران و موارد فراوان دیگری از این دست که

²² co-dependency

منجر به تخریب رابطه فرد با دیگران می‌شود. این موارد جزو موضوعاتی هستند که بایستی در جریان درمان مورد توجه قرار گیرند. این امر از طریق اصلاح سبک زندگی، جبران خسارت‌ها (در موارد ممکن)، تغییر روابط و نظایر آن حاصل می‌شود که به صورت عمده با کمک درمان‌های روان‌شناختی میسر است.

ارتباط فرد بیمار با کسانی که احتمال تشدید بیماری یا لغزش و عود را در او زیاد می‌کنند، نوع مصرف و ماده مصرفی را تغییر می‌دهند، عزت نفس او را هدف قرار می‌دهند، به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی غیربالغ را در او ترغیب می‌کنند، او را در شناسایی بیماری و روش درمان آن گمراه می‌نمایند و روابط مشابه دیگر، بخشی از روابط ناسالم دخیل در بیماری اعتیاد است که شناسایی و مداخله در آن‌ها در مسیر درمانی بیمار کمک کننده و بسیار مهم است. عکس این موارد نیز وجود دارد، ارتباط با اعضای گروه‌های خودیاری، شبکه درمان، دوستان جدید غیرمصرف‌کننده نقش مهمی در اصلاح سبک زندگی ایفا می‌کنند. روان‌شناس می‌تواند با شناسایی شبکه ارتباطی فرد معتاد و اصلاح آن کمک قابل توجهی به درمان بیمار نماید.



بیمار معتاد به علت ویژگی‌های خود و نیز تخریب‌های ناشی از اعتیاد در زندگی‌اش، روابط نامناسبی با دیگران دارد، قادر نیست در مورد احساسات و خواسته‌هایش با دیگران کاملاً صادق باشد (حتی می‌توان گفت به علت اثرات ناشی از مصرف مواد احساسات و خواسته‌هایش را نمی‌شناسد) و در نهایت لذت، خشم، پذیرش، انتظارات، ترس، غم و... سایر زمینه‌های درونی شخص که پایه‌ای برای ارتباطات انسانی است به شدت تحت تاثیر مرحله بیماری و نیز شرایط خاص (محرومیت، مسمومیت، ...) فرد است.

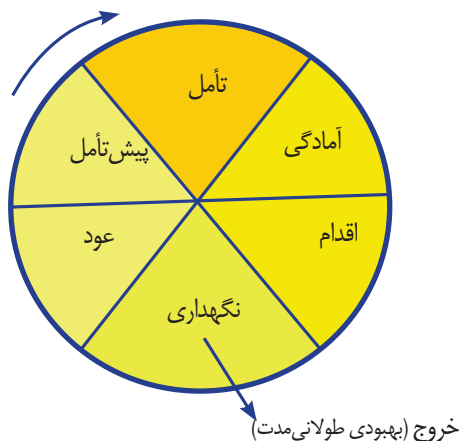
سازمان دادن به روابط بین فرد معتاد، گروه‌های معتادان و دیگران، جزو مهارت‌های اصلی درمان‌گران است که در مسیر بهبود بیماران نقش عمده‌ای دارد. آشنایی روان-شناسان درمان‌گر اعتیاد با مبانی علمی مربوط به اصول تغییر روابط افراد با خود و دیگران بسیار مهم است و به آن‌ها کمک می‌کند تا با تسهیل تغییرات در رفتار بیمار و محیط پیرامون او، فضای مناسبی برای نمو نهال سلامت، فراهم کنند.



فصل ششم: انواع مداخلات روان‌شناختی در درمان اعتیاد کدامند؟

چرخه تغییر رفتار

درک فرآیند تغییر رفتار، تدوین برنامه درمانی ساختاریافته را تسهیل می‌کند. پروچاسکا و دیکلمنته^{۲۳} یک مدل مفید شش مرحله‌ای برای توصیف این فرآیند تدوین کرده‌اند. گرچه حمایت تجربی محدودی از این مدل وجود دارد، اما استفاده از آن می‌تواند ساختار مناسبی برای عرضه مداخلات روانی، اجتماعی فراهم کند. درمان‌گران باید این مدل را با احتیاط استفاده کنند و از طبقه‌بندی ساده‌سازانه و بدون انعطاف بیماران اجتناب کنند (شکل ۳).



شکل ۳- مدل فرآیند تغییر (پیشرفت معمولاً در جهت عقربه‌ها ساعت رخ می‌دهد)

• مرحله پیش‌تأمل

در مرحله پیش‌تأمل، از نظر بیمار منافع تداوم مصرف مواد از زیان‌های آن و مشکلات ناشی از تغییر رفتار از فواید آن بیش‌تر است. ممکن است شما نگران پیامدهای مصرف ماده در بیمار خود باشید، اما بیمار ترجیح می‌دهد علی‌رغم آگاهی از این خطرات، به مصرف خود ادامه دهد. بیمار در این مرحله معمولاً در برابر اقدام به درمان مقاومت می‌کند، اما از دریافت آموزش و آگاهی برای به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از مواد استقبال می‌کند. برای مثال یک مصرف‌کننده تزریقی ممکن است تمایل داشته باشد، راه‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی را بیاموزد یا یک مصرف‌کننده هرویین ممکن است علاقمند باشد تا درباره نحوه پرهیز از بیش‌مصرف اطلاعات کسب کند. در این مرحله، در کنار آموزش و آگاهی دادن، می‌توان از مصاحبه انگیزشی برای کمک به بیمار برای شناسایی منافع و مضرات مصرف مواد استفاده کرد.

• مرحله تأمل

در این مرحله، جابجایی در تعادل هزینه‌ها و منافع مصرف مواد شروع شده است، گرچه هنوز بیمار برای تغییر دودل است. در این مرحله می‌توان دوسوگرایی^{۲۴} بیمار را با استفاده از مصاحبه انگیزشی مورد کاوش قرار داد.

• مرحله آمادگی

در مرحله آمادگی، تعادل جابجا شده است. بیمار در حال آماده شدن برای اقدام است و از توانایی خود برای تغییر اطمینان دارد. در نگاه بیمار، تغییر ارزشمند تلقی می‌شود. این مرحله اغلب، مرحله برنامه‌ریزی برای درمان است. هدف‌گذاری، شناسایی حمایت‌های درونی و بیرونی و شناسایی راهبردهایی برای حمایت از تغییر کمک‌کننده خواهند بود.

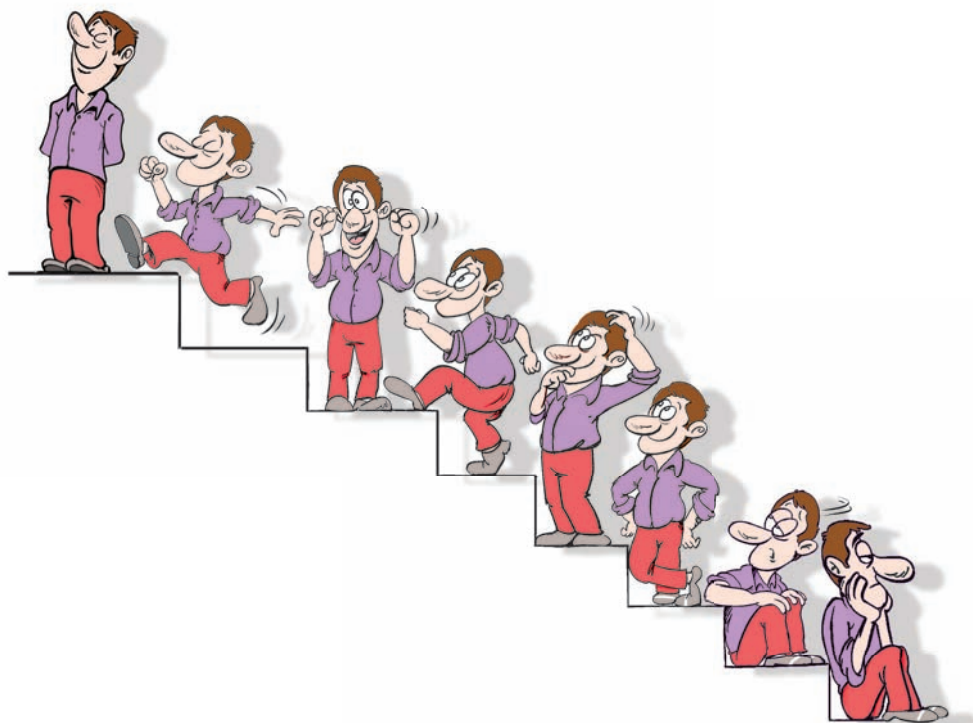
• مرحله اقدام

در این مرحله، بیمار گام‌هایی برای تغییر برمی‌دارد. حمایت، آموزش و مداخلات درمانی اختصاصی می‌تواند ارایه شود. مرور دلایل اولیه منتهی به تصمیم برای تغییر مفید خواهد بود.

²⁴ ambivalence

• مرحله نگهداری

در صورتی که تغییر در رفتار به مدت شش ماه یا بیش‌تر تداوم داشته باشد با بهبودی قابل توجه در کیفیت زندگی (برای مثال اسکان، اشتغال، روابط، سلامت جسمی و روانی) همراه است. برای تقویت رفتارهای بیماران، آن‌ها را تشویق کنید تا دلایل خود را برای حفظ تغییر ابراز کنند.



معرفی مداخله‌های روان‌شناختی در اعتیاد

برای موفقیت درمان سوءمصرف مواد، ارایه مداخلات روانی، اجتماعی در کنار درمان‌های دارویی الزامی است. مداخلات روانی، اجتماعی دامنه وسیعی از مداخلات از مشاوره حمایتی تا حمایت برای تأمین محل سکونت را به شرح زیر شامل می‌شود:

- مرور منظم برنامه‌های مراقبت و اهداف درمان با بیمار.
 - تأمین اطلاعات مرتبط با سوءمصرف مواد و توصیه به درمان.
 - مداخله برای کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد (خصوصاً بیش مصرف و عفونت‌های منتقل‌شونده از راه خون).
 - مداخلات روانی، اجتماعی برای افزایش انگیزه.
 - مداخلات روانی، اجتماعی برای پیشگیری از عود.
 - کمک برای حل مشکلات اجتماعی مثل بیکاری، بی‌خانمانی.
- در تأمین خدمات روانی، اجتماعی برای بیماران وابسته به مواد، باید نیازها و خواسته‌های مراجع را در نظر گرفت. باید به مراجعان فرصت داد تا درباره شرکت در برنامه‌های درمانی تصمیم آگاهانه بگیرند. برای آن که بیمار بتواند درباره خدمات و مراقبت‌های غیردارویی خود تصمیم آگاهانه بگیرد، لازم است رویکردها و روش‌های مختلف درمانی، برای مراجع توضیح داده شود. در صورت رضایت بیمار، باید علاوه بر بیمار، خانواده او نیز در فرآیند ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت مشارکت داده شود.

در جلسه‌های اول مشاوره، لازم است در ذهن خود، مهم‌ترین مشکلات مراجع را فهرست کنیم. سپس این فهرست را با بیمار در میان می‌گذاریم تا مطمئن شویم که او نیز مشکلات خود را همچون درمان‌گر طبقه‌بندی می‌کند. مهم است که برای هر مراجع، بهترین و مناسب‌ترین شیوه درمانی را به کار گیریم. در ادامه به اختصار انواع مداخله‌های روان‌شناسی معرفی شده‌اند.

مشاوره انگیزشی

اگر چه اعتیاد یکی از شدیدترین اختلالات رفتاری است، اما رفتارهای ناکارآمد دیگری نیز وجود دارد، که ویژگی‌هایی مشابه اعتیاد دارند. به عنوان مثال، رفتار پرخوری را در نظر بگیرید. چگونه است که فرد پرخور، با این که از عواقب جسمی و طبی پرخوری آگاه بوده و از نظر روانی نیز از این رفتار ناراضی است، قادر به تغییر این رفتار خود نیست؟ فرد ممکن است در اثر چاقی ناشی از پرخوری دچار انواع و اقسام ناراحتی‌های روانی و جسمی مانند افسردگی یا آرتروز شدید شده باشد، با این وجود در پیروی از دستورات رژیم غذایی ناموفق است. رفتارهای ناکارآمد شایع‌تری نیز وجود دارد، به طور مثال همه ما به فواید ورزش آگاهیم، و درواقع از خطرات ورزش نکردن نیز اطلاع داریم، ولی ورزشکاران جامعه معمولاً در اقلیت هستند. به عنوان یک روان‌شناس، در رفتارهای خود دقت کنید. آیا هیچ‌یک از دو مثال ذکرشده، یا رفتارهای ناکارآمد دیگری مانند بی‌نظمی، مطالعه ناکافی، اختصاص ندادن وقت کافی برای اوقات فراغت، عدم رعایت دستورات درمانی تجویز شده برای یک بیماری خاص، مصرف شیرینی زیاد، ... در مورد شما صدق نمی‌کند؟ اگر اینگونه است، به چه دلیل قادر به کنار گذاشتن رفتار ناکارآمد خود نیستید؟ احتمالاً دلایلی مانند نداشتن وقت کافی، عدم در اختیار داشتن وسایل مناسب، بی‌حوصلگی و... را مطرح می‌کنید. ولی واقعیت این است که تغییر رفتار، کار ساده‌ای نیست و با این حساب نمی‌توان از یک بیمار معتاد انتظار داشت که رفتار سوءمصرف مواد را به راحتی کنار بگذارد و عود اگرچه خوشایند هیچ کس نیست ولی دلیل فقدان انگیزه و علاقه در مراجع برای درمان نیست.

همان طور که در بخش قبل توضیح داده شد، تغییر رفتار، دارای مراحل مختلفی است. مهم است که بدانیم حرکت بیمار در طول این مراحل به صورت خطی نیست. بنابراین، این که بیماری را برای اولین بار در مرحله اقدام ملاقات کنیم، به این معنی نیست که تا پایان درمان در این مرحله خواهد ماند. به همین سبب لازم است در هر ویزیت، برآوردی از مراجع خود از لحاظ میزان انگیزه داشته باشیم. برای آشنایی بیش‌تر با هریک از این مراحل و نیز چگونگی ارزیابی بیمار از لحاظ مرحله‌ای که در آن است، به کتاب‌های مرجع معرفی‌شده در انتهای این کتاب، مراجعه کنید.

مشاوره انگیزشی، روشی تعاملی است، بدین معنی که در طی آن بین درمان‌گر و مراجع، ارتباطی دوطرفه با هدف کمک به مراجع شکل می‌گیرد و در آن بر ظرفیت‌های مراجع به عنوان امکان مهمی برای تغییر تأکید می‌شود.

بنابراین در این روش مشاوره، رابطه معلم-شاگردی، یا والد-فرزندی وجود ندارد. برای انجام این مشاوره، اصولی وجود دارد که رعایت آن‌ها کلید اصلی موفقیت درمانی است.



اصول مشاوره انگیزشی عبارت هستند از:

• نشان دادن هم‌دلی^{۲۵}

هم‌دلی به معنای درک احساسات و شرایط بیمار است، بدون این که لازم باشد خود را در شرایط بیمار قرار داده، تجربیات او را تکرار کنیم و یا برای او دلسوزی نماییم. هم‌دلی با مراجع (به‌خصوص فرد بیمار) برای کمک به روند تغییر اهمیت زیادی دارد. در غیر این صورت، بیمار ارتباط مناسب درمانی را برقرار نمی‌کند و درمان‌گر را فرد شایسته‌ای برای کمک به خود نمی‌یابد. توضیح بیش‌تر درباره روش‌های هم‌دلی در فصل هشت ارائه شده است.

• به‌وجود آوردن مغایرت^{۲۶}

هدف این است که در طول مشاوره انگیزشی، مراجع به‌تدریج متوجه شود که رفتار او (مثلاً مصرف مواد یا عدم رعایت قوانین درمان نگهدارنده مثلاً مراجعه منظم روزانه) چه آسیب‌هایی را برای او به‌وجود آورده است، و در صورت عدم وجود این رفتار، اکنون او در چه وضعیتی بود. مهم است که این مرحله با ظرافت تمام انجام گیرد، در غیر این صورت موجب ایجاد مقاومت در مراجع می‌گردد. مثلاً در مورد رفتار مصرف ماده، ابتدا از پرسش در مورد فواید مصرف و کمک‌هایی که ماده موردنظر به او می‌کرد شروع می‌کنیم و در زمان مناسب از زیان‌های ناشی از مصرف در ابعاد مختلف (روانی، جسمی، خانوادگی، شغلی، مالی، اجتماعی، قانونی...) در شرایط فعلی و آینده هم می‌پرسیم.

• دور زدن مقاومت^{۲۷}

مهم است که نشانه‌های مقاومت را بشناسیم و آنچه که اهمیت بیش‌تری دارد این است که از ایجاد مقاومت و یا تشدید آن در مراجع تا آنجا که امکان دارد جلوگیری کنیم. ممکن است مقاومت بیمار بسیار واضح و به‌صورت مشاخره با درمان‌گر، امتناع از مصرف دارو، غیبت‌های مکرر، تأخیرهای مکرر و... باشد، اما گاهی ممکن است خود را به شکل‌های ظریف‌تر مانند عدم پاسخ‌دهی به پرسش‌های درمان‌گر، تمسخر،

²⁵ empathy

²⁶ discrepancy

²⁷ roll with resistance

زیرسؤال بردن توانایی درمان‌گر یا روش درمانی و سکوت نشان دهد. معمولاً دلیل ایجاد مقاومت، رفتار درمان‌گر است. یکی از شایع‌ترین علل ایجاد مقاومت توسط درمان‌گر، عدم هم‌دلی با بیمار و گوش ندادن به حرف‌های اوست.



هرگاه که متوجه ایجاد مقاومت در مراجع خود شدید، سعی کنید به‌یاد بیاورید چه اتفاقی موجب ایجاد آن شده است و در صورت به‌یاد آوردن آن، صراحتاً عذرخواهی کنید. این کار موجب از بین رفتن مقاومت مراجع می‌گردد. در صورتی که متوجه نشدید چه چیزی باعث ایجاد مقاومت شده است، موضوع صحبت را تغییر دهید.

• حمایت از خودکارآمدی^{۲۸} مراجع

یکی از اشتباهات شایع درمان‌گران این است که به اشتباه خود را مسئول تغییر بیمار می‌پندارند و ممکن است خواسته مراجع از آنان نیز همین باشد. چنین تفکری موجب می‌شود که بار مسئولیت تغییر به دوش درمان‌گر بیفتد، اعتماد به نفس مراجع آسیب ببیند و در نهایت تغییری نیز صورت نپذیرد. در تمام مدت مصاحبه انگیزشی باید مراجع را متوجه نقش اول او در تغییر رفتار بنماییم. لازم است به اشکال مختلف، این نکته که تنها خود مراجع است که برای تغییر تصمیم می‌گیرد و با اراده اوست که این تغییر صورت می‌پذیرد به او یادآوری شود. هم درمان‌گر و هم مراجع باید بدانند که تا زمانی که خود مراجع خواهان تغییر باشد، درمان‌گر به عنوان یاری‌کننده او در این راه همراهش خواهد بود. برای انجام اصول مصاحبه انگیزشی، راهکارهای مختلفی وجود دارد، که توصیه می‌شود برای دستیابی به اطلاعات بیش‌تر، به کتاب‌های مرجع معرفی شده در انتهای این کتاب، مراجعه کنید.

مدیریت مشروط

مدیریت مشروط^{۲۹} یک مداخله رفتاری است که برای تغییر رفتارهای اختصاصی بر اساس اصول شرطی‌سازی عامل^{۳۰} طراحی شده است. یکی از حوزه‌های کاربرد مدیریت مشروط، درمان بیماران سوءمصرف مواد است. در مدیریت مشروط اهداف رفتاری ساده و مشخص نظیر پرهیز از مصرف مواد، پایبندی به برنامه درمانی و... تعیین و در صورت موفقیت بیمار در دستیابی به هدف، رفتار بیمار از طریق دادن پاداش تقویت می‌شود. دانش امروز ما از روان‌شناسی رفتاری بیماری اعتیاد حاکی از آن است که تقویت رفتارهای مثبت در مقایسه با تنبیه رفتارهای منفی، روش مؤثرتری برای تغییر رفتار است. پاداش‌هایی که در برنامه‌های مدیریت مشروط به عنوان مشوق رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ژتون یا کوین (که بیمار می‌تواند با استفاده از آن کالا یا خدمات دریافت کند)، پول نقد (با ارزش مالی محدود) و برخی حقوق ویژه نظیر مجوز بردن دوز متادون به منزل است. لازم است بزرگی این پاداش با رفتار و مسئولیت

²⁸ self-efficacy

²⁹ contingency management

³⁰ operant conditioning

پذیرفته‌شده و نیز مرحله درمانی هماهنگ باشد. به عنوان مثال؛ شنیده‌ایم اطرافیان به بیمار می‌گویند: «اگر مواد را ترک کنی، برایت ماشین می‌خریم». این مثالی از استفاده نادرست از این روش درمانی است. چرا که اولاً موضوع قرارداد روشن و اختصاصی نیست (ترک یعنی چه؟ چه مدت در ترک باشد؟...) ثانیاً مشوق‌های ابتدایی و میانی که موتور اصلی حرکت به سمت پایداری درمان است را بلااستفاده گذاشته‌ایم. مثلاً شاید این طور بهتر بود که، اگر یک ماه بدون مصرف مواد (هرنوع ماده به جز سیگار) بودی، هزینه چهار جلسه تعلیم رانندگی را به عهده می‌گیرم.



بررسی‌ها نشان می‌دهد در صورت به‌کارگیری صحیح اصول مدیریت مشروط، پاداش‌های مختلف اثربخشی مشابه دارند. تقویت‌کننده‌های رفتاری باید بر اساس قواعد مشخص و حتی‌الامکان بلافاصله پس از رفتار مثبت ارایه شود. افزایش محدود در ارزش پاداش با تداوم رفتار مثبت می‌تواند روش مناسبی برای تداوم تأثیر مشوق‌ها باشد. روش مدیریت مشروط به صورت موفقیت‌آمیزی در درمان سوءمصرف مواد محرک و مواد افیونی به کار گرفته شده است.

درمان‌های شناختی رفتاری

اساس درمان‌های شناختی رفتاری، مدل یادگیری اجتماعی، و هدف آن کمک به بیمار در جهت دستیابی به راهکارهای مقابله‌ای به عنوان جایگزینی برای مصرف مواد است. در مراحل ابتدایی درمان، بیش‌تر به مداخلات رفتاری مانند برنامه‌ریزی زمانی، تنظیم وقت و اجتناب از موقعیت مصرف ماده پرداخته می‌شود. با پیشرفت درمان، مداخلات شناختی هم‌چون مقابله با وسوسه، شناخت برانگیزان‌ها^{۳۱}، و تحلیل عملکرد، اهمیت بیش‌تری می‌یابند.

مداخله در بحران

بسیاری از بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد، دارای مهارت‌های مقابله‌ای مناسبی نیستند و به همین دلیل در معرض بحران‌های مختلف قرار می‌گیرند. این بحران‌ها می‌تواند خانوادگی، اقتصادی، شغلی یا حقوقی بوده و در بسیاری از موارد نتیجه درمان را شدیداً متأثر می‌نمایند. مهم است که درمان‌گر در بحران‌های مختلف همراه بیمار باشد و او را در فایق آمدن بر بحران یاری کند. به همین دلیل، مهم است که اگر بیمار به جلسه درمانی نیامد، یا برای مصرف دارو مراجعه نکرد، درمان‌گر در صدد یافتن او و دلیل عدم مراجعه باشد. توجه داشته باشید که یکی از مهم‌ترین بحران‌ها، شروع مجدد مصرف مواد است. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های مورد استفاده برای مداخله در بحران، تکنیک حل مسئله است. حل مسئله تکنیکی است که در حین آن مشاور به بیمار ارزیابی مشکل (تعریف و درک مشکل)، برنامه‌ریزی برای مداخله (ارائه راه حل)، مداخله (اقدام)، ارزیابی نتایج و پذیرش راه حل‌ن‌هایی را آموزش می‌دهد.

³¹ trigger

روان تحلیلی

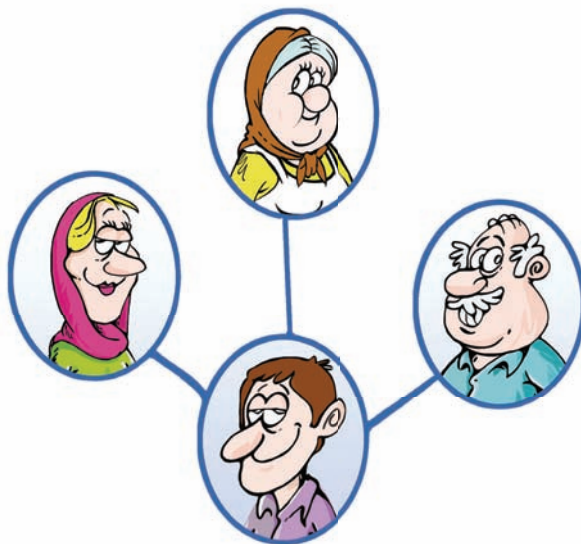
اگرچه بیماران معتاد عمدتاً دارای مسایل پیچیده و عمیق روانی هستند، اما کاربرد درمان روان تحلیلی دارای محدودیت‌های زیادی در آنان است. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌ها، ایجاد اضطراب در نتیجه درمان‌های روان تحلیلی است، که در بسیاری از موارد، بیمار مبتلا به سوءمصرف مواد را، که دارای مکانیسم‌های قوی مقابله‌ای نیست، به سوی مصرف مجدد ماده سوق می‌دهد. با این حال، شواهدی مبنی بر مؤثر بودن شکل‌های کوتاه‌مدت روان تحلیلی، به‌خصوص برای بیمارانی که از روش‌های دیگر سود کافی نمی‌برند، وجود دارد.

گروه درمانی

به عنوان یکی از روش‌های درمان غیردارویی، گروه درمانی منافع زیادی برای شرکت‌کنندگان در گروه دارد. از جمله این منافع می‌توان به تجربه حس پذیرش از سوی افراد دیگر، تبادل اطلاعات، آگاهی از منحصر به فرد نبودن مشکل، مقرون به‌صرفگی نسبت به درمان‌های فردی و... اشاره نمود.

خانواده درمانی

معمولاً خانواده‌های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد دچار مشکلات و بعضاً اختلالات مختلفی هستند. ممکن است این مشکلات قبل از ابتلای بیمار به سوءمصرف مواد وجود داشته باشد، یا به دنبال اعتیاد یکی از اعضای خانواده ایجاد شده باشد. مدل‌های مختلف برخورد خانواده با اعتیاد بیمار (کنترل بیش از حد، رشوه دادن، تهدید کردن...) نیز در ادامه روند اعتیاد مؤثر است. از این روست که درمان مناسب خانوادگی و آموزش خانواده نقش مهمی را در درمان سوءمصرف مواد ایفا می‌کند. برای انجام خانواده‌درمانی، مطالعه تئوری‌ها و روش‌های مختلف لازم است، و برای کسب تجربه کافی، نیاز به تمرین زیاد وجود دارد.



درمان شبکه‌ای

درمان وابستگی به مواد مستلزم ایجاد تغییرات اساسی در سبک زندگی فرد است. با توجه به این که دور شدن از مسیر بهبودی با زاویه کوچکی شروع می‌شود، نزدیکان بیمار قادر هستند در شناسایی این انحراف‌های کوچک و کمک به اصلاح آن‌ها به درمان‌گر کمک کنند. این گروه که معمولاً نباید از ۳-۲ نفر بیش‌تر باشند، شبکه درمان بیمار خوانده می‌شوند. در صورت موافقت بیمار با به‌کارگیری این روش درمانی، اعضای شبکه درمان باید با نظر بیمار انتخاب شوند. در شروع درمان تصریح این نکته لازم است که وظیفه این افراد مداخله در درمان یا سایر موضوعات مربوط به کنترل نخواهد بود، بلکه وظیفه اصلی ایشان کمک به شناسایی برانگیزان‌های وسوسه و همراهی برای گذر از آن‌ها یا حذف‌شان است.

اصلاح محیط خانه و خانواده و نیز شناسایی مراحل بهبودی نیز از کارهایی است که گاهی از این افراد خواسته

می‌شود. این شیوه درمانی معمولاً کمک قابل توجهی در یافتن آنچه از دید بیمار می‌گریزد خواهد کرد، همچنین به اطرافیان کمک می‌کند تا ضمن داشتن احساس نقش مؤثر در درمان، از مداخله بیهوده بپرهیزند.

زوج درمانی

نکات ذکر شده در مورد خانواده درمانی، در زوج درمانی نیز صادق است. مشکلات قبلی بین زوجین، می‌تواند از عوامل تسریع کننده ایجاد اعتیاد باشد. از طرفی، اعتیاد خود موجب ایجاد مشکلات در زندگی خانوادگی می‌شود. درمان زوج، حاوی نکات بسیار ظریفی است که پرداختن به آن، نیاز به تبحر و توجه خاص دارد. به عنوان مثال، در خانواده‌ای ممکن است اعتیاد شوهر از جهاتی به تداوم زندگی خانوادگی کمک کند، چرا که زن نقش غالب و رئیس دارد، و درمان اعتیاد این نقش را از بین می‌برد و موجب شکل‌گیری اختلاف و حتی جدایی می‌گردد. بدیهی است که درمان اعتیاد در این خانواده و حفظ هم‌زمان زندگی خانوادگی، ساده نیست و در بسیاری از موارد نیاز به روان‌درمانی انفرادی هم‌زمان برای زن و یا شوهر دارد.

پیشگیری از عود

شاید بتوان شایع‌ترین مشکل و مانع فرایند درمان اعتیاد را عود دانست. تا آنجا که عود را حتی جزئی از درمان می‌دانند. در این میان روان‌شناس تیم درمان، مهم‌ترین نقش را در پیشگیری از عود به عهده دارد، به گونه‌ای که پیرا نه نیست که بگوییم روان‌شناسی که از عود و پیشگیری از آن چیزی نداند، تقریباً نقشی در فرایند درمان نمی‌تواند داشته باشد. یکی دیگر از پیامدهای منفی عود بیماران، خستگی و فرسایش تیم درمان است، چرا که وقتی می‌بینند با وجود تلاش صادقانه برای درمان بیمار، عود اتفاق می‌افتد دچار دلسردی و ناامیدی می‌شوند.

عود یک واقعه مستقل و مجزا نبوده بلکه بخشی جدایی‌ناپذیر از فرایند بهبودی است. همان گونه که اعتیاد یک بیماری مزمن است؛ پیشگیری از عود نیز، یک فرایند طولانی مدت است. عود به صورت فرایندی تعریف می‌شود که در حین آن نقص در سازگاری و مقابله با محرک‌ها و فشارهای داخلی و درنگرش، افکار، احساسات و رفتار فرد دلالت بر این دارد که فرایند عود شروع شده است و اگر به مراجع و خانواده‌اش درباره علایم عود آموزش داده شود، مراجع

و یا خانواده می‌تواند آن‌ها را شناسایی نموده و آگاهانه برای توقف این فرآیند اقدام کنند. خارجی منجر به بازگشت به مصرف مواد یا سیار رفتارهای اعتیادی می‌شود. عود یک واقعه مجزا نیست، بلکه علائم هشداردهنده‌ای دارد که قابل پیش‌بینی بوده و از مدت‌ها قبل از مصرف مواد قابل مشاهده هستند. پیشگیری از عود شامل راهبردها و راهکارهایی می‌گردد که پرهیز از مواد را تسهیل می‌کند و به فرد کمک می‌کند تا موقعیت‌ها، افکار و فعالیت‌های پرخطری را که باعث تحریک مصرف مواد می‌شود شناسایی و راهکار مناسبی برای مقابله با آن انتخاب کند.

معمولاً عود به اشتباه فقط مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز دانسته می‌شود، در حالی که بازگشت به مصرف مواد، آخرین حلقه از فرآیند عود و نتیجه ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای بیمار است.

عود قابل پیشگیری است. در صورتی که به مراجع در خصوص شناسایی علائم هشداردهنده و اتخاذ مکانیسم‌های مقابله‌ای مناسب آموزش داده شود، می‌توان از مصرف مواد جلوگیری کرد. تغییرات منفی

به صورت خلاصه، در طول مداخله

پیشگیری از عود، بر محورهای

زیر تأکید می‌شود:

- آموزش مهارت‌های

مقابله ای جدید برای چالش با

موقعیت‌های پرخطر

- شناخت علائم و نشانه‌های عود

- ایجاد تغییرات مثبت در سبک

زندگی

- افزایش فعالیت‌های لذت بخش

عاری از مواد



آموزش خانواده

آموزش به خانواده بیماران با هدف جلب حمایت و همکاری افراد خانواده در فرآیند درمان، طراحی و اجراء می‌شود. بسیاری از درمان‌گران با تجربه در حوزه اعتیاد به این نکته واقف هستند که به علل متعدد از جمله ساختار خانواده معتادان، شکست‌های متعدد درمانی بیمار و... معمولاً اعتماد خانواده به بیمار آسیب دیده و نیاز به بازسازی دارد. در واقع می‌توان گفت اول باید جو خانواده برای درمان آماده شود. این کار نقش تعیین‌کننده‌ای در باقی ماندن بیمار در درمان ایفا می‌کند.

بسیار مهم است که در همان اولین جلسه، خانواده در برنامه‌های آموزشی درگیر شود، چون ممکن است بیمار درمان را رها کند و امکان تماس با خانواده احتمال مشارکت فعال معتاد را در درمان بالا می‌برد. برخلاف خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی، برنامه آموزش خانواده تقریباً برای تمام خانواده‌ها مفید و حتی لازم است. معمولاً بهترین افراد برای شرکت در جلسات کسانی هستند که از اعتیاد بیمار با خبر بوده، تمایل به شرکت در جلسات داشته و بیمار و درمان‌گر با هم‌فکری هم تشخیص دهند که آموزش این شخص در بهبودی بیمار مؤثر است. در نهایت، این امر مسلم است که هر قدر تعداد بیش‌تری از اعضای خانواده را بتوان برای حضور در برنامه آموزش خانواده تشویق نمود به نفع درمان است.

برنامه‌های آموزشی خانواده بصورت گروهی، بصورت پرسش و پاسخ و بدون حضور بیمار برگزار می‌شود. برگزاری جلسه به صورت گروهی باعث کاهش احساس تنهایی در خانواده‌ها، دیدن مشکلات خود در دیگران و افزایش احساس اعتماد به نفس و امید می‌شود. این برنامه‌ها معمولاً دارای یک جلسه مقدماتی است که شامل خیر مقدم (معرفی خود و دیگران)، تشویق به احساس راحتی و امنیت، معرفی شرکت‌کنندگان (بدون ذکر نام) و تشویق برای حضور و مشارکت افراد در جلسات می‌شود. بسیار مهم است که خانواده از اهداف جلسات در سه بُعد آشنائی با اعتیاد (انواع و اثرات مواد، عوارض بیماری اعتیاد بر فرد)، توانا کردن خانواده برای کمک به بیمار و کمک به خانواده برای آسیب‌پذیری کم‌تر آشنا شوند و در رابطه با لزوم آن بحث کنند. معمولاً تعداد جلسات، بسته به سرعت پیشرفت گروه، بین ۸ تا ۱۲ جلسه است.

لازم به ذکر است که حداقل سرفصل‌هایی که در برنامه آموزش خانواده‌ها باید مورد بحث قرار گیرند شامل

تعریف علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد، سیر و ویژگی‌های بیماری اعتیاد از جمله عودکننده بودن، مفاهیم بهبودی، اهداف و شیوه‌های مختلف درمان با تأکید بر درمان نگهدارنده (اصول، طول مدت، سیر و...)، اهمیت نقش خانواده در بیماری اعتیاد (تعریف عوامل محافظت‌کننده یا مخاطره‌آمیز خانوادگی در اعتیاد، مفاهیم عود و راه‌های پیشگیری از آن با تأکید بر نقش خانواده‌ها) و اثرات و عوارض اعتیاد بر خانواده و افراد آن و نیاز به درمان خانواده می‌شود. در انواع پیشرفته نیز برنامه‌های آموزش خانواده گاه به برنامه‌هایی از جمله آموزش تکنیک‌های کاهش اضطراب، کنترل خشم، قاطعیت، ارتباط مؤثر، توانایی مشکل‌گشایی ایجاد آیین خانوادگی و جایگزینی رفتارهای خلاق و جذاب نیز پرداخته می‌شود. یکی از عملکردهای بسیار مهم برنامه‌های آموزش خانواده، شناسایی و ارجاع موارد مشکل‌دار به خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی، مشاوره و مداخله در بحران و حتی مددکاری و پزشکی است.

اجتماع درمان‌مدار

توصیه می‌شود درمان اعتیاد در شرایط طبیعی زندگی و به صورت سرپایی انجام شود، اما در مواقعی که بیمار در محیط بیرونی نتواند مسیر درمان را به خوبی طی کند، درمان در جایگاه‌های ساختاریافته‌تر و با نظارت بیش‌تر ضرورت می‌یابد. یکی از این جایگاه‌ها «اجتماع درمان‌مدار» است. مداخله اصلی در این مراکز، اقدامات روان‌درمانی است. این مراکز برای بیمارانی مناسب است که مسأله وابستگی به مواد، زندگی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار داده و از شیوه‌های دیگر درمانی سود کافی نبرده‌اند. معمولاً درمان همه‌جانبه و کاملی در این مراکز ارائه می‌شود.

بیماران پس از اقامت در اجتماع درمان‌مدار^{۳۲}، براساس یک سری قوانین و سلسله مراتب مشخص، شروع به اصلاح رفتار و درونی کردن این رفتار اصلاح‌شده می‌کنند. آنان با پایین‌ترین رتبه کاری (نظافت سرویس‌های بهداشتی) وارد مرکز شده و با مسئولیت‌پذیری و تغییر رفتار به رتبه‌های بالاتری می‌رسند که حتی می‌تواند مدیریت مرکز باشد. دو ابزار اصلی مورد استفاده، نظارت دایم سایر هم‌تایان و مداخله بالین‌گران به ویژه جلسات گروه‌درمانی است. در اجتماع درمان‌مدار، گروه‌های بزرگ و کوچک به صورت مکرر تشکیل می‌شوند و بیمار را با خود و نحوه ارتقای خود آشنا می‌سازند، در عین حال سایر آثار مثبت گروه‌درمانی را نیز ایجاد می‌نمایند. در حال حاضر، این مراکز

³² TC: therapeutic community

در اغلب کشورها وجود دارد و چنانچه بیماران مقیم به درستی انتخاب شده باشند، جزو شیوه‌های بسیار مفید برای درمان بیماران خواهد بود.

گروه‌های خودیاری

لازم است روان‌شناسان دانش و بینش مناسبی درباره گروه‌های خودیاری یا گروه‌های همتا داشته باشند. اکنون گروه‌های خودیاری با سابقه چند ده ساله به صورت رسمی وارد مقوله درمان اعتیاد شده‌اند. گروه‌های خودیاری متفاوتی وجود دارند که یکی از قدیمی‌ترین و درعین حال شناخته‌شده‌ترین آن‌ها، گروه «معتادان گمنام» یا NA است. این گروه، شاخه‌هایی برای خانواده‌ها و فرزندان بیماران نیز طراحی کرده است.



برنامه درمان معتادان گمنام از مطالعه و اجرای گام‌های دوازده‌گانه تشکیل شده است. گام‌های دوازده‌گانه به فرد وابسته به مواد افیونی، روش زندگی پرهیزمدار را می‌آموزد. در جلسات درمانی، معتادان «داستان‌های شخصی» خود را از بیماری و بهبودی تعریف نموده و درباره معنا و مفهوم قدم‌ها و راه‌های حرکت به سمت بهبودی بحث می‌کنند. جلسات گروه‌های خودیاری عموماً خارج از مراکز رسمی درمان سوءمصرف مواد برگزار می‌شوند، اما یکی از راه‌های شایع برای دستیابی به بهبودی محسوب می‌شود. گروه‌های خودیاری انواع مختلفی دارند و شایع‌ترین آن‌ها گروه‌های خودیاری مبتنی بر اصول ۱۲ قدمی همچون معتادان گمنام هستند. اگر روان‌شناس مرکز، شرکت بیمار را در این جلسات تسهیل نماید، مثلاً محل جلسات را به بیمار معرفی کند، او را برای شرکت در جلسات تشویق کند و در جلسات درمانی به نگرانی‌های بیمار در رابطه با شرکت در این جلسات بپردازد، بیمار از شرکت در این جلسات نفع بیش‌تری خواهد برد. گروه‌های خودیاری برای بسیاری از بیماران در سطوح مختلف مراقبت و درمان می‌تواند مفید باشد.

مداخلات روانی، اجتماعی برای درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه

بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان مواد، مشکلات همراه قابل توجه خصوصاً مشکلات سلامت روان مثل اضطراب و افسردگی دارند. شواهد نشان می‌دهد مداخلات روانی، اجتماعی می‌توانند در درمان این مشکلات مؤثر باشند. برای درمان افسردگی در بیماران وابسته به مواد بر حسب شدت بیماری، مداخلات مختلف از درمان شناختی، رفتاری کوتاه‌مدت تا ترکیب درمان دارویی و مداخلات شناختی، رفتاری طولانی‌مدت‌تر توصیه می‌شود. به صورت مشابه برای درمان اختلال اضطرابی منتشر یا اختلال هول استفاده از یک رویکرد پلکانی شامل مداخلات شناختی، رفتاری و دارودرمانی بسته به شدت بیماری توصیه شده است. برخی اختلالات روانی دیگر مثل اختلال استرس بعد از سانحه، اختلالات خوردن و اختلالات کنترل تکانه با سوءمصرف مواد همراهی دارند و درمان‌های روان‌شناختی به تنهایی یا همراه با درمان دارویی در درمان آن‌ها مؤثر است.

مداخلات روانی، اجتماعی و مواد مختلف مورد سوء مصرف

برای سوء مصرف کنندگان مواد افیونی، الکل و مواد چندگانه ترکیب مداخلات روانی، اجتماعی با مداخلات دارویی مؤثر واقع می‌شود. برای مثال، شواهد نشان می‌دهد که اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون با افزوده شدن مداخلات روانی، اجتماعی تقویت می‌شود. این موضوع در فصل ۷ به صورت کامل‌تر بحث شده است.

سوء مصرف سایر مواد مورد سوء مصرف مثل حشیش و مت‌آمفتامین در بیماران وابسته به مواد افیونی شایع است. برای سوء مصرف مواد محرک و حشیش هیچ درمان نگهدارنده یا مداخله دارویی مؤثری شناسایی نشده و درمان اصلی برای این بیماری‌ها مداخلات روانی، اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی‌ست.

• مت‌آمفتامین و سایر مواد محرک

روان‌درمانی درمان اصلی برای سوء مصرف مت‌آمفتامین (شیشه) و سایر محرک‌ها است. سوء مصرف کنندگان مواد محرک گروه یکدستی نیستند و میزان شدت مشکلات آن‌ها بسیار مختلف است. شدیدترین بیماران معمولاً سوء مصرف چندگانه مواد دارند. بیماری که به تازگی مصرف مواد محرک را شروع کرده و به صورت گهگاه آن را استفاده می‌کند حتی از یک مداخله انگیزشی کوتاه نیز سود می‌برد، اما بیمارانی که مواد محرک را به صورت مستمر استفاده می‌کند نیاز به روان‌درمانی فردی، گروهی و آموزش خانواده دارند. شواهدی وجود دارد که اثربخشی رویکرد مدیریت مشروط را در درمان سوء مصرف مواد محرک نشان می‌دهد. در صورت سوء مصرف هم‌زمان مواد دیگر، ممکن است بیمار نیاز به درمان دارویی هم‌زمان نیز داشته باشد. بیماران سوء مصرف کننده مواد محرک ممکن است دچار اختلالات پزشکی یا روان‌پزشکی همراه باشند که در صورت وجود، باید مورد توجه بالینی قرار گیرند.

شرکت در جلسات گروه‌های خودیاری مثل «آمفتامینی‌های گمنام» در کنار روان‌درمانی ساختاریافته می‌تواند برای درمان سوء مصرف مواد محرک مفید باشد.

• حشیش

ممکن است با بیماری‌های مواجه شوید که به خاطر سوءمصرف حشیش یا عوارض آن برای درمان مراجعه کرده‌اند. مصرف زیاد هر شکل از حشیش می‌تواند باعث مشکلات جسمی و روانی شود. مصرف حشیش می‌تواند باعث وابستگی شدید، علی‌رغم فقدان علائم جسمی ترک بارز شود. افرادی که حشیش را به صورت تدریجی مصرف می‌کنند در معرض عوارض جسمی ناشی از تدریج نیز هستند.

کسانی که مصرف‌کننده سنگین حشیش هستند ممکن است دچار عوارض روانی مثل افسردگی، خواب‌آلودگی، بدبینی و مشکلات حافظه شوند. مصرف حشیش می‌تواند برانگیزاننده علائم جنون بوده و در ایجاد بیماری روان‌پزشکی مزمن در برخی افراد نقش داشته باشد. حشیش ممکن است فقط یکی از موادی باشد که توسط بیمار مصرف می‌شود و ممکن است مصرف آن، در بیماری‌هایی که سعی دارند سایر مواد را ترک کنند، افزایش یابد.

هیچ درمان دارویی مناسبی برای درمان سوءمصرف حشیش شناسایی نشده است. درمان‌گران باید مداخلات روانی، اجتماعی خصوصاً مداخلات انگیزشی مختصر و درمان‌های شناختی، رفتاری را برای درمان این بیماران به کار بگیرند.

فصل هفتم: چگونه افزودن مداخلات روان‌شناختی، درمان‌های نگهدارنده را تقویت می‌کند؟

گرچه درمان‌های نگهدارنده با کنترل علایم زیستی وابستگی به مواد افیونی برخی آسیب‌ها و خطرات جدی ناشی از این بیماری را کاهش می‌دهد، اما بیمار برای پیشرفت در حوزه‌های روان‌شناختی و اجتماعی نیاز به حمایت‌های روانی، اجتماعی دارد. مهم است که به عنوان درمان‌گر، نقش درمان‌های غیردارویی را باور کرده باشیم. هیچ دارویی نمی‌تواند مقابله با بحران یا کنترل خشم را به فرد بیاموزد و اگر چه درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست در کاهش وسوسه مؤثر هستند، اما وقتی وسوسه ایجاد شد، دارو نمی‌تواند جایگزین آموزش روش‌های مقابله با وسوسه باشد. هم‌زمان با گسترش برنامه‌های درمان نگهدارنده با آگونیست در کشور، نیاز به کسب دانش و مهارت در تأمین حمایت‌های روانی، اجتماعی علمی و صحیح برای این گروه از بیماران افزایش می‌یابد. در این فصل تأثیر و کاربرد مداخلات روانی، اجتماعی افزوده‌شده به درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست مورد بررسی قرار گرفته است.

مصاحبه انگیزشی

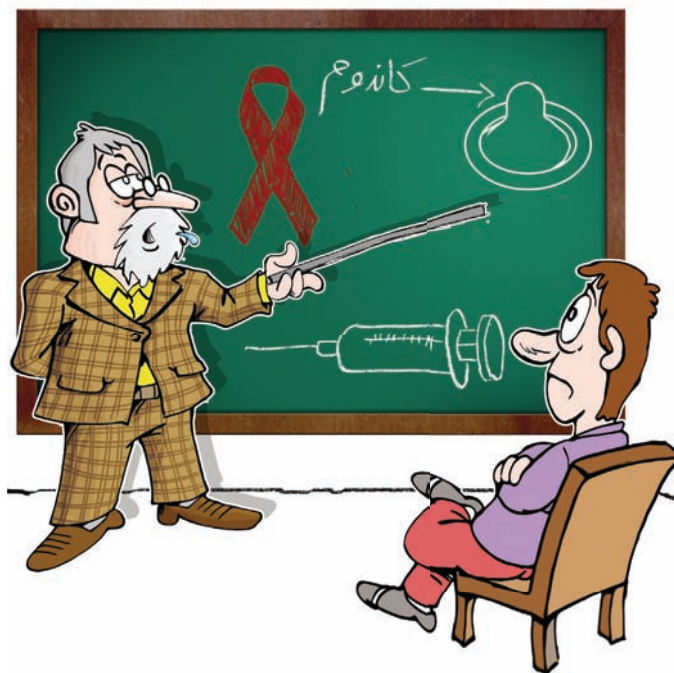
ممکن است تصور کنید بیماری که به مرکز درمان نگهدارنده مراجعه می‌کند، از قبل دارای انگیزه لازم برای درمان است، و صحبت راجع به انگیزه‌سازی برای او کاربرد چندانی ندارد. این می‌تواند سرآغاز یک اشتباه در برخورد با بیمار و در نهایت ایجاد مقاومت در او و انصراف یا قطع درمان باشد. ریزش و عود زودرس یکی از مشکلات شایع بیش‌تر برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد است. با توجه به این که اکثر موارد ریزش، در اوایل ورود به درمان اتفاق می‌افتد و میان ماندگاری در درمان و نتایج بهتر درمانی رابطه اثبات‌شده‌ای وجود دارد، شناسایی روش‌های مؤثر و عملی برای افزایش ماندگاری و پایبندی به درمان اهمیت بالایی دارد. مصاحبه انگیزشی یک مداخله روان‌شناختی کوتاه‌مدت برای افزایش ماندگاری بیماران در شروع درمان است.



به صورت مقایسه‌ای ریزش زودرس در درمان‌های نگهدارنده کمتر مسأله‌ساز است، با این وجود نشان داده شده است که یک جلسه مصاحبه انگیزشی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با پرهیز بیش‌تر و مشکلات مرتبط با اعتیاد کمتر در سیر درمان همراه است. از روش مصاحبه انگیزشی برای ارتقای سلامت بیماران تثبیت‌شده روی درمان‌های نگهدارنده با آگونیست استفاده شده است. بیماران تثبیت‌شده بر روی درمان‌های نگهدارنده از مشکلاتی نظیر وابستگی به نیکوتین، فعالیت جسمی اندک، مشکلات تغذیه‌ای، سوءمصرف هم‌زمان مواد دیگر رنج می‌برند. این مشکلات می‌تواند به صورت موفقیت‌آمیزی با استفاده از روش مصاحبه انگیزشی به تنهایی یا همراه با سایر مداخلات تخصصی دیگر درمان شوند.

آموزش کاهش رفتارهای پرخطر

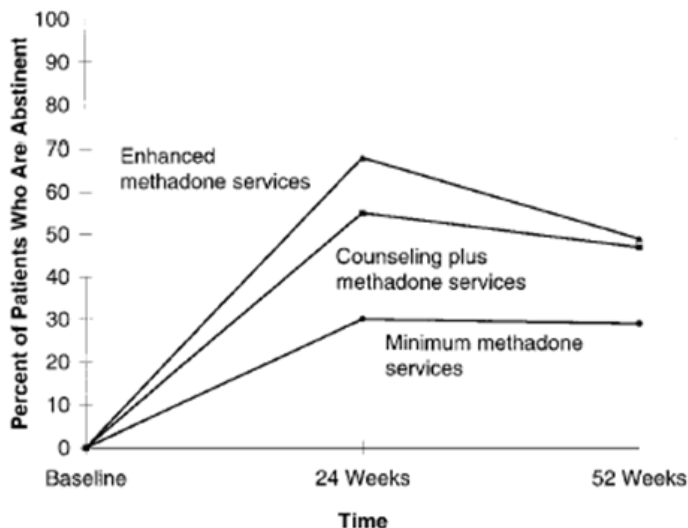
مطابق با آموزش‌های مرسوم در برنامه‌های کاهش آسیب، لازم است تمام مراجعان از نظر میزان اطلاع و آگاهی از رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گیرند. اگرچه درمان نگهدارنده، میزان رفتارهای تزریقی را به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد، اما باید توجه داشت که بر دیگر رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای جنسی غیرایمن تأثیری ندارد و مهم است که آموزش در این زمینه در اولویت‌های درمانی قرار گیرد.



مدیریت مشروط مدیریت مشروط افزوده شده به درمان های نگهدارنده

مدیریت مشروط، موفقترین مداخله روانی، اجتماعی افزوده شده به درمان نگهدارنده با متادون است. مدیریت مشروط افزوده شده به درمان نگهدارنده با متادون میزان موفقیت در حفظ پرهیز را در طول درمان و در پیگیری های شش و دوازده ماهه افزایش می دهد. این یافته ها با نتایج به دست آمده از کاربرد این روش درمانی در سوء مصرف مواد محرک نیز هم خوانی دارد. یکی از تقویت کننده های رفتاری که به سهولت در برنامه های درمان نگهدارنده با متادون قابل به کارگیری است، مشروط کردن برخورداری از دوز منزل، به دستیابی و حفظ پرهیز است. به همین دلیل است که در «پروتکل درمان نگهدارنده با متادون» تحویل دوز منزل به بیماران مشروط به شرکت منظم بیمار در برنامه درمانی و دستیابی به پرهیز شده است. در واقع می توان گفت تحویل دوز منزل به بیماری که هنوز به پرهیز دست نیافته است، نه تنها خطرات تحویل دارو به بیمار ناپایدار را در پی دارد، بلکه مداخله دارویی را از همراهی یک مداخله غیردارویی مؤثر در جهت بهبود نتایج درمانی محروم می سازد. همان طور که گفته شد یکی از اصول مدیریت مشروط، افزایش محدود در ارزش تقویت کننده رفتاری با تداوم رفتارهای مثبت است. این اصل را می توان در درمان نگهدارنده با متادون با افزایش مشروط تعداد روزهای دوز منزل اجرا نمود.

یکی از ارزیابی های جالب توجه در زمینه نقش مدیریت مشروط در درمان نگهدارنده با متادون مطالعه مک لالن و همکاران (۱۹۹۳) است. در این مطالعه تأثیر سطوح مختلف حمایت روانی، اجتماعی افزوده شده به متادون در یک کارآزمایی بالینی شش ماهه بررسی شده است. خدمات استاندارد درمان نگهدارنده با متادون (حداقل ۶۰ میلی گرم در روز)، با درمان نگهدارنده با متادون به همراه سه جلسه مشاوره رفتاری در هفته و خدمات متادون تقویت شده شامل مشاوره، خدمات پزشکی، روان پزشکی، اشتغال و خانواده درمانی مقایسه شد. مشاوره رفتاری مورد استفاده در این برنامه مدیریت مشروط بود. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که متادون به تنهایی فقط در گروهی از بیماران مؤثر است. افزودن مشاوره پایه با بهبود قابل توجه کارآمدی درمان همراه است و افزودن خدمات تخصصی اثربخشی را باز هم افزایش می دهد (شکل ۴).



شکل ۴ - میزان پرهیز از مواد بر حسب سطح درمان در شروع، ماه ششم و ماه دوازدهم (مک‌لان ۱۹۹۳)

همان طور که در شکل ۴ دیده می‌شود نتایج پیگیری یک ساله شرکت‌کنندگان در مطالعه حاکی از برتری خدمات متادون به همراه مشاوره پایه و خدمات متادون تقویت‌شده بر مداخله دارویی به تنهایی است. در پیگیری یک ساله تأثیر مشاوره پایه افزوده‌شده به متادون ثابت باقی‌مانده، اما اثر خدمات تقویت‌شده کاهش یافته و مشابه گروه مشاوره پایه است. بررسی هزینه- اثربخشی این سه سطح از مداخله نشان می‌دهد که در ماه ششم و ماه دوازدهم خدمات متادون همراه با مشاوره هفتگی رفتاری بالاترین هزینه- اثربخشی را به همراه دارد.

در چند مطالعه دیگر تأثیر افزودن مدیریت مشروط به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بررسی شده است. بررسی

مروری چهار مطالعه در سال ۲۰۰۷ حاکی از آن بود که افزوده شدن مدیریت مشروط به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین به صورت معنی‌داری برآیندهای درمان را بهتر نمی‌کند. توجه احتمالی این مسأله می‌تواند این باشد که پاداش‌های تقویت‌کننده رفتاری استفاده‌شده در این مطالعات به شرطی به بیماران داده می‌شد که از تمام مواد غیرقانونی پرهیز کرده باشند. به عبارت دیگر سخت‌گیری در دادن پاداش تقویت‌کننده رفتاری ممکن است باعث کاهش تأثیر مداخله شده باشد.

در یک مطالعه جدید، اثربخشی افزوده شدن مشاوره رفتاری کاهش خطر به همراه مدیریت مشروط به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بررسی شد. در این مطالعه از مجوز بردن دوز دارو به منزل بعنوان تقویت‌کننده رفتاری در مداخله مدیریت مشروط استفاده شد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که ارایه مشاوره رفتاری کاهش خطر^{۳۳} و مشروط کردن دوز منزل به پرهیز از مصرف مواد، میزان موفقیت در پرهیز را به صورت معنی‌داری بهبود می‌دهد.

کاربرد روش مدیریت مشروط برای درمان سوءمصرف هم‌زمان مواد محرک

در سال‌های اخیر سوءمصرف مواد محرک خصوصاً مت‌آمفتامین (شیشه) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون یکی از مشکلات مراکز درمان سوءمصرف مواد بوده است. مدیریت مشروط افزوده‌شده به درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست یکی از روش‌های موفق برای کاهش سوءمصرف مواد محرک در این گروه از بیماران است. در اجرای برنامه مدیریت مشروط برای کاهش سوءمصرف مواد محرک، تقویت رفتاری مشروط به پرهیز از مواد افیونی و مواد محرک ارایه می‌شود. در گروه‌هایی از بیماران که شدت بیماری بالاست، مشروط کردن پاداش به منفی بودن آزمایش مواد افیونی و محرک سخت‌گیرانه محسوب می‌شود و تأثیر برنامه مدیریت مشروط را کاهش می‌دهد. برای این بیماران می‌توان کاهش مصرف مواد محرک را بعنوان یک هدف رفتاری مستحق پاداش و تقویت رفتاری در نظر گرفت.

^{۳۳} BDRC: Behavioral Drug Risk Reduction



پایش مصرف مواد در مدیریت مشروط

یکی از اجزای مهم برنامه‌های مدیریت مشروط، آزمایش برای پایش مصرف مواد است، زیرا پرهیز از مواد، اصلی‌ترین هدف برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد است. هنگام انتخاب یک روش آزمایش، باید به نکات زیر توجه شود: حساسیت، ویژگی، دوره زمانی مورد ارزیابی، هزینه و قابلیت پذیرش.

روش‌های آزمایش در دسترس برای پایش مصرف مواد افیونی، آزمایش سریع مواد در مایعات بدنی و روش کروماتوگرافی لایه نازک هستند. روش کروماتوگرافی لایه نازک ویژگی بالاتری در مقایسه با آزمایش‌های سریع دارد و به عنوان آزمایش تأییدی برای موارد مثبت تست سریع در صورت نیاز قابل استفاده است. این روش در آزمایشگاه‌های مراکز بهداشتی، درمانی انجام می‌شود و به دلیل مشکلات دسترسی و هزینه بالاتر استفاده از آن برای پایش درمان به طور معمول توصیه نمی‌شود. روش توصیه‌شده برای پایش مصرف مواد در مراکز درمانی و برنامه‌های مدیریت مشروط، آزمایش‌های سریع ادرار یا بزاق است، هر چند اطلاعات و تجربه ما در کار با آزمایش ادرار بیش‌تر است. آزمایش سریع ادرار و بزاق از نظر حساسیت و ویژگی تقریباً مشابه هستند. یک امتیاز مهم آزمایش

ادرار این است که دوره زمانی مورد ارزیابی، برای موادی مثل مواد افیونی (۳-۲ روز) از آزمایش بزاق (۴۸-۵ ساعت) طولانی‌تر است. در مقابل، ارجحیت آزمایش بزاق به آزمایش ادرار این است که بهتر از سوی بیمار پذیرفته می‌شود و احتمال آلوده کردن نمونه کم‌تر است. با توجه به مطالب گفته شده، آزمایش ادرار و بزاق هر دو در برنامه‌های مدیریت مشروط قابل استفاده هستند. با وجود پذیرش بهتر آزمایش بزاق از طرف بیمار، برخی صاحب‌نظران به دلیل دوره زمانی طولانی‌تر ارزیابی در آزمایش ادرار، روش اخیر را روش ارجح در برنامه‌های مدیریت مشروط می‌دانند.

یکی دیگر از جنبه‌هایی که در برنامه‌های مدیریت مشروط باید مورد توجه قرار گیرد، تعداد دفعات آزمایش در هفته است. بر اساس دوره زمانی مورد آزمایش برای مواد افیونی ذکر شده در بالا می‌توان نتیجه گرفت آزمایش بزاق باید به صورت روزانه و آزمایش ادرار باید سه بار در هفته انجام شود. در بیش‌تر مطالعات درمان سوء‌مصرف مواد از آزمایش ادرار سه بار در هفته استفاده شده است، هر چند در کاربرد عملی باید مشکلات اجرایی و هزینه‌های بیش‌تر سه بار آزمایش در هفته را در نظر داشت. در برنامه‌های مدیریت مشروط درمان نگهدارنده با متادون به طور معمول از آزمایش ادرار ۳-۱ بار در هفته استفاده می‌شود. در یک مقایسه جالب توجه دیده شد برنامه‌های مدیریت مشروط همراه با درمان نگهدارنده با متادون یا سه، دو یا یک بار آزمایش در هفته اثربخشی مشابهی داشتند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آزمایش کم‌تر اثر منفی بر روی اثربخشی برنامه ندارد. برخی مؤلفان دفعات بیش‌تر آزمایش در شروع درمان و سپس کاهش تدریجی دفعات آن مشروط به پیشرفت برنامه درمانی را توصیه می‌کنند. به طور کلی می‌توان توصیه کرد برای اجرای برنامه مدیریت مشروط در بیماران تحت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، در صورت استفاده از آزمایش ادرار لازم است مصرف مواد افیونی و سایر مواد غیرقانونی حداقل به صورت هفتگی پایش شود.

درمان‌های شناختی، رفتاری

پیشگیری از عود و شناخت درمانی رفتاری استاندارد افزوده شده به درمان‌های نگهدارنده نتایج درمانی نظیر پرهیز و کاهش مصرف مواد غیرقانونی را بهتر می‌کند. تمرکز درمان‌های شناختی رفتاری همراه با درمان‌های نگهدارنده، در مرحله اول، کمک به بیماران برای شناسایی سرنخ‌های بیرونی و درونی برانگیزاننده وسوسه مصرف مواد و در مرحله بعد تقویت راهبردهای مقابله با برانگیزان‌ها است.

نتایج اولیه بررسی‌های مقایسه‌ای بین شناخت‌درمانی رفتاری و مدیریت مشروط حاکی از برتری روش مدیریت مشروط از نظر دست‌یابی و حفظ پرهیز است، هر چند برخلاف انتظار، این برتری در فراتحلیل‌های انجام‌شده تأیید نشده است. شواهدی وجود دارد که احتمالاً شناخت‌درمانی رفتاری استاندارد در زیرگروهی از بیمارانی که از اختلالات روان‌پزشکی همراه رنج می‌برند در بهبود علایم مؤثرتر است.

درمان شناختی، رفتاری همچنین برای درمان سوءمصرف مواد محرک در بیماران روی درمان‌نگهدارنده با متادون استفاده شده است. مدیریت مشروط و درمان شناختی، رفتاری هر دو می‌توانند مصرف مواد محرک را در بیماران تحت درمان‌نگهدارنده با متادون کاهش دهند. سوءمصرف هم‌زمان مواد محرک احتمال رفتارهای پرخطر مثل مصرف تزریقی و رابطه جنسی محافظت‌نشده را افزایش می‌دهد. درمان‌های شناختی، رفتاری و مدیریت مشروط افزوده‌شده به درمان‌های نگهدارنده بر کاهش این رفتارها مؤثر است. روش مدیریت مشروط بیش‌ترین تأثیر خود را در زمان افزایش تدریجی پاداش‌های رفتاری نشان می‌دهد و تأثیر آن با قطع مداخله کاهش می‌یابد. در مقایسه، تأثیر مداخلات شناختی، رفتاری در درمان سوءمصرف مواد محرک با تأخیر ظاهر می‌شود. با توجه به این نکات، برخی مؤلفان معتقدند ترکیب این دو روش در درمان سوءمصرف هم‌زمان مواد محرک در بیماران روی درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست بیش‌ترین تأثیر را می‌تواند داشته باشد.

زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی

ارایه خدماتی نظیر زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی در کنار درمان‌های نگهدارنده منجر به کاهش بیش‌تر مصرف مواد غیرقانونی می‌شود. بیمارانی که با همسر یا خانواده زندگی می‌کنند از خانواده‌درمانی نفع می‌برند. مداخلات خانواده درمانی افزوده‌شده به درمان‌های نگهدارنده بر کاهش مصرف مواد غیرقانونی متمرکز است. این مداخلات همچنین به خانواده بیماران، مفهوم بیماری اعتیاد و نحوه تأثیر درمان‌نگهدارنده با داروهای آگونیست را آموزش می‌دهد.



روان‌تحلیلی

مداخلات روان‌تحلیلی تأثیری بر روی کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ندارد. شواهدی وجود دارد که افزودن مداخلات روان‌پویایی ممکن است در بیمارانی که از اختلالات روان‌پزشکی همراه رنج می‌برند مؤثر باشد. تأثیر افزودن مداخلات روان‌تحلیلی به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است.

درمان نگهدارنده در اجتماع درمان‌مدار

اجتماع درمان‌مدار و درمان با داروهای آگونیست روش‌های مؤثری در درمان وابستگی به مواد افیونی هستند اما ترکیب این دو روش کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. فلسفه درمانی اجتماع‌های درمان‌مدار سنتی، پرهیزمدار

بوده و با درمان‌های نگهدارنده هم‌خوانی ندارد اما نیازهای درمانی پیچیده گروه‌های خاص بیماران، به کارگیری رویکردهای نو و تلفیقی را ضروری نموده است.

در طول دهه گذشته، تعداد معدودی از اجتماع‌های درمان‌مدار در آمریکا، با ایجاد تغییراتی در خود، امکان پذیرش بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون را فراهم نمودند. این تغییرات شامل آموزش کارکنان برای هماهنگی با خدمات متادون، آموزش بیماران برای مقابله با نگرش منفی نسبت به متادون و افزودن برخی فعالیت‌های درمانی نظیر گروه‌درمانی متادون می‌شود. اولین بار روش اجتماع درمان‌مدار برای بیماران درمان نگهدارنده با متادون توسط جورج دی‌لئون^{۳۴} استفاده شد. «پروژه راه»^{۳۵} یک برنامه روزانه براساس روش اجتماع درمان‌مدار بود که برای بیماران متادون سازگار شده بود. بیماران شرکت‌کننده در این برنامه در مقایسه با بیمارانی که فقط درمان نگهدارنده با متادون دریافت کرده بودند، نتایج درمانی بهتری نشان دادند. تجربیات دی‌لئون نشان داد، با برخی تغییرات می‌تواند روش اجتماع درمان‌مدار را به خوبی برای بیماران متادون استفاده نمود.

برخی مؤلفان معتقدند ترکیب اجتماع درمان‌مدار با متادون روش مناسبی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی همراه است. لازم به توجه است برای استفاده تلفیقی از درمان با داروهای آگونیست در اجتماع درمان‌مدار علاوه بر ایجاد سازگاری فلسفی میان روش‌ها، باید موانع اجرایی و افزایش هزینه‌های تأمین خدمات را در نظر گرفت.

معرفی بیماران روی درمان‌های نگهدارنده به گروه‌های خودیاری

گروه‌های خودیاری براین باورند که فردی که خود با اعتیاد دست و پنجه نرم کرده است، به سبب همدلی بیش‌تر و شناخت بهتر بیماری، قادر خواهد بود نقش بسیار مهمی در «انتقال پیام بهبودی» داشته باشد. در معرفی بیماران تحت درمان‌های نگهدارنده به گروه‌های خودیاری نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد، آن است که نظر این گروه‌ها در مورد مصرف هم‌زمان داروهای تجویز شده توسط پزشک مثل متادون یا بوپرنورفین چیست. رویکرد این گروه‌ها غالباً پرهیزمدار است، بنابراین به بیماران تحت درمان‌های نگهدارنده، در صورت تداوم مصرف داروهای آگونیست اجازه شرکت یا صحبت کردن در جلسات (به عنوان ابزار بهبودی) را نمی‌دهند.

^{۳۴} George De Leon

^{۳۵} Passage project

باید در مسیر درمان، بیماران را نسبت به احتمال وجود این عقیده گروه همتا آگاه کرد و برای آنان روشن نمود که مصرف داروهای نگهدارنده طبق برنامه درمانی، بخش بسیار مهمی در این شیوه درمانی است که نباید با چیز دیگری نظیر جلسات گروه‌های همتا، روان‌درمانی یا رفتارهای مذهبی جایگزین شود. از نظر نگارندگان این مجموعه و بسیاری از صاحب‌نظران حوزه درمان اعتیاد، مصرف متادون یا بوپرنورفین و عدم مصرف مواد غیرمجاز یا غیرقانونی، پرهیز و ترک مواد تلقی می‌شود.

فصل هشتم: برنامه درمان چگونه طراحی و اجرا می شود؟

ارتباط درمانی

در طول تاریخ، بسیاری از بیماران روان‌پزشکی و خانواده‌های آنان، از آن‌گی که بر آن‌ها خورده است رنج دیده‌اند و عده زیادی تلاش کرده‌اند تا مشکل خود را یا از دیگران پوشیده بدارند و یا آن را غیرقابل درمان قلمداد کرده و از پذیرش مسئولیت درمان آن شانه خالی کنند. مشکل اعتیاد از این نظر دشواری بیش‌تری به همراه دارد، چرا که در طول سال‌ها، با آن به عنوان یک معضل اخلاقی، انحراف اجتماعی، ضعف معنوی و نظایر آن برخورد شده است. بیمار معتاد انسانی است که نیازمند کمک حرفه‌ای برای بهبود شرایط درونی و بیرونی خویش است. به این ترتیب ما باید روشی اتخاذ کنیم که بیمار احساس کند به او اهمیت می‌دهیم و به بهبود او متعهد هستیم. به کار بردن یک سری تکنیک در غیاب ارتباط درمانی^{۳۶} مؤثر، نتیجه‌ای جز احساس شکست در درمان‌گر و بیمار به دنبال نخواهد داشت. بیمار باید احساس کند که تنها واگذاشته نشده است، مشکلات و دیدگاه‌های او درک می‌شود و قرار است برای مسایل او راه حل‌های عملی پیدا شود.

یکی از اصول اولیه ارتباط درمانی، رعایت اصل **رازداری** است. رازداری و کسب اجازه برای افشای اطلاعات باید دقیقاً رعایت شود. اجازه نداریم بر اساس تصمیم یا عقاید خود، برخی مطالب را راز و برخی را قابل واگویی به شمار آوریم. بیمار وابسته به مواد به خاطر انجام برخی رفتارها احساس شرم و گناه می‌کند یا می‌داند اگر دیگران متوجه این رفتار خاص بشوند (مثلاً سرقت یا فروش مواد)، دردسرهایی جدی برای او فراهم می‌شود، اما بدیهی است برای تنظیم برنامه تغییر، آگاهی درمان‌گر از این مسائل لازم است و این امر جز با اطمینان بیمار به رازداری درمان‌گر، میسر نخواهد شد. مصاحبه تا حد ممکن باید در محیطی خصوصی انجام شود.

³⁶ therapeutic alliance



برقراری ارتباط درمانی مبتنی بر احترام بسیار مهم است، به طوری که بیمار بتواند بدون ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن، مشکلاتش را بیان کند. پایبندی به درمان، ماندگاری در درمان و برآوردهای درمانی بهتر، حاصل نوعی از ارتباط درمانی است که:

- همراه با توجه باشد. استفاده از رفتارهایی مثل لبخند، خم شدن به جلو، تماس چشمی، سر تکان دادن و... این پیام را به مراجع منتقل می‌کند که مشاور به موضوع علاقمند بوده و مطالب گفته شده را دنبال می‌کند.
- همدلانه باشد. هم‌دلی یعنی قرار دادن خود در موقعیت مراجع در عین حفظ عینی‌گرایی. برای هم‌دلی مشاور باید درک بالایی داشته و از قضاوت درباره فرد پرهیز کند.
- احساس اطمینان و امید را منتقل نماید.

- انتخاب آگاهانه روش و هدف درمان را تسهیل کند.

- به دور از داوری باشد.

هم‌دلی عبارت است از:

- گوش دادن به بیمار

- درک بیمار و نگرانی‌هایش

- انتقال این درک به بیمار از طریق یک پاسخ کوتاه که عصاره مشکل بیمار را منعکس می‌کند. هم‌دلی به بیمار و درمان‌گر، درک عمیق‌تری از مشکل می‌دهد و به انتخاب اقدام درمانی مناسب براساس این شناخت کمک می‌کند. برای هم‌دلی باید سعی کنید تجربه منحصر به فرد هر بیمار از مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با آن را درک کنید. گوش دادن و ارتباط برقرار کردن شامل چندین مهارت اصلی به شرح زیر است:

- پرسش‌های باز پاسخ

- تأیید و تشویق

- جمله‌بندی مجدد

- گوش دادن بازتابی

- خلاصه کردن

بیمار وابسته به مواد، گاه با درمان‌گر به گونه‌ای برخورد می‌کند که انتظار فراانسانی از او دارد و گاه با تغییر ناگهانی نگرش، به او و توانایی‌هایش با دیده شک می‌نگرد. علاوه بر این در بسیاری از موارد بیمار متأثر از باورها و تجربه‌های تحریف‌شده خود، دانش و توانایی درمان‌گر را زیر سؤال می‌برد. در این شرایط وظیفه درمان‌گر شناسایی رفتار بیمار، حفظ آرامش و انطباق شرایط با ملاک‌های حرفه‌ای و تمرکز بر مشکل است.

قضاوت‌گری درباره مشکلات بیمار ممکن است مشاوران را به وادی نصیحت و توصیه مستقیم به مراجع بکشاند. مطالعات نشان داده است داوری مشکلات بیمار بر روی ایجاد ارتباط درمانی با مراجع تأثیر منفی داشته و تأثیری بر روی تسهیل فرآیند تغییر رفتار ندارد. مشاور باید از باورها، سوگیری‌ها، احساسات، ادراک‌ها و واکنش‌های خود و نحوه تأثیر آن‌ها بر مشاوره‌اش خودآگاه باشد. خودآگاهی به مشاور اجازه می‌دهد به دور از سوگیری به مراجع هم‌دلی،

درک و حمایت ابراز کند.
برخی موانع هم‌دلی از سوی درمان‌گر عبارتند از:
• داوری





• تهدید





• نصیحت



• بحث کردن



• قانع کردن



• استفاده از جملات مبهم



علاوه بر این اجتناب از موارد زیر مهم است:

- دستور دادن
- برچسب زدن
- حل مسأله به جای مراجع
- عدم صمیمیت
- به کارگیری کلیشه‌ها
- تباری با خانواده
- تکرار

تلاش جهت القای باورها، ارزش‌ها و نگرش درمان‌گر یا خانواده بیمار به او، معمولاً به تخریب رابطه درمانی منجر شده و عزت نفس بیمار را پایین می‌آورد. پیشنهاد می‌شود از این اقدام به شدت پرهیز کنیم. به خاطر داشته باشیم بیمار وابسته به مواد برای شنیدن نصیحت، تحقیر شدن، تحمیق شدن، ایجاد احساس گناه، لگدکوب شدن زیر پای باورهای (در بسیاری از مواقع) تحریف شده خانواده، سراغ شما نیامده است. او پیش شماست تا کمک حرفه‌ای برای چیزی دریافت کند که مشکل اوست. توجه به این مسیر، او را وارد ارتباط سالم درمانی می‌کند، تا برای گام‌های بعدی آماده شود. درمان‌گر همچنین باید صادق و مستحکم باشد. هر نوع تباری با خانواده بیمار، مجریان قانون، کارفرمایان و... در فرآیند درمان، به رابطه درمانی آسیب وارد می‌کند.

ویژگی‌های درمان‌گران نیز در این ارتباط مهم است، انتظار بیش از حد، انداختن بار مسئولیت بیماری و درمان آن به دوش بیمار یا پذیرش کامل آن توسط درمان‌گر، داشتن نگاه اقتصادی، پرتوقعی (به حرفه‌ای من کامل گوش بده و زود خوب شو!)، عدم صداقت (دادن وعده درمان تضمینی)، بی‌توجهی به خواسته بیمار (من برنامه‌ای از پیش تعیین شده برای درمان اعتیاد دارم)، بی‌توجهی به درمان‌های غیردارویی و... مسائلی هستند که به ارتباط درمانی آسیب رسانده و باید اجتناب شوند.

غربال‌گری و ارزیابی

غربال‌گری به معنای بررسی اولیه مراجعان برای شناسایی افرادی است که در معرض خطر بالا برای ابتلا به یک اختلال ویژه هستند و ممکن است از بررسی بیش‌تر یا اقدامات پیش‌گیرانه نفع ببرند. غربال‌گری، ما را به تشخیص قطعی نمی‌رساند، اما وضعیت فرد را از نظر نیاز به ارزیابی‌های بیش‌تر یا مداخلات پیش‌گیرانه مشخص می‌کند.

به علت شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی همراه در بیماران وابسته به مواد افیونی، توصیه می‌شود این بیماران به طور معمول از نظر علائم و بیماری‌های روان‌پزشکی شایع، خصوصاً افسردگی و افکار خودکشی مورد غربال‌گری قرار گیرند. روان‌شناسانی که در مراکزی به جز مراکز درمان اعتیاد شاغل هستند نیز لازم است با اصول غربال‌گری سوءمصرف مواد آشنا باشند. کارکرد غربال‌گری در این حالت، شناسایی سوءمصرف مواد یا پیش‌بینی عوامل خطر بالابرنده احتمال ابتلا به آن در آینده است. مجموعه‌ای از ابزارها برای شناسایی سوءمصرف مواد معرفی شده‌اند که شامل پرسش‌گری بالینی (در این روش درمان‌گر درباره نوع مصرف، دفعات آن و روش مصرف از بیمار سؤال می‌کند)، پرسش‌نامه‌ها (آزمون‌های به صورت مصاحبه یا توسط خود مراجع تکمیل می‌شود) و آزمایش (آزمایش ادرار، بزاق، عرق یا نمونه مو برای ارزیابی مصرف مواد در یک دوره زمانی مشخص) می‌شوند.

غربال‌گری سوءمصرف مواد در کلیه مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت جسمی و روانی باید شامل موارد زیر باشد:

- نوع مواد مورد مصرف،
- دفعات مصرف و
- طریقه مصرف

هدف از ارزیابی تأمین اطلاعات لازم برای تدوین برنامه مراقبت بیمار و پایش برنامه درمان است. ارزیابی جامع پایه، در بدو ورود اطلاعات لازم را برای تعیین حوزه‌های درگیر، اهداف درمان و برنامه مراقبت فراهم می‌نماید. پس از آن لازم است بیمار در فواصل زمانی مشخص مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته تا میزان موفقیت او در دستیابی به اهداف تعیین‌شده مشخص شود. براساس این ارزیابی‌های دوره‌ای، برنامه مراقبت بیمار در صورت لزوم اصلاح می‌شود. معمولاً در مراکز درمان، مصاحبه‌های ارزیابی ساختاریافته در بدو مراجعه و به صورت دوره‌ای توسط روان‌شناس مرکز انجام می‌شود.

بیماری اعتیاد حوزه‌های مختلف عملکرد فرد را مختل می‌کند، به همین دلیل بر همه‌جانبه بودن ارزیابی در این بیماری تأکید می‌شود. هنگام ارزیابی بیمار معتاد حوزه‌های زیر نیاز به بررسی دارند:

- تاریخچه مصرف مواد
- تاریخچه درمان‌های قبلی
- سابقه‌های رفتارهای پرخطر
- مشکلات پزشکی
- مشکلات روان‌پزشکی
- وضعیت اشتغال، اسکان و حمایت
- وضعیت خانوادگی
- درگیری با جرم و جنایت
- اهداف و انتظارات بیمار از درمان

برای موفقیت در ارزیابی، ایجاد یک رابطه درمانی حمایت‌گرانه و مبتنی بر احترام، آن گونه که در بخش «ارتباط درمانی» توصیف شد، اهمیت اساسی دارد. در صورت موافقت بیمار، مصاحبه با خانواده یا سایر اشخاص مهم زندگی بیمار، اطلاعات مفیدی درباره وضعیت او در اختیار ما قرار دهد.

برنامه‌ریزی مراقبت: سفر بهبودی نیازمند نقشه راه است.

اگر نگوئیم همیشه، در اغلب موارد وقتی به محلی برای دریافت خدمات درمانی مراجعه می‌کنیم، گمان می‌کنیم به طور دقیق می‌دانیم چه می‌خواهیم یا قرار است چه کاری انجام شود. بیمار یا خانواده او در مراجعه به مرکز درمانی ممکن است افکار یا انتظاراتی مختلفی از درمان داشته باشند. بعنوان مثال ممکن است مادر بیمار معتادی که او برای درمان آورده تصوراتی نظیر این داشته باشد:

«قرار است

یک پزشک فرزندم را معاینه کند، دارویی بدهد که به سرعت و با کم‌ترین عارضه حالش خوب شود و همه ما از شر اعتیاد خلاص شویم. من مشکلات بیمارم را توضیح می‌دهم، نگرانی‌های خودم را می‌گویم و با تجربه‌ای که از بزرگ کردن بیمار دارم، به پزشک خواهم گفت چه کاری برای بیمار مناسب است که او انجام دهد.»



هدف بیمار از مراجعه درمانی ممکن است چیز دیگری باشد و براساس آن برنامه‌ریزی کرده باشد. مثلاً ممکن است تصور بیمار از درمان به شرح زیر باشد:



از طرف دیگر روان‌شناس یا سایر درمان‌گران مرکز نیز برنامه خود را دارند، مثلاً:

«امروز قرار است، برای افرادی که مراجعه می‌کنند آموزش بدو ورود داشته باشم؛ باید در مورد انگیزه‌های آنان، روابط خانوادگی، انتظاراتی که آنان باید برآورده کنند، مطابق کتابچه راهنمای خودم صحبت کنم.»



ملاحظه می‌کنیم هر کس ممکن است داستان خود را داشته باشد اما چه کسی تصمیم نهایی را می‌گیرد؟ لطفاً چند لحظه تأمل کنید و درمورد آمادگی خودتان برای مذاکره فکر کنید.

در فصل چهارم، درباره آن چه به عنوان اهداف درمانی مطرح است و در فصل پنجم درباره ویژگی‌های روان‌شناختی بیمار معتاد صحبت شده است. به زودی در مورد تیم درمان نیز مطالبی خواهد آمد. همان گونه که می‌دانیم خانواده و خود بیمار نیز اهدافی را با خود به محیط درمانی می‌آورند. برنامه مراقبت، متن مکتوبی است که با مشارکت بیمار تدوین شده و در آن اهداف و مداخلات درمانی بر اساس نیازهای شناسایی شده، تعیین می‌شوند. در صورت موافقت بیمار می‌توان اعضای خانواده را نیز در تدوین برنامه مراقبت مشارکت داد. وجود این برنامه مکتوب، برای درمان بیمار لازم است. به هیچ عنوان بهانه‌ای برای نداشتن این برنامه عمل و یا بی‌توجهی به آن در مسیر درمان وجود ندارد. این نقشه راه یا برنامه بر مبنای داده‌ها، اهداف و شرایط ثابت و متغیر، قابل پیش‌بینی، طراحی و بازبینی است. همه اعضای تیم درمانی باید در جریان این بازبینی‌ها قرار گیرند.

اهداف تعیین شده در برنامه مراقبت، باید ویژگی‌های زیر را داشته باشد:

- اختصاصی
- قابل اندازه‌گیری
- توافق شده
- واقع‌گرایانه
- محدود در زمان

برنامه‌ریزی مراقبت، یک فرآیند مشارکتی است که باید با دخالت بیمار انجام شود. ممکن است علی‌رغم شناسایی نیاز، تعیین اهداف درمانی برای بیماران دشوار باشد. در این صورت گروه درمان باید به بیمار برای تعیین اهداف کمک کند. هنگام برنامه‌ریزی مراقبت باید مشخص شود که چه کسی مسئول مداخله طراحی شده برای رسیدن به هدف خواهد بود؟ ممکن است برنامه مراقبت بیمار، مداخله افراد یا نهادهای متفاوتی را ضروری سازد، به عنوان مثال ممکن است روان‌شناس مرکز به بیمار آموزش رفتار جنسی ایمن دهد، در حالی که مددکار اجتماعی مسئول هماهنگی برای دریافت حمایت اسکان باشد. در هر مورد، باید فرد مسؤول برای کمک به بیمار برای رسیدن به هدف مشخص گردد.

آزمایش مواد

همچون سایر مداخلات درمانی، درمان‌گر اعتیاد نیاز دارد اثربخشی مداخلات درمانی را به صورت منظم پایش نماید. آزمایش مصرف اخیر مواد در مایعات بدن نظیر ادرار یا بزاق یکی از مهم‌ترین ابزارهای پایش درمان محسوب می‌شود. ممکن است برخی بیماران تصور کنند، انجام آزمایش به معنای بی‌اعتمادی درمان‌گر است. لازم است به این گروه از بیماران آموزش داده شود که درمان بیماری اعتیاد همچون سایر بیماری‌های پزشکی نیاز به پایش دارد و هدف از انجام آزمایش، ارزیابی میزان موفقیت در دستیابی به اهداف درمانی است. انجام آزمایش همچنین می‌تواند از طریق فراهم آوردن شواهد عینی از حفظ پرهیز احساس اعتماد به نفس بیمار را افزایش دهد.

گاه اطرافیان بیمار، کنترل‌های بی‌حد و حصر نسبت به بیمار اعمال می‌کنند تا مطمئن شوند هیچ ماده‌ای مصرف نمی‌کند. این نوع کنترل غلط است و استرس ناشی از آن می‌تواند بر روند پیشرفت درمانی تأثیر منفی داشته باشد. نتایج آزمایش ادرار، معیاری عینی از مصرف مواد فراهم می‌آورد و نتایج آن می‌تواند برای ارزیابی برنامه درمانی مدیریت مشروط مورد استفاده قرار گیرد.

از موارد دیگر استفاده، تشخیص سوءمصرف سایر مواد نظیر حشیش، بنزودیازپین‌ها و مت‌آمفتامین است که در طراحی درمان و شناخت بیش‌تر از شرایط بیمار، کمک‌کننده خواهد بود.

آزمایش‌هایی که به طور معمول برای پایش درمان اعتیاد استفاده می‌شوند «آزمایش سریع» هستند که به آن‌ها «آزمایش نقطه مراقبت» نیز گفته می‌شود. در این روش با استفاده از آغشته کردن نوار با مایعات بدن مثل ادرار، بزاق یا عرق در عرض چند دقیقه نتیجه آزمایش مشخص می‌شود. آزمایش‌های سریع مصرف اخیر مواد، حساسیت بالایی دارند، بنابراین می‌توان به نتیجه منفی آن‌ها اعتماد کرد. در صورت شک به کاذب بودن نتیجه مثبت درمان‌گر می‌تواند از آزمایش‌های تأییدی استفاده نماید. روش‌هایی که برای تأیید نتایج تست سریع استفاده می‌شوند عبارتند از «کروماتوگرافی لایه نازک»، «گاز کروماتوگرافی» و «گاز کروماتوگرافی به همراه طیف‌سنجی توده‌ای». در آزمایشگاه‌های مراکز بهداشتی به صورت معمول از روش «کروماتوگرافی لایه نازک» برای مواد افیونی استفاده می‌شود، اما روش‌های دیگر پرهزینه بوده و معمولاً در مراکز پژوهشی استفاده می‌شوند.



تیم درمان و نقش روان شناس

همان گونه که در بخش تعریف اعتیاد دیدیم، این بیماری سلامت جسم، روان و وضعیت اجتماعی و معنوی انسان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بر این اساس درمان یعنی کمک به بیمار برای بازیابی سلامت از دست‌رفته در تمامی حوزه‌ها. از آن جا که هر یک از این بخش‌ها، متخصصان خود را دارد، برای موفقیت در درمان اعتیاد یک تیم چندرشته‌ای مورد نیاز است که با یکدیگر همکاری نزدیکی داشته باشند. پزشک، پرستار، روان‌شناس و مددکار اجتماعی اعضای اصلی تیم تخصصی درمان هستند. در برخی موارد گروه هم‌تا و نیز مدیر مورد^{۳۷} نیز جزو این تیم قرار می‌گیرند. البته لازم است که خود بیمار و در صورت نیاز خانواده او نیز در برنامه‌ریزی مراقبت، مشارکت داشته باشند. نقش پزشک، پرستار، مددکار و سایر اعضای گروه در بخش برنامه‌ریزی درمانی این کتاب و نیز به صورت مفصل در کتاب‌های مخصوص خود آورده شده است. در این جا به صورت خاص به نقش روان‌شناس در مراحل مختلف درمان اشاره می‌شود.

³⁷ case manager

نقش روان‌شناس در مرحله شروع درمان ارایه آموزش و آگاهی درباره رویکردهای درمانی مرکز و فرآیندهای درمان است. در پذیرش اولیه، روان‌شناس وضعیت انگیزشی مراجع را بررسی و ارزیابی پایه او را تکمیل می‌نماید. در مرحله تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مراقبت؛ روان‌شناس مسؤل هماهنگی با سایر اعضای تیم درمان، کمک به پرکردن فاصله اطلاعاتی، انجام مصاحبه‌های تکمیلی و احتمالاً انجام آزمون‌های روان‌شناختی است.

پس از ارزیابی پایه و برنامه‌ریزی مراقبت، روان‌شناس عهده‌دار تأمین خدمات روان‌درمانی و ارزیابی‌های دوره‌ای بیمار می‌شود. در بسیاری از مواقع، انجام مصاحبه انگیزشی و اقناع مراجع برای شروع تغییر رفتار توسط روان‌شناس انجام می‌گیرد. هدایت روان‌درمانی‌های انفرادی، گروه‌درمانی، برنامه‌های پیشگیری از عود، آموزش خانواده و همکاری در بازبینی برنامه مراقبت، منطبق با ارزیابی‌های دوره‌ای، از جمله مسؤلیت‌های معمول روان‌شناس است. بدیهی است سایر موضوعاتی که در برخورد با بیمار و خانواده وی در طی مسیر درمان، لازم الاجرا است نیز از نکاتی است که روان‌شناس بایستی دائماً به آن توجه کند. به عنوان مثال، پاسخ به پرسش‌های خانواده و خود بیمار درمورد روند درمان، رویکردها، انتظارات از طرفین، حقوق متقابل مراجع و درمان‌گر و نظایر آن.

ممکن است در هر مرحله از درمان، نقش و وظیفه افراد تیم درمان تغییر کند. مثلاً پس از مرحله آغازین درمان نگهدارنده با متادون و تثبیت دوز، یافتن وسوسه‌ها و دلایل آن، کنترل برانگیزان‌ها و آموزش‌های مرتبط، شناخت افکار تخریب‌گر و... جزو وظایف روان‌شناس خواهد بود. با پیشرفت درمان و کنترل نسبی علائم جسمی وابستگی و وسوسه، گذر به زیربنای پیدایش مشکلات، بهبود عزت نفس و اصلاح وضعیت کنترل بیرونی و درونی، مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده، مهارت‌های ارتباطی، شناخت‌های معیوب و ناکارآمد و... به عنوان اقدامات درمانی لازم خواهند بود.

با طی مراحل بهبودی، تلاش برای بازگشت فرد به شرایط مطلوب و مولد اجتماعی، وظیفه اصلی همه اعضای تیم درمان و از جمله روان‌شناس می‌شود. برای این مرحله پیگیری بیمار در صورت عدم مراجعه درمانی، حمایت‌های اجتماعی و بازتوانی شغلی اقدام‌های اصلی است. بسیاری از وظایف این بخش به عهده مددکار اجتماعی تیم درمان خواهد بود.

روان‌شناس شاغل در درمان اعتیاد باید چه ویژگی‌هایی داشته باشد؟

سه ابزار اصلی برای عرضه درمان‌های روان‌شناختی لازم است، که عبارتند از:

۱- دانش

۲- مهارت

۳- تعهد

دانش پایه‌ای که به صورت مرسوم در رشته‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها به دانش‌جویان آموزش داده می‌شود، بستر اولیه مناسبی را برای شناسایی مفاهیم و مبانی نظریه‌های مورد استفاده در شناخت پدیده اعتیاد و مداخله‌های درمانی مربوطه تأمین می‌کند. آشنایی با کاربرد نظریه‌های تحلیلی، شناختی، رفتاری و مراجع‌محور در درمان اعتیاد الزامی است. برای درک بهتر رابطه این نظریه‌ها و استفاده از آن‌ها در درمان اعتیاد، کتاب‌ها و مقالات جامعی بویژه به زبان‌های غیرفارسی در دسترس است. در این کتاب‌ها به مراحل درمان، نوع و عمق مداخله و رویکرد مورد استفاده پرداخته شده است. مثلاً مارلات^{۳۸} عمدتاً با رویکرد رفتاری و تا حدودی شناختی به مسأله پیشگیری از عود پرداخته است یا میلر^{۳۹} در مورد مصاحبه انگیزشی تجربه‌های مکتوب فراوانی دارد. برخی شیوه‌های درمانی خاص نیز برای درمان سوءمصرف برخی مواد اختصاصی ابداع شده است. نظیر دستورالعمل ماتریکس که برای درمان مواد محرک استفاده می‌شود. مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران مشغول تهیه کتاب درسی جامعی است که درمان‌های روانی، اجتماعی اعتیاد نیز بخشی از آن کتاب خواهد بود.

بجز دانش، **مهارت** در عرضه مداخلات روان‌شناختی مختلف موضوع مهمی است که با کار عملی و تمرین تحت نظر افراد مجرب حاصل می‌شود. در برخی مراکز درمانی و دانشگاهی این افراد مجرب وجود دارند و امکان کارورزی تحت نظر آن‌ها وجود دارد.

نکته آخر **تعهد** حرفه‌ای است. پیشنهاد می‌شود پرسش‌هایی شبیه پرسش‌های زیر را از خود بپرسیم:

- آیا کاری را که می‌خواهم انجام دهم به صورت کامل بلد هستم؟ و اگر کامل بلد نیستم تحت نظر چه
- کسی می‌خواهم آن را شروع کنم؟

³⁸ Marlatt

³⁹ Miller

- آیا به اندازه کافی به مراجع احترام می‌گذارم؟
- آیا به اصل رازداری در کار پایبند هستم؟
- آیا با دیگر همکاران تیم درمانی همکاری خوبی دارم؟
- آیا مستندسازی من دقیق هست؟

در درمان اختلالات مصرف مواد، درمان‌گر باید فعال و تا حد زیادی حمایت‌گر باشد. درمان‌گر باید از فرایند بهبودی و پیشرفت بیمار حمایت نموده و به او بازخورد مثبت ارایه کند. در درمان اعتیاد، عشق و علاقه به کار درمان و بهبود بیماران حرف اول را می‌زند. درمان‌گرانی که کار خود را دوست دارند، از انجام آن لذت می‌برند.^{۴۰} می‌گوید: «شادی، در اختیار گذاشتن، بدون خودخواهی است». درمان‌گران ارزش‌ها و علایق خود را به بیمار تحمیل نمی‌کنند. در روان‌درمانی بیمار معنادار باید مطابق برنامه مراقبت تدوین شده برای بیمار پیشرفت و از درگیری بیش از اندازه در زندگی بیمار اجتناب نمود. درمان‌گر اعتیاد دروغ نمی‌گوید، مهربان و در عین حال محکم است. به شرایط و خواسته‌های دیگران حساس است. زیاد هیجان زده نمی‌شود، شنونده‌ای فعال است، مرزها را حفظ می‌کند، حمایت‌گر است، مهارت‌های ارتباط بین‌فردی مؤثری دارد و بدون هیچ قید و شرطی مبتنی بر اخلاق حرفه‌ای و انسانی عمل می‌کند.

صلاحیت‌های لازم برای عرضه مداخلات روانی، اجتماعی در درمان اعتیاد

همان گونه که در فصل شش و هفت دیدیم مداخلات روانی، اجتماعی دامنه وسیعی از انواع مداخلات غیردارویی را، از ارایه آموزش‌های ساده گرفته تا مداخلات پیچیده نظیر خانواده‌درمانی در برمی‌گیرد. به منظور تأمین مؤثر مداخلات روانی، اجتماعی در نظام سلامت لازم است تناسبی میان صلاحیت‌ها و توانمندی‌های درمان‌گران و نوع و عمق مداخلات غیردارویی عرضه‌شده وجود داشته باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران به روان‌شناسان بالینی مقطع کارشناسی اجازه داده است که در مراکز درمان سوءمصرف مواد نسبت به تأمین مداخلات روان‌شناختی اقدام نمایند. به منظور ارتقای دانش و مهارت روان‌شناسان در تأمین مداخلات روانی، اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی، دوره‌های آموزشی نظری و عملی مداخلات روانی، اجتماعی مؤثر در درمان اعتیاد توسط مرکز ملی

^{۴۰} Thomas Merton

مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و چند دانشگاه علوم پزشکی دیگر در کشور راه-اندازی شده است. در این دوره‌های کلیات اعتیاد، ارزیابی بیمار، اصول مشاوره، مصاحبه انگیزشی و مداخلات شناختی، رفتاری آموزش داده می‌شوند. روان‌شناسان بالینی مقطع کارشناسی با گذراندن این دوره‌ها می‌توانند در مراکز درمان سوءمصرف مواد مداخلاتی نظیر آموزش‌های کاهش آسیب، مصاحبه انگیزشی، درمان‌های شناختی، رفتاری و آموزش خانواده را ارایه نمایند. روان‌شناسان مراکز درمان سوءمصرف مواد همچنین باید با مداخلات تخصصی روان‌شناختی در دسترس در منطقه اطراف مرکز درمانی خود باید آشنا باشند تا در صورت نیاز بتوانند بیمار را ارجاع نمایند. برخی از این مداخلات تخصصی در درمان اعتیاد، شامل ارزیابی‌های پیشرفته، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی و درمان سوءمصرف مواد محرک می‌شود. روان‌شناسان مراکز درمان سوءمصرف مواد همچنین باید مراجعان را از نظر وجود علائم روان‌پزشکی همراه غربال نموده و در صورت وجود، موضوع را در جلسه برنامه‌ریزی مراقبت با تیم درمانی در میان بگذارند. در صورت وجود علائم روان‌پزشکی شدید نظیر افکار خودکشی یا سایکوز ارجاع به روان‌پزشک باید در نظر گرفته شود.

همان گونه که در فصل شش اشاره شد برخی بیماران معتاد علاوه بر مداخلات پزشکی و روان‌شناختی نیاز به دریافت خدمات و حمایت‌های اجتماعی دارند. این خدمات به بهترین حالت توسط مددکار اجتماعی تأمین می‌گردد. مددکار اجتماعی می‌تواند از طریق جلب حمایت‌های اجتماعی در زمینه‌های اسکان، اشتغال، تحصیل، بیمه و از کارافتادگی برآیندهای درمان را ارتقا بخشد. بر اساس آیین‌نامه راه‌اندازی مراکز درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده از مددکار اجتماعی در واحدهای درمان با داروی آگونیست با ظرفیت ۱۰۰ بیمار درمان نگهدارنده با متادون یا بیش‌تر الزامی است.

علاوه بر آموزش، تأمین نظارت بالینی بر کار روان‌شناسان و مددکاران مراکز درمانی، نقش مهمی در ارتقای خدمات عرضه‌شده دارد. شواهد علمی قابل‌توجهی وجود دارد که پایش معمول برآیندهای درمان و ارایه بازخورد متناسب به هر یک از درمان‌گران، می‌تواند فواید زیادی داشته و منجر به بهبود قابل‌توجه برآیندها شود.

برخی اشتباه‌های شایع

نگرش غلط به بیماری و درمان بیماران معتاد که خوب نمی‌شوند!



مجموعه‌ای از عوامل به شرح زیر می‌توانند در ایجاد این نگرش در میان بیماران، خانواده‌ها و درمان‌گران نقش داشته باشند:

- ۱- مزمن بودن بیماری و عودهای مکرر
- ۲- پیچیده و چندجانبه بودن بیماری
- ۳- فشار اطرافیان بیمار برای اصلاح سریع و کامل بیماری
- ۴- فشار مراجع قانونی و اجتماعی
- ۵- ویژگی‌های شخصیتی بیماران و طرز برخورد آنان

- ۶- نیاز به درمان طولانی مدت
- ۷- لزوم اصلاح مداخله‌های سایرین در مسیر درمانی
- ۸- لزوم انجام کار تیمی و برنامه‌ریزی برای اجرای آن
- ۹- رفتار پرخطر بیمار
- ۱۰- اجبار شغلی
- ۱۱- نداشتن دانش و مهارت کافی و در نتیجه عدم موفقیت

به نظر می‌رسد با توجه به مطالب مطروحه در سایر بخش‌های این کتاب، دشوار نخواهد بود که با باور «درمان ناپذیر بودن» اعتیاد مقابله کنیم. بازگشت به اصول درمان اعتیاد بعنوان یک بیماری مزمن و عودکننده همیشه کمک کننده است. این اصول عبارتند از:

- ۱- آموزش بیمار درباره طبیعت بیماری اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن و عودکننده.
- ۲- توجه به مسیر درمان در درازمدت.
- ۳- برنامه‌ریزی مراقبت و بازبینی آن در صورت نیاز.
- ۴- داشتن انتظارات واقع‌گرایانه از درمان بیمار.
- ۵- توجه به این مطلب که واقعیات لزوماً مطابق آرزوهای ما نخواهد بود و اینکه این موضوع ما را نگران نمی‌کند.

روان‌درمانی گران و وقت‌گیر است!

- صرف هزینه و زمان برای روان‌درمانی بی‌فایده است.
- نصیحت شنیدن چه تأثیری دارد؟
- هر معنادی خودش می‌داند که چطور می‌تواند مواد را ترک کند، فقط نیاز به اراده دارد.
- با استفاده از درمان‌های نگهدارنده مشکل مصرف مواد برطرف می‌شود، اقدام دیگری لازم نیست.
- مکرراً جملاتی نظیر عبارت‌های فوق از بیماران یا خانواده‌های آنان شنیده می‌شود. مطالبی که محتوای اصلی

آن‌ها به چند مطلب اشاره دارد:

- مداخله‌های غیردارویی (مثل آموزش و روان درمانی) سود قابل توجهی ندارد
- گران قیمت و وقت‌گیر هستند
- دارودرمانی اگر به درستی صورت گیرد، نیاز به سایر مداخله‌ها را از بین می‌برد.

نتایج بررسی‌های زیادی که در پاسخ به این سؤالات صورت گرفته است هم اکنون در دسترس است. در تمام منابع علمی این موضوع مورد تأکید قرار گرفته است که مداخلات روانی، اجتماعی در درمان اعتیاد مؤثر و مقرون به صرفه هستند. مثلاً مداخلات پرهیزمدار بدون استفاده از درمان‌های روان‌شناختی با بیش از ۹۵٪ احتمال بازگشت به اعتیاد، همراه است. بررسی‌ها نشان می‌دهد درمان کسانی که سابقه شکست مکرر در درمان دارند، شرایط زیستی نامناسبی دارند یا بارها مرتکب جرم شده‌اند در اجتماع درمان‌مدار با ۸۰٪ حفظ پرهیز پس از شش ماه همراه است. بیماران معتاد در حوزه‌های مختلف عملکردی دچار مشکلاتی هستند. لازم است این مشکلات، شناسایی و به صورت متناسبی در برنامه‌ریزی مراقبت مورد توجه قرار گیرند. مداخلات روان‌شناختی به بیماران برای دستیابی به اهداف درمانی نظیر افزایش انگیزه تغییر رفتار، اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از بازگشت، اصلاح ارتباط با خانواده (و البته آموزش خانواده)، حل مشکلات روان‌پزشکی همراه، اصلاح ارتباط با جامعه، محیط کار و تحصیل و درمان مسائل عمیق‌تر روان‌شناختی کمک می‌کند.

درمان دارویی با کنترل علائم ترک، زمینه را برای اثربخشی مداخلات روان‌شناختی فراهم می‌کند. بدیهی است این فواید را نمی‌توان از درمان غیردارویی به‌تنهایی انتظار داشت. همان گونه که نمی‌توان نتایج حاصله از درمان غیردارویی را از دارو خواست. برای مثال، درمان با متادون مصرف مواد را به صورت قابل توجهی کم می‌کند، اما تاثیر زیادی در جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی بیمار ندارد. بنابراین به عنوان فردی که مداخله غیردارویی، کار اصلی اوست به یاد داشته باشید که نمی‌توان درمان غیردارویی و دارویی را به جای یکدیگر به کار برد.

یکی از باورهای غلطی که درباره مداخلات روان‌شناختی وجود دارد این است که «گرچه مداخلات غیردارویی لازم و مفید است، اما برای انجام آن به فرد متخصص و آموزش‌دیده نیاز نیست و حتی بیمار و اطرافیان او نیز قادر به انجام آن هستند.» این عبارت یکی از جدی‌ترین مشکلاتی است که برخی رشته‌های تخصصی، به ویژه رشته‌هایی

که با علوم رفتاری و حتی پزشکی سر و کار دارد، با آن روبرو هستند. افراد مختلف بر اساس دانش و تجربه شخصی و شنیده‌های خود، گمان می‌کنند که تمام علم و مهارت لازم برای مداخله در این زمینه را دارند. در بسیاری از موارد، نگرش‌ها و باورهای غلط افراد نیز به آن افزوده شده و کار را دشوارتر می‌کند. باورهایی نظیر این که اعتیاد نتیجه ضعف اخلاقی، بی‌ارادگی، لذت‌طلبی، کمبودهای عاطفی و... است، افراد را وادار می‌کند که نسخه واحدی برای همه بیماران پیچند و اصرار بر اجرای آن داشته باشند. در حالی که طبق آنچه در قبل گفته شد، بسیاری از این افکار، غلط و بدون پشتوانه علمی بوده و حتی در برخی موارد غیرانسانی است. مثال‌هایی از این گونه توصیه‌های غلط اطرافیان بیماران عبارتند از:

- اگر یک ماه ماده مخدر مصرف نکنی برایت زن می‌گیریم.
- پدرت را نگاه کن، بعد از بیست سال، یک روز تصمیم گرفت مواد را کنار بگذارد، حالا سیگار هم نمی‌کشد. تو هم باید مثل او عمل کنی!



• تو می‌توانی فعلاً مشروب را جایگزین مواد کنی، مشروب اثر مواد را می‌شوید و می‌برد.



• اکنون که متادون مصرف می‌کنی و پاسخ آزمایش تو منفی است، نیازی به اقدام دیگری وجود ندارد.



• جن‌ها سراغ تو آمده‌اند. نزد دکانویس بروی کافی است.



ما به عنوان کسانی که در درمان غیردارویی کار می‌کنیم، باید به خاطر داشته باشیم که با دفاع درست و هوشمندانه از این روش کمک قابل توجهی به اصلاح این وضعیت خواهیم کرد.

یکی دیگر از مشکلاتی که مطرح می‌شود، این است که: «ما پول و وقت زیادی نداریم». برای گذر از این مشکل باید در درجه اول خود ما قانع شده باشیم که چیزی جای این درمان را نمی‌گیرد و سپس بتوانیم اولاً شرایط دسترسی ارزان‌تر و ساده‌تر را شناسایی نموده و به مراجعان معرفی کنیم و ثانیاً به آنان نشان دهیم که در فرایند درمان چگونه

در حال بهبودی و پیشرفت هستند، ثالثاً برنامه مناسبی بریزیم که پول و وقت، بیش از آنچه لازم است از آنان گرفته نشود و نهایت آن که مراجع احساس کند آن چه در مسیر درمان به دست می‌آورد بسیار با ارزش‌تر از آن چیزی است که در این سرمایه‌گذاری پرداخت کرده است.

اشتباه‌های درمانی

اشتباه‌های درمانی را می‌تواند به سه دسته اصلی تقسیم کرد:

۱- اشتباه در تشخیص و برنامه‌ریزی مراقبت

۲- اشتباه در اجرای برنامه مراقبت

۳- اشتباه در ارزیابی توانایی خود

اشتباه در تشخیص و برنامه‌ریزی مراقبت

همان گونه که در بخش‌های قبلی گفته شد، ارزیابی درست بیمار و بدست آوردن اطلاعات تکمیلی از منابع معتبر، به ما در طراحی برنامه مراقبت کمک قابل توجهی می‌کند. باز بودن ذهن و مرور نظام‌مند آنچه در تشخیص و درمان باید انجام شود وظیفه اصلی هر بالین‌گری است. از مهم‌ترین عواملی که منجر به خطا می‌شود، عدم پیروی از یک روش علمی برای تشخیص و برنامه‌ریزی است. بسیاری از موارد دیده شده است که علائم روان-پزشکی بیمار نظیر هذیان و توهم به خوبی شناسایی نشده است، مسائل جسمی نظیر مشکلات قلبی و تشنج در بیمار کشف نشده یا شرایط زندگی بیمار مورد توجه قرار نگرفته است بارها دیده شده است که تفکیک نکردن بین علائم مسمومیت با مواد و یا صرفاً تحت تاثیر بودن، منجر به صدمات جبران‌ناپذیری شده است. بنابراین، اقدامات زیر برای پرهیز از اشتباه، ساده و در عین حال حیاتی است:

۱- شرح حال گرفتن دقیق

۲- مصاحبه کامل با بیمار و کسانی که لازم است

۳- توجه به شرایط کار و خواسته‌های بیمار

- ۴- مرور دوره‌ای برنامه درمان
- ۵- مستندسازی ارزیابی‌ها، برنامه مراقبت و فرآیند درمان
- ۶- تعیین زمان ارزیابی مجدد
- ۷- توجه به ویژگی‌های درمان‌گران، بیمار و خانواده او

اشتباه در اجرای برنامه مراقبت

اجرای برنامه مراقبت بدون تعیین وظایف هر یک از درمان‌گران، بی‌توجهی به جدول زمانی اجرای برنامه، بی‌توجهی به تغییرات ایجادشده، نداشتن فهرست کاملی از اقدامات مورد نیاز، کم و زیاد کردن بدون دلیل بخش‌هایی از درمان، انتظار بیش از توان از خود یا بیمار یا خانواده، عدم ثبت تغییرات، مکتوب و مطرح نکردن نگرانی‌های درمان‌گر، عدم توجه به مرحله بهبودی و... از اشتباهات شایعی است که برخی از آن‌ها به راحتی قابل اصلاح است و اصلاح بعضی دیگر دشوارتر می‌نماید. این دشواری به ویژه در مواردی است که به باورهای درمان‌گر مربوط می‌شود، مثلاً درمان‌گر ممکن است اعتقادی به برخی از اجزای درمان نداشته باشد. برای پرهیز از این گونه اشتباهات نوشتن یک برنامه مراقبت قابل اجرا و پایش مداوم آن راه حل مناسبی خواهد بود. این کار از طریق بهبود نتایج منجر به افزایش اعتماد به نفس و تجربه درمان‌گران خواهد شد.

اشتباه در ارزیابی توانایی خود

هر یک از ما بخشی از ویژگی‌های خود را بیش‌تر تقویت کرده ایم. علت این تفاوت‌ها در دانش و مهارت درمان‌گران، ممکن است در اثر تفاوت در علاقه، نیاز یا امکانات ایجاد شده باشد. این تفاوت بین ما و دیگران نیز وجود دارد. از مشخصه‌های اصلی یک درمان‌گر خوب و اخلاقی توجه به این تفاوت‌هاست. شناسایی خود، محیط درمانی و مرکزی که در آن کار می‌کنیم مهم است. با این شناسایی قادر خواهیم بود انتظارات از خود را فهرست کنیم و بسیاری از مواقع متوجه شویم که اشکال کار در کدام بخش از مداخله است یا آن که اشکال ناشی از چیزی است که بیمار وارد درمان کرده است. به این ترتیب، نیازمند شناسایی سیستم‌های دیگری که امکان ارائه سایر خدمات را دارند، خواهیم

بود. یکی از اشتباهات شایع که بیش‌ترین ضررها را به سلامت بیمار و آبروی حرفه‌ای ما وارد می‌کند، عدم ارجاع به موقع و تلاش نکردن برای سازمان‌دهی برنامه ویژه هر فرد است. پرهیز از این اشتباه، مستلزم شناسایی توانایی خود، افزایش مداوم آن، انجام کار تخصصی، چک کردن افزایش مهارت و دانش با هدایت سیستم‌های مسئول و افراد مجرب و اساتید و مهم‌تر از همه ارجاع به موقع است.

جمع‌بندی

اعتیاد یکی از مشکلات سلامت عمومی در کشور بوده و بعد از تصادفات و حوادث، بیماری‌های قلبی، عروقی و افسردگی مقام چهارم را در طبقه‌بندی بار بیماری‌ها به خود اختصاص می‌دهد. مؤلفان امیدوارند توانسته باشند با تدوین این کتاب گامی هر چند کوچک در معرفی نقش و اهمیت مداخلات روانی، اجتماعی در درمان اعتیاد، خصوصاً نقش مداخلات روان‌شناختی افزوده شده به درمان‌های نگهدارنده برداشته باشند. به صورت خلاصه برخی از اصول اساسی در تأمین مداخلات روانی، اجتماعی برای درمان اعتیاد را در انتها با هم مرور می‌کنیم:

- درمان وابستگی به مواد افیونی زمانی بیش‌ترین تأثیر را دارد که **همه‌جانبه** باشد، یعنی مداخلات دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی همراه شوند. این موضوع اهمیت حضور و مشارکت فعال روان‌شناسان را در حوزه درمان اعتیاد نشان می‌دهد. روان‌شناسان با کسب دانش و تجربه در حوزه درمان اعتیاد می‌توانند نقش مهمی در کاهش عوارض فردی و اجتماعی این بیماری داشته باشند.
- موثرترین راهبرد در درمان بیماری‌های مزمن و پیچیده همچون اعتیاد، پیشگیری از عود و برنامه‌های درمان طولانی‌مدت است. بنابراین تدوین برنامه‌های درمانی با **طول مدت کافی** برای تسهیل ماندگاری بیماران در درمان نقش کلیدی دارد.
- **مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی** در بازتوانی و پیشگیری از عود تاثیر اثبات شده‌ای دارند. روان‌درمانی‌هایی همچون مدیریت مشروط، درمان‌های شناختی، رفتاری و مصاحبه انگیزشی برآیندهای درمانی را بهبود می‌دهند. مداخلات حمایت اجتماعی مانند برنامه‌های کاریابی، آموزش شغلی، تأمین اسکان و حمایت قانونی در تسهیل بازگشت به اجتماع موثر هستند. گروه‌های خودیاری تکمیل‌کننده گزینه‌های اصلی درمانی هستند و می‌توانند مداخلات روانی، اجتماعی استانداردشده را تقویت کنند.
- **درمان‌های نگهدارنده** زمانی که در ترکیب با مداخلات روان‌شناختی ارایه می‌شوند مؤثرتر و به لحاظ اقتصادی مقرون به‌صرفه‌تر هستند. بر این اساس تأمین مداخلات روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی برای بیماران تحت درمان‌های نگهدارنده اهمیت بالایی دارد.

- در درمان اعتیاد برقراری **ارتباط درمانی** همدلانه و مبتنی بر اعتماد متقابل فرآیند درمان را تسهیل نموده و ماندگاری بیمار را در درمان افزایش می‌دهد.
 - بیماری اعتیاد با عوارض جسمی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی برای فرد همراه است، به همین دلیل **غربال‌گری، ارزیابی اولیه** و ارزیابی جامع بیمار پیش از شروع درمان اهمیت زیادی دارد و غالباً روان‌شناسان نقش اصلی را در انجام این ارزیابی‌ها دارند.
 - اطلاعات جمع‌آوری شده در فرآیند ارزیابی برای تدوین **برنامه مراقبت** مورد استفاده قرار می‌گیرد. برنامه درمانی تدوین شده با مشارکت بیمار، اهداف مبتنی بر نیازهای شناسایی شده بیمار را تعیین و مداخلاتی برای رسیدن به این اهداف تدوین می‌کند. یک برنامه مراقبت توصیف مکتوب درمان ارائه شده و پیش‌بینی سیر آن است. برنامه‌های مراقبت نیازهای ویژه هر بیمار را تعیین نموده و مشخص می‌کنند چگونه این نیازها توسط خدمات برآورده می‌شوند. برنامه سپس به صورت دوره‌ای پایش و بازبینی می‌شود تا به وضعیت در حال تغییر بیمار پاسخ دهد. مطالعات نشان می‌دهد برنامه مراقبتی که متناسب با نیازهای بیمار تدوین شده باشند، بهترین نتایج درمانی را در پی دارد.
 - گذراندن دوره‌های آموزشی و کسب تجربه در حوزه درمان اعتیاد اهمیت بالایی در ارتقای دانش و مهارت‌های بالینی شما دارد. **آموزش** درمان‌گران اعتیاد از ابتدای فعالیت‌شان در این حوزه و گنجاندن آموزش‌ها در برنامه درسی دانشگاهی و تداوم آموزش در گسترش روش‌شناسی‌های مبتنی بر شواهد نقش کلیدی دارند.
- در نهایت، ذکر این نکته لازم است که این کتاب بر معرفی نقش و جایگاه مداخلات روان‌شناختی درمان اعتیاد با تأکید بر مداخلات روان‌شناختی ترکیب شده با درمان‌های نگهدارنده تمرکز دارد و برای آشنایی با نحوه عرضه هر یک از مداخلات مطالعه منابع مرتبط توصیه می‌گردد. از شما دعوت می‌شود نظرها، انتقادات و پیشنهادها خود را در مورد مطالب مندرج در این کتاب با معاونت آموزش مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران مندرج در صفحه شناسنامه این کتاب در میان بگذارید. امید است با تقویت دسترسی و تأمین مداخلات و حمایت‌های روانی، اجتماعی در کشور شاهد کنترل مؤثرتر بیماری اعتیاد باشیم.

پیادداشت :

[illegible]

یادداشت :

This image shows a full page of primary-ruled notebook paper. It features ten sets of horizontal green lines. Each set consists of a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line, providing a guide for letter height and placement. The paper is otherwise blank, with no text or other markings.

یادداشت :

[illegible]

منابع برای مطالعه بیشتر

Center for Substance Abuse Treatment. *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 50*. HHS Publication No. (SMA) 09-4381. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.

Center for Substance Abuse Treatment. *Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders*. DHHS Publication No. (SMA) 07-4152. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006, reprinted 2007.

Center for Substance Abuse Treatment. *Counselor's Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders*. DHHS Publication No. (SMA) 07-4153. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006; reprinted 2007.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991, 2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. New York, Guilford Press.

Miller, W.R. (1999) *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment TIP series 35*. Rockville, MD: U.S.DHHS Publication No. (SMA) 02-3693

Reilly PM and Shopshire MS. *Anger Management for Substance Abuse and Mental Health Clients: A Cognitive Behavioral Therapy Manual*. DHHS Pub. No. (SMA) 07-4213. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, reprinted 2003, 2005, 2006, and 2007.

واژه‌یاب

الف

۸۴، ۱۰۷	آزمایش مواد
۸۳، ۸۴، ۱۰۱، ۱۰۷	آزمایش ادرار
۸۴	آزمایش بزاق
۸۳	آزمایش سریع
۱۰	آسیای مرکزی
۱۰، ۱۲	آسیا
۱۰	آسیای غربی
۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳	آفریقا
۴	آگونیسست نسبی
۵۰، ۶۶، ۷۱، ۷۲، ۱۱۲، ۱۱۵، ۱۰۹، ۷۵	آموزش خانواده
۷۹	آموزش کاهش رفتارهای پرخطر
۲، ۳، ۱۲، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۸۴، ۱۰۹، ۱۱۲، ۱۲۰	ارزیابی
۳۲، ۴۵، ۷۶، ۷۴	افسردگی
۱۰، ۱۱	افغانستان
۱۱، ۱۲	اروپا
۷۲	اجتماع درمان‌مدار
۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۶	اچ‌آی‌وی
۷۴	اختلالات اضطرابی
۳۳	اختلالات خلقی
۳۳، ۴۵، ۴۶، ۷۴، ۷۶، ۸۵، ۸۶، ۸۷	اختلالات روان‌پزشکی همراه

۴۵، ۳۵	اختلالات شخصیت
۳۳، ۴۶	اختلالات همراه
۴۷	اختلال شخصیت ضداجتماعی
۱۰۲، ۸۹	ارتباط درمانی
۱۳	استونیا
۲، ۳، ۴، ۱۰، ۱۸، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۴۰، ۵۰، ۵۴، ۵۸، ۵۹، ۶۶، ۶۸، ۷۱، ۷۳، ۸۷، ۱۰۳، ۱۱۰، ۱۱۱	اعتیاد
۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۵، ۱۱۶	

	انکار
۸	ایدز
۴۸	ایگو

ب

۳	برنامه سرنگ و سوزن
۵۸، ۱۰۶، ۱۰۹، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۹	برنامه‌ریزی مراقبت
۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۶، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۲	برنامه مراقبت
	بنزودیازپین‌ها
۱، ۲، ۴، ۵، ۲۷، ۳۲، ۳۴، ۴۰، ۸۲، ۸۶	بوپرنورفین
	بیش مصرف

پ

	پاکستان
۴، ۶، ۳۸، ۳۹، ۷۴، ۷۸، ۸۰، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۱۱۵	پرهیز
۵۶	پیش تأمل
۵۸	پیشگیری از عود

ت

۵۵، ۵۶، ۱۰۶	تأمل
۱۱	تانزانیا
۴، ۴۸، ۳۴	تحمل
۸، ۱۰، ۳۱	تریاک
۳۳، ۱۱۹	توهم
۳۲، ۱۰۸	تیم درمان

ج

	جرات‌مندی
	جسمی‌سازی

چ

۵۳	چرخه تغییر رفتار
----	------------------

ح

۷۵، ۷۶، ۱۰۷	حشیش
۴۵، ۶۵	حل مسأله

خ

۵۰، ۶۸، ۷۱، ۷۲، ۸۰، ۸۵، ۱۱۲	خانواده‌درمانی
V، ۱۰، ۱۱	خاورمیانه
۸، ۱۰	خش‌خش

د

IV، III، ۱، ۴، ۵، ۴۶، ۴۷	داروهای آگونیست
۴	داروهای آنتاگونیست

۶۷	درمان شبکه‌ای
۲۷، ۳۲، ۷۷، ۷۸	درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست
۳۴، ۳۲، ۳۱، ۲۷، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۲، ۴۴، ۴۸، ۷۸، ۸۰، ۸۲، ۸۴، ۸۶، ۸۸، ۹۰، ۱۱۲، ۱۱۴	درمان نگهدارنده با متادون
۸۴، ۸۵	درمان‌های شناختی، رفتاری
	دلیل تراشی
	دوره دهانی
۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۸۰، ۸۲	دوز منزل
	د
۸۹	رازداری
۴۷، ۴۸، ۸۶	روان‌پویایی
۴۷، ۴۸، ۶۶، ۸۶	روان‌تحلیلی
۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۵، ۲۵، ۲۶، ۲۹	روان‌گردان
	ز
۱۱	زامبیا
۶۸، ۷۲، ۸۵، ۷۱، ۱۱۲	زوج‌درمانی
	س
۹، ۱۰	سازمان ملل
۱۱۲	سایکوز
۳، ۵، ۲۸، ۴۵	سم‌زدایی
	سوبوتکس
۳۱	سوخته

ش

۸۴، ۸۵

شناخت‌درمانی

۸۴، ۸۵

شناخت‌درمانی رفتاری

۱۰، ۱۲

شمال آفریقا

۳۰

شیره

ع

۶، ۴۰، ۴۳، ۵۲، ۵۵، ۵۸، ۶۸، ۷۰، ۷۲، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۲۲

عود

غ

۴۶، ۱۰۱

غربال‌گری

ف

فرافکنی

ک

۴۵، ۴۶

کانون کنترل خارجی

۶، ۲۵، ۲۶، ۵۸، ۷۹، ۱۱۲

کاهش آسیب

۸، ۱۰

کدیین

۳۱

کِراک

۸۳، ۱۰۷

کروماتوگرافی لایه نازک

۲۹

کلونیدین

۴۵، ۷۷

کنترل خشم

۱۱

کنیا

گ

۱۰۷

گاز کروماتوگرافی

۱۰۷	گاز کروماتوگرافی به همراه طیف‌سنجی توده‌ای
۷۵، ۷۳، ۷۴، ۱۲۲	گروه‌های خودیاری
۶۸، ۸۷	گروه درمانی
۳۲، ۴۷، ۷۵، ۸۲	مت‌آفتامین
۲، ۲۳، ۴۶، ۱۱۰، ۱۱۵	مداخلات روان‌شناختی
۱، ۴۱، ۵۵، ۵۸، ۷۴، ۷۵، ۷۷، ۱۱۱، ۱۱۵	مداخلات روانی، اجتماعی
	مراجع محور
	مدل زیستی- روانی- اجتماعی
۶، ۴۹	محرومیت
۶۵، ۷۲	مداخله در بحران
۶۵، ۶۳، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۱۰۷	مدیریت مشروط
۳۴، ۴۵	مسمومیت
۳، ۲۶، ۳۵، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۵، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۷۳، ۸۰، ۸۲، ۹۱، ۱۱۲	مشاوره
۷، ۴۳، ۷۳، ۷۴	مصرف مشکل آفرین
۷۳	معتادان گمنام
۷۶، ۷۸، ۱۲۲	مصاحبه انگیزشی
۸۰	مک‌لalan
۴۷، ۶۵، ۷۵، ۸۰، ۸۲، ۸۵، ۱۱۲	مواد محرک
۴، ۸، ۱۰، ۲۷، ۲۹، ۳۲	مواد مخدر
۸، ۱۰، ۲۷	مورفین
۱۱	موریتانی

ن

ناحیه تحت‌صحرائی آفریقا

۴۸

نفس

۱۱

نیجریه

ه

۱۴، ۳۸

هپاتیت C

۸، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۳۰

هرویین

هذیان

۳۴، ۶۱، ۶۲، ۹۰، ۹۱، ۹۲

هم‌دلی

۹، ۱۰

همه‌گیری‌شناسی

۵۱

هم‌وابستگی

و

۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۸، ۴۵، ۷۷، ۷۸

وابستگی

۴۹

واکنش‌سازی

۱۱۳، ۱۱۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۸، ۲۹، ۴۱، ۶۷، ۷۷، ۸۴، ۱۰۹

وسوسه

ی

This book is one of the several booklets provided and its target group includes families of clients on methadone or buprenorphine maintenance treatments. Through reading the booklet, families will get familiar with maintenance treatments and its mechanism of effectiveness. They will also find useful information regarding appropriate approaches toward their addict patients before initiation of maintenance treatment and during receiving it in this booklet.

Alireza Noroozi

INCAS Knowledge Hub Manager

Preface

Iranian National Centre for Addiction Studies' Knowledge Hub (INCAS KH) is one of three knowledge hubs of “Middle East and North Africa Harm Reduction Association” (MENAHRRA) project which has started its activities with Eastern Mediterranean Regional Office of World Health Organization (WHO- EMRO) support since 2007. MENAHRRA's aims are to contribute to the national and regional efforts intended to prolong and improve the quality of life of injecting drug users and advocacy for a conducive environment for implementation and scaling up harm reduction activities such as needle, syringes programs (NSP) and opioid agonist maintenance treatments in the Region. This project entails training, advocacy, capacity building, technical and financial support to develop and initiate harm reduction model programs in the Middle East and North Africa.

Since the program was launched in 2007, Iranian National Centre for Addiction Studies' Knowledge Hub (INCAS KH) has been the host for many tour visits of policy makers and national HIV or drug control program managers of regional countries. Besides, the knowledge hub has held several training workshops for both Iranian and overseas participants on different aspects of harm reduction approach. Providing educational booklets for those involved in the treatment and care of patients as well as patients themselves and their families has been another area of activity of this centre.

- To improve health and quality of life
- To facilitate social reintegration of clients and returning them to productive life
- To decrease mortality risk attributed to opioid use
- To decrease involvement in criminal activities

Among regional countries, I. R of Iran is the sole country which has been able to show feasibility, efficacy and safety of opioid agonist maintenance treatment with extensive implementation of the program in community and prisons. Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS) has had a crucial national role in this regard through implementation of first pilot projects on agonist treatments such as methadone, buprenorphine and opium tincture; training of physicians and staff of drug treatment and harm reduction facilities and development of educational guidelines.

Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS) has also been a regional knowledge hub during recent years and developed a series of educational booklets on methadone and buprenorphine maintenance treatment. The present booklet is the second volume of this series. The authors have tried to provide evidence-based scientific answers to frequently asked questions of families regarding maintenance treatments. I appreciate the authors' endeavor and hope this booklet be useful to improve treatment outcomes among the clients through raising awareness of families regarding maintenance treatments.

Dr Seyed Abbas Motevalian
INCAS Director

Foreword

Drug use imposes major complications and costs on drug users, their families and the community. According to World Drug Report about 230 million people used illegal drugs at least once during 2010; 27 million of these are problem drug users. Less than one fifth of these 27 million problem drug users who need treatment have used drug treatment services during the same year. It is estimated that 200-250 billion US dollars is required for treatment of the population in need for treatment. In most Asian and European countries, opioids are the most common drug of use among treatment-seeking people. Maintenance treatments are among most successful treatment modalities for opioid dependence and its application in the world has had a relatively long history (methadone maintenance treatment has been used since 1959). However, maintenance treatments are only available in 30% of countries of the world and their availability in the countries of Eastern Mediterranean region is less than 20%.

Valid scientific evidence has proved effectiveness of methadone and buprenorphine maintenance treatments to decrease mortality and morbidity among opioid dependents. The aims and objectives of opioid agonist maintenance therapies are as below:

- To reduce IV drug use and therefore to decrease spread of blood-borne viruses especially HIV
- To reduce heroin and other illegal drugs use among on treatment individuals

Chapter Eight- How Treatment Plan Develop and Conduct

Therapeutic Alliance

Screening and Assessment

Care Planning: The Recovery Journey Need a Map

Drug Testing

Treatment Team and Psychologist's Role

Which Characteristics Should Psychologists Have for Treating Addiction

Required Competencies for Delivering Psychosocial Interventions in Addiction

Some of Common Errors

“Addict Patients Could Not Change”

“Psychotherapy Is Time Taking and Expensive!”

Treatment Errors

Error in Diagnosis and Care Planning

Error in Implementation of Care Plan

Error in Evaluation of Own Ability

Summary

Resources for Further Readings

Index

Group Therapy

Family Therapy

Couple Therapy

Network Therapy

Relapse Prevention

Therapeutic Community

Mutual Help Groups

Psychosocial Interventions for Comorbid Psychiatric Disorders

Psychosocial Interventions for Other Drug of Use

Methamphetamine and Other Stimulants

Cannabis

Chapter Seven- How Psychological Interventions Enhance Maintenance Treatments

Motivational Interviewing

Psychoeducation for Reducing High Risk Behaviors

Contingency Management

Contingency Management Added to Maintenance Treatments

Contingency Management for Concurrent Stimulant Use

Monitoring Drug Use in Contingency Management

Cognitive, Behavioral Therapies

Couple Therapy and Family Therapy

Psychoanalysis

Maintenance Treatments in Therapeutic Communities

Referring Maintenance Patients to Self Help Groups

Abstinence Based Approach

Chapter Four- How Maintenance Treatment Delivered?

For Whom Is Methadone Maintenance Treatment Appropriate

For Whom Is Buprenorphine Maintenance Treatment Appropriate

Important Tips in Clinical Assessment

Stages of Methadone Maintenance Therapy

Stages of Buprenorphine Maintenance Therapy

The Role of Psychologist in Maintenance Treatment

Chapter Five- Psychological Characteristics of Addict People

Which Characteristics of Addicts Need Counseling

Cognitive, Behavioral and Emotional Issues

Psychodynamic of Addiction

Defense Mechanisms in Addicts

Interpersonal Issues among Addicts

Chapter Six- Types of Psychosocial Interventions for Addiction Treatment

Basic Counseling Skills

Behavior Change Cycle

Psychosocial Interventions for Addiction Treatment

Motivational Interviewing

Contingency Management

Cognitive, Behavioral Treatment

Crisis Interventions

Psychoanalysis

Table of Contents

Introduction

Is this booklet for me?

What you will read in this booklet?

Definition of Terms

Chapter One- Epidemiological Situation

Epidemiology of Illegal Drug Use

Epidemiology of Opioid Use

World

Middle East and North Africa

Injecting Drug Use and HIV

Prevalence of Injecting Drug Use

Link between Injecting Drug Use and HIV

Burden of Drug Dependence

Chapter Two- An Introduction to Addiction

How People Become Dependent to Drugs?

Chapter Three- Status of Maintenance Therapies in Addiction Medicine

Harm Reduction

Methadone Maintenance Treatment

Buprenorphine Maintenance Treatment

A Psychologist's Guide to Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy, (Persian Version)

Educational Booklet Series for Agonist Maintenance Treatment

Authors:

Mehrdad Ehterami, Setareh Mohsenifar, Alireza Noroozi, Ramin Radfar,
and Hamed Ekhtiari, Ali Farhoodian, Rabert Farnam, Behrooz Meshkini, Azara-
khsh Mokri.

(in alphabetical order)

(INCAS Committee for Development of Educational Resources)

Editor: Alireza Noroozi

Graphic Designer: Marzieh Khanizadeh

Cartoonist: Ali Miraei

Coordinators: Kebria Adli

ISBN: 978-600-6591-44-5

Published by: Mehrsa Publication Institute, Tehran, Iran.

Address: No. 486, South Karegar Ave, Qazvin Sq, Tehran, Iran.

P. O Box: 13336-16357

Tel: +98 (21) 5542 1155 – 5541 5225 **Fax:** +98 (21) 5512 2232

Web site: <http://incas.tums.ac.ir>

E-mail: incas@tums.ac.ir - incaseknowledgehub@sina.tums.ac.ir

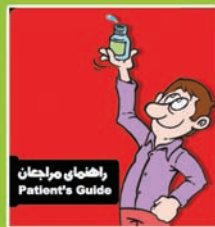
Iranian National Centre for Addiction Studies (INCAS)'s Knowledge Hub for "Middle East and North Africa Harm Reduction Association" Project, Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) of World Health Organization (WHO)

© Iranian National Centre for Addiction Studies (INCAS), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), 2013 – All Rights Reserved.



Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy

Educational Booklet Series on Opioid Agonist Maintenance Therapies



- جایگاه درمان نگهدارنده کجاست؟
- درمان نگهدارنده چگونه انجام می شود؟
- ویژگی های روان شناختی معتادان کدامند؟
- انواع مداخلات روان شناختی در درمان اعتیاد کدامند؟
- چگونه مداخلات روانی، اجتماعی درمان های نگهدارنده را تقویت می کنند؟
- برنامه درمان نگهدارنده چگونه طراحی و اجرا می شود؟

آنچه در این کتاب می خوانید:



Tehran University of
Medical Sciences



Iranian National Center
for Addiction Studies



Menahra



آزاد