

طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

راهنمای پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد

ویژه پزشکان

سرپرست نویسندگان و ویراستار:

دکتر محسن وزیریان

زیر نظر:

دکتر جعفر بوالهیری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

انستیتو روانپزشکی تهران

مرکز تحقیقات بهداشت روان

مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت در

بهداشت روان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت جوانان و مدارس

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

۱۳۸۴

راهنمای پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد

ویژه پزشکان

نویسندگان: (به ترتیب حروف الفبا)

سید عباس باقری یزدی

کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر نرگس شمس‌علیزاده

روانپزشک، بیمارستان قدس سنندج- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کردستان

دکتر علیرضا عابدین

دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران

دکتر گلاره مستشاری

روانپزشک، کارشناس کاهش تقاضا- دفتر مقابله با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد

دکتر محسن وزیریان

روانپزشک، رئیس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سرپرست نویسندگان و ویراستار:

دکتر محسن وزیریان

زیر نظر:

دکتر جعفر بوالهروی

روانپزشک، رئیس انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

۱۳۸۴

فهرست

پیشگفتار

بخش یک: کلیات

فصل ۱: بیان مسئله

مقدمه

فصل ۲: ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

اهداف برنامه

راهبردهای برنامه

شرایط اجرای برنامه در یک شهرستان

تشکیلات و نظام سازمانی

فصل ۳: تعاریف و مفاهیم اولیه

ماده

اختلالهای روانپزشکی مرتبط با ماده

وابستگی به ماده

سوء مصرف مواد

فصل ۴: سبب شناسی

عوامل مؤثر در شروع تجربه مصرف

عوامل مؤثر در تداوم مصرف مواد

آثار مواد بر مغز

آسیب پذیری زیستی

عوامل روان‌پویایی

عوامل خانوادگی

همبودی

فصل ۵: مصاحبه و ارزیابی

اصول مصاحبه

شرح حال

ارزیابی آزمایشگاهی مصرف مواد

بخش دوم: انواع مواد و درمانهای دارویی آنها

فصل ۶: مواد افیونی

انواع مواد افیونی

اختلالاتی مربوط به مواد شبه‌افیونی

وابستگی به مواد شبه‌افیونی

مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

ترک مواد شبه‌افیونی

آثار نامطلوب مصرف مواد افیونی

پیش‌مصرف مواد افیونی

فصل ۷: سم‌زدایی مواد افیونی

مقدمه

روشهای سم‌زدایی

فصل ۸: پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی با نالتراکسون

نالتراکسون

فصل ۹: درمانهای نگاهدارنده مواد افیونی

مقدمه

روشهای درمان نگاهدارنده با آگونیستهای افیونی

درمان زنان حامله و نوزادان وابسته به مواد افیونی

فصل ۱۰: حشیش

فصل ۱۱: الکل

فصل ۱۲: نیکوتین

چگونه به مراجعان برای ترک سیگار کمک کنید

پاسخ به سوالات شایع راجع به ترک سیگار

فصل ۱۳: سوء مصرف داروهای تجویزی

بنزودیازپین‌ها

باربیتوراتها

آنتی‌کولینرژیکها

داروهای ضد درد

مسهل‌ها

آنتی‌هیستامین‌ها

داروهای سینوزیت و سرماخوردگی

داروهای ضدسرفه

آنتی‌بیوتیکها، ویتامینها، سرما

درمان و توصیه‌های لازم

فصل ۱۴: مواد دیگر قابل سوء مصرف

کوکائین

توهم‌زاها (هالوسینوزن‌ها)

آمفتامین

اکستیزی

فن‌سیکلیدین

مواد استنشاقی

استروئیدهای آنابولیک

ناس

خات

سوء مصرف همزمان بیش از یک ماده

بخش سه: درمانهای غیر دارویی

فصل ۱۵: اهداف و اصول درمانهای غیر دارویی

اهداف درمانهای غیر دارویی (مداخله‌های روانی-اجتماعی)

اصول درمانهای غیر دارویی و توانبخشی معتادان

فصل ۱۶: پیشگیری از عود مصرف مواد با روشهای غیر دارویی

مفهوم "بهبودی"، "لغزش" یا "پس رفت موقت" و عود

عوامل مؤثر در عود

روش شناختی - رفتاری پیشگیری از عود

فصل ۱۷: روان‌درمانی فردی شناختی - رفتاری

آشنایی با رفتاردرمانی

آشنایی با شناخت‌درمانی

درمان شناختی - رفتاری

فصل ۱۸: خانواده‌درمانی

مقدمه

مراحل درمانی

فصل ۱۹: گروه‌درمانی

جوانب نظری

جوانب عملی

فصل ۲۰: درمان‌های اجتماعی

گروه خودیاری معتادان گمنام

جامعه درمان‌مدار

بخش چهار: پیشگیری و کاهش آسیب

فصل ۲۱: آموزش‌های پیشگیرانه

انواع روشهای پیشگیرانه

نحوه اجرای برخی برنامه‌های پیشگیرانه

فصل ۲۲: کاهش آسیب

راه‌های پیشگیری از انتقال ویروس نقص ایمنی

پیوستها:

پیوست ۱: انواع مواد بر اساس DSM-IV

پیوست ۲: مصاحبه انگیزشی

پیوست ۳: ارزیابی‌های ساختار یافته

پیوست ۴: دیگر روشهای آزمایشگاهی تشخیص مواد

پیوست ۵: آرمیدگی (Relaxtation)

پیوست ۶: آموزشهای کاهش آسیب

پیشگفتار

این کتاب در راستای طرح ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه جهت استفاده پزشکان شاغل در شبکه‌های بهداشت و درمان تحت پوشش این طرح نوشته شده است. همانطور که در فصل اول کتاب نیز اشاره شده است، ادغام برنامه‌های اعتیاد در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور از سالها پیش دنبال می‌شده است و در این میان نقش شادروان دکتر داوود شاه‌محمدی، رئیس وقت اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسیار تعیین‌کننده بوده است. این عزیز از دست رفته به همراه اساتید بنام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از جمله جناب آقای دکتر جعفر بوالهروی و دکتر محمدتقی یاسمی و نیز با کمک کارشناسان برجسته وزارت متبوع همچون آقایان دکتر کامل شادپور، دکتر سیروس پیله‌رودی، دکتر محسن نقوی و شادروان هوشمند لایقی به تدوین برنامه ادغام اعتیاد در نظام شبکه همت گماشتند. در نهایت طرح پس از فراز و نشیبهای بسیار زیاد با نظارت کمیته‌ای تخصصی در اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت متبوع در خرداد ماه امسال در سه شهرستان سمنان، اسلام‌آباد غرب و صومعه‌سرا به صورت پایلوت رسماً آغاز شد.

در تدوین برخی فصول کتاب حاضر از ویرایش دوم «راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد» انتشارات پرشکوه و نیز از «راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد» منتشر شده توسط معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور بهره برده شده است. بخاطر اهمیت موضوع، پیوست ۵: آرمیدگی (Relaxtation)، عیناً از کتاب رفتاردرمانی شناختی ترجمه جناب آقای دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده نقل شده است. نویسندگان اصلی کتاب و فصلهای هرکدام به این قرارند:

سید عباس باقری یزدی: فصلهای ۱، ۲

دکتر نرگس شمس‌علیزاده: فصلهای ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴

دکتر علیرضا عابدین: فصلهای ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۲
دکتر گلاره مستشاری: فصلهای ۵، ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲
دکتر محسن وزیریان: فصلهای ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۵، ۲۲

در اینجا لازم می‌دانم از ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به‌خاطر تأمین بودجه تدوین کتاب، از حوزه معاونت سلامت وزارت متبوع جهت حمایت همه‌جانبه و نیز تخصیص و هدایت بودجه و از انستیتو روانپزشکی تهران، قطب علمی، آموزشی و پژوهشی روانپزشکی کشور و مرکز تحقیقات بهداشت روان، جهت هماهنگی و پشتیبانی تدوین کتاب، سپاسگزاری نمایم. همچنین آقایان دکتر مهرداد افتخار و دکتر حمیدرضا احمدخانیها و خانم صفیه اصغرزاده امین در بازبینی و اصلاح نهایی کار همکاری نمودند که از همگی بسیار متشکرم.

همچنین لازم می‌دانم بر نقش کلیدی استاد گرانقدر جناب آقای دکتر جعفر بوالهروی در تمامی مراحل تهیه کتاب از طراحی اولیه برنامه نگارش کتاب و نظارت علمی بر آن گرفته تا مراحل ویراستاری، اصلاح و تطابق متن با نیازهای ادغام برنامه با مراقبتهای بهداشتی اولیه تأکید کنم. ایشان با سعه‌صدر و دقت نظر همیشگی خود همواره در طول دوره تألیف کتاب گروه نویسندگان را مورد لطف و حمایت خود قرار دادند. لذا بدینوسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از ایشان ابراز نموده و از اینکه به علت مشغله فراوان و محدودیت زمانی نتوانسته‌ام کلیه نظرات ارشادی ایشان را اعمال کنم عذرخواهی می‌نمایم. امید می‌رود در چاپ بعدی کتاب، و با استفاده از تجربه عملی اجرای طرح در نظام شبکه و نیز ابراز نظر خوانندگان گرامی بتوان به رفع نواقص همت گماشت.

در خاتمه جهت بهره‌گیری بالینی بیشتر از این کتاب به همکاران گرامی پزشک عمومی پیشنهاد می‌شود در مطالعه این کتاب همزمان نکات زیر را در نظر بگیرند:

۱- کوشش نمایند در تماس با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد و دانشگاههای علوم پزشکی و شرکت در دوره‌های بازآموزی و کارگاههای آموزشی نکات عملی کتاب را با تجارب با ارزش اساتید دیگر همراه نمایند.

۲- در ابتدای شروع مطالعه کتاب به ترتیب فصلها و بخشهای زیر مطالعه شود: فصل ۵، ۷، ۸، ۹،

۱۲، ۲۲، ۲۱، پیوستهای ۲، ۵ و ۶.

۳- همکارانی که در مراکز بهداشتی درمانی شبکه‌های بهداشت کشور کار می‌کنند در هر لحظه که با مشکل درمانی و موارد مشکل مواجه شدند بیمار را به سطوح بالاتر و متخصص ارجاع دهند، و پزشکانی که در مطب خصوصی و آزاد کار می‌کنند ارتباط مشاوره‌ای، آموزشی و درمانی خود را با روانپزشکان و مراکز تخصصی نزدیک ادامه داده و در مواجهه با موارد مشکل مراجع را به آنها ارجاع دهند.

۴- پیشنهاد می‌شود علاوه بر مطالعه کتابهای دیگر این مجموعه برای رابطان، بهورزان و کارشناسان که بزودی انتشار می‌یابد ارتباط مداوم خود را با پایگاههای الکترونیکی زیر حفظ نمایند:

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد www.sapto.hbi.ir

اداره سلامت روان www.iranmentalhealth.com

انستیتو روانپزشکی تهران www.tehranpi.org

امید است این متن آموزشی بتواند پزشکان عمومی را در امر درمان و پیشگیری سوءمصرف مواد یاری دهد.

دکتر محسن وزیریان

تهران، تیرماه ۱۳۸۴

بخش یک

کلیات

فصل ۱: بیان مسئله

فصل ۲: ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

فصل ۳: تعاریف و مفاهیم اولیه

فصل ۴: سبب‌شناسی

فصل ۵: ارزیابی بیمار



فصل ۱: بیان مسئله

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با ابعاد ملی و جهانی مشکل سوء مصرف مواد و اعتیاد
- ۲- درک ضرورت درگیر شدن پزشکان کشور در امر پیشگیری و درمان اعتیاد

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشا و بیکاری را نیز در بر دارد.

مواد مخدر یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماریهای عفونی نیز می‌باشد به نحوی که از میان ۶۳۳۷ مورد گزارش شده آزمایش مثبت ویروس ایدز تا فروردین ۱۳۸۳، شصت درصد آنها به علت رفتار اعتیاد تزریقی به ویروس عامل ایدز آلوده شده‌اند.

کوشش‌های بین المللی که از اواسط قرن گذشته در زمینه تحریم تولید و توزیع این مواد و جلوگیری از عرضه آن‌ها به عمل آمده بدلیل منافع سرشار ناشی از قاچاق مواد مخدر، تاکنون با موفقیت همراه نبوده است. با گسترش تولید و مصرف مواد مخدر و همچنین کشف و تولید غیرقانونی مواد روانگردان ترکیبی جدید در بسیاری از نقاط جهان، پیش‌بینی می‌شود تولید، قاچاق و مصرف مواد مخدر و عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن به ویژه شیوع ایدز به عنوان یکی از مشکلات عمده جهانی در قرن بیست و یکم ادامه یابد.

بررسیهای محدود انجام شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی موید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند. با در نظر گرفتن نرخ ۳ درصدی رشد جمعیت در طول دو دهه گذشته و شیوع بالاتر اعتیاد در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال، بنظر می‌رسد که پدیده اعتیاد در دهه‌های آینده تظاهر انفجار آمیزی خواهد داشت.

ارائه آمار دقیقی از تعداد معتادان کشور بدلیل آنکه در حال حاضر در جهان روش واحدی در زمینه همه‌گیری‌شناسی اعتیاد وجود ندارد عملی ناشدنی است. اما براساس حجم کشفیات مواد مخدر، آمار زندانیان قاچاقچی و معتاد و پذیرش معتادان در مراکز بازپروری تخمین‌هایی از تعداد معتادان در ایران ارائه گردیده است.

تعداد معتادان تریاک در ایران در اواسط دهه ۱۹۷۰، به ششصد هزار نفر یا حدود دو درصد جمعیت کشور برآورد گردیده است. مطابق آمارهای منتشرشده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور (۱۳۷۷)، تعداد تقریبی معتادان کشور حدود ۱.۲۰۰.۰۰۰ نفر است و ۸۰۰.۰۰۰ نفر هم بصورت تفننی از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند.

طبق پژوهش انجام شده در سال ۱۳۷۸، تحت عنوان "ارزیابی سریع مسئله اعتیاد در ده استان کشور"، تعداد معتادان حدود ۷۰۰.۰۰۰ تخمین زده شده است. با در نظر گرفتن دستگیری سالیانه بیش از ۲۰۰.۰۰۰ نفر در رابطه با مواد مخدر و کشف سالانه بیش از ۱۶۰.۰۰۰ تن مواد گویای آن است که اگر ۱۰ تا ۲۵

درصد این مواد به مصرف داخل کشور برسد احتمالاً تعداد معتادان بیش از ارقام گزارش شده فوق خواهد بود.

همجواری کشور ایران با دو کشور اصلی تولیدکننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان، موجب گردیده تا خاک ایران بهترین راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقالات، مقداری از این مواد توسط افراد سودجو توزیع و پخش شده عده‌ای از افراد جامعه را به کام خود بکشاند. در صورتی که هر معتاد، به طور متوسط عضوی از یک خانواده ۵ نفری باشد حداقل ۱۰ میلیون نفر از مردم کشور ما به نوعی با مشکل اعتیاد و پیامدهای روانی اجتماعی آن روبرو هستند.

ایران از جمله کشورهای است که از چند قرن پیش با مشکل سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد به آنها روبرو بوده و اقداماتی در جهت جلوگیری از تولید و مصرف این مواد به عمل آورده است. این اقدامات که از دوران صفویه آغاز شده بود منجر به تصویب قوانین مدونی جهت منع کشت و معامله این مواد و تعقیب کیفی یا درمان معتادان گردید.

مشکل اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر از جمله معضلاتی بود که جمهوری اسلامی ایران از همان آغاز اراده خود را برای مبارزه با آن اعلام نمود. این مبارزه که عمدتاً به شکل برخورد با توزیع و عرضه و قاچاق مواد مخدر بوده است کوشیده از طریق ممنوع نمودن تولید داخلی، مجازات واردکنندگان و توزیع‌کنندگان مواد و همچنین مصرف آنها به مسأله خاتمه دهد. تجربه نشان داده است برخوردی منحصراً قضائی و انتظامی با مشکل سوءمصرف مواد توفیق چندانی نخواهد داشت و تا زمانی که مبارزه با عرضه، همراه با راهبردهای کاهش تقاضا و کاهش آسیب نگردد موفقیتی بدست نخواهد آمد.

توجه به اعتیاد به عنوان یک مشکل بهداشتی، دارای سابقه‌ای طولانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. اگر از تاریخچه طولانی مصرف و مقابله با آن در دوران قبل از انقلاب اسلامی بگذریم، برای اولین بار در سال ۱۳۶۵ در برنامه کشوری بهداشت روان به این بیماری توجه شده و اساتید تدوین‌کننده این برنامه به این نکته اشاره داشتند که اعتیاد به تریاک و هروئین یکی از مسائل اساسی در ایران به شمار می‌رود.

موفقیت‌آمیز بودن برنامه کشوری بهداشت روان که از طریق ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور صورت گرفت و ارزشیابیهای بعمل آمده از آن همگی موید کارآیی بالای نظام در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به افراد بوده است. بررسی بعمل آمده از عملکرد پزشکان عمومی در ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روان، نشان‌دهنده توانایی بالای آنها در تشخیص و درمان حدود ۸۰ درصد بیماران روانی تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی بوده است.

موفق بودن پزشکان عمومی و بهورزان، در اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی کشور، مسئولان را بر آن داشت تا با استفاده از تجربیات بدست آمده از ادغام سایر برنامه‌ها در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه، خدمات پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد را از طریق این نظام به مورد اجرا درآورند. در این برنامه علاوه بر توجه به ابعاد آموزشی و درمانی، به آموزش مهارتهای زندگی، حمایت‌های اجتماعی و مددکاری از بیماران و خانواده آنها پرداخته شده است.

فصل دو: ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با طرح ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- ۲- آشنایی پزشکان با شرح وظایف سطوح مختلف شبکه
- ۳- آشنایی پزشکان با ساختارهای مسئول اجرای طرح در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و حوزه ستادی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

براساس نتایج و تجربیات بدست آمده از مبارزه با سوءمصرف مواد در کشور و مطالعه برنامه کشورهای دیگر جهان در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد، "برنامه ملی مبارزه با سوءمصرف مواد در ایران" در سال ۱۳۷۷ تدوین گردید. این برنامه دارای شش اصل کاهش عرضه، کاهش تقاضا، کاهش خسارت، بسیج امکانات ملی، اصلاح ابزارها و فضای قانونی و همکاری‌های منطقه‌ای و بین‌المللی بوده و برای دستیابی به این اصول، اهداف و راهبردهایی در نظر گرفته شده است.

افزایش مشکل ایدز در بین معتادان تزریقی و همچنین افزایش مشکلات اجتماعی و اقتصادی ناشی از اعتیاد در جامعه موجب گردید تا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۷۸ با پیگیریها و کوششهای خستگی‌ناپذیر شادروان دکتر داوود شاه‌محمدی، مسئول وقت برنامه‌های بهداشت روان کشور و همکاران و دیگر اساتید و کارشناسان، اقدام به تدوین "برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد با استفاده از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه" در کشور نماید. این برنامه توسط کارشناسان و متخصصان صاحب‌نظر در امر اعتیاد بارها مورد تجدید نظر قرار گرفته و در حال حاضر هفتمین پیشنویس آن تدوین یافته است. تأکید اصلی این برنامه بر پیشگیری از شروع مصرف مواد و فراهم آوردن شرایط مناسب درمان و توانبخشی برای افرادی است که داوطلبانه تصمیم به درمان اعتیاد خود داشته باشند.

اهداف برنامه

هدف کلی

کاهش میزان سوءمصرف و وابستگی به مواد با استفاده از امکانات شبکه بهداشت و درمان کشور است.

اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین مقادیر شاخص‌های اپیدمیولوژیک سوءمصرف مواد شامل شیوع، بروز، توزیع سنی، جنسی، جغرافیایی، شغلی، نوع مواد مصرفی، سن شروع، میزان مصرف و ...
- ۲- افزایش آگاهی و تغییر نگرش سیاستگذاران و تصمیم‌گیران (مدیران و مسئولان ادارات دولتی و غیردولتی)، افراد جامعه، معتادان خودمصرف و خانواده آنها، گروه‌های در معرض خطر (جوانان، نوجوانان، دانش‌آموزان، دانشجویان، پناهندگان، زندانیان و مشاغل خاص مثل رانندگان) و کارکنان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه.
- ۳- درمان سرپایی و بستری معتادان خودمصرف.
- ۴- ارجاع معتادان درمان شده به سازمان بهزیستی جهت خدمات توانبخشی.
- ۵- تعیین اثربخشی برنامه با مطالعه کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از سوءمصرف مواد (مانند ترک تحصیل، طلاق، فرار از مدرسه...).
- ۶- کاهش رفتارهای پرخطر و میزان شیوع اعتیاد تزریقی در جامعه.

هدف کاربردی

ارائه الگوی مناسب پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد جهت اجرا در سایر نقاط کشور.

راهبردهای برنامه

الف) راهبردهای آموزشی

- ۱- تهیه، تدوین و تألیف متون و منابع آموزشی لازم برای تمام آموزش‌گیرندگان شامل بهورزان، کاردانا، کارشناسان، پزشکان عمومی و روانپزشکان.
- ۲- برگزاری کارگاههای آموزشی برای آموزش‌دهندگان.
- ۳- آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش به صورت چهره به چهره (انفرادی یا گروهی) به حداقل یک نفر بالای ۱۵ سال در هر خانواده.
- ۴- آموزش عمومی از طریق رسانه‌های گروهی.
- ۵- آموزش خانواده معتادان خودمصرف و گروههای در معرض خطر جامعه.
- ۶- آموزش مسئولان دولتی و غیردولتی مرتبط با گروههای در معرض خطر.
- ۷- آموزش معتادان در زمینه نحوه کاهش آسیب.

ب) راهبردهای درمانی

- ۱- تهیه پروتکل درمانی مورد نیاز توسط کمیته علمی پیشگیری و درمان اعتیاد.
- ۲- تأمین و تهیه دارو از طریق دفتر امور دارویی معاونت بهداشتی.
- ۳- درمان سرپایی بیماران در مراکز غیرتخصصی مانند مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و مطبهای خصوصی و درمانگاههای غیردولتی.
- ۴- درمان سرپایی در مراکز تخصصی همچون درمانگاههای تخصصی دولتی و درمانگاههای تخصصی غیردولتی ترک اعتیاد در شهرستان که توسط روانپزشک اداره می‌شود.
- ۵- درمان بستری در بیمارستانهای دولتی و یا خصوصی موجود در شهرستان.

پ) راهبردهای پژوهشی

- ۱- مطالعه همه‌گیری شناسی سوءمصرف مواد در جمعیت تحت پوشش.
- ۲- مطالعه نقش عوامل زمینه‌ای و خطرزا در بین معتادان.
- ۳- مطالعه میزان آگاهی و نگرش افراد جامعه، معتادان خودمعرف و خانواده آنها، کارکنان بهداشتی، گروههای در معرض خطر و مسئولان و سیاستگذاران و تکرار مجدد این پژوهشها پس از مداخله آموزشی و درمانی.
- ۴- تعیین نیازهای آموزشی آموزش‌گیرندگان.
- ۵- بررسی میزان شیوع اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی در افراد تحت پوشش قبل و بعد از مداخله آموزشی و درمانی.

ت) راهبردهای بازتوانی معتادان

- افراد معتاد بعد از گذراندن دوران سم‌زدایی و نیز قطع وابستگی روانی، به دو دلیل قادر به برقراری رابطه مطلوب با جامعه نیستند:
- اول، بدلیل تاثیرات منفی جسمانی و روانی اعتیاد، فرد درمان‌شده تا مدتی قادر به عملکرد مناسب و مورد نیاز نیست .
- دوم، جامعه به دلیل نگرشهای منفی در مورد معتادان، افراد درمان‌شده را هم به آسانی جذب نمی‌کند. برای حل این مشکلات، فعالیتهای زیر در نظر گرفته شده است:
- ۱-تهیه و اجرای برنامه مشترک با سازمان بهزیستی برای بازتوانی جسمی، روانی و اجتماعی معتادان ترک‌کرده در مناطق شهری و روستایی.

۲- ایجاد و تقویت نظام مددکاری در مراکز بستری (در زمینه درمان سرپایی لازم است در مرکز بهداشت شهرستانهای تحت پوشش برنامه، یک مددکار اجتماعی جهت ارائه خدمات، نظارت، آموزش و پیگیری خدمات وجود داشته باشد).

۳- پیگیری ادامه برنامه‌های آموزشی و درمانی تا زمان تعیین شده از سوی پزشک درمانگر توسط کارکنان سطوح مختلف (بهورز، کاردان، مددکار اجتماعی و روانشناس).

ث) راهبرد کاهش آسیب

در مواردی که فرد معتاد حاضر به پذیرش ترک اعتیاد نمی‌باشد باید به نحوی عمل کرد تا موجبات کاهش خطرات ناشی از سوء مصرف مواد فراهم گردد، در این رابطه افزایش روزافزون شیوع ایدز، توجه بیشتر به راهبردهای زیر را طلب می‌کند:

۱- سم‌زدایی و درمان نگهدارنده با متادون

- در صورت تشخیص روانپزشک درمانگاه تخصصی ترک اعتیاد در شهرستان، بیمار تحت سم‌زدایی یا درمان نگهدارنده با متادون قرار می‌گیرد.
- درمان نگهدارنده یا سم‌زدایی با متادون، تحت نظر پزشک و در مراکز بهداشتی درمانی شهری صورت می‌گیرد.

۲- تحویل سرنگ و کاندوم

- در صورت تشخیص پزشک مبنی بر عدم امکان ترک یا تغییر الگوی مصرف یا درمان نگهدارنده با متادون سهمیه سرنگ در نظر گرفته می‌شود.
- سرنگ جدید در صورت ارائه سرنگهای مصرف شده تحویل داده خواهد شد.
- ارائه کاندوم به معتادان (علی‌الخصوص معتادان تزریقی).

شرایط اجرای برنامه در یک شهرستان

به منظور اجرای برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در یک شهرستان، لازم است مناطق انتخاب شده دارای شرایط زیر باشند:

- ۱- شبکه بهداشتی درمانی شهرستان کامل باشد.
- ۲- برنامه ادغام بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی شهرستان به مورد اجرا درآمده باشد.
- ۳- وجود بیمارستان عمومی در شهرستان که امکان ارائه خدمات سرپایی و بستری را داشته باشد.

۴- وجود روانپزشک و کارشناس بهداشت روان در شهرستان.

تشکیلات و نظام سازمانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق سطوح مختلف ارائه خدمات به اجرای برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد اقدام خواهد نمود:

الف) خانه‌های بهداشت

وظایف بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت در برنامه به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- کسب آگاهی از مواد مورد مصرف و روشهای استفاده از آن در معتادان داوطلب ترک.
- ۲- تشویق و ترغیب افراد معتمد محل برای همکاری و حمایت از برنامه.
- ۳- پیگیری روند ترک و مراقبت از فرد ترک کرده، به منظور تلاش برای جلوگیری از عود.
- ۴- آموزش چهره به چهره انفرادی یا گروهی به جمعیت تحت پوشش با تاکید بر گروههای در معرض خطر.

۵- اعلام نشانی مراکز بهداشتی- درمانی و ارجاع معتادان خودمعرف به این مراکز.

۶- برقراری ارتباط با خانواده‌های معتادان خودمعرف و آموزش آنان.

۷- گزارش ماهانه فعالیتها به مراکز بهداشتی درمانی روستایی مطابق فرم مربوطه.

ب) مراکز بهداشتی درمانی روستایی

وظایف پزشکان عمومی شاغل در این مراکز به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- پذیرش معتادان خود معرف جهت مشاوره و درمان.
- ۲- آموزش عمومی معتمدان محل، معلمان مدارس، محصلان در مقاطع مختلف و خانواده‌ها جهت کسب حمایت و همکاری.
- ۳- آموزش شیوه‌های کاهش آسیب به معتادان تزریقی.
- ۴- نظارت و سرپرستی برنامه در خانه‌های بهداشت تحت پوشش.
- ۵- ارجاع موارد به مراکز درمان سرپایی و یا بستری در صورت نیاز.

۶- دریافت گزارش از خانه‌های بهداشت، تجزیه و تحلیل اولیه و ارسال آنها به مرکز بهداشت شهرستان مطابق فرم مربوطه.

پ) مراکز بهداشتی درمانی شهری

وظایف پزشکان عمومی شاغل در این مراکز به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- پذیرش موارد مراجعه‌کننده جهت مشاوره و درمان (اعم از ترک یا درمان نگهدارنده).
- ۲- آموزش عمومی معتمدان محل، معلمان و محصلان در مقاطع مختلف و خانواده‌ها جهت کسب حمایت و همکاری آنان.
- ۳- آموزش شیوه‌های کاهش آسیب به معتمدان تزیقی.
- ۴- ارجاع موارد در صورت نیاز به مراکز درمان سرپایی و یا بستری.
- ۵- برگزاری جلسات آموزشی برای گروه‌های در معرض خطر.
- ۶- برقراری ارتباط با خانواده معتمدان و آموزش آنان.
- ۷- ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان مطابق فرم مربوطه.

ت) مراکز بهداشت شهرستان

در مراکز بهداشت شهرستان کمیته ای تحت عنوان کمیته پیشگیری و درمان سوءمصرف شهرستان تشکیل و انجام وظیفه خواهد نمود. این کمیته بطور منظم ماهانه یکبار تشکیل جلسه خواهد شد و نقش راهبری برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در شبکه بهداشت و درمان شهرستان را به عهده خواهد داشت. وظایف این شورا عبارتند از:

- ۱- برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی برای پزشکان مراکز بهداشتی درمانی، کاردانان و بهورزان و ارزیابی تاثیر این آموزشها بر افزایش آگاهی آنها.
- ۲- پایش و ارزشیابی برنامه.
- ۳- جمع‌بندی نتایج برنامه و تجزیه و تحلیل آنها.
- ۴- برگزاری دوره‌های آموزشی برای افراد و گروه‌های در معرض خطر.
- ۵- تقویت مراکز سرپایی ویژه معتمدان جهت پذیرش موارد ارجاع شده.
- ۶- ایجاد یا تقویت مراکز بستری ویژه معتمدان شامل ۵ تا ۱۰ تخت در بیمارستانهای عمومی شهرستان.

- ۷- ایجاد هماهنگی بین مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری با درمانگاه سرپایی ویژه معتادان و بیمارستان دارای بخش اعصاب و روان.
- ۸- همکاری در اجرای برنامه‌های پژوهشی برنامه.
- ۹- ارائه خدمات مددکاری از طریق واحد مددکاری مرکز.
- ۱۰- ارسال گزارش ماهانه فعالیتها به شورای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد استان.

ث) مرکز بهداشت استان

در مرکز بهداشت استان شورایی تحت عنوان "شورای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد دانشگاه / استان" تشکیل و انجام وظیفه خواهد نمود. این شورا به طور منظم ماهانه یکبار تشکیل جلسه خواهد شد و نقش راهبری برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در دانشگاه را به عهده خواهد داشت. وظایف این شورا عبارتند از:

- ۱- برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی برای مدیران شبکه‌ها، پزشکان مراکز بهداشتی-درمانی، کاردanan و بهورزان و ارزیابی تأثیر این دوره‌ها بر آگاهی این گروه‌ها.
- ۲- پایش و ارزشیابی برنامه.
- ۳- جمع‌بندی نتایج برنامه و تحلیل آنها.
- ۴- ایجاد هماهنگی بین بخشی به خصوص در سطوح دوم و سوم ارجاع.
- ۵- ارسال گزارش ماهانه فعالیت‌های انجام شده در برنامه به دفتر سلامت جوانان و مدارس (اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد).

ج) اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

این اداره که در دفتر سلامت جوانان و مدارس در حوزه ستادی معاون سلامت قرار دارد وظایف زیر را در ارتباط با برنامه بر عهده خواهد داشت:

- ۱- تشکیل کمیته علمی مشورتی پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در ستاد.
- ۲- نظارت مستمر بر اجرای برنامه در استانها.
- ۳- برگزاری دوره‌های آموزشی برای ارتقا سطح آگاهی روانپزشکان مشاور علمی برنامه و کارشناسان مسئول بهداشت روان استانها.
- ۴- پایش و ارزشیابی برنامه در استانها.

۵- حمایت از برنامه‌های پژوهشی مرتبط با پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد.

۶- همکاری با ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر کمیته‌های مرتبط با برنامه.

۷- تدوین و تهیه پروتکل‌های آموزشی و درمانی، دستورالعملها و تعیین شاخصهای قابل

سنجش برنامه.

امید است این مجموعه آموزشی که با هدف ارتقاء سطح آگاهی پزشکان عمومی در زمینه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد تهیه گردیده بتواند موجب افزایش کارایی و عملکرد آنها شود و ما شاهد کاهش موارد اعتیاد و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی این معضل در جامعه باشیم.

فصل سه: تعاریف و مفاهیم اولیه

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با تعاریف و مفاهیم مهم و کلیدی اعتیاد
- ۲- آشنایی پزشکان با طبقه بندی مواد قابل سوء مصرف
- ۳- تشخیص هر چه بهتر اینکه بیمار در مرحله سوء مصرف ماده است یا در مرحله وابستگی

ماده (substance)

در متون مرتبط به موضوع اعتیاد، به هر نوع ترکیب شیمیایی که باعث تغییر در کارکرد مغز شود اصطلاحاً ماده گفته می شود (brain-altering substance) و به مجموعه آنها مواد اطلاق می گردد.

در آخرین نسخه (چاپ چهارم) کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ارائه شده توسط انجمن روانپزشکان آمریکا (American

Psychiatric Association) در سال ۱۹۹۴ موسوم به DSM-IV، که از معتبرترین نظام‌های طبقه‌بندی روانپزشکی در جهان محسوب می‌شود و در کشورمان نیز به طور وسیع به کار می‌رود، مواد به ۱۳ طبقه تقسیم شده‌اند (پیوست ۱).

اختلالات روانپزشکی مرتبط با ماده

(substance-related disorders)

طبق نظام طبقه‌بندی DSM-IV، مشکلاتی که در اثر مواد به وجود می‌آیند به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته اول شامل مسائل مربوط به خود مصرف مواد هستند که **اختلالات مصرف ماده (substance use disorders)** نامیده می‌شوند و شامل وابستگی به ماده و سوءمصرف ماده هستند. دسته دوم شامل اختلالات روانپزشکی خاصی است که در اثر مصرف مواد رخ می‌دهند و اختلالات ناشی از ماده (**substance-induced disorders**) نام دارند (جدول ۱-۳). این اختلالات بسته به نوع ماده می‌تواند زوال عقل پایدار، فراموشی پایدار، جنون، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، کژکاری جنسی و اختلال خواب باشد که هنگام مصرف و یا ترک ماده رخ می‌دهند. چنانچه بیمار علائم روانپزشکی را به همراه علائم مسمومیت یا محرومیت یک ماده داشته باشد و واجد ملاکهای اختلالات روانپزشکی یادشده (مانند اختلال خلقی) نباشد، تشخیص مسمومیت با ماده (جدول ۲-۳) و یا ترک ماده (۳-۳) داده می‌شود.

وابستگی به ماده

(Substance dependence)

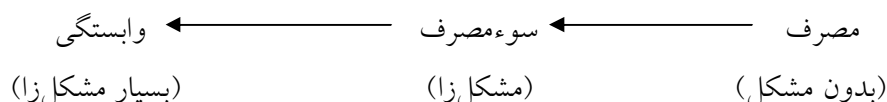
از آنجا که واژه **اعتیاد** به طور ضمنی مفهوم تحقیرآمیزی دارد و معنای یک اختلال طبی را نمی‌رساند، در نوشته‌های علمی از واژه **وابستگی به مواد** استفاده می‌شود. همینطور به جای واژه **معتاد**، واژه **وابسته به مواد** به کار گرفته می‌شود. در تعاریفی که از وابستگی شده به دو جنبه اشاره شده است؛ **وابستگی روانی و وابستگی جسمی**. **وابستگی روانی** یا رفتاری به فعالیتهای موادجویی و الگوهای مصرف بیمارگون گفته می‌شود در حالیکه منظور از **وابستگی جسمی** آثار فیزیولوژیک ناشی از مصرف مواد خصوصاً تحمل و ترک است. در DSM-IV این تفکیک به نحو دیگری بیان شده است (جدول ۴-۳). همچنین در DSM-IV فهرستی از معرفیهای سیر اختلال ذکر شده است که وضعیت فعلی وابستگی به مواد را ارزیابی می‌کند (۳-۵).

سوء مصرف مواد

(Substance abuse)

در DSM-IV برای حالتی که فرد در اثر مصرف ماده دچار اختلالهایی در زندگی اش شده باشد اما هنوز واجد ملاکهای وابستگی به آن ماده نشده باشد، واژه سوء مصرف به کار برده می شود (جدول ۶-۳). بر این اساس سوء مصرف یک ماده خفیفتر از وابستگی به آن ماده است و الگوی سوء مصرف این دسته نیز بر خلاف گروه بالا مقاومت ناپذیر نبوده و جنبه اجباری ندارد، اما به هر حال نتایج مضر و مخرب مواد را در پی دارد و الگوی سوء مصرف می تواند به هر گونه ای باشد که با مخاطرات فیزیکی نیز همراه گردد؛ مانند مصرف مواد هنگام رانندگی و یا بروز مشکلات قانونی.

الگوریتم زیر به درک توالی زمانی مصرف مواد کمک می کند:



(فاصله زمانی بین مصرف و سوء مصرف در افراد و جوامع گوناگون و نیز در مورد مواد

مختلف متفاوت است.)

جدول ۱-۳: اختلالهای روانپزشکی مرتبط به ماده (substance-related disorders)

اختلالهای مصرف ماده (substance use disorders)

وابستگی به ماده (substance dependence)

سوء مصرف ماده (substance abuse)

اختلالهای ناشی از ماده (substance-induced disorders)

مسمومیت با ماده (substance intoxication)

ترک ماده (substance withdrawal)

دلیریوم ناشی از ماده (substance-induced delirium)

زوال عقل ناشی از ماده (substance-induced persisting dementia)

احتلال فراموشی پایدار ناشی از ماده (substance-induced persisting amnesic disorder)

احتلال جنون ناشی از ماده (substance-induced psychotic disorder)

اختلال خلقی ناشی از ماده (substance-induced mood disorder)

اختلال اضطراب ناشی از ماده (substance-induced anxiety disorder)

اختلال جنسی ناشی از ماده (substance-induced sexual dysfunction)

اختلال خواب ناشی از ماده (substance-induced sleep disorder)

اختلال ادراک پایدار ناشی از مواد استنشاقی (hallucinogen persisting perception disorder)
(flashbacks)
اختلال مشخص نشده مرتبط با ماده (substance-related disorder NOS)

جدول ۲-۳: ملاکهای DSM-IV برای مسمومیت با ماده

الف) پیدایش یک نشانگان برگشت‌پذیر مختص به ماده در نتیجه مصرف (یا مواجهه) اخیر یک ماده. توجه: مواد مختلف ممکن است نشانگانهای یکسان یا مشابه بوجود آورند.

ب) تغییرات غیرانطباقی رفتاری یا روانشناختی قابل‌ملاحظه بالینی که نتیجه تأثیر ماده بر دستگاه عصبی مرکزی هستند (مثل ستیزه جویی، بی‌ثباتی خلق، تخریب شناختی، اختلال قضاوت. اختلال کارکرد اجتماعی یا شغلی) ضمن مصرف ماده یا به فاصله‌ای کوتاه پس از آن ظاهر شوند.

ج) علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آنها نباشد.

جدول ۳-۳: ملاکهای DSM-IV برای ترک ماده

الف) پیدایش یک نشانگان مختص ماده‌ای خاص در نتیجه قطع (یا کاهش) مصرف زیاد و طولانی یک ماده.

ب) نشانگان مختص به ماده ناراحتی قابل‌ملاحظه بالینی ایجاد کرده یا موجب تخریب عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد می‌شود.

ج) نشانه‌ها ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و بر اساس یک اختلال روانی دیگر قابل توجیه نیستند.

جدول ۳-۴: ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای وابستگی به ماده

یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب چشمگیر بالینی یا ناراحتی می‌شود و با سه مورد از موارد زیر تظاهر می‌کند که زمانی در یک دوره ۱۲ ماهه بروز می‌کنند:

۱- تحمل که به یکی از دو صورت زیر تعریف می‌شود:

الف) نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه

ب) کاهش قابل‌ملاحظه آثار ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن

۲- حالت ترک که به یکی از دو شکل زیر تظاهر می‌کند:

الف) نشانگان ترک مشخص برای آن ماده (به ملاکهای الف و ب ترک مواد خاص رجوع کنید)
 ب) همان ماده (یا ماده‌ای مشابه آن) برای رفع یا جلوگیری از علائم ترک مصرف می‌شود.
 ۳- ماده غالباً به مقادیری بیشتر و برای دوره‌ای طولانی‌تر از آنچه مورد نظر است مصرف می‌شود.
 ۴- میل دائمی برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد و یا تلاش‌های ناموفقی در این زمینه صورت می‌گیرد.
 ۵- زمان زیادی در فعالیتهای لازم برای بدست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به اطبا متعدد یا رانندگیهای طولانی)، مصرف ماده (مثلاً تدخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده صرف می‌شود.
 ۶- فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به خاطر مصرف ماده کنار گذاشته می‌شود.
 ۷- ادامه مصرف مواد علی‌رغم آگاهی از مشکلات روانشناختی یا جسمانی مستمر یا عودکننده‌ای که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده و یا در نتیجه آن تشدید می‌شوند (مانند ادامه مصرف کوکائین علی‌رغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین، یا ادامه مصرف الکل علی‌رغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می‌یابد)
 مشخص کنید اگر:
 با وابستگی فیزیولوژیک: شواهد تحمل یا ترک (یعنی یکی از موارد (۱) یا (۲) وجود دارد).
 بدون وابستگی فیزیولوژیک: فقدان شواهد تحمل یا ترک (یعنی هیچ‌یک از موارد (۱) یا (۲) وجود ندارد).
معرفهای سیر:
 - فروکش کامل اولیه - فروکش کامل مستمر - تحت درمان با آگونست
 - فروکش نسبی اولیه - فروکش نسبی مستمر - در محیط کنترل شده

جدول ۳-۵: معرفهای سیر در وابستگی به مواد بر طبق DSM-IV

برای وابستگی به مواد ۶ نوع معرف سیر وجود دارد. چهار تا از معرفهای فروکش (remission) را فقط از زمانی می‌توان به کار برد که حداقل به مدت یک ماه ملاکهای وابستگی به مواد وجود نداشته باشد. تعریف این چهار نوع فروکش مبتنی بر دو عامل است: ۱- فاصله زمانی که از قطع وابستگی می‌گذرد (فروکش اولیه در مقایسه با فروکش مستمر) و ۲- دوام وجود یک یا چند تا از ملاکهای وابستگی یا سوءمصرف (فروکش نسبی در مقایسه با فروکش کامل). از آنجا که ۱۲ ماه اول پس از وابستگی خطر عود بالا است. این دوره را **فروکش اولیه** نامیده‌اند. پس از آنکه ۱۲ ماه دوره فروکش اولیه بدون عود وابستگی سپری شد شخص وارد دوره **فروکش مستمر** می‌شود. به هر یک از دو نوع فروکش می‌توان صفت کامل یا نسبی را اضافه کرد. **فروکش کامل** زمانی است که در طول دوره فروکش هیچ‌یک از ملاکهای سوءمصرف یا وابستگی وجود نداشته باشد و **فروکش نسبی** به مواردی اطلاق می‌شود که در طول دوره فروکش به طور متناوب یا مستمر حداقل یکی از ملاکهای وابستگی یا سوءمصرف وجود داشته باشد. تفکیک فروکش مستمر کامل از بهبودی (فقدان اختلال سوءمصرف در حال حاضر) مستلزم در نظر گرفتن فاصله زمانی آخرین دوره اختلال تا زمان حاضر، طول مدت کلی اختلال و نیاز برای ارزیابی مستمر است. اگر پس از یک دوره فروکش یا بهبود شخص مجدداً دچار وابستگی شود. استفاده از معرف فروکش اولیه مستلزم گذشت حداقل یک ماه از قطع وابستگی است که ضمن آن هیچ نوع ملاک وابستگی یا

سوء مصرف وجود نداشته باشد. دو معرف دیگر نیز در نظر گرفته شده است: ۱- تحت درمان با آگونیسیت و ۲- در محیط کنترل شده. برای آنکه کسی پس از قطع درمان با آگونیسیت یا ترخیص از محیط کنترل شده واجد شرایط فروکش اولیه شناخته شود، باید حداقل در یک دوره یک ماهه هیچ یک از ملاکهای وابستگی یا سوء مصرف وجود نداشته باشد.

معرفهای فروکش زیر را فقط زمانی می توان به کار برد که حداقل به مدت یک ماه هیچ یک از ملاکهای وابستگی یا سوء مصرف وجود نداشته باشد. توجه داشته باشید که در صورتیکه فرد تحت درمان با آگونیسیت یا در محیط کنترل شده باشد نمی توان این معرفها را به کار برد (رجوع کنید به قسمتهای پایین).

فروکش کامل اولیه: این معرف زمانی به کار می رود که حداقل به مدت یک ماه (و حداکثر تا ۱۲ ماه) ملاک وابستگی و سوء مصرف وجود نداشته باشد.

فروکش نسبی اولیه: این معرف زمانی به کار می رود که حداقل به مدت یک ماه و حداکثر به مدت ۱۲ ماه یک یا چند ملاک وابستگی یا سوء مصرف وجود داشته است (اما ملاکهای وابستگی کامل نبوده است).

فروکش مستمر کامل: این معرف در صورتی به کار می رود که در یک دوره ۱۲ ماهه یا طولانی تر هیچ یک از ملاکهای وابستگی یا سوء مصرف وجود نداشته باشد.

فروکش نسبی مستمر: این معرف در صورتی به کار می رود که در یک دوره ۱۲ ماهه یا طولانی تر هیچ یک از ملاکهای کامل وابستگی وجود نداشته باشد اما یک یا چند ملاک وابستگی یا سوء مصرف وجود داشته باشد.

معرفهای زیر زمانی به کار می روند که فرد تحت درمان با آگونیسیت و یا در محیط کنترل شده باشد:

تحت درمان با آگونیسیت: این معرف زمانی به کار می رود که فرد تحت درمان با یک داروی آگونیسیت نسخه شده است (مثلاً درمان نگاهدارنده با متادون یا بوپرنورفین) و حداقل در طول یک ماه گذشته هیچ ملاک وابستگی یا سوء مصرف برای آن طبقه دارویی وجود نداشته باشد (به استثنای تحمل نسبت به آگونیسیت و یا ترک آن). این طبقه همچنین برای کسانی که با آگونیسیت نسبی یا ترکیب آگونیسیت آنتاگونیسیت برای درمان وابستگی تحت معالجه هستند به کار می رود.

جدول ۵-۳ (ادامه)

در محیط کنترل شده: این معرف زمانی به کار می رود که شخص در محیط کنترل شده ای قرار دارد که در آن دسترسی به الکل و مواد کنترل شده محدود است و ظرف حداقل یک ماه گذشته هیچ ملاک وابستگی یا سوء مصرف در شخص وجود نداشته است. نمونه های چنین محیطهایی عبارتند از زندانهای تحت نظارت دقیق و عاری از مواد، محیطهای درمانی یا واحدهای بسته بیمارستانی.

جدول ۶-۳: ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای سوء مصرف مواد

الف) الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می دهند تظاهر می کند:

- ۱- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده: غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد؛ مسامحه نسبت به فرزندان و خانه)
 - ۲- مصرف مکرر مواد در موقعیتهایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین‌آلات تحت تأثیر مواد)
 - ۳- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)
 - ۴- مصرف مداوم مواد علی‌رغم مشکلات پایدار یا عودکننده اجتماعی یا بین‌فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده‌اند (مانند مشاجره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی)
- ب) نشانه‌های فوق هیچ‌گاه واجد ملاکهای وابستگی به این خانواده از مواد نبوده‌اند.

فصل ۴: سبب‌شناسی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با عوامل مختلف فردی و محیطی مسبب یا همراه مصرف مواد و اعتیاد
- ۲- درک بهتر پزشکان از چندعاملی بودن گرایش به مصرف مواد

عوامل مؤثر در شروع تجربه مصرف

- **دسترسی:** هر چه دسترسی به مواد راحت‌تر باشد احتمال مصرف آن در جامعه بیشتر می‌شود. برخی مشاغل دسترسی راحت‌تری به مواد دارند. مثلاً پزشکان، دندانپزشکان و پرستاران بیش از متخصصان رشته‌های دیگر به مواد شبه‌افیونی، محرکها و مواد رخوتزا- خواب‌آور دسترسی دارند و لذا معمولاً میزان بالاتری از وابستگی در این قشر مشاهده می‌شود.
- **قیمت:** مصرف مواد به طور کلی تحت تأثیر قیمت است. این تأثیر هم در مصرف‌کنندگان دچار وابستگی و هم به میزان کمتر در مصرف‌کنندگان غیروابسته دیده می‌شود. دسترسی و قیمت می‌توانند مستقل از یکدیگر عمل کنند.
- **پذیرش اجتماعی و عوامل فرهنگی:** عوامل فرهنگی و اجتماعی که شامل عقاید در مورد آثار مواد نیز می‌شود، تأثیر زیادی روی الگوهای مصرف مواد دارد. این عوامل عمیقاً روی میزان دسترسی به مواد غیرقانونی تأثیر می‌گذارند. در برخی مناطق شهری که تعداد قابل ملاحظه‌ای از مصرف‌کنندگان مواد غیرقانونی زندگی می‌کنند، نوعی خرده‌فرهنگ (subculture) وجود آمده است که تجربه و تداوم مصرف مواد را حمایت می‌کند.
- **فشار همسال:** رفتار گروه همسن و سال از عوامل مهم پیدایش رفتار در گروه سنی نوجوان و جوان محسوب می‌شود. لذا چنانچه مصرف مواد در برخی اعضای این گروه سنی دیده شود احتمال شروع مصرف در دیگر اعضا بیشتر می‌شود.
- **قوانین:** وجود قوانین سهل‌گیرانه در مورد مواد ممکن است منجر به افزایش احتمال اولین تجربه گردد. البته نقش قانون نسبت به عوامل یاد شده در بالا کمرنگ‌تر است. این عوامل گاهی در تضاد با دیگر عوامل عمل می‌کنند؛ مثلاً در اواخر دهه ۸۰ میلادی که آگاهی عمومی از عوارض نامطلوب الکل افزایش یافت، مصرف الکل کاهش یافت اگرچه میزان دسترسی بیشتر شده بود و قیمت آن نیز کاهش یافته بود و نگرش منفی به الکل‌نوشی در بانوان نیز کمتر شده بود. در دهه ۸۰ میلادی همین اتفاق در مورد حشیش نیز رخ داد. بدون آنکه قوانین نسبت به مصرف حشیش

تغییر کند و یا قیمت آن گرانتر شود، مصرف این ماده کاهش یافت. برخی محققان این کاهش مصرف را ناشی از تغییر برداشتها در مورد حشیش و آگاهی از آثار مخرب آن بر سلامتی می‌دانند. اما در دهه ۹۰ میلادی که این تلقی منفی نسبت به حشیش کمتر شد، مصرف آن رو به افزایش گذاشت.

عوامل مؤثر در تداوم مصرف مواد

- **اثر اعتیادآوری ماده:** مهمتری عامل تداوم مصرف، تأثیری است که مواد بر مغز می‌گذارند. این امر خود را به صورت پدیده تحمل و ترک نشان می‌دهد.
- **آسیب‌پذیری فردی:** برخی افراد استعداد بیشتری به وابستگی به مواد دارند. این امر ممکن است جنبه ژنتیکی داشته باشد. مثلاً برخی افراد سریعاً به آثار ناراحت‌کننده مواد تحمل می‌یابند و لذا راحتتر می‌توانند میزان مصرف خود را افزایش دهند و به نشنگی برسند. لذا احتمال وابستگی و تداوم مصرف در آنها بیشتر است. بر عکس در برخی دیگر آثار ناراحت‌کننده مواد مثل گرگرفتگی ناشی از الکل تداوم می‌یابد و لذا کمتر احتمال دارد مصرف مواد را ادامه دهند و در نتیجه خطر وابستگی کمتری دارند. عوامل شخصیتی نیز در گرایش افراد به سوی مواد نقش دارند.
- **عوامل محیطی و اجتماعی:** عوامل فرهنگی و اجتماعی که در قسمت پیشین ذکر شد ممکن است در تداوم مصرف نیز نقش داشته باشند.

آثار مواد بر مغز

برای درک بهتر تأثیر مواد بر مغز بهتر است ابتدا با مفاهیم اولیه یادگیری و شرطی‌شدن آشنا شویم. در علوم رفتاری، **یادگیری (learning)** به معنای تغییر رفتار در موقعیتی معین و بر اثر تجربه مکرر آن موقعیت است. یکی از انواع یادگیری، **شرطی‌شدن (conditioning)** است. شرطی‌شدن خود به دو گونه امکان‌پذیر است.

شرطی‌شدن کلاسیک (classical c.) یا **پاسخگویانه (respondent c.)** که فرآیند یادگیری ناشی از جفت شدن مکرر محرکی خنثی (شرطی) با محرک ایجادکننده پاسخ (محرک غیرشرطی) ناشی می‌شود که در نتیجه آن، محرک خنثی نهایتاً پاسخ مزبور را ایجاد می‌کند. مثال واضح آن، آزمایش پاولف (Pavlev) دانشمند روسی است که در پژوهشی بر عمل ترشح در دستگاه گوارش مشاهده کرد که بزاق سگ، هم در زمان گذاشتن غذا در دهانش ترشح می‌شود، و هم وقتی که صدای پای فرد تغذیه‌کننده بلند می‌شود، ولو

سگ نتواند غذا را ببیند یا بویش به مشامش نرسد. پاولف، بزاقی را که با بلند شدن صدای پا ترشح می‌شد را پاسخ شرطی (conditioned response) نامید.

در شرطی‌شدن عامل (operant c.) یا فعال (active c.) حیوان فعال است و طوری رفتار می‌کند که پاداشی نصیبش گردد؛ یعنی یادگیری پیامدی از فعالیت اوست. مثلاً موش صحرایی تنها به شرطی غذا را دریافت می‌کند که با فشار دادن دسته‌ای پاسخ صحیح بدهد. غذا، تأیید، تمجید، نمره خوب یا هر پاسخی که نیازی را در حیوان یا انسان برطرف کند، می‌تواند به عنوان پاداش عمل کند. تقویت (reinforcement) به فرآیند افزایش وقوع رفتار مبتنی بر اصول شرطی‌شدن عامل گویند که به دو نوع مثبت و منفی تقسیم‌بندی می‌شود.

تقویت مثبت (positive reinforcement) در شرطی‌شدن عامل عبارت است از فرآیند افزایش یافتن احتمال وقوع مجدد پاسخ (یا رفتار) بر اثر نتایج مشخصی که از پاسخ عاید فرد می‌شود. غذا، آب، تمجید و پول همه تقویت‌کننده‌های مثبت‌اند.

تقویت منفی (negative reinforcement) عبارت است از فرآیند افزایش یافتن پاسخی که به حذف واقعه‌ای بیزارکننده می‌انجامد. با این روش رفتاری تقویت می‌شود که باعث شود فرد یا حیوان از مجازاتی اجتناب کند یا بگریزد. مثلاً نوجوان چمنها را می‌زند تا غرولند والدینش بلند نشود و یا حیوان از روی نرده می‌پرد تا از شوک الکتریکی دردناک فرار کند.

• اثر تقویت‌کنندگی مثبت

مواد مختلف، هرکدام حالت درونی (روانی) خاصی را در فرد ایجاد می‌کنند که اغلب خوشایند است و باعث تقویت رفتار مصرف می‌شود. مثلاً کوکائین بسیار سرخوشی‌آور است و باعث اعتماد به نفس، هوشیاری، پر انرژی بودن و احساس خوب بودن می‌شود؛ در حالیکه نیکوتین مخلوطی از هوشیاری و آرامش می‌دهد؛ الکل بیشتر حالت آرامش دهنده دارد.

به نظر می‌رسد که راههای عصبی دخیل در آثار تقویت‌کنندگی مواد شبه‌افیونی، آمفتامین، کوکائین و تا حدودی حشیش، نیکوتین و الکل به نرونهای دوپامینی ناحیه‌ای در مغز میانی به نام (ventral tegmental area = VTA) و استپاله‌های آنها در هسته آکومبسنس (nucleus accumbance) و دیگر ساختمانهای مرتبط، مربوط باشد. به این مسیر عصبی اصطلاحاً مدار پاداش (reward circuit) گویند. البته نحوه فعالسازی این ناحیه در اثر هر یک از این مواد متفاوت است. برخی محققان معتقدند که تمامی تقویت‌های مثبت حتی آنها که به غذا و امور جنسی مربوط می‌شوند به این مدار دوپامینی ناحیه مزولیمبیک

وابسته است. رها شدن دوپامین از نرونهای دوپامینی مزولیمبیک نقش مهمی در ایجاد جستجوگری مواد و وابستگی به مواد دارد. انسان یا حیوان یاد می‌گیرد رفتارهایی انجام دهد تا باعث مصرف مواد و در نتیجه آزاد شدن دوپامین و ایجاد حالت روانی خرسندکننده شود. این امر باعث خواهش و ولع (craving) نسبت به مواد می‌شود. تقریباً تمام موادی که بخاطر آثار روانی‌شان مصرف می‌شوند و با ایجاد وابستگی همراهند درجاتی از تحمل را ایجاد می‌کنند در برخی موارد این تحمل به آثار سمی و ناراحت‌کننده چشمگیرتر است تا به آثار تقویت‌کننده و بالابرنده خلق. برای مثال بیشتر مصرف‌کنندگان هروئین سریعاً به تهوع و استفراغ ناشی از این ماده تحمل می‌یابند اما احساس سرخوشی کوتاه که بلافاصله پس از تزریق وریدی هروئین رخ می‌دهد را کماکان تجربه می‌کنند که همین امر آنان را به تداوم مصرف ترغیب می‌کند.

• اثر تقویت‌کنندگی منفی

تقویت منفی از عوامل مهم در وابستگی به برخی مواد است. با مصرف طولانی مدت اغلب مواد، تغییراتی انطباقی در مغز رخ می‌دهد که خود را به صورت نشانگان ترک حاد و مزمن قطع ماده نشان می‌دهد. همین امر فرد را به تقویت رفتار مصرف تشویق می‌کند.

در مصرف کوتاه مدت مواد شبه‌افیونی کاهش غلظت داخل سلولی CAMP رخ می‌دهد. در مصرف طولانی مدت آنها افزایش جبرانی گیرنده‌های این ماده رخ می‌دهد. لذا به دنبال عدم دسترسی به مواد شبه‌افیونی، نوروهای تولیدکننده گابا در VTA افزایش فعالیت می‌یابند که خود منجر به مهار سیستم دوپامینی شده و منجر به دیس‌فوریا (ملال) و آنهدونی (عدم لذت) می‌شود. همچنین متعاقب قطع مواد شبه‌افیونی فرد دچار افزایش فعالیت سیستم نورآدرنژیک می‌شود که بسیاری از علائم ترک را موجب می‌گردد. البته به نظر می‌رسد مواد ناقل عصبی دیگری نیز در ایجاد علائم ترک مؤثر باشند، همچون گلوتامات، استیل کولین و سروتونین.

مصرف مزمن الکل باعث افزایش حساسیت یا افزایش گیرنده‌های گلوتاماتی مغز می‌شود. لذا هنگام ترک الکل، ناقل‌های عصبی (NTs) تحریکی باعث برانگیختگی (hyperexcitability) فرد می‌شوند.

مصرف مزمن نیکوتین (در سیگار) موجب کاهش حساسیت گیرنده‌های نیکوتینی و در نتیجه افزایش جبرانی تعداد گیرنده‌های نیکوتینی و کولینی می‌شود. با قطع مصرف نیکوتین، کاهش فعالیت سیستم دوپامینی و دیگر سیستم‌های عصبی رخ داده و نشانگان ترک بروز می‌کند.

به طور کلی قطع مصرف بسیاری از مواد از جمله بنزودیازپینها، الکل، سیگار(نیکوتین) و مواد شبه‌افیونی موجب ایجاد علائم ترک می‌شوند که برای هر یک از این مواد متفاوت است.

• ولع و ترک شرطی

آنچه در بالا گفته شد از نوع شرطی شدن عامل بود؛ اما ممکن است شرطی شدن کلاسیک (پاولفی) نیز در مصرف‌کنندگان مواد دیده شود. بدین شکل که رفتارهای جستجوگرانه (ولع) و یا علائم ترک نسبت به محرکهای محیطی یا درونی شرطی شوند. لذا هرگاه فردی که مدت زیادی است مواد شبه‌افیونی، نیکوتین، الکل و یا مواد دیگر را کنار گذاشته است وقتی در معرض محرکهای محیطی که قبلاً با مصرف یا ترک مواد مرتبط بوده‌اند قرار می‌گیرد، دچار ترک شرطی، ولع شرطی، یا هر دو می‌شود. البته ولع لزوماً همراه با علائم ترک نیست. مشاهده وسایل مصرف (paraphernalia) مثل سرنگ و سوزن، بطری الکل یا بسته سیگار می‌تواند این حالت را بوجود بیاورد. **بیشترین ولع زمانی است که مواد در دسترس باشند؛** مثلاً هنگامی که فرد دیگری در حال مصرف هروئین یا کشیدن سیگار باشد یا دوستی به وی مواد را تعارف کند. به نظر برخی محققان، نشانه‌های یادآور خاطرات سرخوشی‌آور بیش از علائم ترک باعث ولع و عود می‌شوند.

آسیب‌پذیری زیستی

همانطور که گفته شد برخی افراد استعداد بیشتری برای وابستگی به مواد دارند. وابستگی به مواد اغلب الگوی خانوادگی دارد که علت آن می‌تواند عوامل محیطی همچون الگوبرداری از والدین، بی‌توجهی والدین یا سوءرفتار با کودک باشد؛ اما عوامل ژنتیکی نیز مهم‌اند. در یکی از مطالعات مشخص شد که ۴۸ تا ۵۸ درصد استعداد به وابستگی به عوامل ژنتیکی مرتبط بوده و مابقی استعداد به عوامل محیطی غیرخانوادگی مربوط بود. مطالعات دیگر نشان داده است که ۳۱ درصد واریانس استعداد وابستگی به مواد به طور کلی مربوط به عوامل ژنتیکی، ۲۵ درصد مربوط به محیط خانواده و ۴۴ درصد مربوط به عوامل محیطی غیرخانوادگی است. سهم عوامل مشترک به عوامل منحصر به فرد برای هر ماده در مورد مواد گوناگون فرق می‌کند. در حشیش، محرکها و رخوت‌زا- خواب‌آورها نقش عوامل ژنتیک مشترک بیشتر است. در مورد توهم‌زها (سایکادلیکها) هیچ نقش ژنتیکی اختصاصی دیده نشده است. در هروئین نقش عوامل ژنتیکی ۵۴ درصد است که از این میزان ۷۰ درصد مربوط به عوامل مختص به هروئین و ۳۰ درصد عوامل مشترک ژنتیکی وابستگی است). هم عوامل ژنتیکی و هم عوامل محیطی در شروع مصرف سیگار مؤثرند اما عوامل ژنتیکی ۷۰ درصد واریانس آنها را که دچار وابستگی به سیگار می‌شوند را تشکیل می‌دهد. لذا به نظر می‌رسد که نقش ژنتیک در تداوم مصرف سیگار به همان اندازه و یا مهمتر از نقش ژنتیک در بیماریهای

روانپزشکی دیگر (حتی الکلیسم) باشد. ۵۰ درصد برادرها و ۲۵ درصد خواهرهای فرد الکلی در طور زندگی دچار وابستگی به الکل می‌شوند. وابستگی به الکل در مردان حدود ۴ تا ۵ برابر بیشتر از زنان دیده می‌شود. این امر تا حدودی به تحمل کمتر زنان به آثار الکل وابسته است. البته عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز در این مورد نقش دارند. کودکان والدین الکلی، در مقایسه با کودکان والدین غیرالکلی، خطر بیشتری از نظر وابستگی به الکل و مواد دیگر دارند. همراهی الکلیسم در دوقلوهای یکسان بیش از دوقلوهای غیرهمسان می‌باشد.

به طور کلی، به نظر پژوهشگران یک ژن واحد نمی‌تواند پیچیدگیهای وابستگی به مواد را توضیح دهد؛ و عوامل ژنتیکی می‌تواند باعث افزایش یا کاهش آسیب‌پذیری به وابستگی به مواد شود. پرخاشگری اوایل کودکی باعث افزایش قابل توجهی در احتمال درگیری زود هنگام با مواد غیرقانونی و پیدایش وابستگی به مواد می‌گردد. اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز یک عامل خطر مستقل در وابستگی به مواد است.

عوامل روان‌پویایی

نظرات اولیه روانکاوی یا به وجود نوعی عدم تعادل عاطفی در مصرف‌کنندگان مواد معتقد بود که با مصرف مواد تسکین می‌یابد و یا آنان را دچار نوعی اختلال کنترل تکانه می‌داند که منجر به این می‌شد که وجه غالب رفتارشان را لذت‌جویی تشکیل دهد. اما در نظرات جدیدتر روانکاوی، فرد مصرف‌کننده را دچار نقائصی در ایگو (ego) می‌دانند که منجر به ناتوانی فرد در سازگاری با عواطف دردناک می‌شود. به طور کلی روانکاوی معتقد است که شروع مصرف، وابستگی و عود به آسیب‌شناسی روانی فرد مرتبط است.

عوامل خانوادگی

به نظر می‌رسد که خانواده افراد وابسته به مواد سنگین (نظیر مواد شبه‌افیونی، الکل، کوکائین) دچار مشکلاتی باشد. البته معلوم نیست که رفتار بستگان درجه اول تا چه حد علت یا معلول اعتیاد فرد باشد. در واقع به نظر می‌رسد که اعتیاد یکی اعضای خانواده باعث معطوف شدن تضادهای خانواده به مسئله اعتیاد شده و منجر به ایجاد تعادل (هموستاز) در خانواده می‌شود. به علاوه، اعتیاد اغلب در خانواده‌هایی رخ می‌دهد که لاقول یکی از والدین و گاهی اجداد دچار سوءمصرف مواد و دیگر آسیب‌شناسی‌های روانی باشند.

از سوی دیگر، برخی افراد خانواده به گونه‌ای رفتار می‌کنند که موجب تداوم اعتیاد فرد می‌شود. اینگونه رفتارها را هم‌وابستگی (codependence) یا هم‌اعتیادی (co addiction) نامند. یکی از اشکال هم‌وابستگی را میدان‌دهی (enabling) گویند. میدان‌دهی به آن دسته از رفتارهای اعضای خانواده گفته می‌شود که فرد معتاد را از عواقب مصرف مواد برحذر داشته و لذا منجر به تداوم اعتیاد می‌شود. معمولاً افراد خانواد این رفتارها را به دوست داشتن، حمایت کردن، پذیرش و محافظت تعبیر می‌کنند. یکی دیگر از جنبه‌های هم‌وابستگی، انکار (denial) است. اعضای خانواده ممکن است همچون خود مصرف‌کنندگان مواد ممکن است مصرف مواد را به عنوان یک مشکل جدی انکار کنند این امر ممکن است به منظور فرار از مسئولیت باشد.

همبودی (comorbidity)

۲۰ درصد مراجعان روانپزشکی دچار سوءمصرف مواد هستند و از سوی دیگر در سوءمصرف‌کنندگان و وابستگان به مواد شبه‌افیونی، کوکائین و الکل، شیوع بالایی از اختلالات روانپزشکی دیده می‌شود. در مردان دچار وابستگی به مواد اختلال‌هایی همچون وابستگی / سوءمصرف الکل، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات ترس (فوبی) و اختلال افسردگی اساسی دیده می‌شود. در زنان دچار وابستگی به مواد نیز اختلالات هراس (فوبی)، اختلال افسردگی اساسی و دیس‌تایمی به طور شایع دیده می‌شود. سوءمصرف مواد و خصوصاً الکل باعث افزایش میزان افسردگی می‌شود. همچنین، سوءمصرف کوکائین باعث افزایش اختلال پانیک می‌شود. به علاوه، مصرف حشیش، کوکائین و آمفتامین‌ها باعث افزایش احتمال ابتلا به علائم جنون (شبهه علائم اسکیزوفرنی) می‌شوند.

فصل پنج: مصاحبه و ارزیابی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با اصول مصاحبه و شرح حال گیری
- ۲- آشنایی پزشکان با ابزارهای مصاحبه و ارزیابی بیمار
- ۳- آشنایی پزشکان با آزمایشهای پاراکلینیکی بررسی مصرف مواد
- ۴- درک عمیقتر پزشکان از ضرورت مصاحبه و ارزیابی دقیق بیماران معتاد

اصول مصاحبه

مصاحبه به عنوان سنگ بنای درمان از اهمیت بسیاری برخوردار است. طی مدت زمان نه چندان طولانی مصاحبه، پزشک نکات کلیدی مربوط به مشکل فعلی و گذشته بیمار را جویا می‌شود، با همدلی با وی اتحاد درمانی (therapeutic alliance) را بنیان می‌نهد و چارچوب و مسیر کلی درمان را مشخص می‌سازد. برای همه این امور در بهترین حالت تنها ۱۵ تا ۳۰ دقیقه فرصت هست. طی گفتگو، بیمار اغلب اطلاعات بسیار مفیدی را به پزشک ارائه می‌کند. بنابراین بهتر است پزشک با توجه دقیق به گفته‌های بیمار

به طرح پرسشهای ضروری پرداخته و در عین حال با هدایت به موقع مسیر گفتگو از زمان موجود به بهترین نحو استفاده کند.

برخورد پزشک با مراجع

برخورد پزشک با مراجع می‌بایست غیر قضاوت‌گرانه و همراه با احترام باشد. او باید با دلسوزی و مهربانی نسبت به بیمار رفتار کند. پزشک در ارتباط با مراجع لازم است همدلی نشان دهد؛ نه به این معنا که خود را ناجی بیمار تصور کند و نه اینکه بخواهد این تصور را منتقل کند که قادر مطلق است و توانایی حل تمام مسائل مراجع را در همه ابعاد زندگی داراست. با مراجع نباید طوری برخورد شود که وی احساس کند انگار موجودی کاملاً ناتوان بوده، در تمامی عرصه‌های زندگی نیاز به دریافت و اجرای دستورالعمل‌های پزشک معالج دارد. در این صورت احساس عزت نفس بیمار اجازه رشد نخواهد یافت. پزشک باید بتواند پس از ترک محل کار، مسائل بیمارانش را با خود به خانه نبرد. وی موظف است ارتباط خود را با بیمار در چارچوب روابط حرفه‌ای نگهدارد. پزشک نباید رابطه با بیماران را جایگزین روابط شخصی و صمیمانه‌ای کند که شاید در زندگی کم داشته است.

برخی از پزشکان ذهنیت نادرستی نسبت به اعتیاد دارند. آنان اعتیاد را نه یک نوع بیماری یا نوعی رفتار بلکه معضلی اخلاقی پنداشته و معتادان را افرادی بی‌اخلاق تلقی می‌کنند. عده‌ای نیز هر گونه تلاش در جهت درمان اعتیاد را بی‌مورد دانسته و از ابتدا محکوم به شکست ارزیابی می‌کنند.

از سوی دیگر، پزشکان می‌بایست بپذیرند که ممکن است با وجود تمام تلاشها و اجرای اصولی و درست تمام روش‌های درمانی باز هم فرآیند درمان اعتیاد با فراز و نشیب و عودهای مکرر همراه باشد. نتیجه درمان به عوامل بسیار متعددی بستگی دارد. اگر پزشک موفقیت یا عدم موفقیت درمان را مساوی با توان حرفه‌ای، فردی و شخصیتی خویش قلمداد کند، در درمان اعتیاد دچار احساس ناکامی و سرخوردگی و یأس شده و در دراز مدت نخواهد توانست به مراجعان کمک چندانی کند.

برخورد پزشک با مشکلات مراجعان نیز می‌بایست غیر جانبدارانه و غیر قضاوت‌گرانه باشد. پزشکان نباید از توجه به برخی مسائل مراجعان به خاطر پیش‌داوریها، حساسیتها یا نامتعارف بودن آنها طفره روند، به خصوص اگر آن مسائل برای بیمار مشکل‌ساز باشد.

با وجود این در ارتباط پیچیده‌ای همچون ارتباط پزشک و بیمار اگر اشتباهات به طور مکرر رخ ندهند، فاجعه‌آمیز نیستند. زمانی که مراجعان، علاقه‌مندی، تلاش و خوشبینی پزشک معالج را مشاهده کنند، معمولاً کم‌تجربگی وی را تا حدود زیادی می‌پذیرند.

برقراری ارتباط درمانی (rapport)

زمانی مراجع می‌تواند با پزشک ارتباط بگیرد و رازها و مشکلات خویش را با وی در میان بگذارد که اولاً حس کند پزشک توانایی حرفه‌ای لازم را داراست و ثانیاً احساس کند پزشک او را درک می‌کند.

همچنین بهتر است محیط گفتگو پزشک و بیمار راحت و آرام باشد. پزشک باید تسهیل ارتباط درمانی را از ابتدای ملاقات آغاز کند. در این زمینه هم برخورد کلامی و هم غیر کلامی تأثیر دارند. لحن صدا و حالت چهره پزشک احساس خوش‌آیند بودن و پذیرفته شدن را به مراجع منتقل می‌کند. توجه به راحتی و رازداری جلسه مصاحبه محیط لازم برای صحبت راجع به مسائل آزاردهنده را برای مراجع فراهم می‌آورد. محیط اتاق و نحوه نشستن پزشک و بیمار به این شکل که مراجع بتواند در صورت تمایل با پزشک تماس چشمی برقرار کند و صندلی وی تقریباً هم سطح صندلی پزشک باشد در احساس راحتی وی نقش دارد. فرصت کافی دادن به مراجع برای نشستن پیش از آغاز گفتگو، احساس راحتی ایجاد می‌کند. بهتر است حین مصاحبه در اطاق خیلی باز نشود یا تلفن مکرراً مزاحم مصاحبه نگردد.

برخی از پزشکان ایجاد ارتباط را با تملق از بیمار اشتباه کرده و سعی می‌کنند برای نگاه‌داشتن بیمار در درمان همه رفتارهای وی را تأیید کنند. در این صورت بیمار بزودی آگاهانه یا ناخودآگاه متوجه می‌شود که پزشک به او «باج» می‌دهد. باج دادن به بیمار او را در درمان نگاه نمی‌دارد زیرا به واقع نمایانگر نیاز پزشک به بیمار است. اکثر بیماران از احساس ضعف پزشک بیشتر مضطرب می‌شوند و ترجیح می‌دهند برای حل مشکلاتشان به پزشکی مراجعه کنند که توانایی حرفه‌ای و شخصیتی بالاتری داشته باشد و خود را محتاج بیمارانش حس نکند.

پزشک باید بتواند در کنار توجه به گفته‌های بیمار از سایر قرائن و شواهد برای تکمیل اطلاعات استفاده کند. لحن و زیر و بمی صدا و سرعت صحبت مراجع تا حدود زیادی منعکس کننده حالت روحی وی است. برای مثال صدای زیر و بلند و صحبت سریع ممکن است نمایانگر اضطراب بوده و صدای بم و آهسته و کلام کم‌شتاب همراه با بی‌حوصلگی برای توضیح‌دادن، احتمال دارد نشانه‌های خلق افسرده باشند. از نشانه‌های غیرکلامی وضعیت عاطفی می‌توان از حالت چهره، وضعیت بدنی، تون عضلانی و حرکات دست نام برد. اینکه مراجع چقدر انرژی دارد یا دارای چه درجه‌ای از اضطراب است، از نظر عاطفی چه وضعیتی دارد یا حتی چه میزانی از اعتماد به نفس را در ارتباط با پزشک نشان می‌دهد را می‌توان به کمک نشانه‌های بالا ارزیابی کرد.

دعوت به صحبت بهتر است با پرسشهای باز آغاز شود تا مراجع خود با جملات خویش، علت مراجعه را که اغلب سوء‌مصرف مواد و معضلات متعاقب آن است را بر زبان آورد. بیان مشکلات و نگرانیهای موجود می‌بایست مجال بروز پیدا کند. پس از بیان مسائل در پی پرسشهای باز، پزشک می‌تواند

با پرسشهای بسته پاسخ را دقیقتر کند. برای مثال سؤال دقیق پزشک راجع به علائم خماری به مراجع این احساس را منتقل می‌کند که پزشک هر چند خود مواد مصرف نکرده باشد به مشکل بروز این علائم واقف است و آنها را درک می‌کند.

سکوت و تأمل جزء طبیعی روند هر مصاحبه است. باید دقت کرد که بیمار برای پاسخ دادن به سؤالها ممکن است نیازمند یک وقفه زمانی کوتاه برای به یاد آوردن و تمرکز ذهنی برای پاسخ مناسب باشد. سکوت بیمار و عدم پاسخ بلافاصله وی به سؤالها در جریان مصاحبه نباید پزشک را مضطرب، عصبانی یا بی‌طاقت کند. بسیاری اوقات پزشکان برای پر کردن سکوت ایجاد شده بلافاصله پرسش دیگری را مطرح می‌کنند که غیر ضروری است. وقفه‌های کوتاه پزشک نیز به دنبال شنیدن گفته‌های بیمار به هر دوی آنها فرصت می‌دهد تا موضوع مورد بحث برایشان بازتر شود.

در جریان مصاحبه برای مشخص کردن پاسخها، می‌توان **صحبت‌های بیمار را خلاصه کرد** تا هم او بداند که پزشک صحبت‌هایش را شنیده و آنها را فهمیده است و هم پزشک نکات نامفهوم و گنگ را برای خویش روشن‌تر سازد: "این طور که من متوجه شدم... " یا "پس گفتید که..."

در حین مصاحبه می‌بایست از نظرات، نگرش‌ها و انتقادات بیمار آگاه شد و به آنها واکنش مناسب نشان داد. اشاره آشکار به چنین موضوعاتی حاکی از صداقت و اعتماد به نفس پزشک به خویش است که به نوبه خویش در بیمار حس اعتماد به پزشک و درمان را تقویت می‌کند.

برای گفتگو با مراجع بهتر است از زبانی استفاده شود که برای مراجع قابل فهم باشد. باید حتی‌الامکان از به کار بردن اصطلاحات انگلیسی، نامأنوس یا طبی احتراز شود. پزشکی که با معنادان سر و کار دارد می‌بایست به تدریج خود را با اصطلاحات ویژه آنان آشنا سازد. مراجع انتظار دارد پزشک معالج با این اصطلاحات آشنا باشد. بعضی از پزشکان برای نشان دادن نزدیکی خویش به معنادان سعی می‌کنند درست مانند ایشان صحبت کنند اما این لزوماً به برقراری ارتباط بهتر پزشک و بیمار نمی‌انجامد زیرا بیمار معتاد به اندازه کافی دوستانی دارد که مانند خود وی باشند و انتظارش از پزشک آن نیست که درست مانند یک معناد صحبت و رفتار کند.

حس اینکه پزشک از یک سو به لحاظ حرفه‌ای با موضوع مورد بحث آشناست و از نظر ارتباطی هم برای وضعیت مراجع تفاهم دارد به شکل گرفتن این ذهنیت در مراجع می‌انجامد که پزشک مشکلاتش را می‌فهمد. به نوبه خود مراجع تشویق می‌شود تا مسائالش را با وی در میان بگذارد.

در انتهای مصاحبه بهتر است خلاصه‌ای نهایی در مورد موضوعهای صحبت شده به مراجع ارائه شود و سپس سیر بعدی درمان با بیمار در میان گذاشته شده و اطمینان حاصل شود که بیمار آن را فهمیده

است. پیش از اتمام جلسه بهتر است از بیمار جويا شويم آيا نکته‌اي ناروشن يا سؤالي بي پاسخ باقي مانده است تا در صورتيكه چنين است پيش از خداحافظي روشن شود.

اتحاد درمانی

اتحاد درمانی لازمه تداوم هر درمان موفق است. اتحاد درمانی شامل احساس‌های مثبت و اعتماد بیمار به پزشک و اعتقاد او به همكاری با پزشك در طول درمان است. اين اتحاد در سه مؤلفه خود را نشان می‌دهد: اهداف، برنامه‌ها یا فعالیت‌ها، پیوندها.

در يك رابطه درمانی خوب، درمانجو و درمانگر در مورد اهدافی كه درمانجو بناست طی روند درمان به آنها دست يابد با هم توافق می‌کنند. آنان در عين حال راجع به فعاليتهاي درمانی كه برای دستیابی به اين اهداف لازمند به توافق می‌رسند. پیوندهای عاطفی كه میان درمانجو و درمانگر در فرآیند اجرای این فعاليتها شكل می‌گیرد، دلبستگی‌های مثبت بوده و باعث افزایش اعتماد متقابل می‌شود.

برای ایجاد اتحاد درمانی، وجود علاقه پزشك به بیمار یا دست‌کم به جنبه‌هایی از بیمار ضروری است. پزشکی كه از بیمارش بدش بیاید نمی‌تواند با او اتحاد درمانی برقرار كند. ایجاد علاقه موجب درك عمیق پزشك از وضعیت كنونی بیمار و پیشینه وی و محیطی كه از آن برخاسته است، می‌شود. نيك‌خواهی عمومی پزشك و علاقه او به بهروزي بیمار در رابطه وی با بیمارش اثر می‌گذارد و با ایجاد اتحاد درمانی باعث پیشرفت درمان می‌شود.

پزشك باید بتواند بیمارش را آن چنان كه هست پذیرد. این بدان معنا نیست كه نباید هیچ تلاشی برای تغییر در جهت بهبود توانایی حل مسئله بیماران صورت گیرد. با وجود این پزشك می‌بایست از قضاوت اخلاقی درباره بیمار احتراز كند. پزشك نیازی ندارد خود را دچار تنگنای اخلاقی كرده و اصول اخلاقی خویش را زیر پا بگذارد. معنای پذیرش بیمار این است كه او در چارچوب خودش پذیرفته شود. اگر مراجعی همجنس‌خواه یا معتاد تزریقی است، پزشك باید بتواند او را چنان كه هست ببیند. اگر به صورت مجرم به وی بنگرد نخواهد توانست به او كمك درمانی چندانی كند.

در يك اتحاد خوب، پزشك باید بیمار را جهت دستیابی به اهداف درمانی از قبل تعريف شده حمایت كند. اهداف درمانی بهتر است هر چند وقت يكبار همراه بیمار مرور شوند. اگر در فرآیند درمان لازم باشد تغییری در اهداف درمان از نظر پزشك یا بیمار ایجاد شود، می‌توان این اهداف را با توجه به وضعیت جدید تدوین كرد. با پيش رو داشتن اهداف درمان، طی نمودن مسیر درمان برای پزشك و بیمار تسهیل می‌شود.

مداخله‌ها و فعالیتهایی که سطح کارکرد بیمار را حفظ می‌کنند می‌بایست حمایت شوند. حتی اگر این فعالیت‌ها از نظر پزشک ناپخته و ابتدایی هم به نظر برسند، در صورتی که برای بیمار مفید هستند بهتر است مورد حمایت قرار گیرند.

بیان نارضایتی از سوی بیمار در فرآیند درمان نباید با واکنش خشمگینانه یا تدافعی پزشک مواجه گردد. پزشک با برخوردی منطقی و منصفانه با این مسائل به نوعی الگوی مناسب برای برخورد با معضلات آینده را به بیمار ارائه می‌دهد.

از دیگر وظایف پزشک انتقال این نگرش امیدوارانه به بیمار است که اهداف قابل دستیابی هستند و درمانگر هم در این مسیر به بیمار کمک خواهد کرد. در عین حال زمانی که بیمار پیشرفت می‌کند درمانگر باید دستاوردهای وی را برشمرده و مورد تشویق قرار دهد.

شرح حال

شرح حال می‌بایست حاوی اطلاعات جامعی راجع به اطلاعات شخصی کنونی، سابقه دقیق و سیر سوءمصرف مواد از ابتدا تا کنون، وضعیت و پیشینه ارتباطهای خانوادگی، وضعیت و پیشینه بیماریهای روانی و جسمانی، تاریخچه فردی، تاریخچه خانواده اولیه و احیاناً سوگ (که در بسیاری از بیماران با سوءمصرف مرتبط است) باشد. اخذ کلیه این اطلاعات اغلب در جلسه اول مقدور نیست. اما ادامه جمع‌آوری این اطلاعات پس از سم‌زدایی و حین روند درمان می‌بایست مد نظر قرار گیرد. (جدول ۱-۵)

جدول ۱-۵: موضوعهای مهم در اخذ شرح حال به طور کلی

اطلاعات فردی اولیه	نام، سن، قومیت، وضعیت تاهل، شغل
آغاز سوءمصرف مواد و سیر آن تا کنون	زمان شروع، اولین ماده مصرفی، چه مدت است مصرف مشکل‌ساز شده، نوع مصرف، تعداد و دفعات مصرف در ماه پیش از مراجعه، دوره‌های بالاترین مصرف، عوامل مرتبط با مصرف بالاتر، اثرهای مثبت و منفی مواد، ترک‌های قبلی، علت و شرایط عود

مشکلات فعلی روانپزشکی	مسائل خلقی - اختلالات تفکر - اختلال شناختی
تاریخچه فردی	کودکی و رشد قبل از مدرسه تا سنین نوجوانی و بعد سابقه تحصیلی و کار آموزی سابقه اشتغال رفتارهای جنسی رفتارهای غیر قانونی و درگیری با قانون بیماریهای روانی و جسمانی
وضعیت و ارتباطهای خانوادگی	ارتباط با والدین، ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان، ارتباط با خواهران و برادران سابقه سوء مصرف مواد بیماریهای جسمی و روانی سابقه ارتباط با والدین و همشیرها
رفتارهای پر خطر	تزریق، روابط جنسی، فعالیتهای غیرقانونی، خالکوبی، سابقه مسمومیت با مواد

در جلسه اول بهتر است موضوعهای زیر هر چند به طور سطحی مورد بحث قرار گیرند.
(جدول ۲-۵)

<p>جدول ۲-۵: موضوعهای مهم در اولین جلسه ملاقات با بیمار</p> <p>اطلاعات شخصی اولیه دلایل و حوادثی که منجر به مراجعه شده‌اند سابقه سوء مصرف مواد و سیر آن سابقه مشکلات خلقی و روانپزشکی همراه و وضعیت فعلی رفتارهای پر خطر روابط خانوادگی کسب اطلاعات از خانواده سابقه و وضعیت فعلی جسمانی سؤال راجع به انتظار مراجع از فرآیند درمان فعلی توضیح چارچوب کلی روند درمان</p>
--

اطلاعات فردی

ممکن است تأکید بر اخذ اطلاعات فردی بی‌مورد به نظر برسد. اما در عمل بسیاری از اوقات اگر سؤال کردن در این باره به صورت عادت پزشکی در نیامده باشد، اطلاع مهمی مانند وضعیت شغلی فعلی یا وضعیت سکونت فعلی ممکن است ناپرسیده باقی بمانند. از آنجا که معتادان نیز همانند افراد دیگر هر یک ویژگیهای فردی خود را دارا هستند، متوجه می‌شویم که هر چند درمان دارویی آنان تا حدود زیادی مشابه است اما در عین حال برای هر فرد ویژگیهای خاصی وجود دارد. سن نیز در تعیین نوع آزمونهای پیش‌نیاز، میزان و نوع داروهای سم‌زدایی اثر می‌گذارد.

فرهنگ مصرف در مناطق جغرافیایی و اقوام مختلف کشورمان متفاوت است. در مناطقی از کشور مصرف تریاک تا حدود زیادی از نظر اجتماعی پذیرفته شده است. ممکن است عادات و فرهنگها در نقاط گوناگون و میان قومهای مختلف کشور در نحوه برخورد و نگرش فرد به درمان مؤثر باشد.

وضعیت تأهل نیز در فرآیند درمان مهم است. نحوه برخورد فردی که تا بحال ازدواج نکرده است با فرد مجردی که نامزد دارد و در حال ازدواج است یا با فرد متأهلی که تا حد زیادی مسئولیت زندگی مشترک را به دوش می‌کشد یا با کسی که به علت مصرف مواد از همسرش جدا شده است ممکن است متفاوت باشد.

وضعیت اشتغال فعلی نیز باید پرسیده شود. طی دوره سم‌زدایی هم به دلیل علائم ترک و هم به علت عوارض جانبی داروهای تجویز شده مراجع نخواهد توانست حداقل چند روز اول را در محل کار حاضر شود. شغل و نحوه کار از جهت ملاحظات مربوط به اوایل دوران پس از سم‌زدایی نیز مهم است. در صورت تجویز داروهای خواب‌آور و رختوزا باید نسبت به کار با دستگاههای خطرناک و رانندگی هشدار داده شود.

وضعیت فعلی مسکن هم از نظر وضعیت اقتصادی و هم از نظر افرادی که فرد با آنها زیر یک سقف زندگی می‌کنند می‌بایست پرسیده شود. مرد متأهلی که همسرش وی را ترک کرده است و تنها زندگی می‌کند یا دوباره نزد مادرش در خانواده اولیه سکنی گزیده است، از نظر برنامه درمانی با یکدیگر متفاوتند. افراد گاهی با اقوام همسرشان زیر یک سقف زندگی می‌کنند و ممکن است برایشان تصور گذراندن فرآیند سم‌زدایی پیش چشمان آنان بسیار شرم‌آور باشد. وجود چنین احساس‌هایی می‌بایست در برنامه‌ریزی درمانی مد نظر قرار گیرد. برای مثال پزشک می‌تواند به مراجع یادآوری کند که ترک مصرف مواد شرم‌آور نیست و یا در صورت اصرار بیمار به درمان بستری برای ارجاع او اقدامات لازم را به عمل آورد

دلایل و حوادثی که منجر به مراجعه شده‌اند

گاهی علت مراجعه فرد تذکر فرزند یا یکی از بستگان راجع به مصرف مواد وی ، تهدید همسر به طلاق، مشکل در محل کار، گران شدن مواد مخدر و یا تنها خستگی فرد از اجبار به تداوم اعتیادی است که دیگر همراه با جوانب مثبت مصرف نبوده و تنها تلاش برای رفع خماری است. پرسش در مورد سیر رخدادهایی که منجر به مراجعه شده‌اند، اغلب اوقات می‌تواند پزشک را در شناسایی انگیزه‌های بیمار برای درمان یاری دهند.

انگیزه را می‌توان به دو نوع درونی و بیرونی تقسیم‌بندی کرد. زمانی که در اثر عوامل گوناگون، فرد خود قصد می‌کند در جهت درمان گام بردارد، انگیزه وی درونی است. برعکس اگر دلیل جستجوی درمان نه نیروهای درونی بلکه عوامل بیرونی مانند ترس از دست دادن همسر، یا ترس از بیکار شدن باشد، انگیزه را بیرونی می‌خوانیم. تحقیقات نشان داده است که تصور اولیه مبنی بر اینکه اگر فرد به خاطر دیگران تصمیم به ترک بگیرد، در تصمیم خویش ثبات نخواهد داشت. لزوماً صحیح نیست. در ضمن ممکن است در فرآیند درمان انگیزه بیرونی باعث پیدایش انگیزه درونی نیز بشود. معمولاً انگیزه مراجعان ترکیبی از انگیزه‌های درونی و بیرونی است.

سابقه و سیر سوءمصرف مواد

در مصاحبه می‌بایست جایگاه درخوری برای سابقه مصرف مواد اختصاص داد. اولین ماده مصرفی لزوماً ماده افیونی نبوده است. بسیاری از مصرف الکل و حشیش آغاز و سپس به مصرف ماده افیونی مورد بحث روی آورده‌اند یا از مصرف تریاک آغاز کرده، سپس به مصرف هروئین پرداخته‌اند. سابقه مواد مصرفی می‌تواند همین‌جا پرسیده شود. مقدار دفعات مصرف در گذشته و حال (ماه اخیر) و نوع مصرف در گذشته و حال از این جهت اهمیت دارد که از یک سو نمایانگر اعتیاد فرد و میزان مورد نیاز داروهای سم‌زدایی بوده و از سوی دیگر بیانگر رفتارهای پرخطری همچون مصرف تزریقی در گذشته است که فرد را علی‌رغم شیوه مصرف کم‌خطر کنونی در معرض بیماری‌های هپاتیت و ایدز قرار داده است. اصولاً پرسش در مورد سابقه رفتار تزریقی از مهم‌ترین پرسشهایی است که می‌بایست از مراجع صورت گیرد. تعیین دوره‌های بیشترین مصرف و عوامل مرتبط با آنها در کنار پرسش در مورد دوره‌های کمترین مصرف و شرایط حاکم در آن زمان نیز برای برنامه‌ریزی درمانی راهگشاست. جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد هم برای برنامه‌ریزی درمانی و هم پیشگیری از عود حائز اهمیت بسیار است. بسیاری از پزشکان از پرسیدن جنبه‌های مثبت مواد ابا دارند، زیرا فکر می‌کنند چنین سؤالی خود می‌تواند ذهنیت

مثبتی در جهت مصرف مواد ایجاد کند. در حالی که انکار وجود اثر مثبت مواد در معتادان از کشش آنها به سمت مصرف مجدد و عود نمی‌کاهد. فرض این است که فرد معتاد در مصرف مواد جذابیتهایی یافته که باعث روی آوردن وی به مصرف شده است. درکنار آثار مثبت مانند تحفیف احساس خلأ، یا تنهایی، دستیابی به سرخوشی، فراموش مشکلات و...، اغلب مصرف مواد همراه با جنبه‌های منفی نیز هست. برخی تنها مخارج بالا را از جنبه‌های منفی مواد حس می‌کنند و برخی کاهش سرخوشی همراه با مصرف مداوم را یادآور می‌شوند و برخی دیگر نیز از خدشه‌دار شدن منزلت اجتماعی خویش ناراضی هستند. پرسش در مورد این وجه مصرف به مراجع یاری می‌کند تا با یادآوری مشکلات مصرف در کنار جوانب مثبت در تصمیم خویش برای درمان تقویت شود. البته مراجعان بسیاری از جوانب منفی مصرف را انکار میکنند. در این صورت پافشاری پزشک به متقاعد ساختن بیمار راجع به وجود جوانب منفی مصرف، اغلب به جای تغییر نگرش تنها به افزایش مقاومت در وی منجر می‌شود. راجع به سابقه ترک هم باید حتماً سؤال شود؛ همچون اینکه ترک به چه صورتی انجام شده (خود درمانی، درمان طبی، درمان غیرتخصصی)، اینکه فرد ترک‌های قبلی را شخصاً چگونه تجربه کرده است و آیا برایش بسیار دشوار بوده، آیا احساس رضایت داشته یا اصولاً در او اعتماد به نفس را تقویت کرده است؟ شدت و نوع علائم ترک در بسیاری از ترک‌ها به یک نحو تکرار می‌شوند؛ اما در برخی موارد نیز در ترک‌های مختلف، دسته‌های متفاوتی از علائم بیشتر بروز می‌کنند. طول زمان پرهیز هر مرتبه پس از ترک و دلایل عود نیز برای پیشگیری بهینه از عود مجدد مفید است.

مشکلات خلقی و روانپزشکی

در بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان مواد اختلال‌های خلقی و روانپزشکی همراه ممکن است درکنار مصرف مواد وجود داشته باشد. این علائم ممکن است علت اولیه مصرف مواد بوده و یا ثانویه به آن ایجاد شده باشند. گاهی نیز مستقل از مصرف مواد به وجود می‌آیند. مشکلات روانپزشکی چه اولیه و چه ثانویه می‌بایست در ابتدای درمان شناسایی شوند تا چنانچه به دنبال قطع مصرف مرتفع نشوند، مورد درمان قرار گیرند. زیرا در بسیاری از اوقات در صورت باقی‌ماندن باعث عود مجدد مصرف می‌شوند.

رفتارهای پرخطر

سابقه تزریق در قسمت شیوه مصرف پرسیده می‌شود اما بعداً نیز می‌تواند برای احتیاط به طور مشخص مورد سؤال قرار گیرد. تذکر این که تزریق آلوده و مشترک فرد با عواقب منفی بسیاری همراه است باید مورد تأکید قرار گیرد.

در پرسش در خصوص روابط جنسی که لازم است با ظرافت صورت گیرد، تعدد روابط و شرکای جنسی و نوع رابطه، برای مثال رابطه مقعدی که با خطر بسیار بالاتر از نظر انتقال ویروس‌های نقص ایمنی و هیپاتیت همراه است، سؤال می‌شود. استفاده از کاندوم بسیار مهم است و بهتر است فوائد استفاده از آن در همان چارچوب مصاحبه مورد تأکید قرار گیرد. درباره رئوس اقدام‌های کاهش آسیب همانند استفاده از سرنگ استریل یا در صورت عدم دسترسی، ضدعفونی کردن سرنگ می‌توان در همان جلسه اول اشاره کرد.

فعالیت‌های غیرقانونی همانند فروش مواد مخدر و درگیری‌های قانونی از جمله سابقه زندان که خود با خطر بالای آلودگی به ویروس‌های نقص ایمنی و هیپاتیت همراه است نیز می‌تواند همین جا پرسیده شود. این پرسش‌ها به خصوص می‌بایست با ظرافت و بدون پیش‌داری مطرح شوند تا بیمار بتواند با صداقت به آنها پاسخ دهد.

روابط خانوادگی

معمولاً نمی‌توان تمامی ارتباط‌های خانوادگی را در مصاحبه اولیه مورد بحث قرار داد اما ارتباط کلی مراجع با اقوام نزدیک، بستگان حمایت‌کننده مراجع در فرآیند درمان و مشکلات خانوادگی قابل توجه می‌بایست هر چند مختصر پرسیده شوند. شناسایی بستگان حمایت‌کننده از این جهت برای برنامه‌ریزی درمانی اهمیت دارد که پزشکان می‌توانند از آنها به عنوان تیم کمکی درمان برای حفظ و مراقبت حین سم‌زدایی چه به صورت سرپایی و چه بستری و همچنین در رعایت رژیم دارویی مدد گیرند. مسائل خانوادگی در صورت برطرف نشدن، ممکن است به طور جدی به صورت موانع بزرگی در سیر درمان ظاهر شوند (رجوع کنید به فصل خانواده درمانی).

کسب اطلاعات از خانواده

بسیاری از اوقات بستگان مراجع در زمان مصاحبه حاضر هستند. جهت تکمیل اطلاعات اخذ شده در بهتر است تمام نکات بالا از بستگان نیز سؤال شود. مراجع ممکن است به دلیل سوءمصرف مواد تقدم و

تأخر زمانی و جزئیات برخی حوادث را به خاطر نیاورد یا به علت شرمندگی یا حفظ ظاهر از ذکر برخی مسائل پرهیز کند.

برخی اوقات مراجعانی که به پزشک مراجعه می‌کنند، اصرار می‌کنند که اعضای خانواده‌شان نه راجع به اعتیاد و نه درمان آن مطلع نشوند. رازداری پزشک هم البته حکم می‌کند که بدون اجازه بیمار اطلاعاتی راجع به مسائل مطرح شده با پزشک در اختیار هیچکس قرار نگیرد. اما بسیاری از اوقات در جریان قرارنگرفتن خانواده از وجود مشکل اعتیاد و پنهان نگاهداشتن آن از خانواده، مراجع را از یک سو از حمایتی پراهمیت محروم می‌کند و از سوی دیگر به علت بی‌اطلاعی آن‌ها به علل مختلف احتمال عود را بیشتر می‌کند. بنابراین می‌توان با مراجع در مورد فواید صحبت راجع به مصرف قبلی مواد و درمان فعلی با بستگان صحبت کرد و او را تشویق نمود که خود مسئله را با خانواده در میان بگذارد (رجوع کنید به فصل خانواده درمانی).

سابقه بیماری‌های جسمی

سابقه بیماری‌های جسمی و سابقه بستری بیمارستانی شاید کمتر در افراد جوان دیده شود، اما ضرورت پرسش آن بر جای خود باقی است. در افراد مسن‌تر قطعاً برای تصمیم در مورد شیوه سم‌زدایی پرسش راجع به سابقه بیماری‌های قلبی-ریوی می‌تواند حیاتی باشد. داروهای مصرفی در حال حاضر نیز می‌بایست برای احتراز از تعامل با داروهای تجویزی همین‌جا پرسیده شود.

انتظار مراجع از فرآیند درمان

پس اتمام پرسش‌ها جهت جمع‌آوری اطلاعات می‌بایست در این مرحله از مراجع در مورد انتظار وی از فرآیند درمان کنونی سؤال کرد. اینکه با در نظر گرفتن ترک‌های قبلی، درمان کنونی را چقدر دشوار تصور می‌کند و نقش خویش را در فرآیند درمان چگونه ارزیابی می‌کند. این سؤال به مراجع فرصت می‌دهد تا در کنار عرضه روش‌های درمان و حمایت خانواده به مسئولیت خویش نیز در این فرآیند بیندیشد و دقت داشته باشد که هر چند با حمایت و کمک سایرین، اما این نهایتاً خود اوست که رهروی این طریق شاید دشوار خواهد بود.

توضیح چارچوب کلی روند درمان

پیش از اتمام مصاحبه بهتر است که پزشک خلاصه‌ای از اطلاعات جمع‌آوری شده را ارائه کرده و سپس مسیر کلی درمان به انضمام شمه‌ای از اهداف درمانی را با توافق مراجع فرمول‌بندی کرده و برای مراجع و خانواده‌اش توضیح دهد. اگر احیاناً در کنار درمان دارویی اقدام‌های غیردارویی عرضه می‌شوند می‌بایست توضیح داده شوند. سپس داروهای تجویزی با تعداد و دفعات مصرف در روز، اثر درمانی این داروها و حتماً عوارضی احتمالی آن‌ها همچون احتمال افت فشارخون و خواب‌آلودگی و طبیعتاً ضرورت اندازه‌گیری فشارخون در روز تشریح می‌شوند. زمان‌بندی مراجعات بعدی جهت پیگیری درمان که تا چند هفته، هفته‌ای یک مرتبه و سپس کمتر توضیح داده شود.

به اهمیت پیشگیری از عود و پیشنهاد درمان دارویی دوهفته پس از سم‌زدایی با داروی پیشگیری از عود در صورت آمادگی بیمار می‌توان اشاره کرد. سپس لازم است به ضرورت حل مشکلات حاد فرد از قبیل مشکلات بارز خانوادگی، رفتارهای پرخطر، مشکل شغل یا مسکن یا سایر عواملی که به طور واضح می‌توانند مخل درمان شوند توضیح داده شده و به پرداختن به این مسائل در دوره سم‌زدایی و پیگیری درمان اشاره نمود (رجوع کنید به فصل پیشگیری از عود مصرف مواد با روشهای غیردارویی).

نکات مهم در شروع سم‌زدایی

۱. پاک‌سازی کلیه مواد و وسایل استفاده از مواد از منزل.
۲. خودداری از تماس با افراد معتاد و رفت و آمد به اماکن و موقعیت‌های مرتبط با مصرف.
۳. تأکید به مقاومت در مقابل ولع مصرف مجدد و توصیه به سوق تمرکز به سمت فعالیت‌های جایگزین به جای مصرف مواد.
۴. قرارداد برای راهکارهایی که در صورت بروز ولع به کار بسته شوند مانند تماس تلفنی با دوستان یا بستگان یا مراجعه مجدد پیش از نوبت به پزشک.
برای آشنایی با ارزیابی‌های ساختاریافته به پیوست ۳ مراجعه نمایید.

ارزیابی آزمایشگاهی مصرف مواد

آزمایش ادرار با استفاده از کیت‌های تشخیصی مصرف مواد

آزمایش ادرار چه برای غربالگری مصرف مواد و چه برای پایش فرآیند درمان نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند. آزمایش مرتب ادرار به دنبال درمان سوءمصرف مواد اعتماد مراجع و درمانگر و همچنین

خانواده‌ها را افزایش می‌دهد. هدف از آزمایش ادرار گیرانداختن (مچ‌گیری) مراجع نبوده بلکه ایجاد اطمینان نسبت به درمان است.

معمولاً بیماران از انجام آزمایش ادرار استقبال می‌کنند زیرا این باعث می‌شود که بتوانند با تمایل استفاده از مواد و پنهان کردن آن مقابله کنند. با انجام مرتب آزمایش ادرار، خانواده و تیم درمان با خیالی آسوده‌تر با معتاد برخورد حمایت‌کننده خواهند داشت.

کیت‌های تشخیصی مواد افیونی در کشور ما توسط بسیاری از مراکز چه برای تشخیص و درمان و چه برای غربالگری مصرف در میان دستگیرشدگان توسط نیروی انتظامی و نیز افراد معرفی‌شده جهت ازدواج، گواهینامه رانندگی و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کیت‌ها نوع ساده‌شده ابزار ایمنونوکروماتوگرافی (Immunochromatography) هستند. به این معنا که مشتقات مواد افیونی موجود در ادرار با پادتن‌های علیه این مشتقات که در این کیتها وجود دارد ترکیب شده و طیف حاصل از این واکنش رؤیت می‌شود. کیت‌هایی که در کشورمان استفاده می‌شود معمولاً تنها قادر به تشخیص وجود مرفین در ادرار هستند و لذا فقط مصرف تریاک، هروئین و مرفین را نشان می‌دهند و برای تشخیص وجود متابولیت‌های سایر مواد نظیر حشیش، آمفتامین‌ها و همچنین بوپرنورفین و متادون کارایی ندارند. اما چنانچه از کیت‌هایی که قادر به تشخیص مواد دیگر نیز باشد استفاده شود می‌توان با آزمایش ادرار مصرف بسیاری از مواد مانند آمفتامین‌ها، باریتوراتهای کوتاه‌اثر، کدئین، مرفین، هروئین و متادون ۲ تا ۴ روز پس از مصرف ردیابی نمود. همچنین کوکائین اغلب تنها ۱۲ تا ۱۸ ساعت پس از مصرف در ادرار قابل ردیابی است. موادی با طول اثر طولانی‌تر مانند باریتوراتهای طولانی‌اثر، بسیاری از بنزودیازپین‌ها و حشیش اگر به طور مزمّن مصرف شده باشد تا ۳۰ روز پس از آخرین مصرف نیز می‌توانند ردیابی شوند. سایر موارد مورد اشاره بالا نیز ممکن است بنا به وضعیت سوخت و ساز فرد مدت طولانی‌تری از زمان‌های یاد شده در ادرار ردیابی شوند. اما حساسیت آزمایش به دنبال چند روز پس از آخرین مصرف دیگر قابل اعتماد نیست (یعنی احتمال منفی کاذب بالا می‌رود).

احتمال خطای احتمالی با این کیت‌ها هر چند پایین است اما در صورت مثبت شدن نتیجه آزمایش،

انجام آزمون‌های بعدی با روش‌های کارآمدتر ضروری است

برای آشنایی با دیگر روش‌های آزمایشگاهی تشخیص مواد به پیوست ۴ مراجعه نمایید.

بخش دوم

انواع مواد و درمانهای دارویی آنها

فصل ۶: مواد افیونی

فصل ۷: سم‌زدایی مواد افیونی

فصل ۸: پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی با نالتراکسون

فصل ۹: درمانهای نگاهدارنده مواد افیونی

فصل ۱۰: حشیش

فصل ۱۱: الکل

فصل ۱۲: نیکوتین

فصل ۱۳: سوءمصرف داروهای تجویزی

فصل ۱۴: دیگر مواد قابل سوءمصرف

فصل ۶: مواد افیونی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با انواع مواد افیونی و شیوه‌های رایج مصرف آنها
- ۲- آشنایی پزشکان با انواع اختلالهای ناشی از مصرف مواد افیونی
- ۳- آشنایی پزشکان با علائم بیش مصرف (overdose) مواد افیونی و نحوه درمان آن

انواع مواد افیونی

تریاک یا افیون (opium) به عصاره گیاه خشخاش گفته می‌شود. به مشتقات طبیعی تریاک (همچون مورفین و کدئین) یا موادی که از ترکیبات طبیعی تریاک ساخته می‌شوند (همچون هروئین و هیدرومورفون) مواد افیونی (opiates) می‌گویند. اما واژه شبه‌افیونی (opioid) به دو معنا به کار می‌رود؛ ۱- مخدر مصنوعی که از نظر تأثیر شبیه مواد افیونی است اما از مشتقات تریاک نیست (همچون متادون و بوپرنورفین)، ۲- هرگونه فراورده‌ای که خاصیت تریاک را داشته باشد چه طبیعی و چه مصنوعی؛ لذا شامل همه مواد گفته شده مثل تریاک، هروئین، متادون و... می‌شود. در این کتاب این واژه در معنای عام به کار رفته است. واژه مخدر (narcotic) نیز به معنای تمام موادی است که خاصیت منگی (stupor) و بی‌حسی و بی‌دردی (analgesia) داشته باشند به‌ویژه مواد شبه‌افیونی در معنای عام کلمه.

• تریاک

تریاک (opium) عصاره گیاه خشخاش با نام علمی پاپاور سامنی فروم (Papaver somniferum) است که حاوی تقریباً ۲۰ نوع الکالوئید می‌باشد. مهمترین آنها مورفین است که ۱۲-۱۰٪ تریاک را تشکیل می‌دهد. تریاک همچنین حاوی ۰/۵٪ کدئین (۳ متوکسی مورفین) می‌باشد.

تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه چسب دوقلو می‌دهد. بسته‌بندی آن به صورت لول، حبه قند و یا کیک می‌باشد.

پس از مصرف تدخینی (کشیدن) تریاک ماده‌ای به رنگ قهوه‌ای سوخته و براق بدست می‌آید که «سوخته» نام دارد. گاهی آن را در آب حل کرده و به صورت شربت بنفش رنگی مصرف می‌کنند. تریاک یا سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند. سپس آن را از صافی عبور می‌دهند. آنچه باقی می‌ماند «تفاله» نام دارد. محصول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند. با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای روشن بدست می‌آید که به ترتیب «شیره» و «شیره سوخته» نام دارد.

روشهای مصرف:

۱- تدخین (دود کردن): ابزارهای مورد استفاده برای تدخین عبارتند از: منقل، وافور، چپق، نگاری (وسیله‌ای شبیه به چپق که برای مصرف شیره به کار می‌رود)، قلیان، ذغالهای نیمه سوخته، سیخ، میله و سنجاق باز شده. در روش سیخ و سنگ سر سیخ را داغ کرده با سنجاق، تریاک را بر روی آن می‌گذارند و با لوله‌ای دود حاصل را وارد ریه‌ها می‌کنند.

۲- خوردن: این روش را بیشتر، افرادی که بیماری جسمی دارند یا مدت طولانی از روش تدخین استفاده کرده‌اند، به کار می‌برند. تریاک را معمولاً بعد از غذا می‌خورند. در این روش مصرف، وسیله و اثری دال بر مصرف وجود ندارد.

۳- تزریق: در این روش، تریاک را در آب حل کرده و در یک قاشق می‌ریزند و آن را کمی حرارت می‌دهند. سپس آن را روی تکه پنبه یا اسفنج می‌ریزند و با سرنگ می‌کشند و داخل ورید تزریق می‌کنند. معمولاً معتادان بی‌بضاعت از این روش استفاده می‌کنند. وجود سرنگهای کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه‌های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی ماده است.

• هروئین

یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مورفین با فرمول شیمیایی دی استیل مورفین است. نشنگی حاصل از مصرف هروئین شدیدتر بوده و احساسی شبیه ارگاسم (orgasm) را بوجود می‌آورد. هروئین پودر بسیار نرم و سفیدرنگی است که اشکال ناخالص آن قهوه‌ای رنگ می‌باشد. هروئین را در تکه‌های پلاستیک به

شکل مخروطی بسته‌بندی می‌کنند و سر آن را با حرارت می‌بندند. در این حالت آب در آن نفوذ نمی‌کند و در مواقع خطر می‌توانند آن را ببلعند و پس از دفع از آن استفاده کنند. وزن بسته‌های هروئین ۵ سانتی‌گرمی، ربعی (۱/۴ گرم)، ۲/۵ و ۵ گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً ۵ تا ۱۰ درصد هروئین دارد و بقیه آن شیر خشک، پودر بیکربنات و پودر گلوکز است.

روشهای مصرف:

۱- تدخین: در این روش، هروئین را روی زوروق سیگار می‌ریزند و از زیر با دستمال کاغذی لوله شده و یا تکه‌های مقوای باریک که با کبریت آتش زده شده باشد، کمی حرارت می‌دهند و دود حاصل را از راه دهان بالا می‌کشند. گاهی هروئین را با باربیتورات ترکیب نموده و تدخین می‌کنند که به نام «شکار اژدها» معروف است. وجود تکه‌های دستمال کاغذی لوله‌شده نیمه‌سوخته یا تکه‌های باریک مقوا و یا زوروقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد علامت مصرف تدخینی هروئین است.

۲- استنشاق (دماغی): در این روش که معمولاً توسط معتادان غیرحرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، هروئین را روی کاغذ صافی می‌ریزند و با استفاده از اسکناس لوله‌شده آن را از طریق بینی بالا می‌کشند.

۳- تزریق: در این روش، هروئین را با آب‌لیمو، جوهرلیمو، یا قرص ویتامین C در فاشق حل کرده و کمی حرارت می‌دهند. سپس از طریق سرنگ به زیرجلد یا داخل ورید تزریق می‌کنند.

• کدئین

ماده سفیدرنگی است که به صورت قرصهای خالص یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپیرین یا شربت‌های ضد سرفه مورد استفاده معتادان قرار می‌گیرد.

مصرف مکرر و بدون دلیل و یا با بهانه‌های بی‌مورد قرصهای آسپیرین - کدئین یا استامینوفن - کدئین نشانه‌ای از اعتیاد به مواد می‌باشد.

• مرفین

پودری سفید یا کرم (و گاهی به رنگ قرمز آجری)، تلخ مزه و بی‌بو است. این ماده در حالت خالص نرم یا ورقه‌ای و به رنگ سفید تا زرد کم رنگ می‌باشد. مرفین به صورت آمپولهای ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد. به صورت زیرجلدی، داخل عضلانی و داخل وریدی مصرف می‌شود.

• مواد شبه‌افیونی صنعتی

این مواد که خاصیت اعتیادآور تریاک را دارند در طبیعت وجود نداشته بلکه به شیوه مصنوعی و به اشکال مختلفی همچون قرص، کپسول، شربت و آمپول ممکن است عرضه شوند. از این دسته می‌توان مپریدین، متادون، پنتازوسین، پروپوکسی فن، بوپرنورفین را نام برد.

به خاطر ارتباط موضوعی لازم به ذکر است که موادی که به صورت مصنوعی تولید می‌شوند از لحاظ اثر مشابه (آگونیستی) یا متضاد (آنتاگونیستی) مواد افیونی طبیعی به سه دسته تقسیم می‌شوند: آگونیستها (مخدرها): شامل مپریدین (Mepridine)، پروپوکسی فن (Propoxyphene)، متادون (Methadone)، (پیوست ۱).

آنتاگونیستها (ضد مخدرها): که شامل نالترکسون (Naltrexone)، نالورفین (Nalorphine)، لوالورفان (Levallorphan)، آپومورفین (Apomorphine) و نالوکسون (Naloxone) هستند.

آگونیست-آنتاگونیستها: که توأمآ آثار آگونیستی و آنتاگونیستی دارند و شامل داروهای مانند پنتازوسین (Pentazocine)، بوتورفانول (Butorphanol) و بوپرنورفین (Buprenorphine) هستند.

اختلالهای مربوط به مواد شبه‌افیونی

در جدول ۱-۶ اختلالهای مربوط به مواد افیونی طبق DSM-IV ذکر شده است.

وابستگی به مواد شبه‌افیونی

ملاکهای وابستگی (به) و سوء‌مصرف مواد شبه‌افیونی مطابق ملاکهای کلی این اختلالها تعریف می‌شود (جدول ۴-۳).

تحمل نسبت به مواد شبه‌افیونی به سرعت پدید می‌آید. اما نشانه‌های ترک زمانی بروز می‌کند که شخص این ترکیبات را به مدت طولانی مصرف کرده باشد یا قطع اثر بسیار سریع بوده باشد (مثلاً پس از تجویز آنتاگونیست).

مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

به جدول ۲-۶ مراجعه نمایید. پس از مصرف ماده افیونی خصوصاً تزریق وریدی احساس نشگی (euphoria یا rush) ظاهر می‌شود. نشانه‌های همراه عبارتند از احساس گرما، سنگینی اندامها، خشکی

دهان، خارش صورت (به خصوص بینی) و برافروختگی صورت. پس از سرخوشی اولیه یک دوره رخوت پیدا می‌شود که در اصطلاح معتادان چرت (nodding off) نامیده می‌شود. در کسانی که تجربه مصرف ندارند ممکن است حالت ملال، تهوع و استفراغ ایجاد شود. دیگر آثار جسمی مواد شبه‌افیونی عبارتند از تضعیف تنفس (که ناشی از اثر ماده در ساقه مغز است)، انقباض مردمک، انقباض عضلات صاف (که شامل حالبها و مجاری صفراوی نیز می‌شود)، یبوست، و تغییر فشارخون، ضربان قلب و دمای بدن.

جدول ۱-۶: اختلالاتی مربوط به مواد افیونی

اختلالاتی مصرف مواد شبه‌افیونی

وابستگی به مواد شبه‌افیونی

سوء مصرف مواد شبه‌افیونی

اختلالاتی ناشی از مواد شبه‌افیونی

مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

مشخص کنید اگر:

با اختلالاتی ادراکی همراه بوده است

ترک مواد شبه‌افیونی

دلیریوم مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

اختلال جنون ناشی از مواد شبه‌افیونی، همراه با هذیان

مشخص کنید اگر:

شروع ضمن دوره مسمومیت بوده است

اختلال جنون ناشی از مواد شبه‌افیونی، همراه با توهم

مشخص کنید اگر:

شروع ضمن دوره مسمومیت بوده است

اختلال خلقی ناشی از مواد شبه‌افیونی

مشخص کنید اگر:

شروع ضمن دوره مسمومیت بوده است

کژکاری جنسی ناشی از مواد شبه‌افیونی

مشخص کنید اگر:

شروع ضمن دوره مسمومیت بوده است

اختلال خواب ناشی از مواد شبه‌افیونی

مشخص کنید اگر:

شروع ضمن دوره مسمومیت بوده است

شروع ضمن دوره ترک بوده است
اختلال مربوط به مواد افیونی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (NOS)

جدول ۲-۶: ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

الف) مصرف اخیر یک ماده افیونی
ب) تغییرات غیرانطباقی رفتاری یا روانشناختی قابل‌ملاحظه بالینی (مانند نشنگی اولیه و در پی آن بی‌احساسی، ملال، کندی یا سرآسیمگی روانی - حرکتی، اختلال قضاوت یا اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی) که در حین مصرف ماده افیونی یا کمی پس از آن ظهور کرده است.
ج) انقباض مردمک (یا اتساع مردمک در نتیجه آنوکسی ناشی از مسمومیت شدید) و بروز یک یا چند علامت از علائم زیر در حین مصرف ماده شبه افیونی یا کمی پس از آن:
خواب‌آلودگی یا اغما
تکلم جویده‌جویده
اختلال توجه یا حافظه
د) علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آنها نیست.
مشخص کنید اگر:
همراه با اختلالهای ادراکی

ترک مواد شبه‌افیونی

به جدول ۳-۶ مراجعه نمایید. قاعده کلی در مورد شروع و طول مدت علائم ترک این است که مواد کوتاه‌اثر معمولاً نشانگانهای کوتاه‌مدت و شدید و مواد طولانی‌اثر نشانگانهای ترک طولانی اما خفیف ایجاد می‌کنند. استثنای این قاعده این است که ترک ناشی از آنتاگونیستهای مواد مخدر پس از وابستگی به مواد افیونی طولانی‌اثر می‌تواند شدید باشد. در فرد دچار وابستگی به مواد شبه‌افیونی به فاصله چند ثانیه پس از تزریق وریدی آنتاگونیستها نشانه‌های ترک شروع شده و ظرف حدود یک ساعت به اوج می‌رسد.

نشانه‌گان ترک مورفین و هروئین ظرف ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین دوز و معمولاً به دنبال یک یا دو هفته مصرف مستمر و یا تجویز آنتاگونیست مواد مخدر شروع می‌شود. سندرم ترک معمولاً طی روز دوم یا سوم به اوج می‌رسد و ۷ تا ۱۰ روز پس از آن فروکش می‌کند، اما برخی نشانه‌ها ممکن است شش ماه یا بیشتر ادامه یابد. ترک متادون (و تریاک) معمولاً یک یا سه روز پس از آخرین دوز شروع و ظرف ۱۰ تا ۱۴ روز بر طرف می‌شود.

علائم ترک شامل کرامپهای شدید عضلانی و دردهای استخوانی، اسهال شدید، کرامپهای شکمی، آبریزش از بینی، اشک‌ریزش، سیخ‌شدن موها، خمیازه کشیدن، تب، اتساع مردمک، افزایش فشارخون، تاکی‌کاردی و بی‌نظمی حرارت بدن از جمله هیپوترمی و هیپرترمی است. این علائم به ندرت مرگ‌آور است مگر اینکه فرد دارای بیماری جسمی شدیدی نظیر بیماری قلبی بوده باشد. خصوصیات همراه عبارتند از بی‌قراری، تحریک‌پذیری، افسردگی، لرزش، ضعف، تهوع و استفراغ. نشانه‌های باقیمانده نظیر بی‌خوابی، برادی‌کاردی، بی‌نظمی حرارت بدن و میل شدید برای مواد افیونی و نیز بی‌قراری، تحریک‌پذیری، پرخاشگری، افسردگی ممکن است تا ماهها پس از ترک دوام یابد. در هر مقطعی از نشانه‌گان ترک، مصرف ماده شبه‌افیونی باعث برطرف شدن تمام نشانه‌های ترک می‌شود.

درمان ترک مواد شبه‌افیونی

به فصل سم‌زدایی مواد افیونی مراجعه فرمایید.

جدول ۳-۶: ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای ترک مواد شبه‌افیونی

الف) وجود یکی از موارد زیر:

- ۱- قطع یا کاهش مصرف زیاد و طولانی مدت ماده شبه‌افیونی (چندین هفته یا بیشتر)
- ۲- تجویز یک آنتاگونیست ماده شبه‌افیونی پس از یک دوره مصرف ماده شبه‌افیونیب) بروز سه یا بیشتر علامت زیر چند دقیقه تا چند روز پس از ملاک الف:
 - ۱- خلق ملالت‌بار (دیسفوریک)
 - ۲- تهوع یا استفراغ
 - ۳- دردهای عضلانی
 - ۴- آبریزش از چشم یا بینی
 - ۵- اتساع مردمک، سیخ شدن موها یا تعریق

۶- اسهال

۷- خمیازه

۸- تب

۹- بی‌خوابی

ج) نشانه‌های ملاک ب ناراحتی چشمگیر بالینی ایجاد کرده یا موجب اختلال کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم کارکردی می‌شوند.

د) نشانه‌ها ناشی از اختلال طبی عمومی نبوده، یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آنها نیست.

آثار نامطلوب مصرف مواد افیونی

دلیریوم مسمومیت با مواد شبه‌افیونی

احتمال دلیریوم مسمومیت با مواد شبه‌افیونی در مواقع زیر بیشتر است:

۱- مصرف مقادیر بالایی از مواد شبه‌افیونی

۲- مصرف توأم مواد شبه‌افیونی و سایر ترکیبات روانگردان

۳- مصرف مواد شبه‌افیونی در افرادی که سابقه آسیب مغزی یا اختلال دستگاه عصبی مرکزی نظیر

صرع دارند.

(لازم به ذکر است که دلیریوم نوعی اختلال هوشیاری و تغییر شناختی است که ظرف مدت کوتاهی

(چند ساعت تا چند روز) پدید می‌آید و معمولاً در طول روز نوسان دارد. دلیریوم یک نشانگان است نه

یک بیماری و علل زیادی دارد. از جمله دلیریوم ناشی از بیماریهای طبی، مسمومیت با مواد، ترک مواد)

اختلال جنون ناشی از مواد شبه‌افیونی

اختلال جنون ممکن است در جریان مسمومیت با مواد شبه‌افیونی شروع شود. ممکن است وجه

غالب علائم جنون، توهم یا هذیان (دلورژن) باشد.

اختلال خلقی ناشی از مواد شبه‌افیونی

این اختلال ممکن است در جریان مسمومیت با این مواد شروع شود و ممکن است ماهیت شیدایی (مانیک)، افسردگی یا مختلط داشته باشد. معمولاً نشانه‌های مرکب به صورت تحریک‌پذیری، انبساط خلق و افسردگی دیده می‌شود.

اختلال خواب ناشی از مواد شبه‌افیونی

مواد شبه‌افیونی معمولاً بیشتر موجب پرخوابی می‌شوند تا بی‌خوابی. همچنین تغییر ساعات خواب و بیداری و چرت زدن در طول روز ممکن است رخ دهد.

کژکاری جنسی ناشی از مواد شبه‌افیونی

شایع‌تری کژکاری جنسی ناشی از مواد شبه‌افیونی ناتوانی جنسی (impotence) است.

دیگر آثار نامطلوب مصرف مواد افیونی

خطرناک‌ترین اثر نامطلوب همراه با اختلالهای مربوط به مواد افیونی، آلودگی به ویروس HIV و هپاتیت از طریق مصرف سوزنهای آلوده مشترک و انتقال آن به دیگران است. دیگر عوارض تزریق وریدی شامل آبسه، عفونتهای پوست، اندوکاردیت، کزاز می‌باشد. واکنش آلرژیک ایدیوسینکراتیک نیز گاهی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به شوک آنافیلاکتیک، ادم ریوی و مرگ شود. تداخل ایدیوسینکراتیک بین پیریدین و مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOIs) موجب بی‌ثباتی واضح دستگاه اتونوم، سرآسیمگی رفتاری شدید، اغما، حملات تشنجی و مرگ شود. به همین دلیل نباید مواد شبه‌افیونی و مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز با هم مصرف شوند. از عوارض مصرف مزمن می‌توان به یبوست مزمن، تغییر رنگ پوست، به هم خوردن دوره‌های قاعدگی، کاهش وزن و سوءتغذیه نام برد.

بیش مصرف (overdose) مواد افیونی

مرگ در نتیجه مصرف مقادیر زیاد مواد شبه‌افیونی معمولاً به دلیل وقفه تنفسی حاصل از اثر تضعیف‌کننده تنفسی این مواد رخ می‌دهد. نشانه‌های بیش مصرف عبارتند از:

- انقباض شدید مردمک
- اختلال توجه و حافظه
- دلیریوم
- کاهش درجه حرارت بدن

- کاهش تعداد ضربان قلب
- افت فشار خون
- ضعف شدید تنفس
- اغما

در برخورد با سه علامت مهم اغما، مردمکهای ته‌سنجاقی (میوتیک)، ضعف تنفسی حتماً باید تشخیص مسمومیت با مواد افیونی را به عنوان اولین تشخیص در نظر داشت. پزشک می‌تواند بدن بیمار را از نظر وجود محل تزریق در بازوها، پاها، مچ پا، کشاله ران و حتی ورید پشتی آلت تناسلی مردانه جستجو کند.

درمان پیش مصرف مواد شبه‌افیونی:

پیش مصرف مواد شبه‌افیونی یک فوریت پزشکی است. بیمار ممکن است در حالت نیمه‌اغما، اغما یا شوک باشد. اقدامات زیر را باید به ترتیب انجام داد:

- باز کردن راههای هوایی
- کنترل علائم حیاتی
- تجویز وریدی نالوکسون (Naloxone)

۰/۴ میلی‌گرم نالوکسون را به صورت وریدی تزریق نمایید. در صورت عدم بهبود بیمار، هر ۵ تا ۱۰ دقیقه یک‌بار تزریق را تکرار کنید. می‌توانید این کار را ۴ تا ۵ بار تکرار نمایید. اغلب بیماران به درمان پاسخ می‌دهند و هوشیار می‌شوند. اما چون نیمه‌عمر نالوکسون کوتاه است بیمار پس از ۴ تا ۵ ساعت به حالت نیمه‌اغما برمی‌گردد، لذا تحت‌نظرگرفتن دقیق بیمار ضروری است. بدیهی است سایر علل اغما نیز همیشه باید مدنظر باشد، به‌ویژه اگر بیمار به درمان با نالوکسون پاسخ ندهند. پیش مصرف برخی مواد همچون پریدین منجر به حملات تشنجی گراندمال می‌شود و با تجویز نالوکسون می‌توان از بروز آنها جلوگیری کرد. نالوکسون را باید با احتیاط به کار برد چون ممکن است واکنش محرومیت شدیدی به وجود آورند. به همین دلیل تزریق آن باید به آهستگی انجام شود.

فصل ۷: سم‌زدایی مواد افیونی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با انواع روش‌های سم‌زدایی و موارد تجویز آنها
- ۲- آشنایی پزشکان با جزئیات اجرایی انواع روش‌های سم‌زدایی (به جز سم‌زدایی فوق سریع)

مقدمه

سم‌زدایی (detoxification) نخستین گام برای بیمارانی است که وارد برنامه‌های ترک مواد مخدر می‌شوند. سم‌زدایی به معنای اقدامات درمانی لازم برای رهایی از وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی است. بر خلاف سم‌زدایی از الکل و سایر مواد که درمان سرپایی غالباً مؤثر است، به عقیده برخی از محققان، سم‌زدایی سرپایی مواد مخدر با موفقیت زیادی مواجه نمی‌گردد و در صورتی که پس از سم‌زدایی، بیمار از شرکت فعال در گروه‌های خودیاری و پیگیری درمانی خودداری نماید، اقدام‌های درمانی با موفقیت چندانی همراه نخواهد بود.

به عنوان یک قاعده کلی بیمارانی که مدت وابستگی آنها بیش از یکسال نبوده و یا قبلاً سعی در ترک مواد نداشته‌اند نامزد مناسبی برای درمان نگاه‌دارنده طولانی با ترکیبات مخدر نیستند. بنابر این برنامه درمانی آنان با هدف پرهیز کامل در دو مرحله صورت می‌پذیرد. در وهله اول سم‌زدایی یعنی کنترل وابستگی جسمانی انجام می‌شود و سپس اقدامات پیشگیری از عود با کمک دارو (نالترکسون) و روش‌های روانشناختی به اجرا در می‌آید.

شیوه‌های مختلف سم‌زدایی وجود دارد که در اینجا به رایجترین و کم‌هزینه‌ترین و کم‌خطرترین آنها می‌پردازیم.

روش‌های سم‌زدایی

کلونیدین (Clonidine)

• مقدمه

کلونیدین یک داروی ضد فشار خون غیر اویپوئیدی است که برای کاهش علائم ترک اویپوئیدها، با موفقیت به کار رفته است. این دارو از طریق تحریک گیرنده‌های آلفا-۲ آدرنرژیک پیش‌سیناپسی ناحیه مغز میانی عمل می‌کند، بنابراین باعث کاهش پرفعالیتی نورآدرنرژیک که مسئول بسیاری از علائم بازگیری از اویپوئیدها است می‌گردد. کلونیدین افزایش فشارخون، تاکی‌کاردی، اتساع مردمکها، تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپها و تعریق ناشی از ترک اویپوئیدها را از بین می‌برد ولی تأثیر ناچیزی در کاهش دردهای عضلانی، بی‌خوابی و ولع مصرف دارد. بعضی از بیماران به مصرف کلونیدین بسیار حساس هستند و حتی با مقادیر جزئی، دچار کاهش شدید فشار خون می‌گردند.

کلونیدین مزایای متعددی نسبت به متادون دارد. از جمله اینکه باعث تحمل شبه‌اویپوئیدی و وابستگی فیزیکی نمی‌شود. بعلاوه بیمارانی که دوره بازگیری با کلونیدین را به طور کامل پشت سر گذاشته‌اند، می‌توانند بلافاصله تحت درمان با یک آنتاگونیست اویپوئیدی (مثل نالتراکسون) قرار گیرند. میزان موفقیت آن را در بیماران بستری ۹۰-۸۰٪ گزارش نموده‌اند. این میزان در بیماران سرپایی مصداق ندارد.

• موارد زیر برای سم‌زدایی با کلونیدین بسیار مناسب هستند:

- برای بیمارانی که مدت کوتاهی است که به مواد مخدر وابستگی پیدا نموده‌اند (کمتر از یکسال).
 - در کسانی که به مصرف تریاک به مقدار کم (معادل روزانه حدود نیم مثقال یا کمتر به صورت کشیدنی) اعتیاد دارند.
 - در کسانی که فاقد بیماری جسمانی که مانعی برای تجویز کلونیدین باشد، هستند.
 - در کسانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده‌اند.
 - در افراد جوان و سالم
 - در کلیه کسانی که همکاری و پذیرش درمان سم‌زدایی با کلونیدین را دارند.
- در افراد بالای ۴۵ سال و یا وجود بیماری طبعی توأم (بویژه مشکلات قلبی - عروقی)، سم‌زدایی با کلونیدین به صورت بستری توصیه می‌شود.

• عوارض جانبی و موارد احتیاط

شایعترین عوارض کلونیدین، خشکی دهان و چشمها، خستگی، تحریک‌پذیری، رخوت (سدیشن)، سرگیجه، تهوع، کاهش فشارخون و یبوست است. در برخی بیماران کژکاری جنسی ممکن است رخ دهد. از عوارض ناشایع می‌توان از بی‌خوابی، اضطراب، افسردگی نام برد. به ندرت ممکن است فرد دچار

رؤیاهای واضح (vivid dreams)، کابوس و توهم شود. احتباس مایع ناشی از کلونیدین را می‌توان با داروهای مدر برطرف کرد. قطع ناگهانی کلونیدین ممکن است باعث افزایش فشار خون و تاکی‌کاردی واجهشی (ریباند)، سردرد، اضطراب، تعریق و دردشکمی شود. بیش‌مصرف کلونیدین علائمی شبیه بیش‌مصرف مواد شبه‌افیونی می‌دهد یعنی اغما و انقباض مردمکها، کاهش فشارخون، برادی‌کاردی، برادی‌پنه.

کلونیدین باعث رفع برخی از علائم ترک، از جمله بی‌خوابی و دردهای عضلانی نمی‌شود که ممکن است نیاز به درمانهای علامتی اضافی را سبب گردد. موارد احتیاط مصرف کلونیدین شامل بیماریهای قلبی، کلیوی، اختلال رینود و سابقه افسردگی است. سالمندان به دارو حساستر از جوانان هستند. عوارض کلونیدین در کودکان شبیه بزرگسالان است. مصرف کلونیدین در دوران حاملگی و شیردهی ممنوع است.

• تداخلهای دارویی

مصرف همزمان داروهای سه‌حلقه‌ای می‌تواند اثر کاهنده فشارخون کلونیدین را مهار کند. باربیتوراتها، الکل و سایر داروهای رختوزا- خواب‌آور اثر تضعف CNS کلونیدین را افزایش می‌دهند. مصرف همزمان کلونیدین و آنتاگونیستهای گیرنده بتا آدرنرژیک می‌تواند بر شدت پدیده‌های واجهشی در صورت قطع کلونیدین بیفزاید. یوهیمین اثرهای کلونیدین را کم می‌کند. مصرف همزمان کلونیدین و وراپامیل ممکن است بلوک دهلیزی- بطنی و افت شدید فشارخون دهد. چند مورد مرگ از مصرف کلونیدین با متیل‌فنیدیت (ریتالین) گزارش شده است.

• روش و مقدار تجویز دارو

کلونیدین بصورت قرصهای ۰.۲ میلی‌گرمی در بازار ایران موجود است.

الف - پیش از تجویز دارو

۱- فشار خون بیمار را کنترل نمایید. در صورتی که فشار خون بالاتر از ۸۵/۵۵ میلی‌متر جیوه باشد، درمان با کلونیدین بلامانع است. (توجه داشته باشید در غیر این صورت تجویز کلونیدین مجاز نمی‌باشد).

۲- قبل از تجویز کلونیدین، علائم ترک و مدت زمان آن (حداکثر ۱۰-۷ روز) را به بیمار گوشزد نمایید. بیمار را از این نکته که کلونیدین باعث تخفیف در علائم (به خصوص تهوع، استفراغ، اسهال، انقباض شکمی و تعریق) می‌شود، اما نمی‌تواند همه علائم از جمله

دردهای عضلانی، بی‌خوابی و ولع برای مصرف ماده اوپیوئیدی را از بین ببرد، مطلع نمایید. با بیمار بر سر مدت دوره ترک (۱۰-۷ روز) توافق به عمل آورید.

۳- به بیمار در مورد خطرات مصرف هم‌زمان کلونیدین با سایر داروها و مواد مثل الکل، داروهای مسکن و خواب‌آور (باربیتورات‌ها و ...)، مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز، دیورتیکها یا سایر داروهای ضد فشار خون هشدار دهید و از وی بخواهید شما را از مصرف احتمالی چنین داروهایی مطلع سازد. به تداخلهای دارویی توجه داشته باشید. همچنین به بیمار، تذکرات لازم را در مورد احتیاط به هنگام رانندگی یا کار با ماشین آلات ضمن مصرف کلونیدین بدهید.

۴- از بیمار بخواهید که هم‌زمان با شروع درمان، مصرف ماده اوپیوئیدی را قطع نماید.

ب- تجویز کلونیدین

۱- درمان با کلونیدین را با یک دوز آزمایشی به مقدار ۰/۱ میلی‌گرم (خوراکی) آغاز کنید و یک ساعت بعد فشار خون بیمار را مجدداً اندازه‌گیری نمایید. در صورت عدم افت فشار خون (به پایین تر از ۸۵/۵۵) ادامه درمان با کلونیدین به منظور سم‌زدایی بلامانع است.

۲- کلونیدین را با دوز ۰/۱ تا ۰/۲ میلی‌گرم سه بار در روز (خوراکی) تجویز نمایید.

۳- هم‌زمان با شروع مصرف کلونیدین، از آمی‌تریپتیلین (به شرحی که در قسمت مربوطه آمده است) نیز استفاده کنید.

پ - در جریان درمان

۱- در طول دوره درمان، مقدار دارو را بر حسب شدت علائم بازگیری و میزان کاهش فشار خون تنظیم نمایید. در صورت شدید بودن علائم بازگیری و عدم افت شدید فشار خون، دوز دارو را تا ۱/۲ میلی‌گرم در روز (در سه دوز، ترجیحاً یک دوز به هنگام خواب) افزایش دهید.

۲- در سم‌زدایی هروئین، کنترل روزانه فشار خون و در سم‌زدایی تریاک کنترل فشار خون هر ۲-۳ روز یک‌بار ضروری است.

۳- با توجه به خطرات افراط در مصرف کلونیدین، از در اختیار قرار دادن مقدار داروی مورد نیاز برای مصرف بیش از سه روز، به بیمارانی که نظارتی بر مصرف آنها (مثلاً توسط افراد خانواده) وجود ندارد، جداً خودداری نمایید.

۴- به بیمار در مورد قطع ناگهانی و یا فراموش کردن مصرف دارو و علائم و عوارض ناشی از آن (افزایش فشار خون، تحریک پذیری، عصبی شدن، بی‌خوابی، تعریق، سردرد، ناراحتی شکمی، دردهای عضلانی، افزایش ترشح بزاق و ...) هشدار دهید.

- ۵- در صورت افت فشار خون (به پایین تر از ۸۵/۵۵) از تجویز دوز بعدی دارو خودداری کنید و سپس به تدریج دارو را کم نمایید.
- ۶- با توجه به اینکه عوارض جانبی مصرف کلونیدین معمولاً گذرا و وابسته به دوز است، در صورت بروز این گونه عوارض (یبوست، احساس سبکی در سر، حالت تسکین، خواب آلودگی، خشکی دهان و چشم و ...) دوز دارو را مختصری کاهش دهید.
- ۷- حداقل یک بار در ابتدای شروع سم‌زدایی و یک بار در انتهای دوره، بیمار را از نظر وجود موار مخدر در ادرار مورد آزمایش قرار دهید.

ت- ختم درمان

- ۱- درمان با کلونیدین را حداکثر به مدت ۱۰ روز ادامه دهید. ادامه درمان (بیشتر از ۱۰ روز) فقط در شرایط به خصوص و یا با دلایل موجه (علائم باقیمانده شدید نظر درد یا بی‌خوابی که نمایانگر رفع نشدن کامل وابستگی فیزیولوژیک است) و آن هم حداکثر به مدت یک هفته جایز می‌باشد.
- کلونیدین را به تدریج و ظرف ۴-۲ روز قطع نمایید. توجه داشته باشید که قطع ناگهانی دارو باعث rebound hypertension (افزایش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک)، افزایش تحریک پذیری، عصبی شدن، بی‌خوابی، تعریق، سردرد، ناراحتی شکمی، دردهای عضلانی و افزایش ترشح بزاق می‌شود. در صورت بروز چنین عوارضی می‌توانید یک دوز کلونیدین تجویز نموده و پس از آن، دارو را با سرعت کمتری کاهش دهید

• داروهای کمکی

نظر به اینکه کلونیدین در تسکین درد و بی‌خوابی مؤثر نمی‌باشد طبق نظر پزشک می‌توان از داروهای زیر برای تسکین آنها استفاده نمود:

الف - داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای

- ۱- هم‌زمان با شروع مصرف کلونیدین جهت سمت زدائی، درمان با آمی‌تریپتیلین را آغاز کنید. دارو را به مقدار ۷۵-۱۰ میلی‌گرم در روز تجویز نموده و بر حسب نیاز، مقدار آن را به تدریج تا ۳۰۰-۱۵۰ میلی‌گرم بالا ببرید. مصرف توأم این دو دارو، احتمال سقوط فشار خون ناشی از مصرف کلونیدین را کاهش می‌دهد و باعث تخفیف برخی از علائم ناشی از بازگیری (مثل اضطراب و بی‌خوابی و ...) می‌گردد.
- ۲- در صورتیکه بیمار دچار بی‌خوابی باشد، نیمی از دوز مصرفی دارو را شب، به هنگام خواب، تجویز نمایید.

۳- با توجه به احتمال همراهی وابستگی به مواد با سایر اختلالات روانی (به خصوص افسردگی)، امکان استفاده از این دارو به منظور اقدام به خودکشی توسط بیمار را در نظر داشته باشید. و از در اختیار دادن داروی مورد نیاز برای مصرف بیش از یک هفته، به خصوص به بیماران افسرده و دارای افکار خودکشی و بیمارانی که نظارتی بر مصرف دارو توسط آنها (مثلاً توسط افراد خانواده) وجود ندارد، جداً خودداری کنید.

۴- در بیمارانی که سابقه اختلال خلقی دوقطبی دارند، احتمال بروز یک حمله مانیک را به دنبال مصرف آمی‌تریپتیلین در نظر داشته باشید و از مقادیر کمتر دارو استفاده کنید.
۵- در تجویز دارو به بیماران مبتلا به اختلالات کبدی و کلیوی احتیاط کنید.
۶- پس از طی دوره بازگیری، چنانچه به ادامه مصرف داروی ضد افسردگی نیازی وجود نداشته باشد، دارو را به تدریج و ظرف چند روز قطع نمایید.

ب- داروهای ضد درد غیرمخدر

در صورت وجود دردهای عضلانی- استخوانی، به خصوص در طی دوره بازگیری، از ایبوپروفن به مقدار ۸۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم سه تا چهار بار در روز (حداکثر ۳۲۰۰ میلی‌گرم در روز) استفاده نمایید.

پ- داروهای آنتی هیستامینی

در صورت وجود بیقراری (یا بی‌خوابی)، به خصوص در طی دوره بازگیری، دیفن‌هیدرامین به مقدار ۵۰-۲۵ میلی‌گرم هر ۶-۴ ساعت (یا ۵۰ میلی‌گرم برای درمان بی‌خوابی به هنگام خواب)، یا هیدروکسی‌زین به مقدار ۱۰۰-۲۵ میلی‌گرم سه تا چهار بار در روز تجویز نمایید.
مراقب احتمال سوءمصرف این داروها توسط بیمار باشید.

ت- داروهای آنتی سایکوتیک

در صورت وجود بی‌قراری یا بی‌خوابی شدید در طی دوره بازگیری و عدم تأثیر آنتی‌هیستامین‌ها، می‌توانید از فنوتیازینهای گروه آلیفاتیک مثل کلرپرومازین به مقدار ۱۰۰-۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت به صورت خوراکی استفاده کنید.

با توجه به اثر کاهنده فشار خون کلرپرومازین، چنانچه این دارو را تجویز می‌کنید، در مورد کنترل فشار خون دقت بیشتری کنید. پس از رفع نیاز به مصرف این دارو، آن را به تدریج و ظرف چند روز قطع نمایید. توجه داشته باشید که مصرف هم‌زمان نالترکسون و فنوتیازینهای گروه پیریدین (مثل تیوریدازین) می‌تواند سبب خواب آلودگی و لتارژی شدید در بیمار شود. لذا از مصرف هم‌زمان این دو دارو خودداری نمایید.

ث- داروهای ضد تهوع و داروهای ضد اسپاسم

در صورت بروز استفراغهای شدید و مکرر در طی دوره بازگیری از کلرپرومازین به مقدار ۱۰۰-۲۵ میلی‌گرم هر ۶-۴ ساعت (به صورت خوراکی و در صورت نیاز تزریقی) یا متوکلوپرامید به مقدار ۱۵-۱۰ میلی‌گرم خوراکی ۴ بار در روز، ۳۰ دقیقه قبل از غذا استفاده نمایید.

چنانچه بیمار در طی دوره بازگیری دچار کولیکهای روده‌ای و اسهال شد، هیوسین به مقدار ۲۰ میلی‌گرم خوراکی چهاربار در روز و یا ۲۰ میلی‌گرم به صورت عضلانی استفاده نمایید..

ج- بنزودیازپین‌ها

در صورت بروز اضطراب و بی‌خوابی شدید در بیماران در طی دوره سم‌زدایی از آگزاپام به میزان حداکثر ۲۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت استفاده کنید.

لوفکسیدین (Lofexidine)

• مقدمه

لوفکسیدین یک آلفا- دو آگونیست دیگر است که در کارآزمایی‌های بالینی در کاهش علائم ترک به اندازه کلونیدین مؤثر بوده است اما درجات کمتری از افت فشار خون را نشان داده است. همچنین دیده شده است که در مقایسه با سم‌زدایی با متادون با سرعت بیشتری موجب کاهش علائم ترک می‌شود، خصوصاً چنانچه شیوه ترک ۵ روزه لوفکسیدین به کار برده شود. افت فشار خون ناشی از لوفکسیدین را می‌توان با کاهش دوز آن درمان کرد. پذیرش بیماران نسبت به لوفکسیدین بیش از کلونیدین است اگرچه احتمالاً به اندازه پذیرش متادون نیست. این دارو بطور روزافزونی در سم‌زدایی اویپوئیدها بکار برده می‌شود. در بریتانیا به صورت قرص‌های ۰/۲ میلی‌گرمی با نام تجاری بریتلوفکس (BritLofex) به فروش می‌رسد. لوفکسیدین هنوز توسط FDA ایالات متحده پذیرفته نشده است. این دارو هنوز در ایران در دسترس نیست.

این دارو همانند کلونیدین چه به تنهایی و چه توأم با متادون در شیوه‌های سم‌زدایی سرپایی و بستری استفاده می‌شود و در کاهش علائم ترک اویپوئیدها همچون لرز، تعریق، کرامپ شکمی، اسهال، درد عضلانی، آبریزش از بینی و اشک‌ریزش مؤثر است.

عوارض جانبی آن خواب‌آلودگی، خشکی مخاطها (خصوصاً دهان، گلو و بینی)، افت فشارخون، برادی‌کاردی، فشارخون ریباند هنگام قطع دارو، رخوت و کما هنگام بیش‌مصرف است.

الکل و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور با لوفکسیدین تداخل اثر داشته و موجب افزایش آثار رخوت‌زایی (sedative) آن می‌شوند. لذا باید به بیماران توصیه کرد که از نوشیدن الکل در دوره مصرف لوفکسیدین خودداری کنند و نیز داروهای آرام‌بخش را صرفاً با توصیه پزشک مصرف کنند.

• موارد تجویز

مشابه موارد تجویز کلونیدین است.

• روش و مقدار تجویز دارو

در ابتدا با ۰/۲ میلی‌گرم دوبار در روز شروع می‌کنیم و چنانچه لازم باشد روزانه ۰/۲ تا ۰/۴ میلی‌گرم به میزان دارو می‌افزاییم تا به حداکثر ۲/۴ میلی‌گرم روزانه برسد. به شرطی که بیمار عدم مصرف اویپوئیدها را رعایت کند، مدت درمان ۷ تا ۱۰ روز است. (اگرچه گاهی مدت درمان لازم است طولانی‌تر شود). دارو را بتدریج در عرض ۴-۲ روز و یا بیشتر قطع می‌کنیم (تا از ایجاد rebound hypertension جلوگیری شود). مصرف در کودکان توصیه نمی‌شود.

همانند سم‌زدایی با کلونیدین، می‌توان از سایر داروها در کنترل کامل علائم ترک استفاده کرد. موارد

احتیاط و ممنوعیت

در بیماری کرونری شدید، سکته قلبی اخیر، بیماری عروق مغزی، برادی‌کاردی قابل‌توجه (باید ضربان قلب را بطور مکرر کنترل کرد)، اختلال کلیوی، سابقه افسردگی (چنانچه قصد درمان طولانی‌مدت تر با لوفکسیدین داشته باشیم باید با احتیاط مصرف کرد). در حاملگی و شیردهی مصرف آن ممنوع است. مصرف آن در کودکان توصیه نمی‌شود.

متادون (methadone)

متادون یک داروی شبه‌افیونی صناعی است که از راه خوراکی و تزریقی مصرف می‌شود. مدت اثر متادون بیش از ۲۴ ساعت است. بنابراین مصرف یک‌بار در روز آن کافی است. دوره‌های متنوع کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت (تا ۱۸۰ روزه) سم‌زدایی با متادون طراحی شده است.

• موارد تجویز

- افراد سالخورده و زنان باردار.
- بیماران مبتلا به اختلالات قلبی و عروقی.
- بیماران جوان که موفق به ترک با کلونیدین نبودند.

- بر اساس نظر روانپزشک برای درمان سرپایی بیمارانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده و کمتر از یکسال سابقه اعتیاد دارند.

- درمان بستری افراد مسن و کسانی که توأمأً دچار بیماری جسمی هستند.

- عدم موفقیت و رضایت بیمار از سایر روشهای درمانی

- بیماران معتاد به هرئین

• عوارض جانبی و موارد احتیاط

متادون ایجاد تحمل، وابستگی روانی و جسمی می‌کند. همچنین ممکن است سرگیجه، افسردگی، رخوت، سرخوشی، ملال، سرآسیمگی و تشنج بدهد. گاهی نیز دلیریوم و بی‌خوابی می‌دهد. بیش‌مصرف متادون با تضعیف دستگاه تنفس و گردش خون موجب ایست تنفسی، ایست قلبی و مرگ می‌گردد. متادون را در بیماریهای تنفسی، اختلالات کبدی و کلیوی، و اختلالات تشنجی باید با احتیاط مصرف کرد.

مصرف متادون در زنان حامله معتاد کم‌خطرتر از مصرف دیگر مواد شبه‌افیونی است. معلوم نیست که آیا درمان با متادون برای جنین مضر است یا نه. زنانی که متادون مصرف می‌کنند نباید به فرزند شیرخوار خود شیر بدهند

• روش و مقدار تجویز دارو

متادون به صورت قرصهای ۵ میلی‌گرمی و آمپولهای ۵ و ۱۰ میلی‌گرمی در بازار ایران موجود است. درمان تزریقی با متادون نه برای سم‌زدایی و نه درمان نگاهدارنده از نظر علمی جایگاهی ندارد. معاینه بیمار پیش از آغاز درمان ضروری است. به علائم ترک و مسمومیت می‌بایست به طور خاص توجه کرد.

وجود هیپاتیت پیش از مرحله سیروز معمولاً مشکلی در متابولیسم متادون ایجاد نمی‌کند. اما انجام آزمونهای مربوط به آلودگی به هیپاتیت B و C و آزمونهای کارکرد کبدی بهتر است انجام شوند. برای سم‌زدایی می‌بایست شرایط بیمار و سرعتی که می‌خواهد با آن سم‌زدایی شود مد نظر باشد. سم‌زدایی میتواند به خوبی به طور سرپایی انجام پذیرد، اما نباید متادون به دست بیمار داده شود بلکه وی می‌بایست روزانه برای دریافت دوز متادون همان روز به مرکز درمانی مراجعه کند. دوز اولیه ۲۰-۵ میلی‌گرم خوراکی است. برای بسیاری از معتادان به تریاک ۵ میلی‌گرم در روز برای شروع کافی است.

این دوز معمولاً علائم ترک را کنترل می‌کند. در صورت ادامه علائم ترک می‌توان این دوز را پس از دو ساعت تکرار کرد. قاعده این است که نباید بیش از ۴۰ میلی‌گرم متادون در ۲۴ ساعت اول درمان

مصرف کرد مگر در کسانی که به مواد مخدر با درجه خلوص بالا دسترسی داشته‌اند. داروی مورد نیاز روزانه را می‌توان یکجا یا بصورت منقسم تجویز کرد. دوزهای بیش از ۴۰ میلی‌گرم را باید با احتیاط تجویز نمود زیرا ممکن است در افرادی که نسبت به آن تحمل ندارند باعث مسمومیت حاد و کشنده شود. باید توجه داشت که معتادان معمولاً میزان مصرف خود را بیش از میزان واقعی ذکر می‌کنند تا متادون بیشتری دریافت کنند و علائم ترک کمتری داشته باشند.

افزایش دوز یک روز در میان صورت می‌گیرد تا زمانی که دیگر علائم ترک یا مسمومیت مشاهده نشوند. افزایش کم دوز دارو می‌تواند با عود بالاتر همراه باشد. افزایش بیش از اندازه دارو باعث خواب‌آلودگی و سایر عوارض مصرف بیش از اندازه می‌گردد. برای سم‌زدایی معمولاً حداکثر دوز مورد نیاز از ۶۰ میلی‌گرم تجاوز نمی‌کند.

سم‌زدایی بامتادون می‌تواند از ۱۰ روز تا شش ماه به طول بیانجامد. سرعت کاهش دارو با نیازهای بیمار و وضعیت وی تنظیم می‌گردد. کاهش آرام (۳ تا ۱۰٪ در روز) مقدار مصرفی احتمالاً بهتر از کاهش سریع است. حداکثر کاهش دوز درمانی در مقادیر بالاتر ۲۰٪ میزان مصرف روزانه است. هنگامیکه دوز مصرفی متادون به ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم رسید بهتر است این میزان تا چند روز حفظ شوند. سپس دوز ۱۰ میلی‌گرمی می‌تواند به تدریج به ۷/۵ میلی‌گرم، سپس ۵ میلی‌گرم و ۲/۵ میلی‌گرم کاهش یافته و سپس قطع شود.

در صورت عود و مصرف مجدد ممکن است کاهش دوز در دوره سم‌زدایی، سریع بوده باشد. بنابراین می‌توان به طور موقت دوز را افزایش داد.

کلونیدین + متادون

• موارد تجویز

- موارد تجویز هر یک از روشهای سم‌زدایی با کلونیدین و متادون، در این روش نیز صادق است.
- در مواردی که سم‌زدایی سریعتر و مصرف کمتر متادون مورد نظر باشد.
- با نظر روانپزشک معالج

• روش و مقدار تجویز دارو

- دوز شروع همانند سم‌زدایی با متادون است.
- پس از تثبیت دوز متادون، شروع به کاهش دوز متادون به میزان روزانه ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌کنیم.
- تجویز کلونیدین توأم با متادون هنگامیکه مقدار متادون به ۳۰-۲۰ میلی‌گرم در روز برسد.

- قطع سریعتر متادون (سرپایی کمتر از ۴ هفته و بستری کمتر از ۲ هفته).
- میزان کلونیدین را می‌توان از روزانه ۰.۰۵ میلی‌گرم در روز شروع و به تدریج مقدار آن را بالا برد به طوری که با قطع متادون مطابق روش کلونیدین تنها، درمان ادامه می‌یابد.
- درمان سرپایی و بستری مشابه روشهای کلونیدین و متادون است.

بوپرنورفین (buprenorphin)

این ماده آثار توأم آگونیست - آنتاگونیست داشته و اخیراً بنظر می‌رسد جانشین مناسبی برای متادون باشد زیرا کمتر از متادون مورد سوء مصرف واقع می‌شود. علائم ترک با این دارو کمتر از کلونیدین است. میزان موفقیت ۸۰-۶۰٪ گزارش شده است.

• موارد تجویز

- موارد تجویز سرپایی و بستری آن مشابه متادون است.
- در بیمارانی که سابقه مشکلات قلبی تنفسی، خطر خودکشی و مسمومیت با متادون دارند، می‌تواند انتخاب مناسبی باشد

روش و مقدار تجویز دارو

- ۱- دوره سم‌زدایی ترجیحاً ۵ روزه است (جدول ۴-۶)، البته می‌توان این مدت را قدری افزایش داد. اگرچه معمولاً دوره بیش از ۱۰ روز لزومی ندارد.
- ۲- ارزیابی مقدار معادل بوپرنورفین (۸-۲ میلی‌گرم زیر زبان در روز) در شروع سم‌زدایی صورت می‌گیرد.
- ۳- بر اساس پاسخ بالینی، میزان دارو را می‌توان به حدود ۱۰ میلی‌گرم تا روز سوم بالا برد، سپس در طول روزهای بعدی سم‌زدایی کاهش داد.
- ۴- می‌توان مقدار لازم را یکبار در روز تجویز نمود.

جدول ۴-۶- برنامه پیشنهادی سم‌زدایی با بوپرنورفین

روز	دوز	محدوده مورد قبول
روز اول	۶ میلی‌گرم	۴-۸ میلی‌گرم
روز دوم	۸ میلی‌گرم	۴-۱۲ میلی‌گرم

روز سوم	۱۰ میلی‌گرم	۴-۱۶ میلی‌گرم
روز چهارم	۸ میلی‌گرم	۲-۱۲ میلی‌گرم
روز پنجم	۴ میلی‌گرم	۰-۸ میلی‌گرم

روش دیگر سم‌زدایی نیز وجود دارد که در آن، برای کاهش مقدار دارو، لازم است پس از ۲۴ تا ۴۸ ساعت که علائم بیماری ثابت شده و کنترل گردیدند، هر دو روز ۲۵ تا ۵۰ درصد از مقدار تجویز شده کاسته تا قطع گردد.

بهتر است از تجویز بنزودیازپین‌ها حین سم‌زدایی با بوپرنورفین دوری جست؛ با این وجود، می‌توان در صورت نیاز به آرام‌بخشی شبانه، این داروها را حداکثر دو یا سه شب تجویز نمود. هنوز مصرف بوپرنورفین در حاملگی توصیه نشده است. زنان تحت درمان با بوپرنورفین نباید به فرزند شیرخوار خود شیر دهند.

درمان تزریقی با بوپرنورفین نه برای سم‌زدایی و نه درمان نگاه‌دارنده مناسب نیست زیرا باعث افزایش احتمال سوءمصرف تزریقی بوپرنورفین و دیگر مواد پس از دوره سم‌زدایی می‌شود.

سم‌زدایی سریع (rapid detoxification)

آنتاگونیستهای مواد افیونی آثار مواد شبه‌افیونی را وقفه داده و یا با آنها مقابله می‌کنند و مانع ظهور آثار این مواد می‌شوند. برخلاف متادون این داروها آثار مخدر نداشته و اعتیادآور نیستند. آنتاگونیستهای مواد افیونی شامل داروهای زیر می‌باشند.

- نالتراکسون (naltrexone):

- نالوکسون (naloxone)

• موارد تجویز

در موارد مقاوم و شکستهای متعدد با روشهای دیگر این روش را می‌توان در افراد جوان، سالم که از درمانهای آگونیست نتیجه نگرفته‌اند و یا به فروش آگونیستها در بازار سیاه روی آورده و یا به مسمومیت مبتلا شده‌اند، به کاربرد.

• روش و مقدار تجویز دارو

۱- تجویز کلونیدین و افزایش سریع مقدار آن

- ۲- تجویز نالوکسون حدود ۲ میلی گرم عضلانی یا زیرجلدی در روز و یا نالترکسون روز اول ۱۲/۵ میلی گرم، روز دوم ۲۵ میلی گرم و روز سوم ۵۰ میلی گرم.
- ۳- اضافه نمودن آرام بخشها (بنزودیازپینها، نورولپتیکها، آنتی هیستامینها)
- ۴- اطمینان از حصول ترک با انجام آزمون چالش نالوکسون
- روش درمانی فوق بایستی به صورت بستری صورت گیرد. طول دوره سم زدایی با این شیوه حدود ۷۲ ساعت است.

سم زدایی فوق سریع

ultra rapid opioid detoxification (UROD)

• مقدمه

طول فاز حاد سم زدایی را می توان با استفاده از آنتاگونیستهای مواد شبه افیونی با جابجایی آگونیستها از روی گیرنده های شبه افیونی به طور قابل ملاحظه ای کوتاه نمود. البته انجام این روش موجب بروز علائم ترک با شدت بسیار بیشتر از قطع ناگهانی مواد شبه افیونی می شود.

اساس این روش استفاده از داروهای کمکی قبل از بی هوشی جهت کاهش استفراغ و فعالیت روده ها مانند ساندوستاتین (Octrocid) و سایمتیدین و تنظیم فعالیت خودکار با استفاده از کلونیدین است که به دنبال آن بیمار sedate و intubate می شود و تحت بی هوشی عمومی سبک با استفاده از میدازولام (Versed) و یا پروپوفول (Dipivan) قرار می گیرد. پس از آن از نالترکسون با لوله معده (و یا نالوکسون وریدی) جهت سم زدایی تحت بی هوشی عمومی بمدت ۸-۴ ساعت استفاده شده و بیمار به اطاق ریکاوری منتقل می شود. در حالی که برخی از بیماران ممکن است پس از اتمام بی هوشی علائم خفیف ترک را تجربه نمایند بسیاری از بیماران ممکن است ۷۲-۲۴ ساعت بعد نیز احساس درد و ناکامی (washed out) نمایند.

• موارد تجویز

در افراد جوان و سالم، در کسانی که از درمانهای آگونیست نتیجه نگرفته اند، در کسانی که به فروش آگونیستها (متادون) در بازار سیاه روی آورده اند، در کسانی که به مسمومیت با آگونیستها دچار شده اند، در کسانی که به سایر روشهای سم زدایی مقاوم بوده و با شکستهای متعدد روبرو بوده اند، در کسانی که تحمل علائم شدید ترک را نداشته و یا به طور مکرر قادر به تکمیل برنامه ترک نبوده اند، مواردی بوده اند که تابحال این روش به کار برده شده است.

این روش تنها در شرایط بستری و با حضور متخصص بی‌هوشی و امکانات احیای قلبی-ریوی مجاز است.

بیماران بلافاصله پس از اتمام سم‌زدایی باید رژیم نالترکسون خوراکی (۲۵-۵۰ mg/d) را شروع کنند. اظهار نظر قطعی در مورد سودمند بودن این روش نیازمند تحقیقات بیشتر است.

فصل ۸: پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی با نالترکسون

اهداف آموزشی:

۱- آشنایی پزشکان با روش دارویی پیشگیری از عود

۲- آشنایی پزشکان با جزئیات درمان با نالترکسون

از آنجا که پس از اتمام سم‌زدایی بیمار هنوز ولع زیادی برای مصرف مواد افیونی دارد لازم است برای وی اقدامات درمانی پیشگیری از عود صورت پذیرد. این اقدامات به دو دسته دارویی و روانشناختی تقسیم می‌شوند. در اینجا به اقدامات دارویی به‌وسیله نالترکسون می‌پردازیم. اقدامات روانشناختی پیشگیری از عود در فصل ۱۶ آمده است.

تجویز آنتاگونیست باعث مهار اثر آگونیستهای مخدر می‌گردد. بدین ترتیب شخص معتاد در صورتیکه قبل از مصرف مواد افیونی، آنتاگونیست دریافت کرده باشد، با مصرف مواد مخدر دچار حالات نشئگی نخواهد شد. لذا این مسئله از تمایل او به مصرف مواد افیونی خواهد کاست. در عمل بسیاری از معتادان بعد از ترک حاضر به تداوم مصرف آنتاگونیست نیستند. معروف‌ترین آنتاگونیست خوراکی که مورد مصرف قرار می‌گیرد نالترکسون است.

نالترکسون (naltrexone)

نالترکسون یک آنتاگونیست خالص طولانی‌اثر (۷۲ ساعت) مواد افیونی است که بیشتر به صورت روزانه یکبار تجویز می‌شود.

• عوارض جانبی و موارد احتیاط

باید مواظب بود تا حداقل ۷ تا ۱۰ روز از آخرین مصرف ماده شبه‌افیونی گذشته باشد وگرنه ممکن است علائم ترک مواد شبه‌افیونی رخ دهد. این علائم بیش از ۲۴ ساعت (حتی تا ۷۲ ساعت) دوام خواهد داشت.

نالترکسون در مقادیر بالاتر از ۵۰ میلی‌گرم در روز می‌تواند به صورت وابسته به دوز سبب مسمومیت کبدی شود. البته در افراد دچار بیماری زمینه‌ای کبد حتی ۵۰ میلی‌گرم در روز هم می‌تواند سمی باشد. از این رو در شش ماه نخست درمان باید ماهانه آمینوترانسفرازهای سرم (SGOT, SGPT) را پایش کرد و از آن پس نیز اگر شک بالینی وجود داشت، باید این کار را انجام داد.

اگر در زمانی که نالترکسون در بدن فعالیت دارویی دارد به تسکین درد احتیاج افتاد، باید از مصرف مواد شبه‌افیونی اجتناب کرد و در عوض بنزودیازپینها یا سایر مسکنهای غیرافیونی را به کار برد. به بیماران تحت درمان با نالترکسون باید آموزش داد که مقادیر کم ماده شبه‌افیونی اثری نخواهد داشت، ولی مقادیر بیشتر می‌تواند بر مهار گیرنده‌ها فائق آید و ناگهان سبب بیش‌مصرف ماده شبه‌افیونی شود که می‌تواند کشنده باشد.

مصرف نالترکسون در بیماران مصرف‌کننده آگونیستهای مواد شبه‌افیونی، در بیماران دچار هپاتیت حاد یا نارسایی کبد، و در بیماران دچار حساسیت مفرط به آن ممنوع است. بهتر است از مصرف آن در حین حاملگی اجتناب شود. نالترکسون داروی نسبتاً بی‌خطری است با این حال در موارد بیش‌مصرف باید اقدامات حمایتی و تلاش در جهت کاهش جذب گوارشی آن به عمل آید.

• تداخلهای دارویی

داروهای ضدسرماخوردگی که حاوی مواد شبه‌افیونی هستند را نباید همراه نالترکسون مصرف کرد چرا که نالترکسون مانع اثر آنها می‌شود. نالترکسون رخوت ناشی از فنوتیازینها را تقویت می‌کند.

• روش و نحوه تجویز دارو

§ پیش از مصرف دارو

شروع مصرف نالترکسون نیازمند سم‌زدایی کامل است و نباید به بیماری که به صورت کامل سم‌زدایی نشده است نالترکسون تجویز نمود زیرا با علائم شدید ترک همراه است. بدین منظور بهتر است لااقل ۷ روز از آخرین وعده مصرف مواد شبه‌افیونی کوتاه‌مدت نظیر هروئین یا مرفین، و لااقل ۱۴ روز از آخرین

وعده مصرف مواد شبه‌افیونی طولانی مدت نظیر متادون (و تریاک) گذشته باشد یا آزمایش ادار بیمار از نظر متابولیت‌های مواد شبه‌افیونی منفی باشد. اگرچه هیچ یک از موارد ذکر شده قطعی نیست و لذا جهت اطمینان از سم‌زدایی توصیه می‌شود از **آزمون چالش نالوکسون (naloxone challenge test)** استفاده شود. بدین صورت که ۰/۸ میلی‌گرم نالوکسون به صورت زیرجلدی تزریق می‌شود. سپس بیمار به مدت ۲۰ دقیقه از لحاظ نشانه‌های ترک (گرفتگی یا آبریزش بینی، اشک‌ریزش، خمیازه، تعریق، ترمور، استفراغ، سیخ‌شدن موها) و علائم ترک (احساس تغییر دما، درد مفصل یا استخوان و عضله، احساس اسپاسم در عضلات شکم، احساس مورچه روی یا خزیدن مورچه زیر پوست) تحت نظر گرفته می‌شود. در صورت بروز هر یک از نشانه‌ها یا علائم مذکور نباید نالترکسون تجویز شود. در صورت وجود شک، باید مصرف نالترکسون را به مدت ۲۴ ساعت به تأخیر انداخت و بار دیگر آزمون چالش نالوکسون را انجام داد. در صورت عدم بروز علائم ترک می‌توان نالترکسون را با خیال راحت شروع کرد.

§ تجویز دارو

اثر نالترکسون در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه پس از مصرف ظاهر می‌شود. نالترکسون فقط به صورت خوراکی مصرف می‌شود. شروع مصرف با مقدار ۵ یا ۱۰ یا ۱۲/۵ یا ۲۵ میلی‌گرم است و سپس به تدریج در عرض یک ساعت تا چهار روز ضمن پایش علائم ترک به مقدار ۵۰ میلی‌گرم رسانده می‌شود. البته مصرف ۱۰۰ میلی‌گرم یک روز در میان یا ۱۵۰ میلی‌گرم سه روز در میان نیز جهت افزایش پذیرندگی بیماران تجویز می‌شود.

برای نیل به حداکثر پذیرندگی توصیه شده است که هر نوبت مصرف دارو تحت نظارت مستقیم یک مرکز طبی یا یکی از اعضای خانواده بیمار صورت گیرد و ادرار بیمار نیز هر از گاهی به طور تصادفی از نظر وجود متابولیت‌های مواد شبه‌افیونی آزمایش شود.

§ پایان مصرف دارو

مصرف نالترکسون را باید آن قدر ادامه داد که دیگر بیمار به لحاظ روانی در معرض خطر بازگشت به مصرف ماده شبه‌افیونی نباشد و این عموماً حداقل شش ماه وقت می‌برد ولی اگر فشارهای روانی بیرونی هم همراه باشد می‌توان بیش از شش ماه نیز تجویز نمود.

همان طور که گفته شد کاربرد نالترکسون بر این نظریه متکی است که وقفه تأثیرات مواد افیونی (به خصوص نشئه) بیمار را از رفتار موادجویانه دلسرد ساخته و موجب رفع حالت شرطی نسبت به مواد افیونی می‌شود. تنها ضعف مدل درمان با آنتاگونیست‌ها فقدان سازوکاری است که شخص را به ادامه مصرف آنتاگونیست وادار سازد.

موفقیت نالترکسون ارتباط زیادی با عوامل اجتماعی نظیر تحصیلات، شغل، تأهل، انگیزه بالا، حمایت خانوادگی و اجتماعی مناسب و ادامه درمانهای روانشناختی دارد. وجود فشار انضباطی از جانب کارفرمایان و سیستم قانونی از جمله عوامل مهم دیگر در موفقیت است.

فصل ۹: درمانهای نگاهدارنده با آگونیستهای مواد افیونی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با فلسفه درمان نگاهدارنده با آگونیستهای مواد افیونی
- ۲- آشنایی پزشکان از موارد تجویز درمان نگاهدارنده
- ۳- آشنایی پزشکان با جزئیات شیوه‌های درمان نگاهدارنده
- ۴- آشنایی پزشکان با چگونگی درمان زن حامله وابسته به مواد افیونی
- ۵- آشنایی پزشکان با چگونگی درمان نوزاد وابسته به مواد افیونی

مقدمه

مبانی نظری، میزان موفقیت، گروههای مخاطب و شیوه اجرای درمان نگاهدارنده با آگونیستهای مواد افیونی به میزان زیادی با درمان با آنتاگونیستها (نالترکسون) تفاوت دارد. در مورد نخست، آگونیستهای افیونی جایگزین مواد افیونی غیرمجاز و قاچاق شده و ممکن است سالها تجویز آنها ادامه یابد. مبانی نظری تجویز آگونیستهای افیونی بدین قرار است:

۱- پرهیز کامل و درازمدت از سوءمصرف مواد افیونی برای گروه معتادان بسیار دشوار است و نسبت قابل توجهی از افرادی که دوره سم‌زدایی را پشت سرگزارده‌اند و بعد از ۶ ماه مجدداً عود می‌کنند. به همین دلیل بهتر است بجای تلاش‌های کم‌موفقیت برای سم‌زدایی، جایگزین مناسبی برای مصرف مواد مخدر غیرمجاز فراهم گردد.

۲- ترکیبات مخدر دارویی به طور بهداشتی تهیه شده و به صورت قانونی و با قیمت نازل توزیع می‌گردند. ماهیت بهداشتی این مواد از خطرات مصرف مواد غیرمجاز مانند مسمومیت‌های احتمالی و انتقال بیماری‌های عفونی مانند ایدز، هپاتیت و آندوکاردیت می‌کاهد. ماهیت قانونی آنها باعث می‌گردد که افراد معتاد بجای تماس با شبکه‌های جنایت‌پیشه و نامطمئن با کادر سالم پزشکی در تماس باشند. عدم مراجعه به شبکه‌های غیرمجاز توزیع، از سودآوری فعالیت این عده می‌کاهد و خودبخود باعث محدودیت قاچاق مواد مخدر می‌گردد. عدم تماس با این شبکه‌ها از صدمات احتمالی درگیری با آنها نیز می‌کاهد و باعث کاهش آمار نزاع و درگیری با قاچاقچیان می‌شود. قیمت نازل و بعضاً رایگان مواد مخدر جایگزین، باعث می‌گردد که معتادان برای تهیه دوز روزانه خود مجبور به انجام امور خلاف قانون جهت کسب پول نباشند. به همین دلیل علاوه بر کمک به اقتصاد خانواده آنها را از اموری چون سرقت، فحشا و قاچاق مواد برای کسب هزینه آن می‌کاهد. بدین طریق عده زیادی از وابستگان به مواد مخدر از سلطه و استثمار سوداگران مواد مخدر رهایی می‌یابند.

۳- آگونیست‌های مواد افیونی به گونه‌ای ساخته شده‌اند که دارای نیمه‌عمر طولانی هستند به همین دلیل می‌توان آنها را به فواصل طولانی‌تر مصرف نمود که بر بهبود فعالیت معتادان اثر مثبت خواهد داشت. از طرف دیگر نیمه‌عمر طولانی این داروها از بروز عوارض محرومیت در طی روز جلوگیری می‌کند و با حذف این حالات بر احساس راحتی معتادان اثر مثبت می‌گذارد. سطح سرمی یکنواخت و غیرنوسانی آگونیست‌ها مانع بروز حالات ولع برای مصرف مواد نیز می‌شود. حالات ولع سرمنشأ بسیاری از رفتارهای تکانه‌ای معتادان است و از حالات خشم، رفتارهای ستیزه‌جویانه و ناپایداری تصمیم‌گیری و رفتار جلوگیری می‌کند.

۴- دوز تجویزی آگونیست‌ها به گونه‌ای است که می‌تواند علاوه بر رفع علائم محرومیت، سطح بالاتری از آگونیست در بدن ایجاد کند که برای افراد غیرمعتاد ممکن است مسموم‌کننده باشد. سطح بالای آگونیست‌ها باعث می‌گردد تا مصرف مقادیر متعارف سایر مواد مخدر برای فرد نشئگی ایجاد نکند. اگر بیماری که تحت درمان با آگونیست‌ها است بخواهد به صورت توأم مواد افیونی غیرمجاز نیز مصرف کند باید از مقادیر بالای مواد مخدر استفاده کند که همین امر مانع مصرف تفننی و جزیی مواد مخدر می‌شود.

مصرف سنگین مواد مخدر غیرمجاز نیز گران تمام شده و معمولاً بیمارانی که تحت درمان با آگونیستها هستند تمایل کمتری بدان دارند.

در گروه آگونیستها متادون، بوپرنورفین و LAAM قرار دارند.

روشهای درمان نگاهدارنده با آگونیستهای افیونی

متادون (methadone)

• مقدمه

متادون یک آگونیست گیرنده‌های مو با نیمه‌عمر نسبتاً طولانی (۳۶-۲۴ ساعت) است. دوزهای پایین‌تر (حدود ۲۰-۳۰ میلی‌گرم) در کاهش علائم ترک مؤثر است اما برای درمان نگاهدارنده و ایجاد حالات مندرج در بندهای فوق، دوزهای ۶۰-۱۰۰ میلی‌گرم مورد نیاز است. مصرف متادون به طور واضح و آشکار از جرم و جنایت، احتمال ابتلا به ایدز و رفتارهای تکانه‌ای و سوءمصرف مواد مخدر می‌کاهد.

سوءمصرف مواد مخدر نیز در برنامه‌های متادون کاهش یافته و به حدود نصف محدود می‌گردد. نکته مهم آنکه پای‌بندی به برنامه‌های نگاهدارنده با متادون و آثار مثبت حاصل از آن زمانی قابل‌توجه است که برنامه‌های مذکور با درمانهای دیگر مانند مشاوره، روان‌درمانی، گروه‌درمانی، بازتوانی و فعالیتهای مددکاری همراه باشد. اداره کنترل مواد غذایی و دارویی ایالت متحده (FDA) برنامه درمان نگاهدارنده با متادون برای افراد بالای ۱۸ سال با سابقه حداقل یک سال وابستگی و بروز علائم محرومیت هنگام ترک را مجاز می‌شمارد. ارائه دارو به صورت "بردن به منزل" (take-home) مجاز است.

درمان نگاهدارنده با متادون مزیت‌های زیر را دارد:

۱- شخص وابسته به مواد افیونی را از وابستگی به مصرف وریدی هروئین رها کرده لذا شانس انتشار HIV از طریق سوزن آلوده را کاهش می‌دهد.

۲- حداقل حالت نشئه را بوجود می‌آورد.

۳- در مصرف درازمدت ندرتاً موجب خواب‌آلودگی و افسردگی می‌شود.

۴- به بیمار امکان می‌دهد که بجای فعالیتهای مجرمانه به مشاغل مفید روی آورد.

عیب عمده متادون (و سایر آگونیستهای مواد افیونی) آن است که بیمار نسبت به یک ماده مخدر

وابسته باقی می‌ماند.

تجویز متادون به عنوان درمان نگاهدارنده (بیش از ۱۸۰ روز) تنها در مراکزی که شرایط لازم را داشته باشند و کاملاً تحت نظارت مقامات بهداشتی باشند مجاز است. معمولاً چنین مراکزی مجهز به آزمایشگاه

جهت تشخیص سوء مصرف مواد مخدر به شیوه کروماتوگرافی می‌باشند. در آنجا علاوه بر درمان نگاه‌دارنده دارویی، درمانهای غیردارویی همچون گروه‌درمانی، مشاوره فردی، روان‌درمانی فردی و سیستم مددکاری جهت پیشگیری بیماران نیز صورت می‌پذیرد.

• موارد تجویز متادون به عنوان درمان نگاه‌دارنده

- ۱- معتادان مصرف‌کننده هروئین یا ترکیبات مخدر دیگر به صورت تزریقی (مانند تزریق تریاک یا مرفین).
 - بیمارانی که دارای حداقل یکی از شرایط زیر باشند:
 - ۲- اختلال عمده محور یک روانپزشکی به صورت جنون (پسیکوز)، بیماری خلقی یک‌قطبی یا دوقطبی، اختلالهای اضطرابی شدید (PTSD, GAD و...).
 - ۳- اختلال عمده محور دو (اختلال شخصیتی مانند اختلال شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال...).
 - ۴- اختلال عمده رشدی- تکاملی (اوتیسم، Asperger) و عقب ماندگی ذهنی.
 - ۵- بیماری عمده غیرروانی که ترک سوء مصرف مواد مخدر باعث عوارض ناگوار یا ناراحت‌کننده گردد (مانند بدخیمی‌ها، بیماری پیشرفته کبدی، کلیوی، قلبی، گوارشی یا ریوی).
 - ۶- افکار جدی خودکشی یا سابقه مبادرت به آن در زمان ترک مصرف مواد مخدر، انجام خودزنی و صدمات عمدی به خود و دیگران در هنگام ترک مصرف مواد مخدر.
 - ۷- بارداری.
- همانطور که در بالا اشاره شده است، بیمارانی که بیشتر از درمان با متادون سود خواهند برد کسانی هستند که وابستگی‌شان شدیدتر، ماده مصرفی‌شان هروئین و شیوه مصرف آنها تزریقی (بوده) باشد. مدت زمان درمان با متادون می‌بایست بر اساس نیاز و درخواست بیمار تنظیم شود.
- در صورت آغاز درمان با متادون به طور وسیع، بسیاری از افراد معتاد که لزوماً از نظر علمی نامزد این روش درمانی نیستند و روش‌های پرخطر مصرف را نشان نمی‌دهند نیز برای دریافت آن مراجعه خواهند نمود. بسیاری از این افراد می‌توانند از سم‌زدایی با متادون بهره‌مند شده و پس از مدتی مقدار مصرف‌شان کاهش داده شود. از این جهت سم‌زدایی با متادون و درمان نگاه‌دارنده بهتر است در مراکز در کنار هم عرضه شوند و متادون در صورت وجود پیش‌آگهی بهتر در بیمار به تدریج کاهش داده شده و قطع گردد.

• نکات مهم

برای کاهش پی‌آمدهای منفی جنبی درمان با متادون همانند فروش در بازار آزاد و مسمومیت با آن، لازم است که بیماران برای دریافت متادون به طور روزانه مراجعه و دوز روزانه خویش را در حضور پرسنل دریافت نمایند. قرص متادون نباید به هیچ عنوان به صورت نسخه به بیماران عرضه گردد. قرص‌ها می‌بایست پیش از عرضه به بیمار به صورت پودر کوبیده شده و به صورت محلول در آب برای مصرف خوراکی عرضه شوند.

• پیش از درمان

پیش از آغاز درمان بیمار می‌بایست برای درمان ارزیابی و آماده شود:

الف- ارزیابی

۱. اخذ شرح حال

۲. معاینه فیزیکی

۳. آزمایشهای پاراکلینیک

ب- توضیح انواع درمان‌های موجود به بیمار

پ- توضیح برنامه درمان با متادون به بیمار و اعلام موافقت آگاهانه از جانب بیمار

الف- ارزیابی

§ اخذ شرح حال

۱. علت مراجعه در زمان فعلی

۲. تاریخچه مواد مصرفی در گذشته، مقادیر مصرفی، شیوه مصرف و مدت وابستگی

۳. تاریخچه مصرف سایر مواد از جمله سیگار و الکل

۴. ترک‌های قبلی و نتایج آنها، طول مدت دوره‌های پرهیز قبلی

۵. رفتارهای پرخطر مانند: ارتباط جنسی ناایمن، شیوه‌های تزریقی مصرف، رفتارهای

غیرقانونی، مصرف الکل، خالکوبی

۶. داروهای مصرفی

۷. آلرژی

۸. تاریخچه بیماریهای جسمانی

۹. مشکلات روانپزشکی از جمله خودکشی

۱۰. تاریخچه ارتباط‌های اجتماعی از جمله حضانت فرزندان و مصرف مواد در همسر
۱۱. تاریخچه خانوادگی از جمله بیماری‌های جسمانی، روانی و مصرف مواد در افراد خانواده
۱۲. تاریخچه تحصیلی و شغلی
۱۳. مشکلات و درگیری‌های قانونی
۱۴. مرور معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد

§ معاینه فیزیکی با تاکید بر:

علائم ترک، سوء تغذیه، زردی، هیپتواسپلنومگالی، سوفل قلبی، اندازه مردمک‌ها، خالکوبی، علائم بیماری کبدی، علائم عفونت با ویروس نقص ایمنی (HIV)، جای تزریق و آبه.

§ آزمونهای پاراکلینیکی

PPD، آزمایش ادرار برای ردیابی مواد و آزمایش سرمی از نظر: LFT، RPR، HbsAg، AntiHCV و HIV.

ب- توضیح درباره سایر درمانهای موجود

پس از انجام ارزیابی می‌بایست به بیمار راجع به سایر درمانهای موجود مانند:

۱. سم‌زدایی بامتادون و کاهش تدریجی آن
۲. سم‌زدایی با سایر داروها مانند کلونیدین و احیاناً بوپرنورفین
۳. درمان بستری
۴. اجتماع درمان‌مدار (Therapeutic community)

توضیح داده شود تا بیمار اگر تمایل دارد از این شیوه‌های درمانی استفاده کند.

سپس می‌بایست برای سایر مشکلات مشهود در ارزیابی همانند عفونت با ویروسهای پاتوژن خونی (عامل ایدز و هیپاتیت)، بیماری‌های طبی و روانپزشکی و همچنین در صورت امکان برای حل مشکلات خانوادگی، شغلی، مسکن و غیره رایزنی کرده و درمان و ارجاع‌های لازم انجام شوند.

پ- اعلام موافقت بیمار برای آغاز درمان نگاه‌دارنده

بیمار پیش از ورود به برنامه درمان با متادون می‌بایست درک واقع‌بینانه‌ای از این شیوه درمان داشته باشد. به این منظور بیمار می‌بایست از طریق توضیح شفاهی و مطالعه، اطلاعات لازم را در ارتباط با این درمان دریافت نماید.

بیمار باید مطلع باشد که این شیوه، درمانی طولانی مدت بوده و مراجعات روزانه ضروری است. میزان دوز مصرفی هرچند با در نظر گرفتن نظر بیمار است اما در نهایت توسط پزشک تعیین می گردد و نیز این پزشک است که با در نظر گرفتن وضعیت بیمار و مسائل جنبی راجع به تحویل دارو به بیمار جهت مصرف متادون در منزل (take home dose) در مواقع خاص تصمیم می گیرد. فحاشی، تهدید پرسنل، ایجاد نزاع، برخورد فیزیکی، تخریب در محیط درمانگاه و همچنین سعی در فروش مواد به سایر بیماران ممکن است به اخراج از برنامه بینجامد.

• روش و مقدار تجویز دارو

تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران

- قرص های متادون می بایست کوبیده شده و سپس به صورت محلول در آب به بیماران عرضه شوند.
- اگر بناست بیمار به تشخیص پزشک متادون برای مصرف به منزل ببرد، قرص پودر شده می بایست با پودر شربت پرتقال مخلوط گردد تا از تزریق احتمالی آن جلوگیری شود. البته باز هم بهتر است این مخلوط در آب حل شده و سپس تحویل بیمار گردد.

دوره القا (Induction)

- دوز آغازین متادون برای درمان نگاه دارنده ۱۵ الی ۳۰ میلی گرم است (فرض بر مصرف هروئین است).
- بهتر است بیمار تا دو ساعت پس از دریافت اولین دوز متادون مرکز را ترک نکند تا عوارض احتمالی قابل درمان باشند.
- در صورتیکه بیمار مقادیر زیادی هروئین مصرف می کرده است می توان دوز اولیه را به دو قسمت تقسیم کرده، ابتدا ۱۵ میلی گرم به وی داده و مابقی را دو ساعت بعد بر اساس وضعیت بالینی وی تجویز کرد تا از مسمومیت پیشگیری شود.
- از آنجا که خلوص هروئین در ایران کمتر از کشورهای غربی است، بهتر است درمان با ۱۵ میلی گرم در روز (و نه بیشتر) آغاز شود.
- بهتر است دوز مصرفی در سه روز اول ثابت نگاه داشته شود زیرا نیمه عمر متادون ۲۴ ساعت بوده و طی سه روز سطح خونی آن به ۸۷/۵٪ وضعیت پایدار (steady state) خواهد رسید.
- پس از سه روز می توان دوز را با توجه به وضعیت بالینی افزایش داد.

- بهتر است با دوز کم شروع و آهسته آن را بالا برد (Start low- go slow) .
- بیمارانی که علاوه بر متادون به مصرف مواد غیرقانونی همانند هروئین یا تریاک ادامه می دهند، به خصوص در آغاز درمان در خطر مسمومیت و مرگ ناشی از بیش مصرف قرار دارند.
- باید مرتباً به طور جدی به بیمار راجع به مصرف خارج از برنامه هشدار داد.
- باید به بیماران و خانواده‌هایشان گوشزد کرد که مصرف همزمان الکل و داروهای بنزودیازپینی خطر افت تنفسی را به خصوص در اوایل درمان بالا می برد.

دوره پایدارسازی (Stabilization)

- افزایش دوز را می توان بین ۵ الی ۱۰ میلی گرم یک روز در میان انجام داد.
- افزایش کمتر از مقدار مورد نیاز باعث مصرف غیرقانونی به موازات درمان می شود.
- افزایش دوز بیش از حد مورد نیاز باعث خواب آلودگی و سایر عوارض مصرف بیش از حد می گردد.
- دوز مناسب متادون که برای افراد متفاوت است، دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نباشد، نشنگی ناشی از مواد کوتاه مدت اثر مانند هروئین بلوکه شود و ولع مصرف چنین موادی بدون وجود علائم خواب آلودگی یا عوارض مسمومیت به حداقل کاهش یابد.
- اغلب بین ۲ الی ۶ هفته می توان با افزایش، به دوز مناسب برای بیماران دست یافت.
- پس از رسیدن به دوز ۶۰ الی ۸۰ میلی گرم افزایش دوز در هر مرتبه بهتر است از ۵ الی ۱۰ میلی گرم تجاوز نکند.
- بیشترین علت مسمومیت افزایش سریع دوز طی دو هفته اول به علت تخمین بیش از اندازه تحمل و تخمین کمتر از واقعی تجمع متادون در بدن بوده است.
- ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلی گرم پایدار شده، در حالیکه برخی تا ۱۲۰ میلی گرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند.
- دوز بالای ۱۲۰ میلی گرم دوز بالا حساب می شود، اما در مواقعی ممکن است مورد نیاز باشد.

دوره نگاه‌دارنده (Maintenance)

- به دنبال پایدارسازی ممکن است هر چند وقت یکبار نیاز به افزایش دوز متادون باشد.
- یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است.

- افزایش دوز در دوره نگاه‌دارنده نمی‌بایست از ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم هر مرتبه تجاوز کند.

کاهش تحمل به دنبال عدم مصرف

- گاهی بیماران به دلایلی برای دریافت متادون خویش مراجعه نمی‌کنند.
- در صورت غیبت حتی تا سه روز تحمل به متادون و سایر مواد افیونی (در صورتی که بیمار در این فاصله مواد مصرف نکرده باشد) تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد.
- در این صورت مقدار متادون می‌بایست به اندازه قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد.
- طی چند روز می‌توان با توجه به تحمل بیمار مقدار متادون را به اندازه اولیه افزایش داد.
- اگر غیبت پنج روز یا بیشتر باشد بدن قسمت اعظم متادون خویش را دفع کرده است.
- در این صورت میزان متادون را باید تا ۳۰ میلی‌گرم و کمتر از آن کاهش داد و سپس به تدریج با توجه به تحمل بیمار به افزایش دوز متادون اقدام کرد.

استفراغ دوز مصرفی

در صورت استفراغ در:

- ۱۵ دقیقه پس از مصرف خوراکی: باید جایگزینی کل دوز صورت گیرد
- ۱۵ الی ۳۰ دقیقه پس از مصرف: ۵۰٪ متادون جایگزین شود.
- ۳۰ دقیقه یا بیشتر پس از مصرف: اقدامی لازم ندارد.

قطع درمان

نیازی نیست هر کس زمانی شروع به دریافت متادون کرد، مادام‌العمر در این درمان بماند، اما کسانی که در بالا به آنها اشاره شد اغلب برای مدتی طولانی به این شیوه درمان نیازمند خواهند بود. زیرا به احتمال زیاد در صورت قطع درمان مجدداً شیوه‌های پرخطر مصرف خویش را از سر خواهند گرفت. برنامه درمان نگاه‌دارنده با متادون ممکن است تا آخر عمر ادامه یابد اما با توجه به نظر بیمار، اطرافیان و پزشک معالج، قطع آن بعد از ۵-۲ سال پیشنهاد می‌شود. جهت قطع برنامه از کاهش تدریجی دوز مصرفی در طول ۲ تا ۳ ماه مطابق جدول ۱-۹ استفاده می‌شود.

جدول ۱-۹: برنامه کاهش مقدار متادون

میزان کاهش مناسب	دوز نگاه‌دارنده روزانه
۱۰ میلی‌گرم در هفته	> ۸۰ mg
۵ میلی‌گرم در هفته	۴۰ - ۸۰ mg
۲/۵ میلی‌گرم در هفته	< ۴۰ mg

بوپرنورفین (buprenorphine)

یک آگونیست نسبی (partial agonist) گیرنده‌های مخدر است. جذب خوراکی آن پایین است و در واقع از ۱۰ درصد فراتر نمی‌رود اما جذب زیربانی آن ۷۰ درصد است. این دارو برای سم‌زدایی، درمان نگاه‌دارنده کوتاه‌مدت و درازمدت توصیه شده است. تجویز به صورت یک روز در میان نیز میسر است. مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی بوپرنورفین به عنوان یک درمان نگاه‌دارنده آگونیستی است. این دارو مانند متادون در کاهش سوء‌مصرف مواد مخدر غیرمجاز و رفتارهای مجرمانه و ولع مؤثر است. دوز پیشنهادی ۱۶-۸ میلی‌گرم به صورت روزانه یا یک روز در میان است.

یکی از مزایای عمده درمان نگاه‌دارنده با بوپرنورفین این است که در صورت مصرف دوزهای بالاتر از میزان تجویز شده حالات نشئگی یا وقفه تنفسی کمتر مشاهده می‌شود و از این جهت داروی کم‌خطری است. مصرف ۳۲ میلی‌گرم به صورت زیربانی در کسانی که سابقه تماس با دارو را نداشته‌اند نیز باعث اشکال تنفسی نشده است.

مقررات تجویز بوپرنورفین به عنوان درمان نگاه‌دارنده مانند مقررات تجویز متادون است.

تجویز بوپرنورفین تنها به صورت قرص زیربانی مجاز است و تجویز تزریقی آن که در بازار سیاه فروش دارویی ایران شایع شده است بسیار خطرناک است.

(Levo-Alpha-Acetylmethadol) LAAM

LAAM مشتق طولانی‌اثر متادون است. و تا ۷۲ ساعت می‌تواند از بروز علائم ترک مواد شبه‌افیونی جلوگیری کند. LAAM را با دوز ۸۰-۳۰ میلی‌گرم به صورت ۲ تا ۳ روز یک‌بار می‌توان استفاده کرد و عوارض جانبی آن مشابه متادون است.

درمان زنان حامله و نوزادان وابسته به مواد افیونی

اعتیاد به هروئین و (دیگر اویپوئیدها) موجب افزایش میزان سقط خودبخود، دکولمان جفت، توکسمی حاملگی، اکلامپسی، عفونت، زایمان زودرس، و ترومبوفلیت سپتیک می‌شود.

درمان نگاه‌دارنده با متادون به همراه حمایت روانی-اجتماعی و خدمات پزشکی مناسب موجب بهتر شدن سرانجام زنان معتاد به هروئین می‌شود. بهبود تغذیه و بهداشت مادر و افزایش دسترسی به مراقبت پیش از تولد در زنان حامله‌ای که تحت درمان جامع برنامه متادون بوده‌اند منجر به بهبود سرانجام زایمانی شده است.

از آنجا که نیمه عمر متادون در نوزاد طولانی است، ظهور علائم ترک ممکن است با تأخیر شروع شده و برای هفته‌ها ادامه یابد. فنوباریتال و پارگوریک را می‌توان جهت کنترل پرفعالیتی، جلوگیری از تشنج و بهبود مشکلات گوارشی به کار برد. برخی مطالعات حاکی از افزایش میزان نشانگان مرگ ناگهانی نوزاد در کودکانی است که پیش از تولد در معرض متادون بوده‌اند.

دوز متادون در حاملگی مسئله‌ای جدی است. دوزهای کمتر متادون از ایجاد علائم ترک اویپوئید در زنان حامله جلوگیری می‌کند و احتمال بروز علائم ترک را در نوزاد کم می‌کند. دوزهای بالاتر متادون اگرچه با افزایش احتمال رخ دادن علائم ترک در نوزاد توأم است ولی گاهی لازم است تجویز آن جهت جلوگیری از سوءمصرف مداوم هروئین، صورت پذیرد. متابولیسم متادون خصوصاً در سه ماهه سوم چنان زیاد می‌شود که ممکن است دیگر دوزهای کم جوابگو نبوده و مصرف دوزهای بالاتر یا تجویز منقسم دارو به صورت دوبار در روز را ضروری می‌سازد. اگر حاملگی زمانی روی دهد که بیمار تحت مداوا با دوز بالای متادون است جهت کنترل علائم ترک کاهش دوز متادون بایستی کاملاً آهسته (یک میلی گرم هر سه روز یکبار) صورت گرفته و حرکات جنین بدقت کنترل شود. لازم به تذکر است که علائم ترک برای جنین خطرناک بوده و ممکن است موجب سقط و یا مرگ جنین شود.

اگر ترک اعتیاد لازم و یا مورد قبول بیمار باشد در سه ماهه دوم حاملگی می‌توان آن را با حداقل خطر انجام داد. در غیر این صورت تجویز دوز نگاه‌دارنده در حد ۱۰ تا ۴۰ میلی گرم در روز در زن معتاد به هروئین احتمالاً کم‌خطرترین کاری است که در چنین مواردی می‌توان انجام داد. با این دوز پائین نشانگان ترک نوزاد بسیار خفیف بوده و پس از تولد با دوزهای پائین شربت پارگوریک یا داروهای دیگر که پایین‌تر توضیح داده خواهد شد، قابل کنترل می‌باشد

حدود سه چهارم نوزادان متولد شده از مادران معتاد به اویپوئیدها (هروئین، مورفین، متادون) نشانگان ترک را تجربه می‌کنند لذا این نوزادان باید جهت علائم ترک مورد بررسی قرار گیرند. این

علائم معمولاً در ۷۲ ساعت اول پس از تولد رخ می‌دهند. علائم ترک به صورت بی‌قراری، لرزش، گریه با فرکانس صوتی بالا (high pitched cry)، هیپرتونیسیته، خواب و غذا خوردن نامناسب، خال‌خال شدن پوست (mottling)، خمیازه کشیدن، استفراغ، اسهال، تعریق، تشنج و هیپرونتیلیاسیون منجر به آکالوز تنفسی و خراشیدگی پوست (skin excoriation) است. تشنجهای ناشی از ترک می‌تواند جان نوزاد را تهدید کند.

مواد افیونی (همچون شربت پارگوریک و محلول خوراکی مورفین) داروی انتخابی درمان علائم ترک نوزادان می‌باشند. از آنجا که چنین داروهایی در بازار دارویی کشور موجود نمی‌باشد به دیگر روشهای سم‌زدایی نوزادان اشاره می‌کنیم. چنانچه علائم ترک خفیف باشند با بغل کردن و تکان دادن کودک و شیردادن مکرر جهت کاهش بی‌قراری درمان می‌شود. کلونیدین به میزان ۳ تا ۴ میکروگرم بر کیلوگرم در روز (۳-۴ ug/kg/d) به صورت خوراکی یا فنوباریتال ۵ تا ۷ میلی‌گرم بر کیلوگرم در روز (۵-۷ mg/kg/d) به صورت خوراکی یا عضلانی در سه دوز منقسم در کنترل علائم ترک کمک می‌کند. پس از تخفیف علائم، دارو در عرض چند روز تا چند هفته کاسته شده و قطع می‌شود. در کنترل علائم ترک در نوزادان می‌توان از دیازپام نیز استفاده کرد.

نشانگان مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) به میزان بیشتری در نوزادان این گونه مادران دیده می‌شود ولی بازهم کمتر از ۱۰ در ۱۰۰۰ شیرخوار است، لذا استفاده از مونی‌تورینگ قلبی-تنفسی برای این شیرخواران توصیه نمی‌شود.

باید مشخص کرد که آیا وضعیت منزل برای نگهداری ایمن کودک مهیاست یا خیر. با کمک حمایت بستگان، دوستان، و پرستاران ملاقات‌کننده، می‌توان مادر را قادر به نگهداری از نوزاد کرد. در غیر این صورت باید نگهداری کودک را به سیستم بهداشتی-درمانی سپرد.

در مادران معتادی که دوزهای بالا مواد افیونی مصرف می‌کنند، مقادیر زیادی از اوپیوئیدها در شیر ترشح می‌شود و روی شیرخوار تأثیر می‌گذارد به نحوی که در صورت قطع شیر نوزاد دچار علائم ترک می‌شود. لذا توصیه می‌شود زنان دچار اعتیاد به مواد مخدر یا تحت درمان نگاه‌دارنده با آگونیستهای افیونی از شیردادن خودداری کنند.

زن معتاد حامله می‌تواند HIV را از طریق جریان خون جفتی وارد بدن جنین نماید. مادر آلوده به

HIV از طریق شیردادن نیز می‌تواند عامل بیماری را به کودک منتقل نماید.

فصل ۱۰: حشیش (cannabis)

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با کلیاتی در خصوص حشیش
- ۲- آشنایی پزشکان از اختلالهای ناشی از مصرف حشیش و چگونگی درمان آنها

حشیش از دهها قرن پیش (قرن پنجم پیش از میلاد) مورد مصرف قرار می‌گرفته است و اکنون نیز رایجترین ماده غیرقانونی است که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرد و همچنین دروازه‌ای برای مصرف سایر مواد می‌باشد. حشیش از بوته **شاهدانه** تهیه می‌گردد. **کانابیس** نام مختصر بوته شاهدانه است و به تمام ترکیبات بدست آمده از شاهدانه اطلاق می‌گردد. **ماری‌جوانا** گیاه خشک شده است و **حشیش** به رزین گرفته شده از برگ گیاه اطلاق می‌گردد ولی در فرهنگ رایج در ایران حشیش معادل کانابیس در نظر گرفته می‌شود لذا در این متن نیز حشیش معادل کانابیس آورده شده است. بوته شاهدانه که بوته‌ای شبیه به گزنه است را می‌برند، خشک و سپس خرد کرده، داخل سیگار ریخته و دود می‌کنند (که معمولاً

سیگاری نامیده می‌شود) گاهی حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط می‌کنند و آن را می‌خورند. میزان تاثیر در مصرف خوراکی به یک سوم تا نصف تقلیل می‌یابد. گراس، بنگ و مری‌جین نامهای دیگر حشیش هستند.

آثار نشئه‌آور ضمن چند دقیقه شروع شده و حدود ۳۰ دقیقه بعد به اوج می‌رسد و دو تا چهار ساعت دوام می‌یابد. ماده مؤثره حشیش (Delta-9-tetrahydro cannabinol) می‌باشد.

آثار مصرف حشیش

آثار جسمی:

- قرمزی چشم‌ها
- خشکی دهان
- تاکیکاردی
- افزایش اشتها (که اشتهای گاوی
- سرگیجه
- عدم تعادل حرکتی
- نامیده می‌شود)

آثار روانی:

- نشئگی (euphoria)
- احساس مسخ شخصیت
- افزایش اعتماد به نفس
- مسخ واقعیت
- آرامیدگی (Relaxation)
- اضطراب
- افزایش درک رنگ و صدا
- افسردگی
- احساس عمومی خوب بودن
- حملات پانیک
- احساس کند شدن گذر زمان
- علائم سایکوتیک مثل توهم و
- اختلال در توجه و تمرکز
- هذیان و بازگشت خاطره توهمی
- اختلال در حافظه و قضاوت
- (Flashback).
- خطاهای شنوایی بینایی و یا لامسه

گفتنی است **Flashback** عبارت است از بازگشت خودبخودی و گذرای تجربه توهمی ناشی از مواد، که معمولاً چند ثانیه تا چند دقیقه دوام می‌آورد. اکثراً به صورت دگرگونی بینایی، توهم هندسی، توهم شنوایی، ریزبینی، درشت‌بینی، احساس گسترده‌گی زمان و تجربه مجدد هیجانانگیز قوی است.

آثار مصرف طولانی حشیش:

- التهاب و انسداد مزمن مجاری تنفسی
 - عفونت‌های ریوی و سرطان ریه
 - کاهش تعداد و فعالیت اسپرم‌ها
 - اختلال در سیکل قاعدگی
 - کاهش وزن و ایجاد نقائص مادرزادی در جنین
 - آتروفی مغزی و تشنج
 - اختلالات روانی شدید و پایدار مانند سایکوز، سندرم بی‌انگیزگی، انزوای اجتماعی، دمانس.
- سندرم فقدان انگیزش (**amotivational syndrome**): مشخصه این سندرم بی‌میلی و عدم استمرار در انجام کار است بیمار فاقد نیرو، بی‌حال، غالباً فربه و ظاهراً تنبل به نظری رسد.

تحمل و وابستگی

به بسیاری از آثار حشیش تحمل ایجاد می‌شود به نحوی که یک مصرف‌کننده بی‌تجربه ممکن است با مصرف یک سیگار حشیش دچار علائم مسمومیت گردد ولی مصرف‌کنندگان حرفه‌ای تا ۲۰ سیگار در روز را تحمل می‌کنند. وجود وابستگی جسمی به حشیش چندان تأیید نشده است ولی وابستگی روانی نسبت به حشیش در موارد مصرف طولانی‌مدت بروز می‌کند و برخلاف عقیده رایج در مصرف‌کنندگان، اعتیادآور می‌باشد.

ترک

علائم ترک حشیش در کسانی دیده می‌شود که پس از مصرف درازمدت مقادیر زیاد اقدام به قطع ناگهانی مصرف می‌کنند این علائم چند ساعت پس از آخرین مصرف شروع می‌شود و تا ۵-۴ روز باقی می‌ماند. این علائم عبارتند از تحریک پذیری، بی‌قراری، اضطراب، کاهش انرژی، بی‌اشتهایی، لرزش دست و میل به مصرف.

درمان‌ها و توصیه‌های لازم

- در صورت بروز واکنش‌های اضطرابی از قبیل حملات پانیک اقدامات حمایتی از قبیل اطاق آرام با روشنایی ملایم و آرامبخشی کلامی همراه با استفاده از داروهای ضد اضطراب با دوز پایین توصیه می‌گردد.

- درمان دارویی اختصاصی برای ترک حشیش وجود ندارد.
- در بعضی از بیماران استفاده از داروهای ضد اضطراب جهت رفع علائم ناشی از ترک مفید است.
- درمان مصرف حشیش مبتنی بر همان اصول درمانی سایر مواد مورد سوء مصرف یعنی پرهیز و حمایت است.
- حمایت از طریق روان‌درمانی فردی، خانوادگی و گروه‌درمانی انجام می‌پذیرد.

فصل ۱۱: الکل

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با آثار و عوارض مصرف الکل و درمان برخی از آنها
- ۲- آشنایی پزشکان با علائم ترک الکل و نحوه درمان آن
- ۳- آشنایی پزشکان با درمانهای دارویی و غیردارویی وابستگی به الکل

از حدود ۱۰ هزار سال پیش شراب و آبجو برای رفع عطش و تشنگی به طور روزمره استفاده می‌شده است. حتی در عهد باستان از مصرف آب به دلیل آنکه آن را عامل بیماری می‌دانستند اجتناب می‌کردند. امروز نیز نوشیدن نوشابه‌های الکلی در بسیاری از فرهنگ‌ها عادت‌های شایع و قابل قبول تلقی می‌گردد. علی‌رغم اینکه مصرف الکل در ایران محدودتر از غرب می‌باشد، شناخت جامعه پزشکی از اختلالات وابسته به الکل و نحوه برخورد با آن ضروری به نظر می‌رسد.

اتانول $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ماده شیمیایی الکل خوراکی است. حدود ۱۰ درصد الکل مصرفی از معده و باقی آن از روده کوچک جذب می‌شود. اوج غلظت الکل در خون بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه پس از مصرف حاصل می‌شود. حدود ۹۰ درصد الکل جذب شده در کبد متابولیزه می‌گردد. الکل بوسیله دو آنزیم متابولیزه می‌شود؛ الکل‌دهیدروژناز (ADH) و آلدئیددهیدروژناز (ALDH)، الکل‌دهیدروژناز کاتالیزور تبدیل الکل به استالدهید است که ماده‌ای سمی است و آلدئیددهیدروژناز کاتالیزور تبدیل استالدهید به اسید استیک است.

سطح ADH در زنان پائینتر است و به همین دلیل زنان به نسبت مردان با مصرف مقادیر یکسان دچار مسمومیت شدیدتری می‌شوند.

آثار رفتاری الکل

الکل تضعیف‌کننده دستگاه عصبی مرکزی است. وقتی غلظت الکل در خون به ۰/۰۵ درصد برسد تفکر، قضاوت و مهارها ضعیف می‌شود. در غلظت ۰/۱ درصد اعمال حرکتی ارادی به طرز مشهودی ناشیانه می‌شود. در غلظت ۰/۲ درصد عملکرد تمام ناحیه حرکتی مغز به طور چشمگیری تضعیف می‌شود و بخش‌هایی از مغز نیز که هیجان را کنترل می‌کنند تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در غلظت ۰/۳ درصد شخص دچار اغتشاش شعور می‌گردد و ممکن است حالت بهت پیدا کند و در ۰/۴ تا ۰/۵ درصد

فرد به حالت اغما فرو می‌رود. در غلظت‌های بالاتر مراکز ابتدایی مغز که تنفس و ضربان قلب را کنترل می‌کند تأثیر پذیرفته و مرگ به دلیل تضعیف مستقیم تنفس یا آسپیراسیون مواد استفرافی رخ می‌دهد.

عوارض جانبی

• مغز:

اختلال فراموشی مداوم ناشی از الکل

خصوصیت اصلی آن، اختلال در حافظه کوتاه مدت است که بر اثر مصرف مفرط و طولانی مدت الکل روی می‌دهد و علت آن کمبود ویتامین می‌باشد. نام‌های کلاسیک این اختلال عبارتند از انسفالوپاتی ورنیکه (سندرمی از علائم حاد نورولوژیک) و سندرم کورساکوف.

انسفالوپاتی ورنیکه: انسفالوپاتی الکلی نیز نامیده می‌شود. اختلال عصبی حادی است که مشخصات آن آتاکسی، نیستاگموس، فلج عصب محرکه خارجی چشم، فلج *conjugate* gaze و *global confusion* می‌باشد. انسفالوپاتی ورنیکه در مراحل اولیه به تيامین سریعاً پاسخ می‌دهد.

سندرم کورساکوف: اختلالی مزمن است که با آمیزی آتروگراد و رتروگراد مشخص می‌شود. بیمار در عین حال غالباً افسانه‌سازی و عدم وقوف به زمان و مکان نیز دارد.

- **کبد:** کبد چرب، هپاتیت الکلی، سیروز کبدی
- **دستگاه گوارش:** ازوفاژیت، گاستریت، زخم معده، آکلریدریا، واریس مری، پانکراتیت، نارسائی پانکراس، سرطان پانکراس، اختلال جذب مواد غذایی، کمبود ویتامین B
- **قلبی - عروقی:** افزایش فشار خون، بی‌نظمی لیپوپروتئینها و تری‌گلیسیریدها، افزایش خطر انفارکتوس قلبی و بیماریهای عروقی مغز
- **سرطان:** سرطان مری، معده، کبد، کولون، ریه
- **اختلالات الکترولیتی:** هیپوگلیسمی، هیپوناترمی، هیپرکلسمی، هیپومنیزیمی، هیپو فسفاتمی
- **آزمونهای آزمایشگاهی:** افزایش *mcv*، اسید اوریک، تری‌گلیسیرید، *SGPT*، *SGOT*

ترک

پیدایش علائم ترک به دنبال قطع یا کاهش مصرف طولانی مدت و افراطی الکل است. علامت کلاسیک ترک الکل رعشه (tremulousness) است. رعشه ظرف ۶ تا ۸ ساعت پس از قطع مصرف الکل ظاهر می‌شود. سایر نشانه‌های ترک الکل عبارتند از تحریک پذیری کلی، نشانه‌های گوارشی مانند تهوع و استفراغ و علائم پرفعالیتی سیستم سمپاتیک از جمله اضطراب، برانگیختگی، تعریق، برافروختگی صورت، اتساع مردمک، تاکی کاردی و افزایش خفیف فشار خون.

علائم جدی تر عبارتند از حملات تشنجی و سندرم دلیریوم ترک الکل (دلیریوم ترمنس). ۲۵-۱۰ درصد بیماران در طی ترک دچار حملات تشنجی می‌شوند که اغلب به صورت گراندمال است و طی ۴۸ ساعت اول ترک روی می‌دهد. اغلب بیماران ۳ تا ۶ ساعت پس از نخستین حمله دچار حملات تشنجی دیگری نیز می‌شوند.

دلیریوم ترمنس: یک فوریت طبی است که می‌تواند به مرگ و میر قابل ملاحظه (۲۰٪) منجر شود و پزشک باید در طول هفته اول ترک مراقب پیدایش آن باشد. علاوه بر نشانه‌های دلیریوم، سایر ویژگی‌های دلیریوم ترک الکل عبارتند از: (۱) بیش‌فعالی دستگاه خودمختار شامل تاکی کاردی، تعریق، تب، اضطراب، بی‌خوابی و افزایش فشار خون. (۲) دگرگونی‌های ادراکی که بیشتر به صورت توهمات بینایی یا لامسه تظاهر می‌کند. (۳) نوسان سطح فعالیت روانی- حرکتی از تحریک پذیری مفرط گرفته تا بی‌حالی.

درمان

سندرم ترک الکل را باید به سرعت تشخیص داده و برای رهایی از اضطراب، توهم (هالوسیناسیون) و به ویژه پیشگیری از تشنج ناشی از ترک یا دلیریوم ترمنس درمان نمود.

بنزودیازپین‌ها داروی اصلی ترک الکل هستند آنها باعث تخفیف علائم ترک می‌شوند و همچنین خاصیت ضد تشنجی دارند از دیازپام، کلردیازپوکساید، لورازپام و اکسازپام می‌توان استفاده کرد (مثلاً ۵۰-۲۵ میلی‌گرم کلردیازپوکساید هر ۴-۲ ساعت). بتابلوکرها مانند پروپرانولول و آتنولول و همچنین کلونیدین با کاهش علائم آدرنرژیک در بهبود علائم خفیف تا متوسط ترک موثر هستند ولی بر دلیریوم ترمنس تأثیری ندارند.

یکبار حمله تشنج نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای ضد تشنجی ندارد. درمورد کسانی که در حین ترک چندین تشنج دانسته‌اند یا سابقه اختلال تشنجی مزمن دارند باید از فنی‌توئین نیز استفاده نمود.

درمان دلیریوم ترمنس

- ۱- تشخیص دلیریوم ترمنس را بر پایه تاریخچه و معاینه فیزیکی بگذارید، بیمار را بستری کنید. تست‌های آزمایشگاهی مرتبط را انجام دهید اگر بیمار تب دارد LP کنید.
- ۲- بیمار را مرتباً زیر نظر داشته باشید، هر ۶ ساعت علائم حیاتی را چک کنید.
- ۳- تحریک را به حداقل برسانید.
- ۴- اگر بیمار دهیدراته است مایعات بدهید. عدم تعادل الکترولیت‌ها را اصلاح کنید.
- ۵- هر ۵ دقیقه ۵-۱۰ mg دیازپام IV تزریق نمائید تا زمانی که بیمار بیدار ولی خواب آلوده باشد و یا ۵۰-۱۰۰ mg کلردیازپوکساید خوراکی هر ۶ ساعت بدهید.
- ۶- تیامین را با دوز ۱۰۰ mg خوراکی ۲-۳ بار در روز تجویز نمائید.
- ۷- از رژیم غذایی پر کربوهیدرات و تقویت شده با مولتی‌ویتامین استفاده کنید.
- ۸- پس از تثبیت وضع بیمار، کلردیازپوکساید را هر ۵-۷ روز، ۲۰ درصد کم کنید.
- ۹- از مهار فیزیکی بیماران اجتناب کنید زیرا این بیماران تا سرحد تحلیل قوا در مقابل مهار مقاومت خواهند کرد.
- ۱۰- از تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک اجتناب کنید چون این داروها آستانه تشنج را پائین می‌آورند.

درمان اختلال فراموشی مداوم ناشی از الکل

انسفالوباتی ورنیکه:

تیامین معمولاً با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم دو تا سه بار در روز به مدت ۲-۱ هفته داده می‌شوند.

سندرم کورساکوف:

درمان تجویز تیامین به مقدار ۱۰۰ میلی‌گرم ۲ تا سه بار در روز و به مدت ۳ تا ۱۲ ماه است.

درمان وابستگی به الکل

درمان دارویی

دی‌سولفیرام: دی‌سولفیرام مهارکننده رقابتی آنزیم آلدئیددهیدروژناز است. لذا مصرف الکل به دلیل تجمع استالدهید موجب بروز واکنش سمی می‌گردد. و از طریق بیزارسازی به ترک کمک می‌کند. بیماران ممکن است حتی به الکل موجود در سس یا سرکه واکنش نشان دهند.

مصرف دارو باید حداقل ۲۴ ساعت پس از مصرف الکل صورت پذیرد و حتی ۲ هفته پس از قطع دارو نیز مصرف الکل می‌تواند منجر به بروز علائم گردد. لذا برای مصرف این دارو بیمار باید در تندرستی کامل بوده و همکاری و انگیزه بالایی داشته باشد.

نالترکسون: هرچند نالترکسون بیشتر در پیشگیری از عود مواد افیونی به کار رفته است اما اخیراً نشان داده شده است که در درمان الکلیسم نیز مؤثر است. مقدار مصرف معمولاً ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم یکبار در روز است.

سایر داروها: داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی در درمان افسردگی و اضطراب افراد وابسته به الکل موثرند. مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین مانند **فلوئوکستین** و آگونیستهای دوپامین مانند **بروموکریپتین** نیز در کاهش ولع مصرف موثرند.

رفتار درمانی

در این روش به آموزش آرمیدگی (**relaxation training**) (پیوست ۵)، جرئت‌آموزی (**assertation training**) (فصل پیشگیری) و مهارت‌های خویشنداری (**self-control skills**) تاکید می‌گردد.

الکلی‌های گمنام (Alcoholics Anonymous) AA

اصول آن مشابه سایر گروه‌های همیاری از جمله NA است. (رجوع کنید به فصل درمان‌های اجتماعی)

فصل ۱۲: نیکوتین

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با آثار و عوارض مصرف سیگار
- ۲- آشنایی پزشکان با علائم ترک نیکوتین
- ۳- آشنایی پزشکان با توصیه‌های درمانی ترک سیگار
- ۴- آشنایی پزشکان با پرسشهای شایع بیماران وابسته به سیگار و پاسخ آنها

توتون رایج‌ترین ماده مصرفی حاوی نیکوتین است که به صورت سیگار، سیگار برگ و پیپ تدخین می‌شود. توتون همچنین به صورت انقیه و جویدنی نیز مصرف می‌گردد.

طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (WHO) حدود یک میلیارد سیگاری در جهان وجود دارد که سالانه ۶ تریلیون نخ سیگار مصرف می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که توتون هر سال باعث مرگ ۳ میلیون انسان می‌شود. تعداد افراد سیگاری در ممالک در حال توسعه رو به افزایش است.

سیگار شایعترین علت قابل پیشگیری مرگ می‌باشد. مصرف سیگار بیشتر به صورت یک عادت در افراد کم‌سواد و در طبقه اقتصادی اجتماعی پایین در آمده است.

نیکوتین در دستگاه عصبی مرکزی به عنوان آگونیست گیرنده‌های نیکوتینی استیل‌کولین عمل می‌کند. حدود ۲۵ درصد نیکوتین استنشاق شده جذب و وارد جریان خون می‌شود و به فاصله ۱۵ ثانیه وارد مغز می‌گردد. نیمه عمر نیکوتین حدود ۲ ساعت است.

آثار مصرف

از نظر رفتاری، اثر تحریکی نیکوتین بر مغز موجب بهبود توجه، یادگیری، زمان واکنش و توانایی حل مسئله می‌گردد. مصرف‌کنندگان سیگار همچنین گزارش می‌کنند که سیگار موجب بالا رفتن خلق، کاهش تنش و کم شدن احساس افسردگی می‌گردد.

عوارض جانبی

مسمومیت نیکوتین می‌تواند باعث حالات زیر شود:

- تهوع
- استفراغ

- آبریزش دهان
- سرگیجه
- رنگ پریدگی
- افزایش فشار خون
- ضعف
- تاکی کاردی
- درد شکمی
- لرزش
- اسهال
- تعریق

حدود ۶۰mg نیکوتین از طریق فلج تنفسی منجر به مرگ می شود (با یک سیگار معمولی ۰/۵mg نیکوتین وارد بدن می شود).

مرگ عارضه اصلی استعمال دخانیات است. علل عمده مرگ عبارتند از: برونشیت مزمن و آمفیزم، سرطان برونکوژنیک، انفارکتوس میوکارد و بیماری عروقی مغز. توتون کشنده ترین کارسینوژن منفرد شناخته شده است و موجب بروز سرطان ریه، دستگاه تنفسی فوقانی، مری، مثانه، پانکراس و احتمالاً معده، کبد و کلیه می شود.

وابستگی به نیکوتین

وابستگی به نیکوتین به سرعت ایجاد می شود. علت آن احتمالاً فعال شدن ناحیه تگمنتال شکمی سیستم دوپامینرژیک است. علل ژنتیکی، عوامل اجتماعی و الگوبرداری در بروز وابستگی به نیکوتین دخیل هستند.

ترک نیکوتین

نشانه های ترک نیکوتین ممکن است طی ۲ ساعت پس از کشیدن آخرین سیگار ظاهر شود، معمولاً در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول به اوج رسیده و ممکن است هفته ها تا ماهها دوام پیدا کند.

علائم شایع عبارتند از:

- میل شدید برای نیکوتین
- کاهش ضربان قلب و فشار خون
- تنش
- افزایش اشتها
- تحریک پذیری
- افزایش وزن
- اشکال در تمرکز
- کاهش عملکرد حرکتی
- بی قراری
- افزایش تنش عضلانی
- بی خوابی

چگونه به مراجعان برای ترک سیگار کمک کنید

در هر فرصتی راجع به مصرف سیگار پرسید:

- آیا سیگار می کشید؟
- آیا علاقه به ترک سیگار دارید؟
- آیا تاکنون جهت ترک سیگار اقدام کرده اید؟ چگونه؟

به همه سیگاری ها ترک را توصیه کنید:

- توصیه خود را به وضوح بیان کنید مثلاً ترک سیگار مهمترین اقدامی است که در جهت حفظ سلامتی تان می توانید انجام دهید.
- به پیامهایتان جنبه شخصی بدهید. به وضعیت بالینی، تاریخچه - سابقه فامیلی و علائق فردی و نقش های اجتماعی فرد اشاره کنید.

مراجع را در ترک یاری دهید:

- برای افرادی که راضی به ترک شده اند
- تاریخی را برای شروع ترک مشخص کنید. کمک کنید که بیمار روزی را در ۱-۲ هفته آینده تعیین کند.
- از او بخواهید که ترکهای قبلی را مرور کند و موقعیتهای مرتبط با عود را شناسایی کند.
- دلایل را برای ترک فهرست کند.
- سیگار را از دسترس دور کند.
- مایعات فراوان بنوشد و چای و قهوه کمتری مصرف نماید.
- رفتارهای جایگزین مانند جویدن آدامس، استفاده از خلال دندان، تسبیح و بازیهای دستی را انجام دهد.
- آموزش راهکارهای مقابله با استرس و خلق منفی مثل آموزش آرمیدگی (relaxation) می تواند کمک کننده باشد.
- می توانید نیکوتین جایگزین را در نظر داشته باشید.

- برای افراد که راضی به ترک نیستند

- مزایای ترک را شرح دهید.
- بروشورهایی را که ایجاد انگیزه برای ترک می‌کنند در اختیار فرد قرار دهید.
- توصیه کنید که در حضور افراد خانواده سیگار نکشد.
- ابراز آمادگی کنید که هرگاه، تصمیم به ترک بگیرد به وی کمک می‌کنید.
- در ملاقات‌های بعدی راجع به مصرف سیگار پرس و جو کنید.

پی‌گیری:

- ۱-۲ هفته پس از ترک جلسه‌ای برای پی‌گیری داشته باشید.
- در این جلسه راجع به وضعیت مصرف سیگار بیمار پرسید و وی را حمایت کنید.
- ملاقات بعدی را در ۱-۲ ماه پس از ترک ترتیب دهید.

افرادی که ترک کرده‌اند:

- آنها را تشویق کنید
- بخواهید که وضعیت‌هایی که آنها را در معرض عود قرار می‌دهد، مشخص کنند.
- راهبردهای تطابقی برای موقعیت‌های پرمخاطره آتی را تمرین کنید.

افرادی که موفق به ترک نشده و یا دچار عود شده‌اند:

- پرسید که وقتی که اولین سیگار را کشیدید چکار می‌کردید؟
- پرسید که از این تجربه چه آموختید؟
- بخواهید که زمان دیگری را برای ترک مشخص کند.

پاسخ به سوالات شایع راجع به ترک سیگار

- آیا با قطع سیگار دچار افزایش وزن نخواهم شد؟
- همه افراد متعاقب قطع سیگار دچار افزایش وزن نخواهد شد.
- متوسط افزایش وزن حدود ۴-۲ کیلو است.

- فعلاً نیاز به رژیم گرفتن نیست. شما بعد از اینکه ترک سیگار را به اتمام رساندید، برای رژیم گرفتن فرصت دارید.
- مضرات سیگار خیلی بیشتر از مختصری اضافه وزن بدن می‌باشد.
- مختصری اضافه وزن به ظاهر شما لطمه نخواهد زد ولی سیگار باعث زرد شدن دندانها، بوی بد تنفس، بوی بد لباس و پوست می‌شود.

من قدرت ترک سیگار را خواهم داشت؟

- هر ساله تعداد زیادی از افراد سیگار را ترک می‌کنند.
- همه افراد بار اول موفق نمی‌شوند ولی بسیاری از افراد پس از چند تلاش موفق می‌گردند.
- من تا آنجا که بتوانم به شما کمک خواهم کرد.

بهتر است که یکبارہ ترک نمود یا تدریجی؟

- «بهترین راه» وجود ندارد.
- اغلب کسانی که از ترک یکبارہ استفاده نموده‌اند موفقتر بوده‌اند.

درباره بی‌خوابی چه باید کرد؟

- برخی سیگاریها اختلال خواب را پس از ترک سیگار ذکر می‌کنند که طی ۲-۳ هفته از بین می‌رود.

حالا که من سیگار را ترک کرده‌ام می‌توانم گاه‌گاهی یک سیگار بکشم؟

- نه، در این صورت به احتمال زیاد وابستگی به سیگار عود خواهد کرد.

آیا آثار سیگار بر بدن از بین خواهد رفت؟

- برخی آسیبها دائمی هستند، مانند آمفیوزم ریه ولی اکثر آسیبها قابل برگشت هستند.
- مرگ و میر کلی ۱۵-۱۰ سال پس از ترک سیگار، مشابه غیر سیگاریها خواهد بود.

جدول ۱-۱۲: اجزاء وابستگی به سیگار در ارتباط با مفاهیم بالینی و مداخلات

اجزاء اعتیادی	ارتباط بالینی	روش درمان
عادت (سیگار کشیدن) متعاقب فعالیتهای روزمره)	سیگار کشیدن همراه با فعالیتهای و محرک‌هایی است که اضطراب ایجاد می‌کند، ممکن است مصرف سیگار هنگامیکه فرد فعالیتهای مرتبط با سیگار کشیدن را انجام می‌دهد عود کند (مانند مکالمه با تلفن، رانندگی...)	۱) آموزش پیش‌بینی، تعدیل و اجتناب از فعالیتهای مرتبط با مصرف سیگار. ۲) آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع. ۳) رفتارهای جایگزین مانند جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب.
لذت	احساس لذت (مثلاً متعاقب غذا خوردن در میهمانی). ممکن است احساس اضطراب برای بیشتر کردن لذت از طریق سیگار کشیدن رخ دهد. حدود ۲۵٪ از موارد عود هنگامی که فرد شاد است اتفاق می‌افتد.	۱) تعیین و تشویق راههای جایگزین برای لذت بردن (مانند ورزش) ۲) پیش‌بینی و آمادگی برای موقعیتهای لذت‌بخش مخاطره‌آمیز.
خود درمانی (مصرف سیگار برای کاهش علائم فیزیکی و خلق منفی)	خلق منفی ناشی از استرس یا علائم ترک به سرعت با مصرف سیگار بهبود می‌یابد. ولع ممکن است به دلیل علائم ترک یا استرس‌های زندگی افزایش یابد و با مصرف سیگار به سرعت از بین می‌رود. افزایش وزن یک فاکتور مهم است که ممکن است باعث عود شود حدود ۶۵ درصد از موارد عود هنگامی که فرد، غمگین، عصبانی و یا مضطرب است رخ می‌دهد.	۱) استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک. ۲) آموزش مقابله با استرس ۳) رژیم غذایی و ورزش ۴) راهبردهای شناختی-رفتاری برای مقابله با خلق منفی (شامل Relaxation و استفاده از حمایت‌های اجتماعی)

فصل ۱۳: سوء مصرف داروهای تجویزی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با داروهای قابل سوء مصرف شایع (مانند بنزودیازپینها و باریتوراتها) و آثار و عوارض آنها
- ۲- آشنایی پزشکان از روشهای معمول درمان سوء مصرف این گونه داروها

داروهایی که پزشکان تجویز می‌کنند هر ساله زندگی میلیونها نفر را نجات می‌بخشند و مشکلات عدیده ای را حل می‌کنند، اما میتوانند در اثر استفاده غیرطبی، اعتیادآور، خطرناک و حتی مرگبار باشند. در مورد داروهای تجویزی مفهوم سوء مصرف تا حدودی متفاوت است و دو اصطلاح *abuse* و *misuse* را در بر می‌گیرد.

هرگونه استفاده از داروهای تجویزی که منجر به مسمومیت گردد *abuse* تلقی می‌گردد، حتی اگر ملاکهای مورد نظر DSM را نداشته باشد.

اصطلاح *Misuse* هنگامی به کار میرود که داروها با دوز بالاتر یا دفعات بیشتر یا مدت طولانیتر از آنچه تجویز شده است مورد مصرف قرار گیرد. احتمالاً *misuse* شایعترین نوع سوء مصرف مواد در افراد مسن است.

داروهای زیادی ممکن است مورد *abuse* و خصوصاً *misuse* قرار گیرند که برخی از آنها در زیر شرح داده می‌شود.

بنزودیازپینها

بنزودیازپینها همواره جزء شایعترین داروهای نسخه شده بوده‌اند. حدود ۱۲/۵ درصد جمعیت بزرگسال در طی سال حداقل یک نسخه حاوی بنزودیازپین می‌گیرند. مصرف بنزودیازپین در دهه ۶ و ۷ زندگی بیشتر بوده و در افراد مؤنث ۲ برابر مذکر می‌باشد.

عوامل خطر (*risk factors*) بروز تحمل و وابستگی عبارتند از:

- ۱- داروهای کوتاه اثر و پر قدرت مانند آلپرازولام (XANAX)
- ۲- مصرف طولانی مدت (بیش از ۴ هفته).
- ۳- دوز بالا
- ۴- سابقه سوء مصرف مواد

آثار مصرف

سومصرف معمولاً به صورت مصرف منظم در افراد میانسال طبقه متوسط مشاهده می‌شود که معمولاً دارو را از پزشک می‌گیرند و ممکن است چندین نسخه همزمان از چندین پزشک داشته باشند.

آثار و عوارض مصرف:

- کاهش اضطراب
- خواب آلودگی
- سردرگمی (Confusion)
- تکلم بریده‌بریده (slurred speech)
- آتاکسی
- افزایش پارادوکسیکال پرخاشگری
- افسردگی
- دیسپنه
- هیپورفلکسی
- لتارژی
- وابستگی فیزیکی و روانی

ترک

علائم ترک در حدود ۵۰٪ مصرف‌کنندگان رخ می‌دهد. اما سندرم شدید ترک فقط در مصرف‌کنندگان دوز بالا و طولانی مدت بروز می‌کند. نشانه‌های ترک معمولاً ۲-۳ روز پس از قطع داروهای کوتاه‌اثر مانند آلپرازولام (Xanax) و ۵-۶ روز پس از قطع داروهای طولانی‌اثر مانند دیازپام شروع می‌شود.

علائم قطع مصرف عبارتند از:

- اضطراب
- افسردگی
- عدم تحمل نور و صدا
- تهوع و استفراغ
- پرش عضلانی
- تشنج
- تشنج معمولاً در دوزهای بالا (بالاتر از ۵۰ میلی‌گرم دیازپام در روز) روی می‌دهد.

کنترل علائم ترک

- دارو رابه صورت تدریجی قطع کنید. دوز مصرفی را ۲۵٪ در هر هفته کاهش دهید.
- اگر علائم ترک بروز کرد دوز را تا برطرف شدن علائم ثابت نگهدارید.

- بیمارانی که در کاهش دوز بنزودیازپین‌های کوتاه یا متوسط اثر مشکل دارند را تحت درمان با دوز معادل از بنزودیازپین‌های طولانی اثر گذاشته و سپس کاهش دوز را اعمال کنید. (جدول ۱-۱۳)

جدول ۱-۱۳: دوزهای معادل نیمه عمر بنزودیازپینها

دارو	دوز معادل	نیمه عمر
دiazepam	۵	طولانی
Alprazolam	۰/۲۵	متوسط
Lorazepam	۱	متوسط
Clonazepam	۰/۵	طولانی
Agonazepam	۱۵	متوسط
Clordiazepoxide	۱۵	متوسط
Flurazepam	۵	کوتاه

چند توصیه در مصرف بنزودیازپین‌ها

- برای هر بیمار منافع و مخاطرات استفاده از بنزودیازپین‌ها را بسنجید.
- بنزودیازپین‌ها برای اضطراب‌های کوتاه‌مدت یا خفیف مناسب نیستند. در این موارد می‌توان از روشهایی از قبیل آرمیدگی (relaxation) استفاده کرد (پیوست ۵).
- بنزودیازپین‌ها را در درمان بی‌خوابی فقط وقتی شدید و ناتوان‌کننده باشد یا استرس شدید ایجاد کند مصرف نمایید.
- بنزودیازپین‌ها برای درمان کوتاه مدت اضطراب شدید و ناتوان‌کننده که باعث استرس فردی می‌شوند، به تنهایی یا همراه بی‌خوابی و سایر بیماریهای روانپزشکی مناسب هستند.
- دوز را برای رسیدن به حداکثر آثار درمانی و حداقل عوارض جانبی تنظیم کنید.
- مراقب سوءمصرف باشید (بالا بردن بی‌رویه دوز).
- پس از طول درمانی لازم دارو را به طور تدریجی قطع کنید.
- بیماران را از اینکه دوز روزانه را براساس احساسشان تغییر دهند برحذر دارید.

- بیمارانی را که از دوزهای بالای بنزودیازپین استفاده می‌کنند یا چندین ماده را همزمان مصرف می‌کنند به مراکز تخصصی ارجاع دهید.

باربیتوراتها

پیش از ورود بنزودیازپینها به بازار باربیتوراتها فراوان نسخه می‌شدند اما اکنون بدلیل احتمال بالاتر سوءمصرف، وابستگی و مسمومیت مصرف آنها محدود شده است.

باربیتوراتهای شایع عبارتند از فنوباریتال (طولانی اثر)، پنتوباریتال، آموباریتال و سکوباریتال (کوتاه اثر) و تیوپنتال و متوهگزیتال (بسیار کوتاه اثر).

ترک باربیتوراتها میتواند مهلک باشد. اکثر نشانه‌ها طی سه روز اول ترک ظاهر می‌شود و تشنج عموماً در روز دوم و سوم بروز می‌کند.

درمان و توصیه‌های لازم

- دوز مصرف روزانه را تعیین نمایید.
- فنوباریتال را جایگزین باربیتوراتهای کوتاه‌اثر کنید. ۳۰ میلی‌گرم فنوباریتال معادل ۱۰۰ میلی‌گرم باربیتورات کوتاه‌اثر است.
- هرروز ۱۰ درصد از دوز کلی را کم کنید.
- در صورت عدم اعتماد به گزارش بیمار در مورد میزان ماده مصرفی، وی را به مراکز تخصصی ارجاع دهید. در مواردی که اظهارات بیمار در مورد دوز مصرف قابل اعتماد نیست از آزمون چالش پنتوباریتال استفاده کنید.

آنتی‌کولینرژیکها

سوءمصرف آنتی‌کولینرژیکها در کسانی که دارو برایشان تجویز شده است و همچنین در افراد وابسته به سایر مواد دیده شده است. اغلب سوءمصرف‌کنندگان آنتی‌کولینرژیکها افرادی هستند که برای کنترل علائم اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی، نورولپتیک مصرف می‌کنند و آنتی‌کولینرژیکها را برای کاهش عوارض جانبی مصرف میکنند. بسیاری از بیماران داروهای آنتی‌کولینرژیک را به دلیل آثار محرک و شادی‌آور به نورولپتیک ترجیح می‌دهند. ۱۷٪ از بیمارانی که آنتی‌کولینرژیک برایشان تجویز می‌شود. آنرا

مورد **abuse** یا **misuse** قرار می‌دهند. سوء مصرف همه داروهای آنتی‌کولینرژیک گزارش شده است ولی سوء مصرف تری‌هگزینیدیل (آرتان) شایعتر است. روش خوراکی شایعترین روش مصرف است.

داروهای ضد درد

داروهای همچون آسپرین و استامینوفن خصوصاً وقتی در ترکیب با کدئین باشند مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. سوء مصرف این داروها می‌تواند به مشکلات گوارشی، مشکلات انعقادی، هیپوگلیسمی و صدمات کلیوی منجر شود. مصرف بیش از ۴ گرم در روز آسپرین و استامینوفن توصیه نمی‌گردد.

مسهل‌ها

برخی از مردم اعتقاد دارند که اگر دفع مدفوع روزانه نداشته باشند نیاز به مصرف مسهل دارند. گاهی مسهل‌ها به هدف کاهش وزن مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. استفاده بیش از حد از مسهل می‌تواند منجر به بروز اختلالات الکترولیتی خطرناک گردد.

آنتی‌هیستامین‌ها

دارای خصوصیات سداتیو هستند و به این دلیل مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. بخصوص زمانی که همراه با سایر سداتیوها یا الکل مصرف شوند خطرناک هستند.

داروهای سینوزیت و سرماخوردگی

برخی ترکیبات شامل پسدوافدرین می‌باشد که می‌تواند به عنوان محرک مورد سوء مصرف قرار گیرند. عوارض جانبی عبارتند از: اضطراب، تپش قلب، بی‌خوابی، سردرد، افزایش فشارخون.

داروهای ضدسرفه

برخی از داروهای ضدسرفه محتوی کدئین می‌باشند و به همین دلیل مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. عوارض مصرف مشابه مصرف مواد شبه‌افیونی است.

آنتی بیوتیکها، ویتامینها، سرماها

هر چند این داروها معمولاً داروهای مورد *abuse* نیستند ولی *misuse* و استفاده نابجای آنها به وفور مشاهده می‌شود. در بسیاری از مواقع، افراد بدون نیاز به این داروها و بدون تجویز پزشک اقدام به مصرف این داروها می‌نمایند. تجویز غیرضروری این گونه داروها توسط پزشکان نیز به وفور مشاهده می‌گردد.

سازمان جهانی بهداشت با همکاری شبکه بین‌المللی مصرف منطقی داروها (WHO/INRUD) شاخصهای استاندارد را برای ارزیابی تجویز غیرمنطقی دارو ارائه داده است که مهمترین آن «میانگین تعداد اقلام دارویی در هر نسخه» می‌باشد. که این شاخص در دنیا کمتر از ۲ اعلام شده است ولی متأسفانه ایران با رقم ۳/۶ یکی از بالاترین مقادیر را داراست. یکی دیگر از این شاخصها «درصد نسخ حاوی داروی تزریقی» است. WHO/INRUD این شاخص را چنانکه کمتر از ۱۰ درصد باشد در حد مطلوب می‌داند. در حالیکه این شاخص در ایران بالغ بر ۲۰ درصد می‌شود.

درمان و توصیه‌های لازم

- در خصوص عوارض مصرف بی‌رویه داروها به بیماران هشدار دهید.
- از تجویز غیرضروری هرگونه دارویی بپرهیزید.
- حتی‌الامکان از تجویز اشکال تزریقی اجتناب کنید مگر اینکه دارو به شکل خوراکی موجود نباشد و یا موارد فوریتی یا وقتی که دستگاه گوارش بیمار هیچ درمان دیگری را تحمل نکند.

فصل ۱۴: مواد دیگر قابل سوء مصرف

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با مواد قابل سوء مصرفی همچون کوکائین، آمفتامینها، ecstasy، استروئیدها و آثار و عوارض مصرف آنها
- ۲- آشنایی پزشکان با اقدامات درمانی لازم برای مصرف کنندگان آنها
- ۳- آشنایی پزشکان با مسئله مصرف همزمان چند ماده

کوکائین

کوکائین یکی از اعتیاد آورترین و خطرناکترین مواد مورد سوء مصرف است. کوکائین به صورت پودر سفیدی است که معمولاً استنشاق می شود اما گاهی تزریق یا تدخین نیز می گردد. استنشاق کم خطرترین و تدخین و تزریق خطرناکترین روش مصرف است. در مصرف استنشاقی، کوکائین را به صورت خطی بر یک سطح صاف می ریزند و معمولاً از طریق اسکناس لوله شده از راه بینی بالا می کشند. مکانیسم اثر کوکائین از طریق انسداد رقابتی باز جذب دوپامین است.

آثار رفتاری کوکائین تقریباً بلافاصله ظاهر شده و مدت نسبتاً کوتاهی (۳۰ تا ۶۰ دقیقه) دوام می‌یابد. لذا برای حفظ آثار آن مصرف مکرر لازم است. لذا افراد وابسته ممکن است هر نیم تا یک ساعت یکبار برای مصرف از جمع یا محل کار خارج شوند.

آثار مصرف

- **جسمی:** تکیکاردی، افزایش فشارخون، افزایش درجه حرارت، اتساع مردمک و بی‌حسی موضعی - تنگی موضعی عروق، کاهش اشتها، اختلال خواب.
- **روانی:** نشنگی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس و احساس خوب بودن، برانگیختگی جنسی؛ با دوزهای بالا علائم سرآسیمگی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری، رفتار جنسی بالقوه خطرناک و تکانشی و افزایش فعالیت روانی و حرکتی.

عوارض جانبی

احتقان بینی، سوراخ شدن تیغه بینی، بیماریهای عروقی مغز از جمله انفارکتوس مغزی، حملات تشنجی، انفارکتوس قلبی، مشکلات روانپزشکی از قبیل دلیریوم، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی و اختلالات جنون (psychotic).

وابستگی

کوکائین آثار اعتیادآور قوی دارد. وابستگی روانی ممکن است حتی با یکبار مصرف رخ دهد. وابستگی جسمی نیز ایجاد می‌شود ولی خفیف است.

ترک

علائم ترک کوکائین معمولاً یک روز تا یک هفته طول می‌کشد که به فروریزی یا crash موسوم است که با احساس ملال، فقدان احساس لذت، اضطراب، تحریک‌پذیری، خستگی، خواب آلودگی و گاهی سرآسیمگی همراه است.

درمان و توصیه‌های لازم

- قطع ناگهانی توصیه می‌شود. قطع تدریجی فایده‌ای ندارد.

- باید اطمینان داد که علائم لتارژی افسردگی و .. از عواقب طبیعی ترک است و برطرف خواهد شد.
- در صورت بروز علائم شدید افسردگی می‌توان داروهای ضدافسردگی استفاده نمود.
- بروموکریپتین ۲/۵ میلی‌گرم ۲ بار در روز و آمانتادین ۱۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز در کاهش میل بیمار به دارو موثرند.

توهم‌زها (هالوسینوزن‌ها)

بیش از ۱۰۰ نوع توهم‌زای طبیعی و مصنوعی مورد استفاده انسان قرار می‌گیرد که شایعترین آنها LSD (لیزرچیک اسید دی اتیل آمید) است. LSD یک پودر صناعی (سنتتیک) سفید محلول در آب است که به اشکال مختلف از قبیل قرصهای بسیار ریز، کپسول، مایع بی‌مزه، بی‌بو و بی‌رنگ و کاغذهای مربع شکل کوچک آغشته به دارو موجود است و اغلب به صورت خوراکی مورد مصرف قرار می‌گیرد. LSD به نامهای اسید و تریپ نیز معروف است. مکانیسم اثر از طریق تأثیر بر سیستم سروتونرژیک اعمال می‌شود. آثار نیم تا یک ساعت پس از مصرف ظاهر می‌شود. اوج آن ۶-۲ ساعت است و پس از ۱۲ ساعت ناپدید می‌شود.

آثار مصرف

- جسمی: آثار تحریک سمپاتیک شامل لرزش، تاکیکاردی، افزایش فشارخون، هیپرترمی، تعریق، تاری دید، اتساع مردمک.
- روانی: با مصرف مواد توهم‌زا ادراکها روشن و عمیق می‌شود؛ مثلاً رنگ و جنس غنی‌تر به نظر می‌رسند، طرح‌ها واضح می‌شوند، موسیقی عمیق‌تر و پرتأثیرتر می‌شود، هیجانانگیز شدت یافته و تغییرات ناگهانی پیدا می‌کنند. جابجایی حسی (synesthesia) شایع است؛ مثلاً بیمار ممکن است رنگ‌ها را بشنود یا صداها را ببیند. توهم خصوصاً توهم بینایی شایع است. آگاهی ظاهری از اعضاء داخل بدن، زنده شدن خاطرات فراموش شده قبلی، بروز احساسات مذهبی و نگرش‌های فلسفی و مسخ شخصیت ممکن است روی دهد.

عوارض جانبی

بازگشت خاطره توهمی (Flashback)، افسردگی، اضطراب، سایکوز.
بازگشت خاطره توهمی (Flashback): عبارت است از بازگشت خودبخودی و گذرای تجربه ناشی از مواد، که معمولاً چند ثانیه تا چند دقیقه دوام می‌آورد. اکثراً به صورت دگرگونی بینایی، توهم هندسی، توهم شنوایی، ریزبینی، درشت‌بینی، احساس گسترده‌گی زمان و تجربه مجدد هیجانات قوی است.

وابستگی

مصرف دراز مدت مواد توهم‌زا شایع نیست. معمولاً اعتیاد جسمی و سندرم ترک روی نمی‌دهد. وابستگی روانی نیز شایع نیست. تحمل نسبت به مواد توهم‌زا به سرعت بوجود آمده به سرعت نیز از بین می‌رود.

درمان و توصیه‌های لازم

- درمان انتخابی نشانه‌های روانی حاد ناشی از مصرف، مشاوره حمایتی و آرام‌بخشی کلامی است. در صورت بروز علائم اضطرابی شدید از بنزودیازپین‌ها و در صورت بروز علائم سایکوتیک از داروهای آنتی‌سایکوتیک استفاده کنید.
- هالوسینوزن‌ها وابستگی فیزیکی ایجاد نمی‌کنند لذا باید یکباره قطع شوند.
- در صورت بروز فلش‌بک باید اطمینان داد که این از علائم شایع ترک است و در صورت تداوم ترک برطرف خواهد شد.

آمفتامین

آمفتامین‌ها نخست جهت مصرف درمانی ساخته شده و اکنون نیز در درمان نارکولپسی، افسردگی و سندرم پرتحرکی کودکان کاربرد دارند. این داروها به عنوان مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی نیز معروفند. این ترکیبات شامل متیل فنیدیت (ریتالین)، دکستروآمفتامین و مت‌آمفتامین هستند و اسامی خیابانی نظیر کریستال، یخ (ICE)، کریستال‌مت و سرعت (Speed) دارند و به صورت پودر با رنگهای مختلف سفید، صورتی، زرد و قرصها و کپسولهایی با رنگ، شکل و اندازه متفاوت موجودند. آمفتامین‌ها اغلب جهت بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد سرخوشی توسط ورزشکاران، دانشجویان و رانندگان مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند. نحوه مصرف به صورت خوردن، استنشاق، تزریق یا کشیدن با سیگار است.

آثار مصرف

- آثار روانی: مصرف باعث افزایش احساس راحتی شده و سرخوشی و رفتار دوستانه ایجاد می‌کند. دوزهای پایین عموماً باعث بهبود توجه و عملکرد، کاهش خستگی، کاهش خواب و بالارفتن آستانه درد می‌شود. با مصرف دوزهای بالا برای دوره‌های زمانی طولانی آثار نامطلوب دارو بوجود می‌آید.
- آثار جسمی: افزایش فشار خون و ضربان قلب، خشکی دهان، تعریق، افزایش انرژی و کاهش اشتها.

عوارض جانبی مصرف طولانی مدت:

بروز وابستگی و تحمل، کاهش وزن، ضایعات پوستی مزمن، سایکوز شبه اسکیزوفرنی، ایسکمی قلبی.

وابستگی

تحمل و وابستگی به آمفتامینها رخ می‌دهد.

توصیه‌ها و درمانهای لازم

- بیمارانی را که علائم سایکوز یا افسردگی شدید دارند به مراکز روانپزشکی هدایت کنید.
- به بیمار اطمینان دهید که علائم لتارژی، افسردگی و خستگی از عوارض طبیعی ترک بوده و گذرا است.
- اغلب برای ترک نیاز به داروی خاصی نیست. داروهای ضد افسردگی در برخی موارد کمک کننده است.
- در صورت بروز مسمومیت با آمفتامین فشار خون و درجه حرارت را کنترل کنید، مراقب احتمال بروز تشنج باشید، در صورت بروز علائم سایکوتیک یا رفتارهای خشونت‌آمیز از آنتی‌سایکوتیک استفاده کنید.

اکستسی (Ecstasy)

ecstasy یا MDMA یک آمفتامین توهم‌زا است یعنی به دلیل تأثیر بر سیستم دوپامینرژیک، محرک و به دلیل تأثیر بر سیستم سروتونرژیک، توهم‌زا است. ecstasy معمولاً به شکل قرص و کپسول با اندازه، شکل و رنگهای متفاوت و یا پودر سفید موجود است و از طریق خوردن مورد سوءمصرف قرار می‌گیرد و به نامهای X، XTC، E و قرص شادی نیز معروف است.

آثار مصرف

- **آثار جسمی:** تعریق، خشکی دهان، تریسموس، افزایش فشار خون، تاکی‌کاردی، گشادی مردمک، افزایش انرژی، هیپرترمی.
- **آثار روانی:** احساس آرامش، شادی، گرما، افزایش انرژی و احساس صمیمیت با دیگران. در دوزهای بالا ممکن است اضطراب، افسردگی، پانیک، بی‌خوابی و سایکوز بروز کند.

عوارض جانبی

افزایش فشار خون، عوارض کبدی و قلبی، آسم، دیابت، تشنج و علائم شبیه سندرم نورولپتیک بدخیم.

ecstasy می‌تواند موجب هیپرترمی شود که در اثر فعالیت مفرط مثلاً رقصهای طولانی‌مدت و وحشیانه شدت یافته و حتی منجر به مرگ می‌گردد.

وابستگی

تحمل و وابستگی به آمفتامینها رخ می‌دهد.

درمان و توصیه‌های لازم

- قطع ناگهانی دارو توصیه می‌شود.
- برای ترک به داروی خاصی نیاز نیست.
- به بیماران در خصوص هیپرترمی هشدار دهید به آنها توصیه کنید که از فعالیت مفرط اجتناب کنند و در صورت فعالیت هر ساعت استراحت نموده و از مایعات استفاده نمایند.

فن سیکلیدین (phencyclidine= PCP)

فن سیکلیدین به عنوان یک داروی بیهوشی کشف و طبقه‌بندی شد اما بدلیل عوارض جانبی زیاد امروزه دیگر به عنوان داروی بیهوشی در انسان مصرف نمی‌شود. یک ترکیب وابسته به آن به نام **کتامین** که **K مخصوص (Special K)** هم نامیده می‌شود هنوز به عنوان داروی بیهوشی در انسان کاربرد دارد. فن سیکلیدین به نامهای دیگری مانند **گرد فرشته**، **کریستال**، **صلح**، **supergrass** نیز نامیده می‌شود. آثار PCP شبیه آثار مواد توهم‌زا مانند LSD است.

PCP و ترکیبات وابسته به آن به صورت پودر متبلور، خمیر، مایع یا کاغذ آغشته به دارو عرضه می‌شود و معمولاً به سیگارهای حاوی حشیش اضافه شده و مصرف می‌شود. آثار ۵ دقیقه پس از مصرف ظاهر شده و در مدت ۳۰ دقیقه به حداکثر می‌رسد.

آثار مصرف

احساس سرخوشی، احساس خوشایند غوطه‌وری، تغییر در تصویر ذهنی بدن، دگرگونی در درک زمان و مکان. آثار کوتاه مدت ۳ تا ۶ ساعت طول می‌کشد و گاهی جای خود را به حالت افسردگی می‌دهد که ضمن آن بیمار تحریک‌پذیر، تا حدودی پارانوئید و گاهی دچار رفتارهای تهاجمی نامعقول، تمایل خودکشی و دیگرکشی می‌شود.

عوارض جانبی

اضطراب، افسردگی، نیستاگموس، افزایش فشارخون، هیپرترمی، تاکی‌کاردی، تشدید رفلکس‌های وتری عمقی، دی‌آرتری، رابدومیولیز، تشنج، اغماء و مرگ. برخی از کسانی که مدتها PCP مصرف کرده‌اند کریستالیزه می‌شوند، یعنی به سندرمی شامل کندی تفکر، کاهش رفلکس‌ها، نقصان حافظه، عدم کنترل تکانه، افسردگی، بی‌حالی و اختلال تمرکز دچار می‌شوند. افزایش فشارخون، تاکی‌کاردی و نیستاگموس نشانه‌های شایع مصرف فن سیکلیدین هستند که در مراکز فوریت مشاهده می‌گردند.

وابستگی

تحمل به عوارض و وابستگی روانی روی می‌دهد ولی وابستگی فیزیکی معمول نیست و علائم ترک شدید نیست.

درمان و توصیه‌های لازم

- بیمار مسموم را در محیطی که تحریک‌کننده نیست ایزوله کنید (اتاق آرام و تاریک).
- آرامبخشی کلامی موثر نیست، سعی نکنید با بیمار مسموم با PCP به گونه‌ای که با یک بیمار مضطرب به منظور آرامسازی وارد صحبت می‌شوید رفتار کنید.
- اسیدی کردن ادرار (استفاده از اسید اسکوریک = ویتامین C)، دفع دارو را تسهیل می‌کند.
- اگر تحریک حاد وجود داشته باشد از بنزودیازپین‌ها استفاده کنید؛ مثلاً ۲-۱ میلی‌گرم لورازپام هر ساعت.
- اگر بیماری تهییجی و سایکوتیک است می‌توان از یک داروی ضدسایکوز قوی استفاده نمود؛ مثلاً ۵ میلی‌گرم هالوپریدول و تکرار آن هر ساعت تا آرام شدن بیمار.
- مهار فیزیکی خطرناک است. (ممکن است موجب رابدومیولیز شود)
- از آنجا که اغماء و مرگ نادر نیست، ارجاع به بیمارستان توصیه می‌گردد.

مواد استنشاقی (inhalants)

مواد استنشاقی شامل چسب‌ها، حلال‌ها، بنزین، مایع سوخت فندک، تینرهای نقاشی، اتر، لاک غلط‌گیر، رنگ‌های اسپری و ... هستند، برای استعمال این مواد معمولاً ابتدا دستمال یا پارچه‌ای را به آن آغشته نموده، مقابل دهان یا بینی گرفته و استنشاق می‌نمایند. ویژگیهای مواد استنشاقی عبارتند از: هزینه پایین، انواع متنوع، استفاده آسان، تأثیر سریع و کوتاه مدت و فقدان عوارض حاد چشمگیر.

مصرف مواد استنشاقی معمولاً توسط نوجوانان صورت می‌گیرد و در بسیاری از مواقع پیش درآمد مصرف سایر موادند. اکثر افراد احتمالاً مواد استنشاقی را برای مدت کوتاهی مورد استفاده قرار داده و الگوی مصرف درازمدت پیدا نمی‌کنند. بشورات پوستی اطراف دهان و بینی، بوی غیر معمول تنفس، بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباسها، تحریک گلو و بینی از نشانه‌های مصرف هستند.

آثار مصرف

آثار مشابه مصرف الکل هستند ولی معمولاً سریع ظاهر شده و طی چند دقیقه برطرف می‌شود و عبارتند از تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه‌وری، خطاهای حسی و توهم شنوایی و بینایی، اختلال قضاوت، رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای).

عوارض جانبی

مواد استنشاقی باعث وابستگی روانی می‌شوند. مصرف طولانی‌مدت منجر به صدمه به مغز، کاهش ضریب هوشی، صرع لوب تمپورال، صدمات کبدی و کلیوی، التهاب و خونریزی گوارشی، آسیب عضلانی پایدار و عوارض قلبی و ریوی، استئوپوروز، اغما و مرگ ناشی از مصرف زیاد می‌شود.

توصیه‌ها و درمانهای لازم

- راجع به خطرات استنشاق اطلاعات دقیق را در اختیار مراجع قرار دهید.
- به سوءمصرف‌کنندگان اطمینان دهید که آثار ناخوشایند خماری طی ۲۴ ساعت برطرف خواهد شد.
- نیازی به درمان دارویی نیست.

استروئیدهای آنابولیک

استروئیدهای آنابولیک مشتقات صنعتی (سنتتیک) تستوسترون می‌باشند که به صورت کپسول، قرص و آمپول و به رنگهای متفاوت موجودند و به صورت خوراکی، زیرجلدی و داخل عضلانی مصرف می‌شوند. استفاده غیرقانونی از آنها به منظور افزایش عملکرد فیزیکی و افزایش توده عضلانی به خصوص در ورزشکاران رشته‌های دو و میدانی، وزنه‌برداران و بدنسازان صورت می‌گیرد. به این منظور گاهی میزان مصرف به ۲۰ برابر دوز روزانه درمانی می‌رسد.

آثار مصرف

مصرف استروئیدهای آنابولیک ابتدا سرخوشی و بیش‌فعالی ایجاد می‌کند اما پس از دوره نسبتاً کوتاهی موجب خشم فزاینده، تحریک‌پذیری، رفتار خصمانه بدبینی، اضطراب، جسمانی‌کردن (somatization) و افسردگی می‌گردد. موضوع نگران‌کننده دیگر ارتباط بین سوءمصرف استروئیدها و

خشونت است به نحوی که در برخی موارد مصرف‌کنندگان بدون آنکه سابقه‌ای از خشونت یا رفتار ضد اجتماعی داشته باشند مرتکب قتل و سایر جرایم خشن شده‌اند.

عوارض جانبی

در مردان و زنان: افزایش فشار خون، بیماریهای قلبی، صدمات ریوی، کبدی و کلیوی، هیپاتیت، سرطان.

در مردان: آکنه، طاسی زودرس، زرد شدن پوست و چشم، ژینکوماستی، کاهش اندازه بیضه و پروستات.

در زنان: بزرگی کلیتوریس، مشکلات قاعدگی، آلپسی، کلفتی صدا، کوچک شدن پستان.

توصیه‌ها و درمانهای لازم

- یادآوری کنید که مصرف استروئیدها بدون نظارت پزشکی خطرناک است.
- مصرف را یکباره قطع نمائید. نیازی به کاهش تدریجی نیست.
- به مصرف‌کنندگان اطمینان دهید که با قطع دارو اکثر عوارض برطرف می‌شود.
- یادآوری کنید که استفاده از سرنگ مشترک باعث انتقال ایدز، هیپاتیت و... خواهد

شد.

ناس (Pan)

ناس یا نسوار (pan) ترکیبی است از برگ خشک‌شده گیاهی به نام تملول (tamlul) (betel nut) که حاوی نوعی فنل (phenol) است که احتمالاً خواص محرک (stimulant) دارد؛ و دانه فوفل (areca nut) که حاوی ماده‌ای به نام arecoline است که محرک پاراسمپاتیک بوده و منجر به انقباض مردمکها و افزایش ترشح اشک و بزاق می‌شود؛ و نیز آهک که به حل شدن این مواد گیاهی در بزاق کمک می‌کند. تقریباً ۱۰ درصد مردم جهان عادت به مصرف ناس دارند. بیشتر آنان در جنوب آسیا (هند و پاکستان) و جنوب شرقی آسیا زندگی می‌کنند. ناس همچنین در برخی نواحی جنوب ایران به‌ویژه بلوچستان مصرف می‌شود.

مصرف‌کنندگان معمولاً آن را در دهان بین لب و دندان قرار می‌دهند و پس از آن که خیس شد به مدت چندین دقیقه و گاهی تا ساعتها در دهان نگاه داشته و می‌کنند. ناس رنگ آب دهان را قرمز

می‌کند. از آنجا که ناس ترشح بزاق را افزایش می‌دهد، مصرف‌کننده به کرات مجبور است آب دهان خود را بیرون اندازد. دیدن منظره ناخوشایند لکه‌های قرمز رنگ روی سطح پیاده‌روها و خیابانها در مناطقی که مصرف این ماده رواج دارد امری عادی است.

آثار مصرف، عوارض جانبی، وابستگی

به نظر می‌رسد مصرف ناس اثر سرخوشی‌آور خفیفی داشته باشد. اغلب منابع ناس را اعتیادآور می‌دانند. مصرف‌کنندگان معمولاً ولع (craving) برای مصرف دارند. البته در صورت عدم مصرف علائم جسمی ترک دیده نمی‌شود.

به نظر FDA امریکا ماده arecoline موجود در ناس می‌تواند منجر به کارسینوم دهان شود.

خات (KHAT)

خات گیاهی است که در یمن، کنیا و اتیوپی می‌روید و محرک سیستم عصبی است. معمولاً برگ و ساقه گیاه را برای چند ساعت متوالی می‌جویند و به دلیل اینکه مواد موثر خات به سرعت غیر فعال می‌شوند باید آنرا تازه مصرف نمود
آثار جسمی: آریتمی، افزایش فشارخون، عوارض گوارشی، هیپوترمی
آثار روانی: افزایش انرژی، افزایش اعتماد به نفس، احساس شادی و نشئگی. در دوزهای بالا ممکن است بدبینی بروز نماید.

درمان و توصیه‌های لازم

- قطع ناگهانی توصیه می‌گردد.
- باید اطمینان داد که افسردگی و تحریک‌پذیری از عواقب ترک است و برطرف خواهد شد.
- معمولاً به اقدام دارویی خاصی نیاز ندارد.

سوءمصرف همزمان بیش از یک ماده

گرچه اغلب سوءمصرف‌کنندگان یک داروی خاص را ترجیح می‌دهند اما سوءمصرف همزمان بیش از یک ماده الگوی شایعی در مصرف‌کنندگان است. در مطالعه‌ای که در افرادی که به دلیل سوءمصرف مواد

بستری شده بودند صورت گرفت استفاده همزمان از چند ماده شایعتر از مصرف هر ماده به تنهایی بود. سوءمصرف همزمان چند ماده در جوانان شایعتر است و در ۷۲٪ موارد، ماده اولیه یا ثانویه الکل می باشد مواد دیگری که بیشتر مورد سوءمصرف همزمان قرار می گیرند حشیش، تریاک و هروئین هستند. ماده دوم معمولاً برای افزایش نشنگی یا کاهش عوارض جانبی ماده اول مصرف می گردد. مصرف همزمان چند ماده خطر مسمومیت و عوارض جانبی بیش از یک ماده را دارد.

درمان و توصیه های لازم

- سمزدایی این بیماران مشکل تر است و بهتر است که برای سمزدایی بیماران را بستری نمود.
- سمزدایی سرپائی اغلب بی فایده و خطرناک است .
- اصول درمانهای غیر داروئی مشابه سایر مواد می باشد..

بخش سوم

درمانهای غیر دارویی

فصل ۱۵: اهداف و اصول درمانهای غیر دارویی

فصل ۱۶: پیشگیری از عود مصرف مواد با روشهای غیر دارویی

فصل ۱۷: رواندرمانی فردی شناختی- رفتاری

فصل ۱۸: خانواده درمانی

فصل ۱۹: گروه درمانی

فصل ۲۰: درمانهای اجتماعی

فصل ۱۵: اهداف و اصول درمانهای غیردارویی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با اهداف درمانهای غیردارویی
- ۲- آشنایی پزشکان با اصول درمانهای غیردارویی

الگوهای گوناگون درمان غیردارویی اعتیاد وجود دارد که شامل درمانهای فردی، گروهی، خانوادگی و خودیاری است. ایجاد آگاهی و شناختن خود و محیط معتاد مهمترین هدف چنین درمانهایی است. مشاهده و به دست آوردن اطلاعات لازم از بیمار، روبرویی و مواجهه با اعمال وی از یکسو و تأیید احساسات معتاد از سوی دیگر جزء مهارتهای لازم درمانگر به خصوص در **درمان انفرادی** است. بازده و کارایی **گروه‌درمانی** بسیار بالا است. برتری این شیوه در این است که بیشتر از یک نفر می‌توانند همزمان از امکان درمان سود برند و بدین لحاظ اقتصادی‌تر است. ویژگی **خانواده‌درمانی** در آن است که کل خانواده درمان می‌شود. در نتیجه افراد خانواده مورد بررسی قرار گرفته، نقش آنان در استمرار اعتیاد شناخته شده و به تدریج تغییر داده می‌شود و سرانجام نظام ارتباطی بهنجاری بین اعضای خانواده به وجود می‌آید. شرکت در **گروههای خودیاری** مثل معتادان گمنام برای فرد معتاد و خانواده وی می‌تواند سرنوشت‌ساز باشد. دستیابی به اطلاعات، استفاده از پشتوانه‌های اجتماعی و تجربه حس تعلق و عدم تنهایی از فرآورده‌های گروههای خودیاری است. مشاوره فردی یا گروهی، شرکت در کلاسها و دوره‌های آموزشی بهداشت روان، آموزش مهارتهای زندگی و اجتماعات و گروههای مذهبی و معنوی، روشهای مؤثر و موفق در پیشگیری، درمان و توانبخشی سوءمصرف مواد و اعتیاد است.

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند معتادانی که در یک برنامه درمانی شرکت می‌کنند نیاز به مداخله‌های درمانی در حیطه‌های زیر دارند:

- ۱- اطلاعات و آموزش در مورد اعتیاد، بازگیری و درمان
- ۲- یادگیری تواناییهایی که به آنها در حل و فصل احساسات و عواطفشان کمک خواهد کرد.
- ۳- یادگیری و رشد مهارتهای پیشگیری از عود
- ۴- یادگیری مهارتهای عملی زندگی

۵- مواجهه صریح و مستقیم با انکارها و رفتارها یا افکار تحریف شده خود.

۶- نیازهای حمایتی و مددکاری اجتماعی

اهداف درمانهای غیردارویی (مداخله‌های روانی - اجتماعی)

۱- ایجاد و تقویت انگیزه برای ادامه درمان.

۲- جلب همکاری خانواده برای تشویق و تقویت مراجع.

۳- آموزش مراجع برای پی بردن به علل گرایش به سوء مصرف مواد، منافع و مضرات مصرف مواد، روابط خانوادگی، نقاط ضعف و قوت شخصیتی، وجود مشکلات روانی و عاطفی دیگر.

۴- ارائه مشاوره روان‌درمانی حمایتی به مراجع و اطرافیان او.

۵- کمک به تقلیل اضطراب و ترس مراجع و تغییر باورهای نادرست او درباره فرایند سم‌زدایی.

۶- آموزش مهارت‌های رفتاری و شناختی لازم برای مقابله با عوارض جسمی و روانی ترک و تحمل بهتر آنها.

۷- مشاوره و راهنمایی درباره هدف و فرایند درمان نگاه‌دارنده دارویی و آماده کردن مراجع و خانواده او برای این مرحله از درمان.

۸- ارائه مداخله‌های روانی لازم برای رفع کمبودهای رفتاری و ضعف‌های شخصیتی که ممکن است به قطع درمان یا عود منجر شوند.

۹- ارائه کمک‌های روانی - اجتماعی لازم از طریق روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی برای پذیرش مراجع توسط خانواده و سازگاری خانوادگی او.

۱۰- ارائه کمک‌های روانی - اجتماعی لازم برای قبول و ادامه یک سبک زندگی بدون مصرف مواد.

۱۱- آموزش یا بازآموزی مهارت‌های شناختی و حرفه‌ای لازم در پیدا کردن شغل مناسب و قابل قبول توسط مراجع و یا انجام بهتر وظایف شغلی خود.

۱۲- تشویق به شرکت در گروه‌های خودیاری.

اصول درمانهای غیردارویی و توانبخشی معنادار

برنامه‌های درمانی غیردارویی باید از ویژگی‌های زیر برخوردار باشند:

۱- جامع باشند

۲- دارای ساختار باشند

۳- بلندمدت باشند

۴- از مجموعه‌ای از متخصصان بهره بگیرند

۵- انعطاف‌پذیر باشند، یعنی ویژگیها و نیازهای هر مراجع را مدنظر داشته و بر اساس آنها برنامه درمانی تدوین گردد.

۶- خانواده‌گرا باشند، به این معنی که فقط روی مراجع تمرکز نداشته بلکه نیازها و مسائل خانواده را در فرایند درمان در نظر داشته باشد.

۷- امکانات و منابع لازم برای تشخیص و درمان معتادان با تشخیصهای دوگانه (dual diagnosis) را داشته باشند.

فصل ۱۶: پیشگیری از عود مصرف مواد با روشهای غیردارویی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با تفاوت بین لغزش و عود
- ۲- آشنایی پزشکان با معانی متفاوت بهبودی
- ۳- آشنایی پزشکان با علل و عوامل مؤثر در عود
- ۴- آشنایی پزشکان با روش شناختی- رفتاری پیشگیری از عود و توانمند شدن آنان در به کار گیری این روش

مفهوم بهبودی (recovery)، لغزش یا پسرفت موقت (lapse) و عود (relapse)

با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عودکننده است و عوامل و شرایط زیستی-روانی-اجتماعی منجر به گرایش مجدد به مصرف موادمخدر پس از تکمیل دوره درمانی می‌شود، ضروری است که مراکز درمان اعتیاد پس از تکمیل دوره سم‌زدایی، برای مدتی که احتمال عود بالاست ارتباط مراجعان با مرکز درمانی را حفظ نمایند. مطالعات مختلف نشان داده است که میزان عود در بین معتادان به الکل و مواد مخدر بسیار بالاست. به عنوان مثال در یک مطالعه میزان عود در بین مصرف‌کنندگان مواد افیونی بین ۲۵ تا ۹۷ درصد بوده است.

نتایج این مطالعات ضرورت پیگیری معتادان درمان شده را نشان می‌دهند و بنظر می‌رسد که پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان می‌تواند به موفقیت بیشتر مراجعان در پرهیز از مصرف مواد مخدر منجر شود. از آنجا که در سه ماه پس از درمان احتمال عود بالاست، مراجعان در این دوره باید ارتباط بیشتری با مرکز داشته باشند.

برای اینکه وظایف و اهداف تیم درمان در پیشگیری از عود روشن شود، لازم است تعریف نسبتاً دقیقی از مفهوم "بهبودی" (recovery) در نظر گرفته شود. این اصطلاح در مورد بسیاری از بیماریهای جسمی به معنی بازگشت به حالت طبیعی یا سالم قبل از بیماری به کار می‌رود. در رابطه با اختلالهای رفتاری و ناراحتیهای عاطفی رایج در حیطه روانپزشکی، مفهوم بهبودی تا حدی جنبه نسبی پیدا می‌کند چون حالت طبیعی و سالم قبل از تشخیص بیماری بسته به نوع معالجه و نوع بیماری و خصوصیتهای شخصیتی بیمار و موقعیتهای اجتماعی او و چگونگی مقابله و سازگاری توسط او ممکن است بسیار تغییر کند. در مورد مصرف مواد نیز، بسته به نوع ماده، نگرش جامعه نسبت به آن، و نیز عواقب منفی ناشی از مصرف، هدف از "بهبودی" ممکن است ترک کامل و همیشگی ماده مورد مصرف، کم کردن میزان یا دفعات مصرف یا محدود ساختن مصرف ماده به موقعیتهای خاصی باشد که با خطرهای شخصی و اجتماعی کمتری همراه است. در بیشتر کشورهای غربی که مصرف مشروبات الکلی ممنوع نیست در برنامه‌های مبارزه با الکیسم در سالهای اخیر معمولاً به جای اصرار بر ترک کامل، بر مصرف کنترل‌شده و متعادل آن تأکید می‌کنند.

در صورت قبول برداشت نسبی از مفهوم بهبودی، پدیده عود نیز ممکن است حداقل بخشی از معنی بسیار منفی و دلسردکننده خود را از دست بدهد. در واقع مطالعات متعدد نشان داده‌اند که علیرغم بالا بودن نرخ عود در اکثر روشهای درمان معتادان، افراد درمان شده در مدت بازگشت مجدد به مصرف مواد، غالباً از لحاظ مقدار، دفعات و نحوه مصرف مواد، درجات مختلفی از بهبودی را از خود نشان می‌دهند که ممکن است از دیدگاه سازگاری اجتماعی، خانوادگی و نیز پیشگیری از مضرات ثانوی یا کاهش آسیب (harm reduction)، بسیار قابل توجه باشد.

لغزش (lapse) یا بازگشت ناگهانی یا یک‌باره به مصرف مواد با فرآیندی که منجر به مصرف مجدد مواد به صورت منظم‌تر می‌شود، یعنی عود (**relapse**) متفاوت است. لغزش لزوماً به عود منجر نمی‌شود. یکی از علل مهم لغزش، **ولع (craving)** (= وسوسه) همان اشتیاق و نیاز روانی شدید به مصرف ماده مورد نظر است.

سابقاً به عود به عنوان شکست درمان نگریسته می‌شد. اکنون روشن شده است که اعتیاد یک بیماری با عودهای مکرر است. بسیاری از معتادان قبل از ترک مستمر مصرف مواد مخدر ۷-۸ بار عود را تجربه می‌کنند. با شناسایی عواملی که منجر به عودهای قبلی شده‌اند، می‌توان احتمال عودهای بعدی را کاهش داد.

عود نه یک واقعه که یک فرآیند است، پس از بازگیری، رفتارهای به ظاهر کم‌خطر می‌توانند در فرآیند خود به عود منجر شوند. مثلاً اینکه افراد برای اثبات اراده خویش به جستجوی اماکن مرتبط با اعتیاد بر می‌آیند، با دوستان سابق معتادشان ارتباطشان را حفظ می‌کنند، داروهای مربوط به پیشگیری (مثل نالتراکسون) را قطع می‌کنند، همگی می‌توانند نشانه آغاز فرآیند عود باشند. بنابراین در جلسات ویزیت پس از بازگیری می‌بایست به این اتفاقاتی که به ظاهر کم‌اهمیت توجه کرد و بیماران را از چنین رفتارهایی برحذر داشت.

پس از هر لغزش، پدیده‌ای ممکن است رخ دهد که به آن اثر نقض پرهیز (**Abstinence Violation Effect = AVE**) اطلاق می‌شود؛ پس از هر لغزش فرد دچار احساس گناه می‌شود. فکر می‌کند که بی‌لیاقت و ناتوان است که دچار لغزش شده است. بسیاری این لغزش را مساوی با عود قلمداد کرده و تصور می‌کنند ادامه درمان بی‌فایده است و به مصرف مداوم می‌پردازند.

عوامل مؤثر در عود

این عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیادآمیز قبلی پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق، به همان اندازه گرایش به سمت سوءمصرف مواد در وهله اول، پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آنها در طراحی برنامه درمان هم برای موفقیت اقدامهای درمانی و هم برای پیشگیری از عود، حائز نهایت اهمیت می‌باشد. بر اساس نتایج مشاهدات بالینی و تحقیقات به عمل آمده در کشورهای غربی عوامل مؤثر در عود را می‌توان به چهار گروه عمده فردی، بین‌فردی، اجتماعی، و موقعیتی تقسیم نمود:

الف - عوامل فردی (**personal factors**)

این عوامل شامل ویژگیهای فردی، نگرشها و مهارتهای اجتماعی، و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی می‌باشد. طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخصی، و نقشی که سوءمصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می‌کند به نوبه خود می‌توانند روی احتمال عود تأثیر بگذارند.

ب- عوامل بین فردی (interpersonal factors)

به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده و دوستان نزدیک و خرده‌فرهنگ حاکم بر آن اشاره می‌کند. افراد عمده درگیر در این روابط (والدین، همسر، فرزندان، اعضای دیگر خانواده و دوستان نزدیک)، نگرشهای آنان درباره سوءمصرف مواد، و واکنشهای مثبت و منفی آنان در مقابل سوءمصرف مواد یا ترک آن می‌تواند در تسریع یا پیشگیری از عود بسیار مؤثر باشد. برای نمونه، فرد معتادی که پس از ترک سوءمصرف مواد مجبور است، با خانواده‌ای زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای آن به مشکل اعتیاد دچار هستند بیشتر در معرض خطر عود قرار دارد. همین طور معتادی که علیرغم کوشش در ترک مواد با عکس‌العمل منفی و طردکننده اعضای خانواده خود مواجه شود و همچنان خود را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خودباوری خود را از دست داده و به عنوان نوعی راه‌حل مشکلات ناشی از این احساس، مجدداً به دوستان معتاد پناه ببرد.

پ- عوامل اجتماعی (social factors)

به موضوعهایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذران اوقات فراغت، داشتن مهارتهای لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش کارفرمایان نسبت به سوءمصرف مواد و معتادان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان معتاد و بالاخره دیدگاه کلی جامعه در باره مصرف مواد اشاره می‌کنند. نوجوانی که به خاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذران اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط، بطرف سوءمصرف مواد کشیده شده است، اگر پس از طی مرحله سم‌زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جا و امکانی برای گذران اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد، همچنان در خطر عود عاداتها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. بهمین ترتیب، معتادانی که پس از ترک اعتیاد امکان تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در بازار کار را نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبرو خواهند شد که برای فرار از آنها ممکن است بطرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت به کار سابق محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش

قبلی آنها محروم می‌سازد می‌تواند آنها را بسوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوءمصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود.

ت- عوامل موقعیتی (situational factors)

به محلها و موقعیتهای مرتبط با سوءمصرف مواد در گذشته فرد دلالت می‌کنند. به علت آمادگی خاص افراد معتاد به یادگیری علائم و قرینه‌های درونی و بیرونی حاکی از وجود امکان مصرف مواد (هم از طریق یادگیری شرطی کلاسیک و هم بر اساس یادگیری شرطی عامل)، افرادی که دوره مسمومیت‌زدایی و ترک را طی کرده‌اند، در معرض خطر بسیار بالای احساس علاقه و کشش بسیار شدید بسوی محلهایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند قرار دارند. این ولع بسیار شدید درونی (craving) به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد شناخته شده‌اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث می‌شود که فرد معتاد خطر ابتلای خود را نادیده بگیرد. به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و قرینه‌های محیطی یا موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدفهای عمده برنامه‌های پیشگیری از عود تلقی می‌شوند.

روش شناختی - رفتاری پیشگیری از عود

با توجه به عوامل مذکور راهکارهای متعددی برای پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفته است. این استراتژیها با استفاده از مدل‌های روانشناختی متفاوتی تهیه شده‌اند که از میان آنها الگوی مداخله درمانی شناختی - رفتاری با استقبال بیشتر صاحب‌نظران روبرو شده و کارآیی بیشتر آن نیز در مطالعات علمی متعددی مورد ارزشیابی قرار گرفته است.

اساس برداشت شناختی - رفتاری از پدیده اعتیاد و عود آن تأکید روی نقصها و تحریفهای شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارتهای رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) می‌باشد. این مدل مجموعه‌ای از روشهای مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معتاد (و اطرفیان او) را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارتهای اجتماعی او را بنحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیتهای خطرآفرین یا بحرانی، به دامن سوءمصرف مواد پناه ببرد.

اهداف روش درمانی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود عبارتند از:

۱- کمک به حفظ و ادامه حالت ترک یا خودداری از سوءمصرف مواد و تغییر کلی سبک و شیوه زندگی بنحوی که فرد معتاد بتواند در جهت «غیرمعتاد بودن» تغییر هویت دهد. بدیهی است در مورد اکثر افرادی که در حال کوشش برای ترک سوءمصرف و پرهیز از مصرف مجدد آن هستند، هدفهای خاص حفظ و نگهداری حالت ترک از اولویت خاص برخوردار است. برای دستیابی به این اهداف خاص برنامه پیشگیری از عود باید بکوشد:

- مهارتهای شناختی و رفتاری لازم برای شناسایی و پیش‌بینی موقعیتهای خطرناک (از لحاظ مصرف مجدد مواد) و اجتناب و مقابله با آنها را به فرد معتاد یاد دهد.

- هرگاه فرد معتاد دچار لغزش شد (و مثلاً برای آزمایش قدرت اراده خود یا علل دیگر به مصرف مواد پرداخت) به او کمک کند تا از بروز عود کامل پرهیز نماید.

- احساس اعتماد به نفس و خودکفایی فرد معتاد در باره امکان ادامه حیات بدون مواد را افزایش دهد.

- چون تجربه نشان می‌دهد که بدون تغییر اساسی شیوه زندگی احتمال موفقیت معتادان سابق در ادامه مهارتهای اختصاصی مذکور در فوق چندان بالا نیست، برنامه پیشگیری از عود باید به هدف دوم، یعنی:

۲- **تغییر کلی شیوه زندگی**، نیز به همان اندازه هدف اول توجه نماید. برای رسیدن به این منظور لازم است:

- منابع فشار و ناراحتی فرد معتاد شناسائی و روشن شود.

- قالبهای رفتاری و عادات ناسالم او شناسایی و تغییر داده شوند.

- به فرد معتاد کمک شود تا فعالیتهای مثبت و شادی‌آوری را که در شرایط زندگی او امکان‌پذیر هستند، کشف و بجای سوءمصرف مواد یا رفتارهای منفی دیگر به آنها بپردازد.

- مهارتهای لازم برای استفاده صحیح و مؤثر از وقت و استعدادهای خود را فراگیرد تا بدینوسیله بتواند خلأ ناشی از ترک سوءمصرف مواد را پر نماید.

- در کل به شیوه زندگی متعادل‌تری دست یابد.

روشهای عملی پیشگیری از عود

لازم است پزشک به دقت راجع به پیش‌درآمدها، فرآیند وعلت لغزش کاوش کند. به بیمار اطمینان دهد که یک‌بار لغزش ایجاد اعتیاد نمی‌کند و علی‌رغم این لغزش ادامه ترک ممکن است و نه نیازی به سم‌زدایی مجدد هست و نه مصرف مداوم مواد.

در صورت بروز عود خوب است به نیمه پر لیوان، یعنی به زمانی که فرد قادر بوده مصرف نکند، نظر کرد و به مراجع یادآوری نمود که تا فلان مدت زمانی قادر بوده است ماده مخدر مصرف نکند. برای سم‌زدایی مجدد هم می‌بایست همان دوره ترک به عنوان موفقیت فرد برای عدم مصرف مورد تأکید قرار گیرد. نشان داده شده است که اکثر افراد پس از عود، دقیقاً به همان میزان مصرف قبل از ترک برنمی‌گردند؛ ممکن است برای مدتی گهگاه به مصرف بپردازند و در حالت مصرف مرتب نیز میزان مصرفشان تا مدتها در سطحی پایین‌تر از مصرف بار قبل باقی می‌ماند. بنابراین علی‌رغم عود، هر بازگیری مجدد ارزش امتحان کردن را دارد، به شرط آنکه درمانگر و درمانجو متوجه باشند که ترک تضمینی وجود ندارد. همواره احتمال عود هست، اما این عود نه انتهای درمانی ناموفق که بخشی از فرآیند کلی درمان است.

- موضوعهای کلیدی در پیشگیری از عود عبارتند از:

۱. عوامل خطرزا

باید به مراجعان کمک کرد که عوامل خطرزا در ارتباط با عود خویش را شناسایی کنند: افراد، امکان، اشیاء، تحریک حواس پنج‌گانه (مانند بو)، تجدید خاطرات، افکار و عواطف در موقعیتهای پراسترس، دردناک و یا لذتبخش، رویارویی با واقعیتهای ناگوار همگی می‌توانند باعث عود شوند. پس از شناسایی این عوامل خوب است راهکارهایی برای مقابله با آنها احیاناً با کمک گرفتن از خانواده جستجو و از پیش طراحی شوند. مثلاً از قبل با مراجع برنامه‌ریزی شود که اگر دوست معتادش تلفن کرد، خانواده‌اش او را پای تلفن صدا نکنند، یا از رفتن به اماکنی که یادآور اعتیاد هستند احتراز شود.

۲. عود یک فرآیند است و نه یک اتفاق

باید به مراجعان کمک کرد تفاوت بین عود به معنای فرآیند و عود به عنوان اتفاق را دریابند. عود اتفاقی نیست که ظرف چند دقیقه بدون پیش‌درآمد به ناگهان بر سر فرد فروریزد، بلکه فرآیندی است که به صورت زنجیره‌ای از رفتارها خود را نشان می‌دهد. این زنجیره رفتاری به تدریج و نامحسوس شروع شده و در فرآیند خود، عود مجدد را سبب می‌شوند. مراجع و خانواده‌اش باید نسبت به تغییرهای اولیه در بیمار که می‌توانند آغازگر عود باشند حساس شوند. تغییر در نگرشها، افکار، خلق و تغییرهای رفتاری در ارتباط با ترک می‌توانند آغازگر عود باشند.

۳. چگونگی برخورد با ولع و نشانه‌های عود

مراجعان باید بیاموزند که چگونه با ولع و نشانه‌های اعتیاد (drug cues) کنار بیایند. تا مدتها پس از بازگیری قرار گرفتن در معرض نشانه‌های اعتیاد برای مراجع دشوار و او را به احتمال زیاد به سمت مصرف مجدد سوق خواهد داد. البته گاهی در درمان شناختی- رفتاری تحت شرایط کنترل‌شده و با حضور درمانگر نوعی روش درمانی به نام مواجهه‌سازی با یادآورها (cue exposure) در جلسه درمانی انجام می‌شود (ن.ک). مواجهه‌سازی با یادآورها) واحساسها و افکار بیمار در این رابطه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد تا نسبت به یادآورها حساسیت‌زدایی شود. اما احتمالاً مواجهه کردن بیمار با این یادآورها خارج از جلسات درمانی و با شرایط کنترل‌نشده نه فقط مفید نیست که بیشتر مضر است.

ولع هم با افکار (الان آنقدر حالم بد است که بدون مصرف نمی‌توانم تاب بیاورم) و هم نشانه‌های فیزیولوژیک (علائم جسمانی به دنبال اضطراب) همراه است. به بیماران باید کمک کرد برای افکار همراه ولع افکار جایگزین پیدا کنند (مصرف نکردن تابحال به کسی آسیب نرسانده است). در ضمن به آنها توضیح داده شود که صبر و تحمل برای مدتی کوتاه با کاهش وسوسه مصرف همراه است ولع به خلاف نیازهای طبیعی بدن مانند تشنگی و گرسنگی باگذشت زمان کاهش می‌یابد.

می‌توان با تصور ذهنی زمانهایی که ولع رخ خواهد داد، راههای جایگزینی برای مصرف مواد پیش‌بینی نمود، مثلاً هرگاه ولع رخ داد، به جای مصرف، فرد به ورزش خاصی بپردازد یا به کاری مشغول شود یا با اعضای خانواده و دوستان غیرمعتاد حضوری یا تلفنی صحبت کند و باین ترتیب مرکز توجه فرد را از اشتغال ذهنی و وسوسه مداوم راجع به مواد به زمینه‌های دیگری معطوف کرد.

باید توجه داشت که نداشتن انگیزه قوی، دودلی در ارتباط با ترک و باور به وجود اثرهای مثبت در مصرف مواد مخدر میران ولع را افزایش می‌دهند. همانگونه که در بخش مصاحبه آورده شد سؤال از مراجع در این زمینه‌ها از همان آغاز درمان برای تدبیراندیشی روشن درمانی کمک‌کننده است.

۴. شبکه حمایتی - اجتماعی

بوجود آوردن و حفظ یک شبکه حمایتی - اجتماعی غیر معتاد از افراد خانواده، دوستان و همکاران باعث می‌شود که مراجع از یک سو سایرین را به عنوان مدل‌هایی برای امکان‌پذیر بودن زندگی بدون مواد مشاهده کند و از سوی دیگر به علت روابط اجتماعی محکم‌تر نیاز کمتری برای آغاز دوباره مصرف حس کند.

۵. هیجانهای منفی

باید به مراجعان کمک کرد راههایی برای مقابله با وضعیتهای هیجانی منفی بیابند.

وضعیت‌های هیجانی منفی شاید یکی از مهم‌ترین عوامل شروع اعتیاد و عود هستند. بیماران بسیاری از اوقات از احساس‌هایی مانند تنهایی، خلأ درونی، بی‌حوصلگی، کسلی، طرد شدن، خشم و غمگینی به طور مداوم رنج می‌برند و تنها راه مقابله با این احساسها را مصرف مواد می‌انگارند. در مراحل اولیه پس از بازگیری خوب است توصیه شود بیماران تا جایی که ممکن باشد در موقعیتهایی که ممکن است همراه با احساس‌های منفی باشد، قرار نگیرند. توصیه می‌شود افراد زیادی گرسنه، عصبانی، تنها و خسته نشوند. از میان اینها **عصبانیت و تنهایی** مهم‌تر هستند و بیشتر ممکن است به مصرف مواد بیانجامند. در مورد عصبانیت بیان آن بهتر از سرکوب کردن آن است. اما باید به بیماران توضیح داده شود که بیان عصبانیت نه به معنای پرخاشگری، شکستن وسایل منزل و یا کتک زدن خود یا سایرین بلکه بیان احساس عصبانیت و علت آن با کلمات است. در ضمن می‌توان به مراجعان توضیح داد که کسانی که مدام عصبانی می‌شوند، اغلب یک نقیصه شخصیتی دارند که می‌بایست آن را اصلاح کنند.

۶. مشکلات روانپزشکی

بسیاری از اوقات حالات افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روانپزشکی اگر به درستی شناسایی و درمان نشوند، می‌توانند منجر به عود شوند. بجز اینها عود در کسانی که اختلال‌های روانپزشکی مانند اختلال استرس پس‌آسیبی (PTSD) یا جنون (پسکوز) یا اختلال دوقطبی دارند بسیار بالاتر است؛ مراجعان با این قبیل مشکلات می‌بایست برای درمان این بیماریها به روانپزشک ارجاع شوند.

۷. قرار داد برای زمان لغزش یا عود

به عنوان پیشگیری باید با بیمار برای زمان وقوع لغزش و عود قراردادی بست که اگر احساس کرد به علت ولع شدید کنترلش را از دست داده و به سمت مصرف سوق داده می‌شود، چگونه رفتار کند؛ مثلاً به خودش بگوید اگر صبر کند، ولع مرتفع خواهد شد و از مصرف نکردن آسیبی نخواهد دید، صبر و تحمل هر چند دشوار است، اما مشکل را حل خواهد کرد، یا مثلاً با اعضای خانواده یا دوستانی که از قبل مشخص شده‌اند یا با اعضای گروه معتادان گمنام تماس بگیرد یا اقدام‌های دیگری که از قبل مشخص شده است انجام شود. باید مشخص شود که اگر مراجع علی‌رغم تلاش‌هایش، واقعاً دچار لغزش شد چگونه رفتار کند، مثلاً برای اجتناب از عود کامل به افراد خانواده یا دوستانش مراجعه کند. در صورت وقوع عود کامل نیز می‌توان بازگیری مجدد کرد.

فصل ۱۷: روان‌درمانی فردی شناختی - رفتاری

اهداف آموزشی:

۱- آشنایی پزشکان با رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی

آشنایی با رفتاردرمانی

در روش رفتاردرمانی از نظریه‌های یادگیری استفاده می‌شود. در این روش اعتقاد بر این است که انسان نه خوب است و نه بد و رفتار به وسیله عوامل محیطی، محرکها، و نیازهای فرد بوجود می‌آید. انسان هم رفتار سازگار و هم رفتار ناسازگار را یاد می‌گیرد.

علل رفتار ناسازگار عبارتند از:

۱- عدم فرصت کافی برای یادگیری

۲- وجود موانع احتمالی در یادگیری

۳- کمبود تجربه کافی

۴- اختلال در ادراک

۵- اشکال در تعمیم

رفتاردرمانگران به وفور از تقویت‌کننده‌های متعدد استفاده می‌کنند. در این روش درمانگر بر اعمال و فعالیتهای فرد یا گروه کنترل زیاد دارد و به طور کلامی و غیرکلامی به تشویق فرد یا اعضای گروه می‌پردازد و اعضا را در جهت نیل به هدفهای تعیین شده رهبری می‌کند.

مشاور از فنون و تکنیکهای رفتاری متعدد استفاده می‌کند مانند:

۱- سرمشق‌گیری یا الگوگیری (modeling) که بر این نظریه استوار است که فرد با مشاهده عمدی یا تصادفی رفتار دیگران و تقلید کردن آن می‌تواند آن رفتار را بیاموزد. این روش در درمان ترس مرضی (phobia) به کار می‌رود؛ برای مثال اگر کودکی از چیزی می‌ترسد، با دیدن کودکان دیگری که از آن چیز نمی‌ترسند، کمتر دچار ترس خواهد شد. این روش همچنین در کاهش وزن و ترس سیگار مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین از این فن در درمانهای گروهی بکار می‌رود.

۲- آموزش توانایی سازگاری که در مواردی که امکان تغییر موقعیت و اوضاع نیست، به فرد کمک می‌کند بتواند با موقعیت کنار آید.

۳- تمرین آرامیدگی (relaxation training) (پیوست ۵)

۴- تمرین یا مرور (rehearsal) که به صورت زیر انجام می‌گردد: در آموزش جرئت‌ورزی، شرکت‌کنندگان در گروه موقعیتهایی را توصیف می‌کنند که مایل هستند در آن موقعیت جرئت بیشتری برای ابراز وجود داشته باشند. سپس اعضای گروه نظرات خود در مورد اینکه چگونه با چنین موقعیتهایی

برخورد خواهند نمود را ابراز می‌کنند. پس از آن به اعضا نقشه‌هایی داده می‌شود که آن موقعیت را تمرین کنند و این تمرین ضبط تصویری می‌شود. سپس اعضا نوار را نگاه می‌کنند و بررسی نموده و باز خورد می‌دهند. این موقعیت آنقدر تمرین و مرور می‌شود تا فرد احساس کند که می‌تواند با رضایت خاطر در آن موقعیت ابراز وجود نماید.

۵- مدیریت مشروط (contingency management) که یکی از روشهای رفتاردرمانی است که در آن از قبل نتایج مثبت و منفی برای تقویت خویشنداری یا تنبیه رفتارهای مرتبط با مواد بر اساس یک برنامه‌ریزی در نظر گرفته شده است. در این روش عواقب منفی برای سوءمصرف می‌تواند اطلاع به مراجع قانونی با موافقت قبلی بیمار یا اعضا خانواده باشد.

۶- مواجهه سازی با یاد آورها (cue exposure) یا درمان وضعیتی بر اساس اصول خاموش‌سازی (extinction) که در رویکرد یادگیری تدوین شده است و به صورت مواجهه‌سازی بیمار با یاد آورهایی است که سبب اشتیاق وی برای مصرف مواد می‌شود و علی‌رغم آن بیمار از مصرف مجدد مواد پرهیز می‌کند. این روش می‌تواند با روشهای آرمیدگی عضلانی (پیوست ۵) و آموزش پرهیز از مواد به منظور تسهیل فرآیند خاموش‌سازی اشتیاق شرطی شده بیمار، همراه نمود.

۷- روش انزجار (aversion) که در این روش مصرف ماده با یک تجربه ناخوشایند توأم می‌شود مانند شوک الکتریکی، داروهای تهوع‌آور.

۸- حساسیت زدایی پنهان روش دیگری است که امروزه بیشتر از روش انزجار استفاده می‌شود است. در این روش تصاویر نامطبوع شخصی در افکار و خیال‌بافی راجع به مصرف مواد جذب می‌شوند. برای مثال زمانی که فرد به مصرف مواد فکر می‌کند، می‌تواند آموزش بیابید که در کنار آن تجسم کند که همسر یا شغلش را از دست داده می‌دهد. این روش در درجه اول برای جلوگیری از ولع و نیاز به مصرف مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۹- پرورش مهارت‌های فردی که در اینجا مداخلات از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی و شناختی صورت می‌گیرد.

اصول کلی فنون رفتاری

- ۱- توجه به برنامه‌ریزی فعالیتهای روزانه توسط بیمار.
- ۲- انجام آزمایشهای رفتاری مصرف نکردن مواد و توجه به اینکه آیا دوستان خود را از دست می‌دهد. آنطور که فکر می‌کند.
- ۳- توجه دادن به بیمار به اینکه آیا آنگونه که فکر می‌کند دوستان خود را از دست خواهد داد.

- ۴- نقش بازی کردن (مانند تمرین نه گفتن).
- ۵- آرمیدگی (relaxation)- تمرین شلی عضلانی (پیوست ۵)
- ۶- انجام تکالیف درجه بندی شده مانند رفتن به سینما با دوست غیر معتاد و سپس ازدیاد این رفتارها
- ۷- انجام تمرینهای بدنی
- ۸- کنترل محرکها میل به مصرف مواد مانند خودداری از معاشرت با دوستان معتاد و اجتناب از حضور در محیطهای آلوده.

آشنایی با شناخت درمانی

بر طبق نظریه شناختی، بسیاری از معتادان ویژگیهایی دارند که آنها را در معرض اعتیاد قرار داده است. این ویژگیها عبارتند از:

- ۱- حساسیت بیش از حد به احساسات ناخوشایند خود و دیگران
 - ۲- کمبود انگیزه برای کنترل رفتار
 - ۳- تکانشگری (impulsivity)
 - ۴- هیجان طلبی و تحمل کم و بی حوصلگی
 - ۵- آستانه پایین تحمل ناکامیها
 - ۶- نداشتن روشهای مورد قبول اجتماع جهت کسب لذت
 - ۷- احساس ناامیدی در مورد رسیدن به اهداف
- اعتیاد معمولاً به دنبال اضطراب شروع شده و سپس با بروز خلق افسرده، فرد رابه خوددرمانی با الکل و مواد مخدر ترغیب می کند. این رفتار به نوبه خود منجر به بروز مشکلات اقتصادی، اجتماعی، پزشکی می شود که به نوبه خود اضطراب را تشدید کرده و بیمار سعی می کند با مصرف بیشتر آن را کنترل کند و به این ترتیب این حلقه معیوب ادامه می یابد.
- معتادان معمولاً اعتیاد خود را به ولع (craving) غیرقابل کنترل به مصرف مواد نسبت می دهند. اما افکار ناکارآمد (dysfunctional thought)، ولع را تشدید می کند.
- مصرف کنندگان معمولاً مشکلات خود را کم اهمیت جلوه می دهند، انکار می کنند، به آنها بی توجهی کرده و یا اینکه آنها را به مسائلی غیر از مواد و الکل نسبت می دهند.

یک عامل بسیار مهم در وابستگی روانی بیماران این باور است که ترک مواد مخدر باعث بروز عوارض غیرقابل تحمل خواهد شد. باور اساسی دیگر احساس ناتوانی معتاد در کنترل ولع مصرف مواد است.

ولع و تمایل به مصرف به طور خودبه خود اتفاق می افتند. اساس درمان این است که روشهای آگاهانه کنترل این تمایلات در بیمار ایجاد شود. شناخت درمانی یک سیستم روان درمانی است که سعی می کند رفتارها و باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد را تغییر داده و روشهای کنترل را آموزش دهد.

تکنیک شناخت درمانی شامل سست کردن تمایلات از طریق سست کردن باورهایی است که آن را تقویت می کند.

تأکید روشهای شناختی- رفتاری بر موارد زیر است:

- ۱- تغییر فرایندهای شناختی که به رفتار ناسازگارانه غیر انطباقی سوء مصرف مواد می انجامد.
 - ۲- مداخله در زنجیره رفتارهایی که در نهایت منجر به سوء مصرف مواد می شوند.
 - ۳- کمک به بیماران برای مقابله با حالت‌های مزمن و حاد ولع به مواد.
 - ۴- ارتقا و تقویت مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی برای پرهیز از مصرف.
- در این روش تأکید بر شناسایی و اصلاح الگوهای تفکر ناسازگارانه است. این اصلاحات به بیمار کمک می کند تا عواطف منفی برخاسته از سوء مصرف مواد را کاهش دهد.

اصول کلی شناخت درمانی

- ۱- آموزش معتادان در مورد شناخت درمانی
- ۲- تعیین اهداف
- ۳- تکنیکهای شناخت درمانی
 - الف) بررسی منافع و ضررها
 - ب) تشخیص و تعدیل باورهای مربوط به سوء مصرف مواد
 - ج) تکنیک فلش رو به طرف پایین (اگر این طور شود چه می شود)
 - د) اسناد دوباره مسئولیت
 - ه) ثبت افکار روزانه و مشخص نمودن اینکه بیمار قبل از استفاده از مواد چه احساسی دارد
- ۴- برخورد با ولع و تمایل به مصرف مواد
- ۵- تمرکز روی باورهای بیمار

۶- آموزش مهارت حل مسئله (به فصل پیشگیری مراجعه نمایید)

۷- مداخله در بحران

۸- درمان افسردگی بیمار

۹- عصبانیت و اضطراب بیمار

۱۰- پیشگیری از عود

درمان شناختی - رفتاری

با ترکیب روشهای شناختی و رفتاری می توان به دستاوردهای درمانی به مراتب بیشتری رسید.

نکات مهم در درمان شناختی - رفتاری

• همکاری

اساس درمان شناختی - رفتاری همکاری درمانگر و مراجع است. به این معنا که درمانجو در فرآیند درمان دخالت داده می شود و درمانگر با همدلی و حمایت، او را در این مسیر یاری می دهد. این همکاری برای درمانجو محیطی امن فراهم می آورد تا او را در تغییر دشوار رفتاری اعتیادی حمایت کند. معتادان به نسبت بسیار گروههای دیگر از بیماران ممکن است واکنشهای منفی نسبت به خود در درمانگر بر بیانگیزند. ممکن است درمانگر از اینکه قادر به متوقف ساختن رفتار اعتیادی در بیمار نیست احساس سرخوردگی، خشم یا درماندگی کند. ممکن است فکر کند که درمان او قادر به رقابت با مواد که آثار شدید و فوری بر بیمار برجای می گذارند، نمی باشد. بعضی دیگر نیز ممکن است احساس کنند نمی توانند با تاریخچه زندگی دشوار بسیاری از معتادان ارتباط برقرار کنند. در چنین مواردی درمانگر می بایست با پیش داوریهای شخصی خویش برخورد کند و مثلاً به جای آنکه با خود بیندیشد که «این معتاد هرگز تغییر نخواهد کرد» فکر کند «صبر من باعث خواهد شد که این بیمار پس از مدتی تغییرات قابل توجهی پیدا کند». همکاری و همدلی درمانگر برای باقی ماندن بیمار در درمان بسیار اهمیت دارد.

• جمع بندی اطلاعات مورد

نکته دیگر جمع بندی اطلاعات راجع به هر مراجع به طور خاص است. درمانگر سعی می کند روایتی مفهومی از تاریخچه زندگی فرد که منجر به مصرف شده است را جمع بندی نماید. اینکه چگونه تجارب زندگی اولیه در باورهای تجلی می یابند که پیش درآمد مصرف مواد بوده اند. مانند: «من آدمی بی ارزشم»،

«وضعیتم هرگز بهتر نخواهد شد»، «من تحمل احساسهای دردناک را ندارم»، «اشتباهات و یا مشکلات غیرقابل تحمل هستند». زمانی که فرد به مصرف روی می‌آورد، تجارب جدیدی در ارتباط با اثر مواد پیدا می‌کند؟ مانند: احساس تسکین، فراغت از فکر کردن به مشکلات، بی‌نیازی به جهان پیرامونی و غیره و این خود باعث پیدایش باورهای مرتبط با مواد می‌شود که همراه با افکار خودآیند و ولع، چرخه مصرف را کامل می‌کند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات می‌توان همراه با مراجع نموداری ترسیم کرد که دوران: زنجیره حوادث کودکی **B** باورهای هسته‌ای **B** باورهای شرطی **B** راهکارهای جبرانی آورده شوند.

• اطلاعات کلیدی و تعیین‌کننده مربوط به کودکی و دوران رشد مانند داشتن والدین سرزنشگر یا بی‌توجه یا بیش از اندازه حمایتگر یا داشتن دوستان معتاد.

• باورهای هسته‌ای که از اتفاقات و تأثیرات دوران کودکی ناشی شده‌اند که اغلب با احساس ارزشمندی فرد در تضادند مانند باور به اینکه زشت است، احمق است، ناتوان است؛ یا به صورت عقایدی در ارتباط با دیگران است، مثلاً اینکه به او آزار می‌رسانند یا او را تحقیر می‌کنند یا او را درک نمی‌کنند.

• فرضیات، باورها و قواعد شرطی، مانند آنکه مصرف مواد به حل مسائل بالا کمک می‌کند.

• راهکارهای جبرانی مانند مصرف مواد، عدم ارتباط با دیگران، واکنشهای خشمگین نسبت به احساسهای سرخوردگی یا خردشدگی.

سپس زنجیره فعلی رخدادها و رفتارها توسط بیمار به عنوان تکلیف تکمیل می‌شود تا بیمار ارتباط بین احساسها، افکار و رفتار (اعتیادی) خویش را دریابد، مانند:

• وضعیت: احساس خلأ و تنهایی

• فکر خودآیند: این وضع را نمی‌شود تاب آورد، این وضع را تنها در وضعیت نشئگی می‌توان تحمل کرد.

• معنای فکر فرآیند: (با توجه به مفهوم‌بندی قبلاً صورت گرفته) من دوست داشتنی نیستم، تنهایی من برای کسی اهمیتی ندارد.

• احساس: احساس سرخوردگی، اضطراب، ناتوانی، خردشدگی.

• رفتار: مصرف مواد برای نشئه شدن.

ساختار

درمان شناختی- رفتاری معمولاً ساختار یافته است؛ مثلاً در درمان اعتیاد، ساختار عبارتست از تعیین اهداف، بررسی خلق بیمار، برقراری ارتباط با مسائل مطروحه در جلسه و بین دو جلسه (مانند مصرف مواد، ولع به مصرف و موقعیتهای برانگیزاننده مصرف)، بحث راجع به مشکلات (شامل راهکارهای کنار آمدن بالقوه و فعالیتهای تقویت‌کننده مهارتها).

زمان‌بندی هم ساختار یافته است؛ برای مثال درمانگر در جلسه اول ممکن است ۴۵ دقیقه برای برقراری راپو و جمع‌آوری اطلاعات در نظر بگیرد. ۵ دقیقه صرف مفهوم‌بندی مورد کند. در ۱۵ دقیقه بعد به بیمار آموزش دهد که چگونه موقعیتهای پرخطر در رابطه با مصرف مواد را شناسایی کند. ۵ دقیقه برای تقویت انگیزه و ۱۰ دقیقه راجع به قرارداد درمانی و قواعد درمانی و سر آخر ۵ دقیقه برای دادن تکلیف وقت بگذارد.

آموزش روانی (Psychoeducation)

آموزش روانی فرآیندی ظریف است. همانگونه که افراد در آمادگی برای تغییر متفاوتند، به همان نسبت هم در آمادگی برای توجه به مداخله‌های آموزشی متفاوت هستند. هم زمان و هم روش عرضه مداخله‌های آموزشی در ارزش آنها برای درمان دخالت دارند.

در صورت نیاز، درمانگر از مواد اضافه آموزشی مانند آموزشهای توضیحی کوتاه، متون نوشتاری، نوار ویدیویی استفاده می‌کند. توضیحات بیش از حد طولانی کمکی به آموزش نمی‌کند و بیشتر کسالت‌آور است. موضوعهای آموزشی شامل راهکارهای اختصاصی برای کنار آمدن با ولع، مهارتهای کنار آمدن با مشکلات، اثرات فیزیولوژیک مواد، رفتارهای پرخطر، تأثیر مصرف مواد به خانواده، تشخیصهای دوگانه و مدل‌های روانشناختی برای درک سوء مصرف مواد می‌شوند.

برخی فنون شناختی- رفتاری

• مصاحبه انگیزشی

فرآیندی است که از طریق آن درمانگر سعی در تغییر انگیزه مراجع در راستای آمادگی برای تغییر می‌کند. (پیوست ۲)

• مشخص کردن زنجیره شناختی - رفتاری رخدادها

زنجیره رخدادها یا همان پیش‌درآمدهای مصرف مواد شامل موقعیتها، احساسها، باورها، افکار و رفتارها می‌شوند.

فرض مهم رفتاردرمانی شناختی آن است که اگر بیمار بیاموزد که چگونه این پیش‌درآمدها منجر به مصرف می‌شوند، می‌فهمد که چگونه آنها را اداره کند.

برای این کار مراجع با کمک درمانگر روی کاغذ در جلسه درمان نموداری ترسیم می‌کنند که با محرکی که برای مصرف حس کرده است آغاز می‌شود. سپس باورهایی که همراه آن در ذهنش تازه می‌شوند، سپس افکار خودآیند در ارتباط با آن باور، سپس ولع و پس از آن افکاری که او را مجاز به مصرف می‌کند و پس از آن رفتار مصرف به صورت چرخه‌ای دنبال هم ترسیم می‌شوند تا مراجع این زنجیره را به طور عینی مشاهده و درک کند.

• تسلط بر ولع

زمانیکه بیماران قصد ترک مواد را دارند احساس ولع به مصرف اجتناب‌ناپذیر است. برای اداره کردن ولع روشهای بسیار متنوعی وجود دارند. شایع‌ترین آنها شاید انحراف مسیر تفکر از فکر کرن به مواد به واسطه مشغولیتی دیگر، باشد. درمانگران شناختی - رفتاری از روشهای دیگر نیز مانند تحلیل فواید و مضرات مصرف مواد و تهیه فهرست افکار روزانه برای تقویت باورها و افکاری که ولع را کاهش می‌دهند استفاده می‌کنند.

اغلب روشهای شناختی میان باورهای اعتیادی (که استفاده از مواد را تشویق می‌کنند) و باورهای کنترل (باورهایی که پرهیز را تشویق می‌کنند) تمایز قایل می‌شوند.

بک و همکاران فهرستی از باورهای اعتیادی تهیه کرده‌اند که شامل باورهای زیر می‌شود:

- ولع می‌تواند آدم را دیوانه کند .
- من هیچ کنترلی به ولع خویش ندارم.
- من نمی‌توانم علائم جسمانی همراه ولع را تحمل کنم.
- ولع آن قدر مرا عصبی می‌کند که طاقت آن را ندارم.
- وقتی واقعاً ولع مصرف دارم، هیچ کارکردی ندارم.
- من یا ولع مصرف مواد دارم یا ندارم، چیزی میان این دو وجود ندارد.
- وقتی ولع مصرف مواد زیاد می‌شود، مصرف الکل مجاز است

- ولع نیرومندتر از قدرت اراده من است

- **تأکید بر باقی ماندن در درمان**

موارد قطع درمان در بیماران معتاد به نحو بارزی بالاست. بنابراین مهم است که به طور آشکار با بیماران راجع به اهمیت باقی ماندن در درمان به خصوص اگر زمانی غیبت کنند، گفتگو شود. به طور خلاصه درمانگران تشویق می‌شوند که هر کاری را که منطقی باشد برای نگاه‌داشتن بیماران در درمان انجام دهند. بعضی درمانگران به خصوص در گذشته تصور می‌کردند که بیمار می‌بایست به محض مصرف مواد از درمان کنار گذاشته شود. چنین چیزی با ذهنیت امروزی به ندرت ضرورت پیدا می‌کند. اقدامات عمومی شامل برقراری راپو، همکاری و مشارکت در درمان است.

راهبردهای اختصاصی شامل کاوش در شناخته‌های همراه با جلسات غیبت‌شده هستند. روشهای دیگری که می‌توانند استفاده شوند یادداشت زمان قرار بعدی برای بیمار و یاری به او برای سازماندهی وقت و مسائل دیگر برای آمدن به جلسات است.

فصل ۱۸: خانواده‌درمانی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با اهداف خانواده‌درمانی
- ۲- آشنایی پزشکان با جزئیات و مراحل مختلف خانواده‌درمانی و توانمند شدن آنان در به کار گیری این درمان

مقدمه

در پیرامون هر فرد معتاد، خانواده‌ای در رنج است. اعضای خانواده احساس درماندگی می‌کنند، از اعتیاد فرزندشان احساس گناه می‌کنند و بنابراین نیازمند راهنمایی هستند. با وجود اینها خانواده بیمار ممکن است ناخواسته در ادامه اعتیاد او مؤثر باشد. اعتیاد اغلب در ارتباط با روابط داخل خانواده شکل می‌گیرد. به تجربه مشاهده شده است که بسیاری از معتادان در رابطه نزدیکی با خانواده‌شان قرار دارند. خانواده ناکارآمد و وجود ارتباطات نارسا میان اعضا خانواده و ناتوانی در برقراری محدودیتها و معیارهای مشخص رفتاری در درون خانواده، با اعتیاد مرتبط می‌باشد.

اهداف خانواده‌درمانی عبارتند از:

۱. بهبود روابط و همبستگی خانوادگی برای ترغیب به درمان و پیشگیری از عود
۲. شناخت نگرشهای فعلی بیمار در مورد مواد مخدر
۳. افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار
۴. کاهش ارتباطات بیمار با همسالان مصرف‌کننده مواد
۵. حفظ روابط زناشویی

برخی عواملی که خانواده‌های معتاد را از خانواده‌های غیر معتاد متمایز می‌کنند عبارتند از:

- احتمال بالاتر وجود اعتیاد یا قماربازی در خانواده که می‌تواند به جز علت زیست‌شناختی نوعی مدل رفتاری طی نسلها در خانواده ایجاد کند.

- ارتباط بیش از حد نزدیک فرد معتاد با مادرش که ممکن است تا زمان بزرگسالی نیز ادامه یابد.

- ابراز مستقیم‌تر و ابتدایی‌تر تعارض در خانواده معتادان

- گروه همسالان متمایل به مواد که زمان شدت گرفتن تعارضهای درون خانواده در ذهن فرد معتاد توهم استقلال را ایجاد می‌کنند.

- اشتغال بیشتر با مرگ در خانواده و وقوع بیشتر مرگهای غیرمنتظره و خارج از زمان عادی در این خانواده‌ها (سوک یکی از علل شایع آغاز مصرف مواد است)

- مشکلات شایع انطباق فرهنگی و تفاوت بارز فرهنگی بین فرزندان و والدین در این خانواده‌ها

اعتیاد بسیاری از اوقات نه تنها توسط فرد معتاد که توسط افراد خانواده‌اش نیز انکار و لاپوشانی می‌شود یا کم اهمیت‌تر از آنچه که هست نمایش داده می‌شود. باید به مراجع و خانواده‌اش کمک کرد به معضل اعتیاد همانگونه که هست بنگرند. احتمال موفقیت درمان بدون درگیر کردن اعضای خانواده در روند درمان بسیار ضعیف‌تر است. بر اساس مشاهدات انجام شده، بهبود روابط داخل خانواده نیز به خودی خود، باعث کاهش مصرف مواد می‌شود. معتادان اغلب افراد خانواده را عامل مؤثر در ترک خویش تلقی می‌کنند، در این میان نقش خانواده اولیه و والدین ظاهراً بیشتر از نقش همسر است. معتادانی که قادر به ترک مستمر شده‌اند، در جریان درمان اغلب از حمایت خانوادگی خوبی برخوردار بوده‌اند. پزشک می‌بایست توجه داشته باشد که برخوردی به دور از قضاوت در ارتباط با خانواده مراجع داشته باشد. اظهار اینکه خانواده در معتاد شدن مراجع مقصر بوده است، کمکی به فرآیند درمان نخواهد کرد. در عین حال باید تأکید کرد که بهبود اعتیاد چقدر برای بهبود حیات کل خانواده مفید است.

تحقیقات نشان می‌دهند که درصد قابل توجهی از معتادان تا سنین بزرگسالی ارتباط تنگاتنگ خویش را با خانواده اولیه حفظ می‌کنند. بسیاری از آنان نزد خانواده اولیه زندگی می‌کنند و این به نسبت سکونت افراد غیرمعتاد هم سن نزد والدین تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. بر اساس تحقیق ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران ۴۱/۶٪ معتادان در منزل پدری زندگی می‌کرده‌اند. به علاوه تماسهای تنگاتنگی بین اکثر معتادان با والدین‌شان قابل مشاهده است. این موضوع از دو نظر اهمیت دارد:

الف - ارتباط تنگاتنگ خانوادگی در برنامه‌های درمانی معمولاً نادیده انگاشته می‌شوند.

ب - این نشان می‌دهد که خانواده معتادان برای آنها و معتادان هم برای خانواده‌هایشان مهم هستند.

مراحل درمانی

تعریف مسئله و مذاکره برای قرارداد درمانی

در این مرحله سوء مصرف به عنوان مسئله اصلی خانواده تعریف می‌شود. و اهداف درمانی با اولویت اول به کمک سوء مصرف کننده مواد برای پرهیز مشخص می‌شوند.

برای طراحی کمک خانواده به درمان اغلب از آن اعضای خانواده بیشتر کمک گرفته می‌شود که ارتباط نزدیک تری به لحاظ عاطفی و مکانی با مراجع داشته باشند و خود نیز برای درمان مراجع پیشقدم بوده باشند. در عین حال حتی الامکان از بزرگ‌ترهای خانواده مانند والدین یا کسانی از نسل قبل تر خواسته می‌شود که در فرآیند درمان درگیر شوند. نکته مهم در درمان آن است که درمانگر روشی غیرشماره‌گرانه نسبت به کلیه اعضای خانواده در پیش گیرد، چرا که افراد خانواده خود به اندازه کافی خود را به علت اعتیاد یک عضو خانواده سرزنش می‌کنند. سوء مصرف فرد معتاد می‌بایست به عنوان مشکل کل خانواده و نه صرفاً مشکل شخصی وی تعریف شود. برای تسکین خانواده می‌توان از الگوهای بیماریهای مزمن همانند دیابت یا فشار خون مزمن برای توصیف اعتیاد استفاده کرد.

آماده‌سازی نزدیکان و افراد خانواده معتاد جهت کمک به فرآیند درمان بسیار حیاتی است. لازم است به افراد خانواده آموزشهایی داده شود. آنان باید فراگیرند که شکستن مکانیسم دفاعی "انکار" فرد معتاد جزء پله‌های اولیه درمان است. اطرافیان معتاد نه تنها نباید سعی در از بین بردن نتایج نامطلوب اعمال مربوط به معتاد کنند، بلکه باید ترتیبی فراهم سازند تا شخص معتاد روبرو با نتایج منفی و نامطلوب گردد.

در مداخله مقدماتی که شامل اخذ اطلاعات اولیه است، برای جلوگیری از پیشرفت بیماری، با شخص معتاد رویارویی صورت می‌گیرد. این مداخله به صورت مواجه شدن با معتاد در صورت امکان با شرکت نزدیکان به خصوص افراد خانواده انجام می‌گیرد. از اقدامات اولیه در مداخله، شکستن مکانیسم دفاعی انکار معتاد است. شخص معتاد در وضعیت انکار عواقب وخیم اعتیاد به سر می‌برد. او از مسمومیت فیزیولوژیک، ناسازگاری روانی و خانوادگی، مشکلات اجتماعی و اقتصادی و اختلافات قانونی و حقوقی و دیگر مسائل ناشی از اعتیاد بی‌اطلاع به نظر می‌رسد. برای مقابله با انکار و نوعی به خود آوردن معتاد، باید عواقب شناخته شده و ملموسی در نظر گرفته شود که شخص معتاد مجبور به روبرویی با آن شود. اغلب نزدیکان و افراد خانواده معتاد به دلایل مختلف چون حفظ آبرو چه بسا ناخودآگاه سعی در حذف چنین نتایج طبیعی ناخوش‌آیند ناشی از سوء مصرف مواد مخدر دارند. عدم رویارویی و تجربه این نتایج عملاً به پیشرفت بیماری اعتیاد کمک می‌کند. نظر به این که در امتداد پیشرفت اعتیاد، افراد نزدیک

همچون خانواده شخص معتاد، خود نیز در مدار گرفتاری‌های بیماری قرار گرفته و تلویحاً خود را تا حدودی با رفتار معتاد تطابق می‌دهند. لذا انتظار می‌رود که افراد خانواده چون معتاد در چنگال انکار به سر برند. مداخله و درمان، افراد خانواده معتاد را نیز باید تحت پوشش قرار دهد. آموزش عمومی درباره مواد، شکستن مکانیسم‌های دفاعی نامناسب و مواجه کردن معتادان و افراد خانواده آنها با عواقب طبیعی و ناگوار اعتیاد در مجموعه مداخلات بالینی می‌باشند. این مداخلات باید حتی‌المقدر تهدیدآمیز نبوده و روی مسائل و رفتار عینی به جای شخصیت افراد متمرکز شود.

باید به نزدیکان شخص معتاد اطلاعات لازم در مورد کمک‌های موجود و در دسترس محیط زندگی آنان داده شود. برای آنها موقعیتی فراهم شود تا در آن بتوانند احساسات خود در رابطه با مسائل مربوط به اعتیاد را بیان کنند. سپس راه‌حلها و اطلاعات لازم در اختیار آنان گذارده شود و در صورت لزوم و امکان تشویق به شرکت در خانواده‌درمانی شوند.

انجام تکالیف زیر جهت جلب حمایت خانواده در شرکت در فرآیند درمان مفید به نظر می‌رسد:

۱- از افراد خانواده جویای تشریح دلایل آنان در ادامه زندگی و رابطه با شخص معتاد شود. از آنان درباره احساسات مثبت خود در رابطه با شخص مبتلا به اعتیاد پرسش شود. این تکلیف باعث ایجاد انرژی و احیای انگیزه برای امر مداخله می‌گردد.

۲- خانواده ۳ یا ۴ رفتار مشکل‌ساز معتاد را تعریف کرده و درباره ابعاد آن بحث کند. این تکلیف با دوری‌گزینی از خیال‌پردازی، حواس خانواده را بر رفتار شخص معتاد متمرکز می‌سازد.

۳- خانواده تشویق به بیان تأثیرات احساسی و فکری رفتار نامبرده معتاد در سیستم و یکایک افراد خانواده شود. از این جهت افراد خانواده کمتر خود را مقصر شناخته و به رابطه رفتار شخص معتاد با احساسات و افکار دیگر افراد خانواده پی می‌برند.

۴- با افراد خانواده در باره چگونگی عملی دریافت درمان برای فرد معتاد بحث و گفتگو شود. مثلاً خانواده درباره انتخاب شقوق مختلف درمان و عواقب عدم رضایت و یا عدم آمادگی معتاد نسبت به درمان اعتیاد بحث می‌کند. افراد خانواده می‌تواند عملاً در بستن چمدان شخص معتاد و فرستادن وی به مرکز درمانی شرکت کنند.

ایجاد زمینه برای زندگی بدون مواد

شرط مهم برای پرهیز فرد معتاد از مصرف مواد وجود زمینه مناسب در خانواده است. در غیر این صورت اگر محیط آماده نباشد، رفتار اعتیادی نیز ادامه خواهد یافت. در این جهت می‌توان افراد خانواده را به شرکت در برنامه‌های ۱۲ قدمی بستگان مانند Nar-Anon تشویق کرد یا گروه‌های خودیاری

همسران یا مادران معتادان را تشویق به ایجاد شدن کرد (این گروهها در برخی مناطق کشور فعال می‌باشند). در هر حال می‌بایست با اعضای خانواده در جهت ایجاد محیط مناسب برای ترک کار کرد. با این وجود درمانگر نمی‌بایست مطمئن باشد که پس از این صحبتها، تغییر قطعاً اتفاق خواهد افتاد. کما اینکه علی‌رغم برنامه‌ریزی درست درمانی نیز بسیاری از اوقات رفتار اعتیادی ادامه می‌یابد. پرداختن به فقدانها و سوگ در این مرحله و مراحل بعد بر روی تثبیت پرهیز از مصرف بسیار مهم است. مرگ یا جدایی اعضای خانواده می‌تواند به فرآیند درمان آسیب بزند.

قطع مصرف

زمانی که زمینه با کمک درمانگر در خانواده آماده شده باشد، فرد سوءمصرف‌کننده در می‌یابد که انتظار خانواده از او قطع مصرف مواد است و می‌بایست بین مصرف مواد و خانواده یکی را انتخاب کند. درگیر کردن کلیه اعضای خانواده در فرآیند درمان می‌تواند برای مثال به صورت برقراری برنامه‌های ساعتی مراقبت و نظارت بیمار که ترجیحاً با درگیر کردن هرچه بیشتر افراد خانواده صورت می‌پذیرد باشد. تلاش بسیاری صرف پیشگیری از لغزش (lapse) و شناسایی مواقع پرخطر قبل از وقوع آن می‌شود. بهتر است که از قبل قراردادی برای تکرار کل فرآیند برای بار دوم در صورت شکست بار نخست، بسته شده باشد. این روش بسیار برای ترک مؤثر بوده است.

اگر قبل از درمان فعلی عودهای مکرری رخ داده باشد، ممکن است خانواده نسبت به درمان فعلی خوش‌بین نباشد، مدام شک کند که مصرف مجدد صورت می‌گیرد و ممکن است مراجع را مدام تحت نظارت بگیرد. بسیاری از مراجعان در این موقعیتها عصبانی و یا سرخورده می‌شوند، باید برای طرفین روشن کرد که عود ممکن است رخ دهد و برای پیشگیری از آن احتیاط بسیار ضروری است و اگر مراجع به مصرف مجدد دست نزند، بتدریج اعتماد خانواده را به خود جلب خواهد کرد.

هر روشی که برای سم‌زدایی انتخاب شود، بهتر است که اعضای خانواده در آن درگیر شده باشند تا بعد از بازگیری بتوانند مسئولیت موفقیت درمان را عهده‌دار شوند. اگر درمان تنها به عهده نیروهای متخصص نهاد شود، اعضای خانواده کمتر در قبال فرآیند تغییر مسئولیت خواهند پذیرفت. اگر بهبود دچار مشکل شود، تقصیر بر گردن درمانگران و برنامه درمانی نهاد خواهد شد.

ادامه بحران و پایدارسازی خانواده

زمانی که مصرف قطع شد، درمانگران اغلب برای دسته جدیدی از مسائل خانوادگی خود را آماده می‌کنند. اعضای خانواده از تغییر عضو جدید خانواده متعجب و اغلب بسیار هراسان می‌شوند. گاهی جملات غیرعقلانی مانند "زمان قبل از ترک قابل تحمل‌تر بودی" ممکن است خطاب به فرد تازه بازگرفته بر زبان آورده شوند. قبل از سم‌زدایی الگوی ارتباطی خانواده بر اساس مصرف مواد فرد معتاد شکل گرفته بود، لذا پس از سم‌زدایی همانند خود مراجع که دچار نوعی فقدان می‌شود، خانواده نیز نوعی برهوت هیجانی را تجربه می‌کند. الگوهای ارتباطی تنها به مرور زمان می‌توانند پس از قطع مصرف مواد تغییر کنند. در زمان پس از ترک، هم مراجع و هم خانواده‌اش می‌بایست با وضعیت جدید کنار بیایند و این تغییر برای هر دو طرف مشکل است.

پس از سم‌زدایی گاهی مسائل خانوادگی بر خلاف انتظار اولیه تشدید می‌شوند و یا خود را بیشتر بروز می‌دهند. خانواده گاهی بدون توجه به آنکه خود ترک مواد برای فرد معتاد چالشی دشوار و انطباق با شیوه زندگی بدون مواد برای او پدیده‌ای نو و نوعی استرس محسوب می‌شود، از او انتظار دارند، بلافاصله پس از ترک تمام مسئولیت‌هایی که قبلاً به علت اعتیاد از انجام آنها معاف بوده را به یکباره بر دوش بگیرد. با او خصومت‌آمیز برخورد می‌کنند، نام ناتوانیها و معایب او را به وی گوشزد می‌کنند و در کل توقعی غیرواقع‌بینانه و اغراق‌آمیز از او دارند، که چون برآورده نمی‌شود، منجر به واکنشهای خشمگینانه خانواده می‌شود. در این موارد می‌بایست به خانواده توضیح داد که تغییر نیازمند زمان است و انطباق با شرایط پس از بازگیری، تنها به تدریج می‌تواند عمل شود. واکنشهای خشمگین بیشتر ممکن است به عود منجر شود تا به تداوم درمان.

از سوی دیگر مراجع نیز پس از ترک تمایل دارد دوباره در خانواده ایفای نقش کند و جایگاهی در خور پیدا کند. اما برای افراد خانواده او ممکن است تغییر نقشها به همان سرعت سم‌زدایی رخ ندهد. معمولاً همسر فرد معتاد مسئولیت زیادی درخانه به عهده گرفته و فرزندان نیز اغلب خود را با این شیوه زندگی وفق داده‌اند. اینجا باید توضیح داد که تغییر الگوهای ارتباطی درون خانواده الزامیست ولی به ناگهان رخ نمی‌دهد.

در این مرحله هم به جز سعی در حل بحران می‌توان اعضای خانواده را به شرکت در گروههای خودیاری تشویق کرد.

مرحله بازآرایی و بهبود

در این مرحله خانواده درمانگران به خانواده کمک می‌کنند که پس از پرداختن صرف به مباحث مرتبط با مواد، حال ارتباطات بهتری درون خانواده ایجاد کنند. به دنبال پاک‌ی و پایداری معتاد سابق، درمان به تکوین یک زناشویی بهتر، ارتباط رضایت‌بخش والد-فرزندی و شاید مواجهه با عوامل درازمدت مرتبط با هم‌وابستگی (co-dependency) در خانواده می‌پردازد. به این فرآیند بازآرایی خانواده (family reorganization) هم اطلاق شده است.

در این مرحله غالباً توصیه می‌شود:

- نقش‌های درون خانواده از موقعیتهای افراطی یکی از اعضای خانواده در نقش بالاتر و یکی پایین‌تر به سمت تعادل و توازن نقشها سوق داده شوند.
- به خانواده باید کمک کرد که مسائل قدرت و کنترل را حل کند.
- ساختارهای مورد مباحثات در هر دو همسر می‌بایست مورد تأکید قرار گیرد.
- به زوجین باید مجال دستیابی به هر درجه‌ای از نزدیکی و تعلق (intimacy) که دلخواهشان است داده شود.
- برای معتادان جوان در این مرحله درمان، مدیریت بحران در جهت حل مشکلات دیگر مانند پیدا کردن کار و احیاناً جایی برای سکونت مستقل ادامه می‌یابد. والدین در دست‌یازی به این اقدامها درگیر می‌شوند. به مرور زمان با سوق توجه والدین از ارتباط تنگاتنگ با فرزند سابقاً معتادشان به سایر فرزندان و نوه‌ها، یا برنامه‌ریزی برای فعالیتهای شخصی آنها، هم به والدین و هم به معتاد دوره نقاهت، مجال رها کردن داده می‌شود. اگر موضوعهای زناشویی والدین طی درمان ظاهر شوند که در بسیاری موارد هم همین‌طور است، خانواده‌درمانگران معتادان را از درگیر شدن در مسائل زناشویی والدین باز می‌دارند.

فصل ۱۹: گروه‌درمانی

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با اهمیت گروه‌درمانی
- ۲- آشنایی پزشکان با اصول گروه‌درمانی
- ۳- آشنایی پزشکان با برخی جنبه‌های عملی گروه‌درمانی

جوانب نظری

بسیاری از برنامه‌های درمان اعتیاد توجه خاصی به گروه‌درمانی داشته و در برنامه‌های درمانی به یک روش مرسوم تبدیل شده است. بعضی معتقدند گروه‌درمانی بهترین روش برای درمان معتادان می‌باشد. ویژگیهای گروه‌درمانی عبارتند از:

- ۱- امکان صحبت در مورد مشکلات
- ۲- شناخت دامنه اثر مواد بر زندگی فرد
- ۳- درک و فهم بهتر احساسات و رفتارهای خود و دیگران
- ۴- بررسی و بحث و تبادل نظر در مورد مشکلات مربوط به فرایند درمان
- ۵- بررسی تعهدات رفتاری ویژه‌ای که از عود بیماری جلوگیری می‌کند.

اهمیت و فواید گروه

روشهای گروهی فواید زیر را دارا می‌باشند:

- ۱- مقرون به صرفه است زیرا تعداد زیادی مراجع یا مددجو در یک زمان خدمات درمانی دریافت می‌کنند.
- ۲- تجربه گروه احساس تنهایی را کاهش می‌دهد و اجازه رشد روانی- اجتماعی به افراد داده و باعث می‌شود که افراد ریسک تغییر را قبول کنند.
- ۳- گروه موقعیتی بوجود می‌آورد که اعضا بتوانند از تجربیات یکدیگر استفاده کنند.
- ۴- درک متقابل اعضا باعث تسهیل حمایت از یکدیگر می‌شود.
- ۵- گروه موقعیت حمایت‌کننده و تشویق‌کننده‌ای را بوجود می‌آورد که در طی زمان تغییر در رفتار می‌تواند اتفاق بیفتد.
- ۶- وجود دیگران یک موقعیت بی‌نظیر جهت تمرین توانائی تعامل اجتماعی با همتاها در یک محیط امن را فراهم می‌سازد.
- ۷- ساختار گروه مراجعان را تشویق می‌کند که به دیگران در مورد رفتارهایشان بازخورد بدهد و به آنها رفتارهای جدیدی را توصیه کند.
- ۸- اعضای گروه احساس می‌کنند مورد قبول، اعتماد و علاقه دیگران قرار می‌گیرند و توسط دیگران حمایت و یاری می‌شوند.
- ۹- افراد همچنین به این موضوع که گروه موقعیت و امکان این را فراهم می‌کند که دیگران را همانگونه که هستند قبول کرده و به آنها اعتماد نموده و کمک کنند، ارزش قائل می‌شوند.

۱۰- گروه به افراد این فرصت را می‌دهد که بسیاری از رفتارها و نقطه‌نظرهایشان را در فرایند پاسخ به خواسته‌های گروه تغییر دهند.

۱۱- افراد در گروه تواناییهای مدیریتی را یاد گرفته و در جهت کمک به دیگر اعضا نقش بزرگی را بازی می‌کنند و همچنین در اداره گروه و زیر نظر داشتن اهداف گروه و یادگیری «درخواست کمک کردن» تجربیات مهمی کسب می‌کنند.

۱۲- درک متقابل اعضا همچنین این مکان را می‌دهد که انکارها و طفره‌رفتندایی که از مکانیسمهای دفاعی شاخص درونی معتادان می‌باشند، شناسائی شده و با آنها برخورد مناسب شود.

۱۳- معتادان با شناختی که نسبت به هم پیدا می‌کنند و می‌توانند افکار تحریف‌شده و دلیل تراشیهای یکدیگر را شناسائی و همدیگر را با آنها مواجهه دهند. از آنجاییکه این مواجهه‌ها توسط همتهای آنها انجام می‌شود بیشتر مورد قبول واقع گردیده و مقاومت کمتری را باعث می‌شود.

تعدادی از عوامل درمانی در درمانهای گروهی شناسائی شده‌اند. در اینجا به یازده عامل مؤثر اشاره می‌کنیم:

• القای امید (instillation of hope)

القا و ابقای امید در تمام روشهای روان‌درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. داشتن امید نه تنها باعث ماندن فرد در گروه (ادامه درمان) می‌شود تا سایر عوامل درمانی بتوانند تأثیر خود را داشته باشند، بلکه اعتقاد به روش درمان، خود می‌تواند در نتیجه درمان مؤثر باشد. دیدن اینکه دیگران در گروه بهبود پیدا کرده‌اند فرد را امیدوار می‌کند و این خود عامل محرکی جهت ادامه درمان می‌شود. البته باور درمانگر به روش درمانی و خودباوری وی از اهمیت زیادی برخوردار است.

• عمومیت (universality)

بسیاری از مراجعان با این باور درمان را شروع می‌کنند که تنها آنها مشکل دارند یا مشکل آنها شدیدتر از دیگران بوده یا مشکلی که آنها دارند بی‌نظیر یا غیرعادی است. اما در جریان درمان متوجه می‌شوند که این باور صحیح نبوده و دیگران نیز مشکلاتی شبیه آنها یا حتی حادتر از آنها دارند. این کشف خود باعث کاهش اضطراب آنها می‌شود. به طور کلی در جریان درمان گروهی، اعضای گروه متوجه می‌شوند که همه آنها در جنبه‌های مختلف (احساس، تفکر، رفتار) وجه اشتراک دارند.

• نشر اطلاعات (imparting information)

منظور اطلاعاتی است که درمانگر به بیماران می‌دهد و به شکل راهنماییها و نصیحت‌هایی است که از طرف درمانگر یا بیماران ارائه می‌شود.

- **نوعدوستی (altruism)**

بیماران در گروه می‌توانند کمک زیادی به یکدیگر بکنند. آنها از یکدیگر حمایت نموده، همدیگر را دلداری می‌دهند و به یکدیگر اطمینان می‌دهند، پیشنهاد و توصیه می‌کنند و بصیرت و بینش پیدا می‌کنند که در مشکلات مشابهی با یکدیگر شریک هستند. بسیار اتفاق می‌افتد که اعضا گروه مشاهدات دیگر اعضا را در مورد خود بسیار راحت‌تر از مشاهدات درمانگر قبول کرده و می‌پذیرند.

- **تکرار اصلاحی خانواده اولیه**

(corrective recapitulation of the primary family group)

به طور کلی همه بیمارانی که در گروه درمانی شرکت می‌کنند از روابط رضایت‌بخشی در خانواده خود برخوردار نیستند. گروه از جهات بسیاری شبیه یک خانواده است و بسیاری از گروهها با درمانگر و کمک‌درمانگر مرد و زن اداره می‌شود که این ساختار جهت بوجود آوردن ترکیبی مشابه خانواده (پدر و مادر) است. بیماران ممکن است با درمانگر، کمک درمانگر و دیگر اعضا بگونه‌ای رفتار نمایند که زمانی با اعضای خانواده خود رفتار می‌کرده‌اند.

در این فرآیند، تضادها و تعارضهای گذشته خانوادگی به گونه‌ای در گروه تکرار می‌شود و این فرصت در گروه بوجود می‌آید تا این مشکلات به طور صحیح اصلاح شوند. برای بیشتر بیماران، حل کردن تضادها و تعارضها با درمانگر و دیگر اعضا به مثابه تکمیل کار ناتمام (unfinished business) از گذشته‌های دور است.

- **رشد مهارتهای اجتماعی**

(developing of socialization techniques)

یادگیری یا رشد مهارتهای اجتماعی از عوامل مؤثر درمانی است که در هر نوع روان‌درمانی اتفاق می‌افتد. طبیعت مهارتهایی که آموخته می‌شود و صراحت فرآیند آن از یک روش درمانی به روش درمانی دیگر تفاوت دارد.

• رفتار تقلیدی (imitative behavior)

بیماران معمولاً از رفتار درمانگر تقلید می‌کنند. در طی جلسات درمان، بیماران ممکن است آنطور که درمانگر می‌نشیند، حرف می‌زند، راه می‌رود رفتار کنند. بیماران همچنین ممکن است برخی رفتارهای دیگر اعضای گروه را نیز تقلید کنند.

• یادگیری روابط بین فردی (interpersonal learning)

این یادگیری مشابه عوامل درمانی در روان‌درمانی انفرادی یعنی بصیرت، انتقال (transference)، تجربه هیجانی اصلاح‌گر (corrective emotional experience) است و همچنین دارای فرآیندهای مخصوص درمان گروهی است.

تشخیص و توجه درمانی به روابط بین فردی ناسازگارانه از مهمترین وظایف درمانگر است. دو اصل مهم که در گروه باید بدان توجه نمود، موضوع انتقال و بصیرت (insight) است. در مورد انتقال، یالوم معتقد است که یک نوع تحریف ادراکی بین فردی است و تشخیص و حل آن از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

• انسجام گروه (group cohesiveness)

چسبندگی در گروه درمانی مشابه اتحاد درمانی (therapeutic alliance) در روان‌درمانی فردی است. شواهد بالینی اشاره بر این دارد که موفقیت درمان فردی بستگی به طبیعت رابطه درمانگر و درمانجو دارد. عضویت در گروه، مورد قبول و تأیید شدن، در رشد فرد بسیار مهم است. مثلاً تعلق داشتن به گروه همسالان و رفتار کردن به گونه‌ای که آنها رفتار می‌کنند از اهمیت زیادی برخوردار است.

طرقی که چسبندگی گروه باعث تغییر رفتار در اعضای گروه می‌شود عبارتند از:

۱- مورد قبول واقع شدن توسط گروه

۲- حمایت گروه

۳- اعتماد متقابل و قبول کردن یکدیگر

۴- بیان احساس

۵- واقعیت‌سنجی، برداشت از محیط، خود و تجربیات فرد

۶- پی بردن به تضاد بین تجربه‌ها و برداشت فرد از خود

۷- آگاهی به تجربیاتی که قبلاً آنها را انکار می‌کرد

۸- تجربه خود به عنوان یک موجود (object) ارزشمند

رفتارهای زیر در گروه منسجم نسبت به گروه غیرمنسجم بیشتر دیده می شود.

۱- بیشتر سعی می کنند بر اعضای دیگر تأثیر بگذارند.

۲- بیشتر توسط دیگر اعضا تحت تأثیر قرار می گیرند.

۳- تمایل بیشتری برای گوش کردن به سخنان دیگران و پذیرش آنها دارند.

۴- احساس امنیت و آرامش بیشتری در گروه می نمایند.

۵- بیشتر در جلسات شرکت می کنند.

• تخلیه هیجانی (abreaction)

ابراز آزاد عواطف، برای فرآیند درمان گروهی حیاتی است. بدون آن گروه درمانی به صورت یک گروه خشک و بی ثمر در خواهد آمد.

شدت تخلیه هیجانی نسبی است و بستگی به دیدگاه هر عضو دارد. مثلاً برای کسی که عواطف خود را بسیار کنترل می کند، ابراز گنگ و غیرکلامی هیجانها ممکن است نشان دهنده حالات شدید هیجانی باشد.

• عوامل وجودی (existential factors)

اثرهای این عوامل در درمان عبارت است از:

۱- توجه به این موضوع که زندگی، گاهی ناعادلانه است

۲- توجه به اینکه نهایتاً از بعضی ناراحتیها و مشکلات زندگی و همچنین از مرگ نمی توان فرار کرد

۳- توجه نمودن و رسیدن به این درک که هر چه فرد سعی در نزدیک شدن به دیگران داشته باشد

در نهایت بایستی به تنهایی با مسائل زندگی روبرو شود.

۴- روبرو شدن با مسائل مربوط به زندگی و مرگ.

۵- آموختن اینکه فرد نهایتاً باید مسئولیت روشی که برای زندگی انتخاب کرده است بپذیرد،

صرف نظر از اینکه دیگران چه راهنماییها و حمایتهایی از او نموده باشند.

محتوی و اهداف گروه درمانی

۱- آموزش مهارتهای اجتماعی

۲- آموزش تأثیرها و خطرات مواد مخدر

۳- آموزش جرئت ورزی و ابراز وجود

۴- پیشگیری از عود

۵- تقویت عزت نفس

۶- آموزش حل مسئله (حل مسئله)

۷- آموزش حل تضاد

۸- آموزش روشهای کنترل استرس

بعضی گروهها بر روی موضوعهای خاصی تمرکز دارند مانند گروه تقویت عزت نفس یا گروه پیشگیری از عود، و در بعضی گروهها موضوعهای متعددی مورد بحث و بررسی قرار می گیرند. علاوه بر این، گروهها را برحسب ویژگیهای اعضای آنها می توان تقسیم بندی کرد. مثلاً گروهی می تواند مختص معتادان نوجوان باشد یا گروهی می تواند فقط شامل زنان و گروه دیگر شامل افراد بی خانمان باشد.

جوانب عملی

ساختار گروه

میان درمانگران بر سر بزرگی بهینه گروه بین ۸ الی ۱۲ نفر توافق کلی وجود دارد. هر چند فرمول مشخصی برای بهترین ترکیب اعضای یک گروه وجود ندارد، اما به طور کلی ترکیب گروه می بایست نه خیلی همگون و نه خیلی ناهمگون باشد. گروه درمانی اغلب زمانی می تواند بهترین کارکرد خود را آشکار کند که اعضای گروه از نظر سن، جنس، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطح تحصیلات و سازوکارهای دفاعی متفاوت باشند. البته بعضی برای گروههای معتادان گروههای تک جنسی را ارجح دانسته اند. گروهها می توانند باز یا بسته اداره شوند. در گروه بسته اعضای گروه از ابتدا انتخاب شده، با هم وارد گروه می شوند و اعضای جدیدی به گروه اضافه نمی شود. این نوع گروهها برای گروههایی که روی برنامه های از پیش مدون کار می کنند بسیار مفید است. برای مثال سازمان بهزیستی کشور برنامه ای مدون با موضوعهای از پیش تعیین شده برای ۶ جلسه تدوین کرده است که به صورت گروه بسته اجرا می شود.

اضافه شدن اعضای جدید به طور اجتناب ناپذیر معادله دینامیکی گروه را بر هم می زند و در موضوعهای در دستور کار گروه می تواند وقفه ایجاد کند. اما از سوی دیگر مزایای اضافه شدن اعضای جدید می تواند دیدگاهها، مشکلات، نظرات و تجارب جدیدی با خود به همراه بیاورد و به کار گروه غنای بیشتری ببخشد. از آنجا که اعضای جدید اغلب به تازگی سم زدایی را پشت سر گذاشته اند، برای اعضای قدیمی تر یادآور مراحل اولیه درمانی و کشمکشهای قبلی شان برای کنار گذاشتن مواد هستند. از این رو ورود اعضای جدید به اعضای قدیمی می تواند نشان دهد که خود آنها در این زمینه هنوز چقدر آسیب پذیرند. در نتیجه بسیاری از اوقات اعضای قدیم به اعضای جدید با اضطراب و گاهی ابراز خشم

آشکار واکنش نشان می‌دهند. اما درست همین یادآوری می‌تواند به اعضای قدیمی‌تر به حل نهایی‌تر مشکل کنار گذاشتن مواد یاری رساند. از سوی دیگر وجود اعضای قدیمی‌تر در گروه با تجربه موفقیت‌آمیز ترک مواد، برای اعضای جدیدتر به عنوان الگوی امکان‌پذیر بودن ترک بسیار کمک‌کننده است.

تعداد جلسات گروه در گروه‌های بسته اغلب از قبل مشخص و در گروه‌های باز اغلب عضویت تا زمانی ادامه می‌یابد که اعضای گروه و درمانگر به این نتیجه برسند که خاتمه درمان فرا رسیده است. در بسیاری از مواقع درمان گروهی می‌تواند تا مدت‌ها ادامه یابد.

برخی از گروه‌درمانگران کسانی را که در ۱۲ الی ۱۶ هفته ابتدای درمان هستند از اعضای پیشرفته‌تر جدا می‌کنند. چنین تقسیمی این مزیت را دارد که اعضای قدیمی‌تر پس از ۱۶ هفته بتوانند به موضوعهای پیشرفته‌تری سوای مباحث اولیه پس از ترک پردازند و به پایداری بیشتری در حالت ترک دست بیابند.

چه بیماران به تجویز پزشک روی درمان نگاه‌دارنده قرار داشته باشند و چه گروه بر اساس اصل پرهیز شکل گرفته باشد، مصرف مواد در کنار کار گروهی قدغن است. اعضای گروه موظفند در صورت لغزش (lapse) این موضوع را در گروه به بحث بگذارند. به لغزش در این حالت به عنوان محملی برای کنترل آتی مصرف مواد و منبعی برای آموزش نگریسته می‌شود. اما تداوم لغزشها به طور پیاپی و به کار نگرفتن بازخورد گروهی برای اجتناب از لغزش در یک عضو گروه می‌تواند در درازمدت به کار گروهی آسیب بزند. در این مواقع ممکن است خارج کردن چنین فردی از گروه ضروری شود. در این صورت بهتر است فرد به حال خود رها نشده و از امکانات دیگر درمانی برای پیشگیری از عود بهره‌مند شود. آزمایش ادرار اکثراً برای کمک به اعضای گروه برای پیشگیری از عود در کنار کار گروهی ضروری شمرده می‌شود.

مواجهه (confrontation)

مواجهه توسط سایر اعضای گروه می‌تواند به طور بارزی به بیماران برای دستیابی به یک ارزیابی واقع‌بینانه از نگرشها و رفتارهای ناکارآمدشان مؤثر باشد. در مقابل مواجهه سنگین، افراطی و بی‌موقع می‌تواند ضددرمانی و حتی مخرب باشد. بعضی از اعضای گروه با این باور خطا وارد گروه می‌شوند که مواجهه خشن و تحقیرآمیز، اعضای مقاوم گروه را وادار می‌دارد تا با واقعیت رو در رو شوند. گاهی مواجهه خشن به عنوان صداقت شخصیتی توجیه می‌شود. هدف چنین مواجهه‌ای اغلب اعضای هستند که مکرر لغزش می‌کنند، لجباز، سطحی و بی‌صداقت هستند و مشکلاتشان را کوچک جلوه می‌دهند و با سایر اعضای گروه جوش نمی‌خورند. در چنین مواقعی درمانگر نباید اجازه دهد هیچ‌یک از اعضای گروه

قربانی شوند (scape goat). هر چند محتوای مواجهه ممکن است کاملاً صحیح باشد، شیوه ابراز آن می‌بایست این اختصاصات را نشان دهد:

- مواجهه عبارتست از آنکه به فرد دیگری بازخوردی واقع‌بینانه از رفتار قابل‌مشاهده‌اش به او بدهیم. نگاه داشتن آینه‌ای است در مقابل آنچه سایرین از رفتار خود مشاهده می‌کنند و نه قتل شخصیتی او.
- مواجهه زمانی مفید واقع می‌شود که همدلی، دلسوزی و مراقبت با لحنی محترم ادا شود.
- مواجهه توصیف آن چیزی است که قابل مشاهده است و می‌بایست با مثالهایی از رفتاری واقع‌شده همراه شود و ربطی به حدسها، توضیحات، نصایح و انتقادهای کلی ندارد.
- مواجهه شامل نگرانی به علت رفتار مخاطره‌آمیز است و می‌تواند با مثالهایی در همین زمینه در مورد تجارب مشابه فرد مواجهه‌گر همراه شود.

اعضای مشکل‌ساز گروه

بعضی از بیماران ممکن است باعث مشکلات جدی برای گروه و موجب گسیختن کار گروه شوند. بعضی از اعضای گروه به طور مزمن **مخالفت‌جو، احتجاج‌طلب** یا **تمسخر‌گرنده** حتی از میان کسانی که مدام اظهار می‌کنند که تا چه اندازه به گروه نیاز دارند، ممکن است از هر فرصتی برای بی‌ارزش کردن گروه استفاده کنند، شکایت کنند که گروه چقدر بد اداره می‌شود و هر تناقضی کوچک را بزرگ کنند و به طور کلی هر نوع توصیه یا پیشنهادی را رد کنند. اعضای مشکل‌ساز ممکن است جلسات گروه را در دست بگیرند، از وقت دادن و توجه به مسائل سایرین ابراز نارضایتی کنند و این باور را نشان دهند که زمان کافی به مسائلشان اختصاص پیدا نمی‌کند. بعضی بیماران درست عکس این عمل می‌کنند. در گروه ساکت می‌مانند و از اینکه همواره کس دیگری مرکز توجه است خشنود می‌شوند. **بیماران ساکت** اغلب احساسهای دودلانه، خشم، ترس و رنجیدگی خویش را مخفی می‌کنند. اغلب بیمارانی که لغزشی داشته‌اند یا دچار مشکلات جدی یا خجالت‌آور شده‌اند حتی اگر سابقاً فعالانه در گروه صحبت می‌کرده‌اند سکوت پیشه می‌کنند و این یعنی رشد دوباره همان ذهنیت اعتیادی که اگر مشکلی هست انکار می‌شود و تظاهر می‌شود که وجود ندارد. بیمارانی که به طور مزمن **افسرده** هستند و در گروه تعامل نمی‌کنند ممکن است با انداختن سایه‌ای از اندوه و ناامیدی بر گروه کار آن را دچار وقفه کنند. آنها ممکن است باعث احساسهای عذاب‌آور ترحم و غم در سایر

اعضای گروه شوند که به نوبه خود از توجه به آنها اجتناب می‌کنند و وجودشان را در گروه نادیده می‌انگارند.

بیمارانی که در حالت **نشگی** یا **خماری** در جلسه گروه شرکت می‌کنند (هر چند پدیده‌ای نادر است، زیرا گروه آخرین جایی است که فرد در چنین وضعیتی ممکن است در جستجوی آن باشد) می‌توانند باعث اغتشاش در گروه شوند و می‌بایست بی‌درنگ به ترک جلسه گروه فراخوانده شوند. گروه‌درمانگر می‌بایست به طور مداوم تاثیر اعضای مشکل‌ساز را بر گروه مدنظر داشته باشد.

نحوه بیان اغلب پراهمیت‌تر از محتوای بیان است. بیانات خصومت‌آمیز یا همراه با کنایه نمی‌بایست نادیده انگاشته شوند. به بیماران متکلم وحده نباید اجازه داده شود به طور نامحدود نطقهای مطول روشنفکرانه خویش را ادامه دهند. در اینجا درمانگر می‌بایست از اعضای گروه سؤال کند که چرا به یک عضو گروه اجازه می‌دهند بی‌وقفه تمام وقت گروه را به خود اختصاص دهد. آیا خود حرفی برای گفتن ندارند و اگر نه، چرا فکر می‌کنند چنین است؟

اعضای ساکت گروه نیز می‌بایست با عدم تعاملشان در گروه مواجه شوند. آنها می‌بایست متوجه شوند که چگونه با سکوت خویش از رویارویی با مسائلشان می‌گریزند و سکوت چگونه دشمن بهبودشان است. به طور مشابه بیماران افسرده که قادر به تعامل در گروه نیستند ممکن است نیازمند داروهای ضد افسردگی یا حتی در موارد شدید بستری شدن باشند.

مورد خاص دیگر گروه در گروه یا گروهک (subgroup) در داخل گروه است که گاهی حیات گروه را تهدید می‌کند. **بیماران تجزیه‌طلب** ممکن است پشت صحنه کار کنند، اعضای دیگر گروه را خارج از جلسات گروه به سمت خویش بکشانند، در کار گروهی وقفه بیاندازند و باعث ترک گروه توسط بعضی از اعضا شوند. گاهی درمانگر آخرین کسی است که از چنین زدوبندهایی مطلع می‌شود، چرا که اعضای گروه اغلب از "لو دادن" یا "چغلی کردن" از چنین افرادی احتراز می‌کنند. مشکل می‌بایست در جلسات گروه مورد بحث قرار گیرد. ممکن است گاهی ضروری باشد از افراد تجزیه‌طلب خواسته شود به طور موقت یا دایم از گروه خارج شوند.

تشویق به ارتباط خارج از گروه

بر خلاف گروههای درمانی غیر از اعتیاد که در آنها اکیداً از اعضای گروه خواسته می‌شود که از معاشرت خارج جلسات گروه پرهیز کنند، در گروههای درمان اعتیاد اعضای گروه به ارتباط بین جلسات گروه فرا خوانده می‌شوند. بسیاری از اوقات از اعضای تازه وارد خواسته می‌شود به طور منظم مثلاً روزانه

با یکی از اعضای قدیمی‌تر گروه تماس تلفنی برقرار کنند. برخوردهای خارج گروهی در جلسات گروه مورد بحث قرار می‌گیرند.

فصل ۲۰: درمان‌های اجتماعی

اهداف آموزشی:

۱- آشنایی پزشکان با گروه خودیاری معتادان گمنام

۲- آشنایی پزشکان با اجتماع درمان‌مدار

گروه خودیاری معتادان گمنام (Narcotic Anonymous = NA)

گروه‌های خودیاری گروه‌هایی هستند که توسط خود معتادان به منظور حمایت از یکدیگر، گفتگو، راهنمایی و ارائه راه‌حل به یکدیگر تشکیل می‌شود. گروه‌های خودیاری معتادان به مواد مخدر به پیروی از گروه‌های خودیاری معتادان به الکل (AA) شکل گرفته و در سال‌های اخیر به طور وسیع در تمام کشورهای جهان گسترش یافته است.

این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و خود معتادان آنها را اداره می‌کنند. روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مواجهه و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت می‌باشد. با توجه به اینکه در کشورهای غربی، بالاخص آمریکا، فقط معتادان می‌توانند در این گروه‌ها شرکت کنند، مطالعات و تحقیقات علمی و کنترل‌شده‌ای در مورد کارایی آنها انجام نشده است. اما گزارش‌های خود معتادان حاکی از سودمندی این گروه‌ها می‌باشد. متخصصان و مشاوران نیز به سودمندی این گروه‌ها به عنوان یک روش در کنار روش‌های دیگر اذعان دارند. از نظر متخصصان، مهمترین جنبه گروه‌های خودیاری ارائه حمایت‌های اجتماعی است.

گروه معتادان گمنام نه تنها در جهان، بلکه در ایران هم طی سال‌های اخیر رشد کاملاً قابل توجهی داشته است. این رشد سریع می‌تواند به عنوان ملاکی برای پذیرش این گروه‌ها از سوی طیف وسیعی از معتادان قلمداد شود. روش کار معتادان گمنام بر اساس مواجهه (confrontation) و پذیرش حقایق در ارتباط با اعتیاد فرد است. بر مسئولیت خود فرد معتاد در ارتباط با اعتیاد بسیار تأکید می‌شود. کسانی که انگیزه کافی برای ترک دارند، در سایه شبکه حمایتی این گروه‌ها، از شرکت در آنها بسیار سود می‌برند. به خصوص که افراد پس از بازگیری نیاز به تکیه‌گاه دارند و داشتن راهنما در این گروه‌ها این

تکیه را مقدور می‌سازد؛ لیکن شاید این گروهها برای کسانی که شکل اعتیادشان را آشکار می‌کنند یا کم اهمیت جلوه می‌دهند، یا انگیزه کافی برای ترک ندارند، مفید نباشند. هر یک از اعضای گروه با کمک راهنما با کار کردن مرحله به مرحله روی **قدمهای دوازده‌گانه** و در عین حال حمایت گروهی و با مرور مکرر عوارض دردناک مصرف مواد و سودمندیهای ترک آن و ارائه پند و اندرزهای مستقیم توسط اعضا، سعی در دستیابی به پاکی طولانی‌مدت می‌کند. **دوازده سنت** این گروهها نمایانگر قواعد و اصول تشکیل این گروههاست.

مراکز درمان اعتیاد باید مراجعان مرکز را به تشکیل چنین گروههایی و یا شرکت در گروههای موجود تشویق و ترغیب نمایند. ارجاع مراجعان علاقه‌مند پس از طی دوره سم‌زدایی به این گروهها می‌تواند در فرآیند درمان و کاهش عود نقش مثبتی ایفا کند

قدمهای دوازده‌گانه

قدم اول - ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیاد خود عاجز بودیم و اینکه زندگی‌مان آشفته گردیده بود.
قدم دوم - ما به این باور رسیدیم که نیرویی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.
قدم سوم - ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی خود را به خداوند، بدانگونه که او را درک کردیم، بسپاریم.

قدم چهارم - ما یک ترازنامه اخلاقی بی‌باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم.
قدم پنجم - ما ماهیت دقیق خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.

قدم ششم - ما کاملاً آماده شده‌ایم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
قدم هفتم - ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
قدم هشتم - ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده بودیم تهیه کردیم و خواستار آن شدیم که از تمام آنها جبران خسارت کنیم.

قدم نهم - ما به طور مستقیم در هر جا که امکان داشت از افرادی که به آنها آزار رسانده بودیم جبران خسارت نمودیم مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان و یا دیگران زیان وارد می‌نمود.
قدم دهم - ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم سریعاً بدان اقرار نمودیم.

قدم یازدهم - ما از راه دعا و مراقبه، جویای بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدانگونه که او را درک کردیم، شدیم و دعا کردیم تنها برای آگاهی یافتن از اراده او در مورد ما و از آن قدرتی که آن را به انجام می‌رساند.

قدم دوازدهم - ما با داشتن بیداری روحانی‌ای که در نتیجه این قدمهاست، سعی نمودیم این پیام را به کسانی که هنوز رنج می‌کشند (معتادان) برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگیمان به اجرا در آوردیم.

ستهای دوازده‌گانه

سنت اول - منافع مشترک ما باید در رأس قرار گیرد؛ بهبودی شخصی به اتحاد معتادان گمنام بستگی دارد.

سنت دوم - در رابطه با هدف گروه ما، فقط یک مرجع نهایی وجود دارد - خداوندی مهربان که به گونه ممکن، خود را در وجدان گروه ما بیان می‌نماید. رهبران ما خدمتگزارانی مورد اعتماد می‌باشند، آنان حکومت نمی‌کنند.

سنت سوم - تنها لازمه عضویت تمایل به قطع مصرف می‌باشد.

سنت چهارم - هر گروه باید مستقل باشد، به استثنای مواردی که بر گروههای دیگر و یا معتادان گمنام در کل اثر بگذارد.

سنت پنجم - هر گروه فقط یک هدف اصلی دارد، رساندن پیام به معتادی که هنوز در رنج است.
سنت ششم - یک گروه معتادان گمنام هرگز نباید هیچ مؤسسه مرتبط یا سازمان انتفاعی خارجی را مورد تأیید قرار بدهد، در آنها سرمایه‌گذاری مالی کند و یا نام معتادان گمنام را به آنها به عاریت بدهد، زیرا ممکن است مشکلات پولی، مالکیت و یا شهرت ما را از هدف اصلی خود منحرف سازد.

سنت هفتم - هر گروه معتادان گمنام باید کاملاً متکی به خود باشد و کمکهای مالی از خارج دریافت نکند.

سنت هشتم - معتادان گمنام باید برای همیشه غیرحرفه‌ای باقی بماند اما مراکز خدماتی ما می‌توانند کارمندان مخصوصی استخدام کنند.

سنت نهم - معتادان گمنام تحت این نام هرگز نباید سازماندهی شود، اما می‌توانیم هیئتهای خدماتی و کمیته‌هایی ایجاد کنیم که مستقیماً در برابر کسانی که به آنها خدمت می‌کنند مسئول باشند.

سنت دهم - معتادان گمنام هیچ عقیده‌ای در مورد موضوعات خارجی ندارد بنابراین نام معتادان گمنام هرگز نباید به بحث اجتماعی کشیده شود.

سنت یازدهم - خط مشی روابط عمومی ما بر اصل جاذبه است تا تبلیغ؛ ما همیشه نیاز داریم گمنامی شخصی را در سطح مطبوعات، رادیو و فیلم حفظ کنیم.

سنت دوازدهم - گمنامی اساس روحانی تمام سنتهای ما می‌باشد و همیشه یادآور ماست که اصول را به شخصیتها ترجیح دهیم.

جامعه درمان‌مدار (TC (therapeutic community

جوامع درمان‌مدار برنامه‌های اقامتی طولانی‌مدتی هستند که نوعاً ۹ الی ۱۲ ماه به طول می‌انجامند. اساس درمان بر مبنای خودیاری پایه‌گذاری شده است. پرسنل اغلب از معتادان بهبود یافته می‌باشند. جوامع درمانی بر اساس این باور شکل گرفته‌اند که معتادان رشد نیافته هستند. برنامه‌ها به طور از پیش تعیین شده برای ایجاد استقلال، حس مسئولیت و ارتباطهای پایدار طراحی شده‌اند. تأکید جدی بر نحوه اینجایی و اکنونی (here and now) زندگی در جامعه درمان‌مدار گذاشته می‌شود. ساکنان در تمام جوانب تکوین برنامه، مراقبت از مکان زندگی و اجرای برنامه‌ها، مشارکت می‌کنند. این جوامع ساختاری سلسله‌مراتبی (hierarchical) دارند و ساکنان با توجه به کیفیت شرکت در برنامه‌ها از مزایا بهره‌مند می‌گردند. برنامه‌ها شدیداً گرایش به مواجهه دارند. سابقاً جوامع درمان‌مدار کاملاً به عنوان سیستمهای بسته عمل می‌کردند. اما در حال حاضر بسیاری از آنها برای برآوردن نیازهای طبی و روانشناختی خویش با سایر اشکال درمانی همکاری می‌کنند. در حال حاضر سازمان بهزیستی کشور در چندین نقطه ایران چنین مراکزی را دایر کرده است.

اغلب ساکنان این جوامع خصوصیات زیر را دارند:

- ۱- سابقه مصرف چند ماده
- ۲- محیط نامناسب خانوادگی
- ۳- سابقه ضعیف شغلی
- ۴- سابقه رفتارهای مجرمانه
- ۵- صفات شخصیتی نابالغ و ضداجتماعی (تحمل کم ناراحتیها، توانایی کم به تأخیر انداختن لذت، مشکل با قدرت، ناتوانی در کنترل احساسات خصوصاً خصومت، گناه و اضطراب، کنترل ضعیف تکانه‌ها خصوصاً تکانه‌های جنسی و

پرخاشگری، قضاوت ضعیف و واقعیت‌سنجی ضعیف، بزرگمنشی، حيله‌گری و
تقلب)

۶- بیمارهای روانپزشکی همراه

موارد ممنوعیت پذیرش

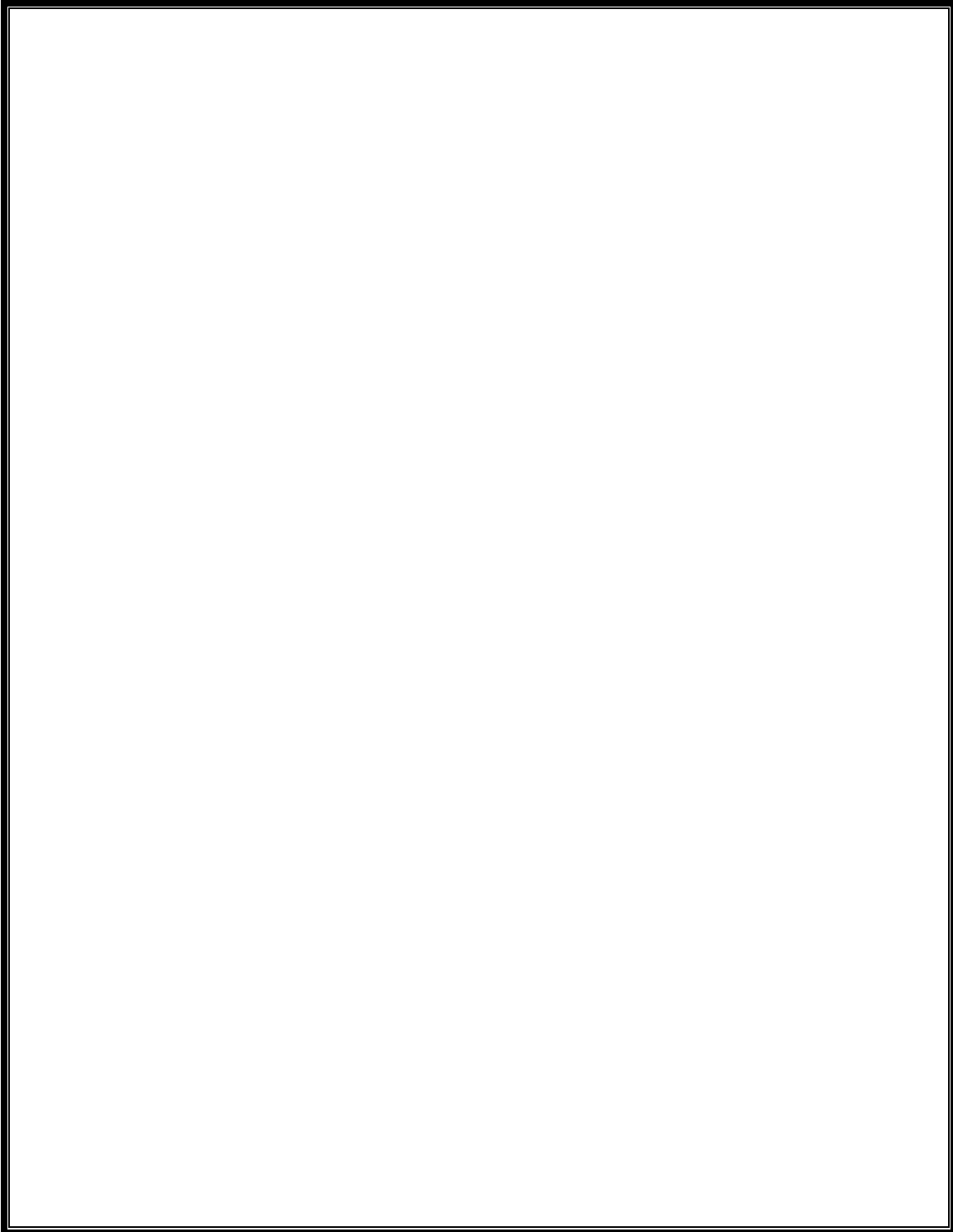
- ۱- سابقه آتش‌افروزی
- ۲- سابقه متعدد خودکشی
- ۳- سابقه بیماریهای روانپزشکی شدید و مزمن

بخش چهارم

پیشگیری و کاهش آسیب

فصل ۲۱: آموزش‌های پیشگیرانه

فصل ۲۲: کاهش آسیب



فصل ۲۱: آموزش‌های پیشگیرانه

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با اصول پیشگیری از مصرف مواد
- ۲- آشنایی پزشکان با برخی روشهای عملی پیشگیرانه همچون آگاهسازی در خصوص مضرات مواد، برنامه‌ریزی فعالیتهای جایگزین، آموزش مهارت حل مسئله و مهارت مقاومت در برابر فشار گروه
- ۳- توانمند شدن پزشکان در به کارگیری روشهای عملی پیشگیرانه

در این فصل به طور مختصر به مرور راه‌کارهای پیشگیرانه می‌پردازیم.

اگر بتوان با اقدامات و برنامه‌هایی از گرایش مردم و به خصوص جوانان به مصرف مواد کاست، قدم بزرگی در جهت کاهش تقاضا و سلامت جامعه برداشته شده است. با وجود اینکه برنامه‌های زیادی تحت این عنوان در کشورها اجرا شده است، اما در بسیاری از موارد کاهشی در بروز سوءمصرف مواد رخ نداده است. به همین خاطر بحثهای زیادی در مورد هزینه، کارایی و حتی خطرات برنامه‌های پیشگیرانه وجود دارد. خصوصاً این پرسش مطرح می‌گردد که چرا علی‌رغم به کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه، مصرف مواد در نوجوانان امروزی در حال افزایش است (Wiener, ۱۹۹۷).

برنامه‌های پیشگیرانه را می‌توان بر اساس میزان درگیری جامعه هدف به مصرف مواد به سه سطح تقسیم‌بندی کرد: اولیه^۱ یا همگانی^۲، انتخابی^۳ و موردی^۴. پیشگیری اولیه یا همگانی تمامی جمعیت مورد نظر مثلاً تمامی نوجوانان را در بر می‌گیرد. برنامه‌های انتخابی صرفاً در گروههای پرخطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی و یا شبکه دوستان ناباب دارند، اعمال می‌شود. برنامه‌های پیشگیری موردی، بر آن دسته افرادی متمرکز است که مصرف مواد در آنها رخ داده است و دچار یک یا چند مشکل رفتاری ناشی از مصرف مواد همچون مشکلات تحصیلی و رفتارهای ضد اجتماعی شده‌اند (Galanter & Kleber, ۱۹۹۹).

برنامه‌های فراگیر^۵ آموزشی و رسانه‌ای (همگانی) اگرچه مزیت در برگرفتن توده زیادی از مردم را دارا هستند اما شواهد ناچیزی در مورد موفقیت‌آمیز بودنشان وجود دارد. برنامه‌های پیشگیرانه ثانویه^۶ که افراد در معرض خطر^۷ را هدف قرار می‌دهند (انتخابی و موردی) نیز منجر به دو نتیجه متضاد می‌شوند؛ از

^۱ primary
^۲ universal
^۳ selective
^۴ indicative
^۵ broad-based
^۶ secondary
^۷ high risk

یک‌سو فرد شناسایی شده و این امکان فراهم می‌شود که وی تحت پوشش برنامه قرار گیرد و از سوی دیگر به بدنامی^۸ فرد و در نتیجه احتمال برخوردی تبعیض آمیز با وی می‌انجامد (Wiener, ۱۹۹۷). همچنین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس اینکه مستقیماً به مهارتها و راهبردهای مقاومت در برابر مصرف مواد یا پرهیز از محیطهای مصرف مواد می‌پردازند یا به طور غیرمستقیم بر عوامل خطر^۹ ابتدایی^{۱۰} رفتار مشکل‌دار یا عوامل محافظت‌کننده^{۱۱} در برابر مصرف آینده مواد متمرکزند تقسیم‌بندی می‌شوند. از این عوامل خطر می‌توان به شکست تحصیلی، فشار گروه همسال^{۱۲}، و فقدان ارتباط^{۱۳} و حمایت مثبت والد- کودک نام برد. از عوامل محافظتی نیز می‌توان به پیوند اجتماعی^{۱۴}، کفایت تحصیلی، مهارتهای ارتباطی و جلب حمایت و نیز مهارتهای عمومی زندگی^{۱۵} همچون تصمیم‌گیری^{۱۶} اشاره کرد (Galanter & Kleber, ۱۹۹۹).

برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از لحاظ مکان و فضای اجرا به چند دسته تقسیم کرد:

- ۱- برنامه‌های پیشگیری مدرسه‌مدار (school-based)
 - ۲- برنامه‌های اجتماع‌مدار (community-based) و رسانه‌ای (mass media)
 - ۳- برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر خانواده (family-focused) و دو رویکرد اضافه دیگر که به نظر می‌رسد امیدبخش باشند:
 - ۴- برنامه‌های پیشگیری چندبخشی (multi-component)
 - ۵- سیاست‌گذاری محیطی برای مردم (environmental public policy approaches)
- بحثهای زیادی در مورد هزینه، کارایی و خطرات برنامه‌های پیشگیرانه وجود دارد. برنامه‌های فراگیر (broad-based) آموزشی و رسانه‌ای اگرچه مزیت در برگرفتن توده زیادی از مردم را دارا هستند اما شواهد ناچیزی در مورد موفقیت‌آمیز بودنشان وجود دارد.
- برنامه‌های پیشگیرانه ثانویه (secondary) که افراد در معرض خطر (high risk) را هدف قرار می‌دهند منجر به دوراهی می‌شوند؛ از یک‌سو به شناسایی (identification) فرد می‌شوند و از سوی دیگر به برچسب‌خوردن (stigmatization) فرد می‌انجامد. هنوز بحثهایی در جریان است که چرا علی‌رغم به کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه، مصرف مواد در کودکان امروزی در حال افزایش است.

^۸ stigmatization

^۹ risk factors

^{۱۰} early

^{۱۱} protective factors

^{۱۲} peer pressure

^{۱۳} communication

^{۱۴} social bonding

^{۱۵} general life skills

^{۱۶} decision making

در اینجا به مرور انواع برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌پردازیم.

برنامه‌های مدرسه‌مدار

در کنار وسائل ارتباط جمعی چون تلویزیون و همچنین والدین، محیط مدرسه در رفتار دانش‌آموزان بسیار مؤثر است. اجرای برنامه‌های مؤثر در سطح مدرسه، می‌تواند در تربیت و پرورش، و نیز آموزش شیوه تصمیم‌گیری کودکان در امور مختلف نقش بسزایی دارد. یکی از کاربردهای چنین برنامه‌هایی ایجاد احساس مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان در قبال عواقب طبیعی رفتار خویش چون مصرف مواد می‌باشد. از سوی دیگر با کمک کردن به دانش‌آموزان در به دست آوردن احترام کافی نسبت به خود، تصویری مناسب از شخصیتشان در ذهن آنان شکل خواهد گرفت. فرزندان برخوردار از این گونه شخصیت پسندیده کمتر تحت تأثیر فشارهای نابهنجار همسالان خود در محیط مدرسه قرار می‌گیرند. تمرین‌های لازم در محیط مدرسه همچنین می‌تواند به محصلان در به دست آوردن مهارت‌های نه گفتن (مهارت رفتار قاطع) کمک کند. خودداری ورزیدن و رد کردن مواد مخدر که به صورت تعارف در دسترس کودکان و نوجوانان قرار می‌گیرد، مستلزم مهارت‌های خاصی است که با آموزش‌های علمی به دست می‌آیند. برگزاری کارگاه‌های آموزشی، سازمان‌دهی و تربیت گروه‌های متشکل از دانش‌آموزان ضد مواد مخدر و تشویق به فعالیت‌های جانشین (آلترناتیو) همچون ورزش می‌تواند از دیگر مفاد برنامه‌های آموزشی در محیط مدرسه باشند.

تأثیر معلمان و مدیران مدارس در رفتار دانش‌آموزان انکارناپذیر است. دست‌اندرکاران مدارس اکثراً فاقد اطلاعات کافی در تشخیص و ارجاع کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده مواد می‌باشند. آموزش در سطح مدرسه می‌بایست شامل ایشان نیز گردد. اطلاعاتی درباره همبستگی بین گرایش به اعتیاد و عملکرد ضعیف تحصیلی دانش‌آموزان می‌تواند در گستره فهرست مطالب آموزشی قرار گیرد. نهایتاً مسئولان مدارس نه تنها به خاطر پرورش رفتار پسندیده در دانش‌آموزان سزاوار تمجید هستند بلکه تا اندازه‌ای پاسخ‌گوی رفتارهای نابهنجار دانش‌آموزان نیز هستند.

برنامه‌های مدرسه‌مدار رویکردهای مختلفی دارند:

- ۱- برنامه‌های آموزشی - شناختی (educational-cognitive): این برنامه‌ها به افزایش دانش کودکان در مورد الکل و مواد گرایش دارند. نگرانی‌هایی وجود دارد که این گونه برنامه‌ها به خاطر جلب توجه و کنجکاوای کودکان به مواد منجر به افزایش مصرف شود.
- ۲- برنامه‌های عاطفی - بین‌فردی (affective-interpersonal): هدف این برنامه‌ها افزایش درک خود (self-concept)، فهم احساسها و روابط بین‌فردی، و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم‌گیری (decision-making) است. این برنامه‌ها از بستر فرضیه یادگیری اجتماعی (social-

(learning theory) و فرضیه رفتار مشکل‌دار (problem-behavior theory) برخاسته‌اند. این برنامه‌ها با وجود زیربنای بسیار وزینی که دارند، اثربخشی کمی در کاهش مصرف، تغییر نگرشها، یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته‌اند.

۳- **برنامه‌های جایگزین (alternative):** این برنامه‌ها بر این فرض استوارند که فراهم ساختن مهارتها و ایجاد کفایت (competency-building) به کاهش (سوء) مصرف مواد می‌انجامد. اثربخشی این دسته از برنامه‌ها نامعلوم است. اما گزارشها حاکی است که چنانچه این برنامه‌ها به صورت تفریح، ورزش، یا فعالیتهای اجتماعی خارج از برنامه درسی یا شغلی باشد در برخی کودکان به افزایش مصرف منجر می‌شود اما چنانچه به صورت فعالیتهای تفریحات درون‌مدرسه‌ای یا مذهبی باشد به کاهش مصرف منجر می‌شود.

۴- **برنامه‌های رفتاری (behavioral):** که بر دو نوعند:

- **رویکرد تأثیرپذیری اجتماعی (social influences approach)** که به تأثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می‌شوند، همچون فشار والدین، همسالان، و رسانه‌ها تمرکز یافته و به افزایش مهارتهای سازگاری (coping skills) که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می‌کند، می‌پردازند.

- **آموزش مهارتهای فردی - اجتماعی (personal-social skills training approaches)** که مبتنی بر اصول الگوی تأثیرپذیری اجتماعی (social influences model) است و به دانش‌آموزان کمک می‌کند که آن دسته از مهارتهای فردی و اجتماعی را که کاربرد عمومی دارد فراگیرند. هر دو شیوه خصوصاً هنگامی که با یکدیگر ترکیب شده باشند مؤثرند. اما برخی پژوهشگران معتقدند که فرضیه فشار همسالان (peer pressure) به عنوان جزء اصلی گرایش به مصرف مواد، فرضیه‌ای ساده‌انگارانه است.

برنامه‌های اجتماع‌مدار و رسانه‌ای

این برنامه‌ها که به آموزش پیشگیری از طریق رسانه‌ها و یا گروههای اجتماعی می‌پردازند نتایج مبهمی داشته‌اند. برنامه‌های رسانه‌ای شامل پیشگیری همگانی و تبلیغ علیه مواد بوده‌اند. شواهدی وجود دارد که اثرات مثبت این‌گونه برنامه‌ها را پخش مکرر تصاویر تجارتي مصرف مواد قانونی (مثل سیگار و الکل) در مطبوعات و تلویزیون از بین می‌برد. از سوی دیگر اگر این برنامه‌ها با انواع دیگر برنامه‌های پیشگیرانه ترکیب نشود اثر کمی در تغییر نگرش و تمایل به مصرف در جامعه و به خصوص نوجوانان

خواهد گذاشت. برنامه‌هایی نیز که در سطح جامعه اجرا می‌گردد، همچون برنامه‌های آموزش عمومی و یا سازمانها و محافل طرفدار پیشگیری، اثر ناچیزی در تغییر رفتار مصرف مواد به خصوص در نوجوانان داشته‌اند. با وجود این، موجب حساسیت جامعه و رهبران اجتماعی به مسئله مصرف مواد می‌شوند.

برنامه‌های متمرکز بر خانواده

این برنامه شامل آموزش مهارت‌هایی است که به والدین کمک می‌کند تا عوامل و محیط رشد صحیح فرزندان را فراهم سازند. والدین به عنوان الگوهای مناسب تقلید برای فرزندان فرا می‌گیرند که چگونه با توجه به استعدادها و محدودیت‌های سنی و مراحل گوناگون رشد فرزندان، به آنها احساس مسئولیت در امور زندگی را بیاموزند. کمک به ایجاد شخصیت مناسب و احترام به فرزندان از اهم مطالب آموزشی والدین است.

احتمال ابتلاء به اعتیاد در برخی خانواده‌ها بیشتر است. در خانواده‌هایی که روابط سلطه‌گرانه‌ای حاکم است و روابط بین افراد بسیار خشک و سخت است، به علت عدم وجود راههای جانشین (آلترناتیو)، تنگناهایی رخ خواهد داد که می‌تواند منجر به سوق‌یافتن افراد به سوی مصرف مواد شود. از سوی دیگر، در خانواده‌هایی که هیچگونه نظارتی بر فرزندان وجود ندارد، محدودیت‌های لازم و تعریف مشخص روابط بین افراد به چشم نمی‌خورد، سر درگمی حاصل از کمبود راهنمایی‌های لازم می‌تواند باعث انحراف و سرانجام پناه بردن به مصرف مواد مخدر شود. نتیجتاً در هر دو نوع خانواده مقتدر و رها، بی‌نظمی و هرج و مرج می‌تواند محیطی مساعد برای به افتادن به دام اعتیاد به خصوص در فرزندان خانواده شود. آموزش خانواده و به خصوص والدین می‌بایست در چارچوب ایجاد نظم و اقتدار مناسب باشد.

این برنامه‌ها بر سه دسته‌اند:

۱- آموزش والدین (parent training) و آموزش مهارت‌های خانواده (family skills)

(training): مطالعات نشان داده است که این برنامه‌ها باعث کاهش عوامل خطر (risk factors)

در کودکان و یادگیری مهارت‌های والدی موثر می‌شود.

۲- شیوه‌های گوناگون خانواده‌درمانی (family therapy)

۳- گروه‌های خودیاری خانواده (family self-help groups)

تغییر در محیط و قوانین

(environmental and regulatory changes)

این رویکرد در برخی کشورها جهت کاهش سوء مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. این تغییرات شامل موارد زیر بوده است:

- ۱- افزایش مالیات مستقیم و غیر مستقیم
 - ۲- کاهش دسترسی با افزایش حداقل سن خرید
 - ۳- کاهش تعداد نمایندگی های فروش الکل
 - ۴- کاهش فروش در معابر عمومی
 - ۵- نظارت در درج مطالب آگاهی های نوشابه های الکلی
 - ۶- افزایش آگاهی بر علیه مواد
- در آمریکا همبستگی مثبت چشمگیری بین افزایش سن الکل نوشی قانونی از ۱۸ سال به ۲۱ سال و کاهش آسیبها و مرگ و میرهای حوادث رانندگی مرتبط با الکل دیده شده است.

نحوه اجرای برخی برنامه های پیشگیرانه

در اینجا به اجمال به نحوه اجرای چند روش پیشگیرانه پرداخته می شود:

آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد:

یکی از روش های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. اگر هر فرد از تأثیر نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی و روانی و کارکرد شغلی و اجتماعی خود و خانواده اش مطلع بوده و آن را باور داشته باشد کمتر ممکن است به این کار دست بزند.

بهترین شیوه آگاه کردن افراد تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره موضوع مورد نظر می باشد. نقش پزشک، هدایت و نظارت بر جلسات است

نوجوانان و جوانان:

- باید خطرات و عواقب مصرف مواد را به نوجوانان و جوانان آموزش دهید.
- اطلاعات ارائه شده باید صحیح و از نظر علمی معتبر باشد.
- از ترساندن بیش از حد و بیان مطالب اغراق آمیز، خودداری نمایید.
- نباید حس کنجکاوی نوجوان را با طرح آثار خوشایند احتمالی برانگیزید.
- نباید نحوه به دست آوردن و مصرف مواد را آموزش دهید.

- بهتر است بیشتر به مطالبی پردازید که خطرات “حتی یکبار” مصرف مواد را منتقل می‌نماید (مثلاً حتی یکبار مصرف مواد ممکن است فرد را به اعتیاد بکشد).
- بیشتر عوارض و خطرات کوتاه‌مدت مواد را که فوری و یا در آینده نزدیک رخ می‌دهند مطرح نمایید.
- بر عوارضی که معمولاً برای نوجوانان و جوانان اهمیت بیشتری دارد تأکید کنید (مانند تأثیر نامطلوب مواد بر ظاهر و یا طرد شدن از طرف اطرافیان).
- احساس مسئولیت آنان را در قبال حفظ خود و اطرافیان از خطر مواد پرورش دهید.

والدین:

- ابتدا باید والدین را آگاه نمایید که احتمال ابتلای فرزندشان به اعتیاد وجود دارد و هیچ نوجوان و جوانی از خطر اعتیاد مصون نیست.
- یادآور شوید که در محافظت از فرزندانشان در مقابل اعتیاد مسئول هستند و می‌توانند با هوشیاری از ابتلای آنان پیشگیری نمایند.
- مطالب زیر را باید به والدین آموزش دهید:
 - مواد شایع در منطقه زندگی، شکل و اسامی رایج آنها و ابزاری که برای مصرف مواد استفاده می‌شود.
 - نحوه تهیه و محل مصرف مواد
 - عوامل و موقعیتهایی که موجب مصرف مواد می‌شود.
 - علائم مصرف مواد
 - عوارض و خطرات کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت مصرف مواد.
- باید به والدین تذکر بدهید که با مصرف نکردن سیگار و مواد، الگوی مناسبی برای فرزندانشان باشند.
- والدین نباید اجازه مصرف هرگونه دارو بدون تجویز پزشک، سیگار یا مواد را به فرزندانشان بدهند.
- به محض اطلاع از مصرف مواد توسط فرزندشان، فوراً به خانه بهداشت یا مراکز درمانی مراجعه کنند.

آموزش مهارت‌های زندگی

علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است. ناآشنایی با مکانیسم‌های دفاعی مناسب، موجب شکنندگی و در نتیجه پناه بردن آنها به اعتیاد می‌شود. بنابراین، آموزش برخی مهارت‌ها، قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می‌شود:

۱- مهارت حل مسئله

۲- مهارت مقاومت در برابر فشار گروه

• مهارت حل مسئله (problem solving):

آموختن توانایی‌های حل مسئله برای اغلب مراجعان مفید است. مشکلات را می‌توان به دو گروه قابل تغییر و غیرقابل تغییر طبقه‌بندی کرد. مشکلات غیرقابل تغییر شامل سوانح طبیعی و اتفاقات اجتماعی-اقتصادی فرای کنترل فرد مانند بیکاری به علت ورشکستگی مؤسسه محل اشتغال، می‌شوند. حل مسئله (problem solving) روشی منظم برای ایجاد رفتارهای نو در جهت دستیابی به شرایط مطلوب‌تر است. پنج قدم حل مسئله عبارتند از:

۱- جهت‌یابی در مسئله

مراجعان در قدم اول می‌آموزند که مشکلات، رخدادهایی عادی هستند و به آنها می‌بایست به صورت چالش در زندگی و نه به صورت تهدید نگریست. آنها متوجه می‌شوند که حل مسئله ممکن است زمان‌بر و متضمن تلاش باشد و نبود راه‌حلی از پیش آماده دلیلی برای تسلیم شدن در برابر آن مشکل نیست. از مراجع خواسته می‌شود که صورتی از مسائلی که خود را با آنها مواجه می‌بیند تهیه کند تا یک یا دو مورد از آنها برای حل مسئله انتخاب شوند.

۲- تعریف مسئله

در این مرحله مسئله با جزئیات رفتاری از جمله: آنچه که رخ داده، محل و زمان رخداد آن، کسانی که درگیر آن بوده‌اند، درگیری‌های احساسی همراه آن، نگرانی و هدفی که مسئله درگیر آن شده و میزان زجری که به همراه آن تجربه شده است، توصیف می‌شود. در اینجا مسائل بیشتر با توجه به رفتارهای اختصاصی تعریف می‌شوند و به ضعف‌های شخصیتی منتسب نمی‌شوند. موانع برای تلاش‌های قبلی در جهت حل مسئله نیز در همین مرحله مرور می‌شوند.

۳- خلق راه‌حلهای مقابل (آلترناتیو)

در این قدم از مراجعان خواسته می‌شود که به سیال‌سازی ذهنی (brain storming) پردازد؛ هر نوع راه‌حل بالقوه بدون سانسور و در نظر گرفتن قابلیت اجرای آن در این مرحله در نظر گرفته می‌شود. برای

مثال مراجع می‌بایست دست‌کم پنج راه‌حل ارائه کند بدون آنکه این راه‌حلها در اصل صرفاً به همان راه‌حل امتحان‌شده یا یک راه‌حل واحد با تغییرات جزئی محدود شوند. چنانچه مسئله غیرقابل تغییر باشد، راه‌حلهایی برای کنار آمدن هیجانی با آن انتخاب می‌شوند. اینها می‌توانند شامل روشهای رفتاری برای تعدیل اضطراب و عذاب یا مداخله‌هایی با هدف پذیرش باشند.

۴- تصمیم‌گیری روی یک راه‌حل

در این مرحله ابتدا تعیین می‌شود که اطلاعات جمع‌آوری شده آیا جهت تصمیم برای انتخاب راه‌حل کفایت می‌کنند. در این صورت امکانات کوتاه‌مدت و عواقب بلندمدت هر یک از راه‌حلها توسط خود بیمار ارزیابی و بررسی می‌شوند تا راه‌حل مناسب انتخاب شود.

۵- به کاربندی و اثبات راه‌حل

اقدامات اختصاصی لازم برای راهبرد انتخاب‌شده همراه با موانع و محدودیتهای آن برای به کاربندی، صورت‌بندی می‌شوند. تهیه صورت‌اقدامات و خودبازبینی (self monitoring) می‌توانند به استمرار در مسیر یاری رسانند.

• مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع assertion training یا مهارت نه گفتن):

- معمولاً افراد بر اثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که به طور معمول انجام نمی‌دهند، وادار می‌شوند، مانند قبول اولین سیگار از دوست.
- بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.
- از روش حل مشکل استفاده کنید.
- در مورد موقعیت‌هایی که افراد مجبور می‌شوند به دلیل رودربایستی یا ترس از تحقیر شدن، در آن موقعیت دست به اعمال ناخواسته‌ای بزنند صحبت کنید و همه موقعیت‌ها را به دقت تعریف نمایید.
- از افراد بخواهید به صورت یک نمایش کوچک موقعیت مورد نظر را بازی کنند (بازسازی صحنه تعارف اولین سیگار از طرف دوستان به یک فرد).
- به افراد گروه بیاموزید که اگر واقعاً تمایل به انجام کاری ندارند، هنگام نمایش، بی‌میلی خود را با صدای بلند و با سربلندی به دیگران اطلاع دهند.
- به افراد بیاموزید که برای هر بی‌میلی منطقی دلیل و مدرک لازم نیست (مثلاً کافی است که بگویند: تمایلی به سیگار کشیدن ندارم).

- تکرار نمایشهای تمرینی فوق برای افزایش مهارت مقاومت، مانع از گسترش رفتارهای ناخواسته‌ای مثل اعتیاد می‌شود.

فصل ۲۲: کاهش آسیب

اهداف آموزشی:

- ۱- آشنایی پزشکان با فلسفه کاهش آسیب
- ۲- آشنایی پزشکان با انواع روشهای کاهش آسیب همچون مبادله سرنگ، توزیع کاندوم و ...
- ۳- توانمندشدن پزشکان در به کارگیری روشهای کاهش آسیب
- ۴- آشنایی اجمالی پزشکان با مشاوره پیش و پس از آزمون HIV

تعریف کاهش آسیب

گروه قابل توجهی از معتادان علی‌رغم عرضه انواع درمان‌های پرهیزمدار به مصرف خویش ادامه می‌دهند. کاهش آسیب راه‌حلی در برابر الگوی اخلاقی / بزهکارانه و نیز الگوی بیماری مصرف مواد و اعتیاد است. کاهش آسیب، پرهیز را به عنوان نتیجه آرمانی درمان اعتیاد می‌پذیرد، اما در مقابل، راه‌حلهای دیگری را نیز قبول می‌کند.

در الگوی کاهش آسیب آستانه پذیرش به نظام درمانی پایتتر از الگوهای متداول درمانی اعتیاد است که برای ورود پیش‌شرط‌های بالاتری را طلب می‌کنند (پزشک تنها زمانی حاضر است معتاد را ببیند که

وی برای ترک مراجعه کرده باشد). کاهش آسیب بر پایه شفقت واقع‌بینانه در مقابل آرمان‌گرایی اخلاقی استوار است.

اینکه بخشی از جمعیت جهان علی‌رغم تلاش‌های درمانی به مصرف مواد ادامه می‌دهند واقعیتی است که به هر حال وجود دارد. به مصرف مواد می‌بایست به عنوان پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی نگریست که شامل طیفی از رفتارها از سوءمصرف شدید تا پرهیز کامل می‌گردد. در عین حال باید توجه داشت که برخی از انواع مصرف از بقیه ایمن‌ترند. کیفیت زندگی و بهروزی فرد و جامعه معیار اقدامات و سیاستهای عملیاتی ما هستند و نه لزوماً پرهیز از هر نوع مصرف مواد. ما باید بتوانیم به کسانی که مواد مصرف می‌کنند و جوامعی که در آنها زندگی می‌کنند خدمات خویش را بدون پیش‌داوری و بدون اعمال فشار عرضه کنیم.

در این مدل نه قصد انکار عوارض سوءمصرف مواد است و نه کمتر از واقع جلوه دادن آنها، بلکه بر این اساس پدیده مصرف و سوءمصرف به عنوان پدیده‌هایی واقعاً موجود پذیرفته شده و تلاش در کاهش آسیب ناشی از آنهاست.

ضرورت

راهبردهای فعلی کنترل مواد بخش قابل توجهی از افراد کشور را در وادی بزهکاری طبقه بندی می‌کند. طی ده- پانزده سال اخیر تعداد معتادان به طرز بارزی در حال افزایش است. خطر انتقال ویروس نقص ایمنی از طریق اعتیاد تزریقی غیر قابل انکار است. حدود ۴۷٪ دستگیرها در کشور در ارتباط با مواد مخدر است. میزان مرگ و میر ناشی از اعتیاد ابعادی جدی پیدا کرده است.

شیوه زندگی معتادان آنها را به طور خاص نسبت به بیماریهایی که به واسطه مقاربت یا تماس با خون انتقال می‌یابند مانند ایدز و هپاتیت آسیب‌پذیر می‌سازد. تزریق مواد، ارتباطهای جنسی با افراد گوناگون یا به علت تکانشگری و زمینه شخصیتی یا به علت نیاز مادی و یا مهارگسیختگی همراه با مصرف مواد، خالکوبی، اقامت در زندان و همچنین شاید زد و خورد های مکرر اگر همراه با تماس‌های خونی باشند، هم ممکن است باعث انتقال این بیماریها شوند.

وضعیت عفونت ویروس نقص ایمنی در ایران

مرکز مدیریت بیماریهای معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور منظم وضعیت شیوع عفونت HIV را در کشور منتشر می‌کند. گزارش فروردین‌ماه ۱۳۸۳ این مرکز حاکی است که از سال ۱۳۶۵ تا به حال ۶۳۳۷ فرد آلوده به ویروس HIV در کشور شناسایی شده‌اند. البته از میان آنان ۲۱۳ نفر وارد مرحله ایدز شده‌اند و ۷۳۶ نفر نیز تا کنون فوت شده‌اند. ۹۵ درصد افراد آلوده مرد و ۵ درصد زن بوده‌اند. ۶۰/۶ درصد از راه تزریق مواد مخدر با وسایل مشترک، ۷ درصد از راه آمیزش جنسی، ۳/۲ درصد از راه خون و فرآورده‌های خونی (البته این مربوط به افرادی است که پیش از سال ۱۳۶۵ یعنی زمانی که هنوز آزمایش HIV روی نمونه‌های خون صورت نمی‌گرفت خون دریافت نموده بودند)، ۰.۴ درصد از راه مادر به کودک دچار آلودگی به ویروس شده‌اند و در ۲۸.۸ درصد موارد نیز راه انتقال نامشخص بوده است. شایعترین گروه سنی مبتلا به HIV/AIDS ۲۵ تا ۳۴ سال است. بیش از نیمی از موارد مثبت از سال ۱۳۸۱ به این سو گزارش شده است (مرکز مدیریت بیماریها، دی‌ماه ۱۳۸۲). کارشناسان این مرکز معتقدند شمار واقعی افراد آلوده به ویروس ایدز در کشور ۳۰.۰۰۰ نفر است.

موفقیت برنامه‌های کاهش آسیب

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برنامه کاهش آسیب تأثیر مثبتی در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و کاهش گسترش HIV و عفونتهای دیگر داشته و به معتادان کمک نموده تا بتوانند به عنوان عضوی از جامعه زندگی طبیعی و مولدی داشته‌باشند.

به عنوان مثال در آمریکا، سوئد و سوئیس میزان مصرف تزریقی مواد در کسانی که تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون قرار گرفته‌اند به طور قابل توجهی کاهش یافته است. همچنین در این افراد نسبت به گروه کنترل که مصرف‌کننده تزریقی مواد بودند، میزان مثبت شدن سرم از نظر HIV به شرط درمان درازمدت به میزان قابل توجهی کمتر بوده است.

همچنین مطالعاتی که در هلند، آمریکا و ایتالیا انجام شده نشان داده است که آموزش و مشاوره می‌تواند موجب کاهش خطر در مصرف‌کنندگان تزریقی شده و در اختیار قرار دادن سرنگ و سرسوزن همراه با آموزش و مشاوره تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز مانند استفاده از سرنگ مشترک دارد. برنامه‌های تعویض سوزن بدون ارائه آموزش تأثیر چندانی در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز نداشته است.

در بسیاری از مطالعات نشان داده شده که چگونه تمیز کردن وسایل تزریق و دادن بطریه‌های ضد عفونی کننده، موجب افزایش قابل ملاحظه استفاده از این وسایل شده است. همچنین این ارتباط موجب افزایش قابل توجه ورود معتادان به برنامه‌های درمانی دیگر و ترک مصرف تزریقی مواد شده است. استفاده از شیوه‌های آموزشی به خصوص در مکانهایی مثل زندان که در اختیار گذاشتن سوزن به دلیل مسائل امنیتی مقدور نیست استفاده شده و نتایج مطلوبی داشته است.

همچنین نشان داده شده است که برنامه‌های آموزشی شیوه‌های تمیز کردن محل تزریق منجر به کاهش قابل توجه خطر آندوکاردیت و آبسه‌های پوستی می‌شود.

در گزارشهای بسیاری که از مناطق مختلف آمریکا و هلند موجود است، به طور کلی به کار بردن برنامه‌های کاهش آسیب منجر به کنترل افزایش مثبت بودن سرم از نظر هپاتیت B و HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد شده است.

افزایش آسیبهای ناشی از اعتیاد زمانی که سیاستهای معکوس اتخاذ می‌شود

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که زمانی که دسترسی به اقدامات کاهش آسیب محدود می‌شود، مصرف تزریقی مواد و ابتلای به HIV/AIDS افزایش می‌یابد. در یک مطالعه جامع، مشاهده شد که در ادینبورگ در پی اجرای سیاست کنترل و محدودیت شدید در توزیع سرنگ و سوزن اپیدمی هپاتیت B و HIV از سال ۱۹۸۰ شروع و در سال ۱۹۸۴ به اوج خود رسید، و این در حالی بود که شهرهای دیگر انگلستان حتی شهرهای مجاور با چنین مشکلی مواجه نبودند.

بی‌خطر بودن اقدامات کاهش آسیب

برنامه‌های کاهش آسیب گاهی با مخالفت برخی از افراد روبرو شده است. مخالفین اعتقاد دارند که برنامه‌های کاهش آسیب ممکن است موجب افزایش یا تسهیل مصرف مواد شده مشکل مواد را افزایش دهد. مهمترین نگرانی در برنامه‌های کاهش آسیب این است که کاهش خطر ابتلا به بیماریهایی مانند ایدز ممکن است موجب تشویق معتادان، مصرف‌کنندگان یا جمعیت طبیعی نسبت به مصرف مواد شود. لیکن تا کنون شواهدی مبنی بر افزایش مصرف‌کنندگان تزریقی بعد از برنامه‌های کاهش آسیب حتی برنامه‌های تعویض سوزن، دیده نشده است. نتایج مطالعات انجام شده در انگلستان و هلند کاهش دفعات تزریق و افزایش سن مصرف‌کنندگان تزریقی را نشان داده‌اند.

راه‌های پیشگیری از انتقال ویروس نقص ایمنی

انتقال جنسی

شیوه‌های ایمن: استفاده از کاندوم حین مقاربت و تماس جنسی دهانی (پیوست ۶)، ارضای متقابل بدون دخول یا تماس دهانی، ارتباط جلدی با مایع منی یا واژینال بدون وجود جراحت، بوسیدن بدون وجود جراحت، در آغوش گرفتن، خودارضایی

شیوه‌های غیرایمن: مقاربت بدون استفاده از کاندوم، ارتباط جنسی دهانی بدون کاندوم، هر نوع تماس خونی حین ارتباط جنسی از جمله از راه جراحت‌های هر چند کوچک، استفاده از ابزارهای جنسی مشترک

ارتباط از راه خون

دقت در استفاده از وسایل استریل دندانپزشکی، استفاده از تیغ جدید برای هر فرد در آرایشگاه، آزمایش خون پیش از اهدای خون و اعضای بدن برای بررسی پادتن ویروس نقص ایمنی، روش‌های مصرف خوراکی و تدریجی مواد، در صورت تزریق: استفاده از سرنگ و وسایل استریل
اجتناب از: استفاده از وسایل مشترک تزریق از قبیل سرسوزن، سرنگ و ملاقه مشترک
برای کاهش خطر آلودگی: ضدعفونی وسایل تزریق در صورت استفاده مشترک از وسایل تزریق (پیوست ۶)

مشاوره درخواست آزمایش ویروس نقص ایمنی

پیش از انجام آزمایش:

۱. معنای آزمایش: نتیجه مثبت هنوز ایدز نیست
۲. معنای نتیجه منفی ایمنی یا لزوماً نداشتن ویروس نیست
۳. بررسی ترس از انجام آزمایش
۴. توضیح ضرورت انجام آزمایش
۵. بررسی واکنش احتمالی به نتیجه مثبت
۶. واکنش‌های قبلی به استرس

۷. صحبت راجع به عواقب احتمالی نتیجه مثبت

۸. بررسی رفتارهای پرخطر

۹. مجال برای پرسیدن سؤال توسط بیمار

پس از انجام آزمایش:

۱. روشن کردن معنای نتیجه منفی

۲. توصیه به پیشگیری از انتقال

۳. توصیه راجع به شرکای جنسی و رفتار تزریقی

۴. نتیجه مثبت: عدم اهدای خون، منی، اعضای بدن

۵. توصیه‌های ضروری در مورد تیغ، مسواک و غیره

۶. ارجاع برای حمایت روانشناختی مناسب و مشاوره در ایدز

اقدام‌های کاهش آسیب

۱. آموزش (پیوست ۶)

• راجع به ویروس نقص ایمنی و AIDS

• راجع به رابطه جنسی

• نحوه و محل تزریق

• ضدعفونی کردن سرنگ

۲. درمان جایگزین نگاهدارنده

۳. ارائه برنامه‌های تحویل/تعویض سرنگ

در بسیاری از کشورهای جهان برنامه‌های ارائه و تعویض وسایل تزریق برای معتادان وجود دارند که در آنها یا سرنگ و وسایل استریل تزریق مستقیماً عرضه شده یا سرنگ استفاده شده با سرنگ استریل تعویض می‌گردد.

این مراکز می‌توانند ثابت یا سیار باشند به این ترتیب که اعضای تیم کمک‌رسانی به محل‌ها و یا اماکنی که معتادان در آنها تجمع یا سکونت دارند برای ارائه آموزش، سرنگ و سایر وسایل تزریق استریل، کاندوم و سایر وسایل بهداشتی مراجعه می‌کنند.

تعویض اولیه (primary exchange) به معنای تعویض یا تحویل سرنگ به خود فرد مراجعه‌کننده و تعویض ثانویه (secondary exchange) به معنای تحویل سرنگ به یکی از افراد گروه همقطاران (peer group) است تا او در محل با سایر معتادان عمل تعویض را انجام دهد.

پیوست ۱: انواع مواد بر اساس DSM-IV

(توضیح: نامهای خیابانی مواد با خط‌زیرنویس نوشته شده است)

۱- الکل (اتانل)

۲- آمفتامین‌ها (مقلدهای سمپاتیک، محرکها، محرکهای روانی)

آمفتامینهای معمولی (یخ، کرسنال)

دکسترو آمفتامین (dextroamphetamine)

متامفتامین (methamphetamine)

متیل فنیدیت (methylphenidate)

مواد شبه آمفتامینی:

آمفتامینهای جانشین شده (substituted or designer)

۲،۴- متیلن دیوکسی آمفتامین (MDMA) (اکستسی، XTC، قرص شادی)

ان- اتیل -۳، ۴- متیلن دیوکسی آمفتامین (MDEA) (حوا)

۵- متوکسی -۳، ۴- متیل آمفتامین (MMDA)

۵- دیمتوکسی -۴- متیل آمفتامین (DOM)

خات (کاتینون) (khat)

مکاتینون (methcathinone)

افدرین (ephedrine)

پروپانول آمین (propranolamine)

فنیل پروپانول آمین (phenylpropranolamine)

۳- کافئین (قهوه، چای، داروهای OTC، داروهای ضد میگرن، کاکائو شکلات، نوشابه‌های غیرالکلی)

۴- ترکیبات شاهدانه (حشیش) (ماری جوانا، علف، گراس، بنگ، جوینت، سیگاری)

۵- کوکائین

۶- توهم‌زها (سایکادلیک‌ها)

طبیعی:

پسیلوسیبین (psilocybin)

مسکالین (mescaline)

هارمین (harmine)

هارمالین (harmaline)

ایبوگائین (ibogaine)

دی‌متیل تریپتامین (DMT) (dimethyltryptamine)

صناعی:

لیزرژییک اسید دی‌اتیل‌آمید (LSD، اسید، تریپ) (lysergic acid diethylamide)

۷- مواد استنشاقی (حلالها، چسبها، تینر، سوختها)

تولوئن (toluene)

استون (acetone)

بنزن (benzene)
تری کلرو اتان (trichloroethane)
پر کلرو اتیلن (perchloroethylene)
تری کلرو اتیلن (trichloroethylene)
۲-دی کلرو پروپان (۱,۲-dichloropropane)
هیدروکربنهای هالوژنه (halogenated hydrocarbons)

۸- نیکوتین (سیگار، پیپ، تنباکو)

۹- شبه افیونی ها (مواد مخدر)

مواد افیونی طبیعی (یا مشتقات مورفین)

تریاک (مورفین) (morphine) (تل)

هروئین (دی استیل مورفین) (دوا، گرد)

کدئین (۳- متوکسی مورفین)

هیدرومورفون

مواد شبه افیونی صنعتی

مپریدین (meperidine)

متادون (methadone)

پروپوکسی فن (propoxyphene)

لوو- آلفا- استیل متادول (LAAM) (levo-alpha-acetylmethadol)

آنتاگونیستهای شبه افیونی صنعتی:

نالوکسون (naloxone)

نالترکسون (naltrexone)

نالورفین (nalorphine)

لوالورفان (levallorphan)

آپومورفین (apomorphine)

آگونیست - آنتی گونیستهای صنعتی:

پنتازوسین (pentazocine)

بوتورفانول (butorphanol)

بوپرنورفین (buprenorphine)

۱۰- فن سیکلیدین (phencyclidine)

PCP [۱-(phenylcyclohexyl)piperidine]

مواد شبه PCP:

کتامین (Ketamine)

۱۱- رنج تزاها، خواب اورها، يا ضداضطرابها

بنزوديازپينها

باربيتوراتها

مواد شبه باربيتورات:

متاكالون (methaqualone)

مپروبات (meprobamate)

گلو تئمايد (glutethimide)

۱۲- چند ماده (polysubstance)

۱۳- ديگر يا ناشناخته

استروئيدهاي آنابوليك

تستوسترون (testosterone)

فلوتوكسي مسترون (fluoxymesterone)

متيل تستوسترون (methyltestosterone)

دي هيدرو ابي آندروسترون (DHEA) (dehydroepiandrosterone)

نيتريتها

اكسيد نيترو (گاز خنده)

علف گربه (catnip)

ناس (نسوار، پان) (betel nut)

فوفل (areca nut) (آركولين arecoline)

تملول (betel nut) (بتل-فنل betel-phenol)

آهك (به عنوان كاتاليزور)

كاوا (kava)

داروهای روی پیشخوان (OTC)

كورتيزول

داروهای ضد پارکینسون

آنتی هیستامينها

گاما هيدروكسي بوتيرات (Gamma hydroxybutyrate (GBH)

پیوست ۲: مصاحبه انگیزشی

مقدمه

مصاحبه انگیزشی در سال ۱۹۸۳ نخستین مرتبه توسط میلر معرفی شد. این فرآیند نسبتاً نوین بر تواناییهای مشاوره‌ای تکیه می‌کند. در این نوع مصاحبه تلاش می‌شود تا نگرش بیمار بدون مواجهه، نسبت به فواید و مضرات ادامه مصرف تغییر یابد. این نحوه مصاحبه به خصوص در کسانی که یا در زمان مصاحبه هنوز آماده تغییر نیستند و یا درباره این تغییر دودل هستند می‌تواند مؤثر باشد. هدف این شیوه مصاحبه برطرف کردن دودلی بیماران و تشویق آنها به بیان نگرانیها و دلایل شخصی‌شان برای تغییر رفتار اعتیادی است. این نحوه مصاحبه برای تغییر سایر رفتارها مانند رژیم غذایی، تشویق به ورزش و سایر موارد نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دودلی تجربه‌ای شایع برای بیماران مبتلا به اعتیاد است، چرا که آنها خود اغلب دچار مناقشه‌ای درونی در مورد مصرف موادشان هستند. غالباً درمانگران در مقابل دودلی بیماران به نصیحت ایشان برای ترک می‌پردازند. حال هر قدر که این نصایح از نظر درمانگر منطقی و اصولی هم به نظر برسد، اغلب با مخالفت بیماران مواجه می‌شود مثلاً آنان اظهار می‌کنند که مصرف مواد برایشان لذت‌بخش و یا ترک بسیار دشوار است. اگر بیمار برای تغییر آمادگی نداشته باشد، نصیحت به ترک و توضیح راجع به زیانباری مواد تنها باعث جبهه‌گیری تدافعی او خواهد شد.

آمادگی برای تغییر

اتخاذ تصمیم برای تغییر رفتار در مورد مصرف مواد بسیار دشوار است. غالباً بیماران خود آشکارا اظهار نمی‌کنند که ترجیح می‌دهند این رفتارها را تغییر دهند. آنها اغلب درین باره دودل هستند و انگیزه‌شان بیش از تصمیمشان در این زمینه بی‌ثبات است. ممکن است تصمیمی گرفته شود اما پیش از اجرا تغییر کند. مفهوم مراحل تغییر توسط پروکاسکا و دی‌کلمنت توصیف شده است. مدل مراحل تغییر به بالینگر اجازه می‌دهد که آمادگی برای تغییر را به صورت فرآیندی درک کند که از مراحل مختلف عبور می‌کند.

مراحل تغییر

• مرحله پیش‌تأمل (precontemplation)

افراد در این مرحله مصرف‌کنندگانی راضی هستند، که راجع به مصرفشان نگرانی نشان نمی‌دهند. برای این گروه مزایا و جوانب مثبت هدف بر جنبه‌های منفی آن غلبه دارد. این افراد یا به مضر بودن رفتارشان باور ندارند و یا آن را انکار می‌کنند.

• مرحله تأمل (contemplation)

این بیماران در مورد مصرف مواد دودل هستند. از مصرف لذت می‌برند اما متوجه هستند که این مصرف مشکلاتی ایجاد کرده و برای آن بهایی پرداخت می‌شود. این گروه دوست دارند که مشکلات حل شود، اما مصرف ادامه یابد.

- **مرحله عمل (action)**

این گروه از بیماران تصمیم گرفته‌اند تغییری در رفتار متداول خویش یا به صورت کاهش مصرف و یا ترک ایجاد کند. آنها باور کرده‌اند که در مصرف مواد باید تغییری ایجاد شود.

- **مرحله نگاه‌داری (maintenance)**

این گروه رفتار مصرف مواد را با موفقیت تغییر داده‌اند و این تغییر را برای چنان مدتی ادامه داده‌اند که دیگر خود را در رده مصرف‌کنندگان سابق طبقه‌بندی می‌کنند. رسیدن به این مرحله نیازمند زمان است و احتمالاً تنها پس از ۱۲ الی ۱۸ ماه عمل امکان‌پذیر می‌شود.

- **مرحله عود (relapse)**

بسیاری از کسانی که تصمیم به قدم نهادن به مرحله عمل می‌گیرند، تغییر نظر می‌دهند و به مصرف قبلی خود بر می‌گردند. پس از عود آنها به یکی از مراحل قبلی بر می‌گردند.

توجه به این نکته مهم است که افراد از این مراحل به جلو و عقب حرکت میکنند. اگر بالینگر بتواند به بیمار یاری کند که به سمت جلو پیش برود، حتی اگر این حرکت منجر به تغییر رفتار نشود نیز نتیجه قابل قبول است. وظیفه اولیه بالینگر می‌بایست آن باشد که مشخص کند بیمار در چه مرحله‌ای از مراحل تغییر است تا بتواند راهبرد مناسب آن سطح انگیزه را بیابد. در غیر این صورت مقاومت محتمل‌ترین نتیجه خواهد بود. هدف می‌بایست افزایش انگیزه خود بیمار باشد تا تغییر بتواند از سوی خود بیمار صورت گیرد و از جانب بالینگر بر او تحمیل نشود. اگر این روش درست انجام شود، آنگاه دیگر خود بیمار بر استدلالهایی در جهت تغییر تأکید می‌کند و نه بالینگر. بیمار احساس می‌کند که به آزادی فردی او احترام گذاشته شده و بنابراین بالینگر با مقاومت کمتری مواجه می‌شود.

اصول مصاحبه انگیزشی

پنج اصل عمومی مصاحبه انگیزشی عبارتند از:

- ابراز همدلی (express empathy)
- مطرح کردن ناهمخوانی (develop discrepancy)
- اجتناب از مجادله (avoid argumentation)
- حرکت در امتداد مقاومت (rolling with resistance)
- حمایت از خودکفایی (support self efficacy)

حال به شرح هر یک می‌پردازیم:

- **ابراز همدلی**

گرمی همدلانه و شنیدن همراه با تأمل خصائص اساسی مصاحبه انگیزشی هستند. این دو ویژگی روشی را ایجاد می‌کنند که در کل زمان تعامل با بیمار استفاده می‌شود. بالینگر می‌کوشد به درکی به دور از انتقاد، سرزنش و قضاوت از احساسات بیمار دست یابد. مهم‌ترین اصل، شنیدن همراه با احترام، برای فهم دیدگاه بیمار است.

• مطرح کردن ناهمخوانی

مصاحبه انگیزشی برای طرح ناهمخوانی بین رفتار فعلی و اهداف آتی در ذهن بیمار است. با یاری کردن بیمار، وی از بهای رفتار فعلی اش آگاه می‌شود. زمانی که مصرف مواد از سوی خود بیمار به عنوان رفتاری همراه با اثرات منفی بر سلامت، ارتباطها، اشتغال و غیره نگریسته شود، تغییر با احتمال بیشتری رخ می‌دهد. این یک اصل زیربنایی مصاحبه انگیزشی است. اگر افراد به وضوح تفاوت میان رفتار فعلی و اهداف وسیع تر شخصی خویش را مشاهده کنند، برای تغییر انگیزش بیشتری می‌یابند.

بیمارانی که برای تغییر رفتار مصرف مواد یاری می‌طلبند، اغلب میان رفتار فعلی و تصورشان از خود در آینده تفاوتی مشاهده می‌کنند. با وجود این درباره کم کردن یا ترک کردن مصرف مواد دودل هستند. بالینگر از مناقشه درونی بیمار استفاده می‌کند تا او به واسطه این ناهمخوانی ادراک شده بر رفتار فعلی اش فائق آید.

• اجتناب از مجادله

اصل مهم بعدی اجتناب از مجادله با بیمار است. مواجهه و مجادله مستقیم با بیمار اغلب منجر به مقاومت و حالت تدافعی در بیمار می‌شود.

در چنین مجادلاتی اغلب بالینگر خود به نیابت از بیمار به نفع تغییر رفتار مصرف می‌کند، در حالی که خود بیمار نقطه نظر مخالف تغییر رفتار اعتیادی به خود می‌گیرد. این وضعیت کمتر خوشایند است و منجر به مقابله رودررو می‌شود. مصاحبه انگیزشی روشی برای متقاعد کردن همراه با ملاحظه است. این روش، آگاهی بیمار از مشکلات و نیاز به رفع آنها را بالا می‌برد.

• حرکت به همراه مقاومت

مقاومت در بیماران به صورت مجادله، قطع صحبت طرف مقابل و انکار مشخص می‌شود. بالینگر باید از تشدید مقاومت بپرهیزد، چرا که هر قدر مقاومت بیمار بیشتر باشد تغییر کمتر محتمل است. شواهد حاکی از آن هستند که قطع درمان بیشتر زمانی رخ می‌دهد که مقاومت بیشتر باشد و این به نوبه خود تا حدود بسیاری به شیوه برخورد درمانگر مربوط است. یک راهبرد مناسب برای کنار آمدن با مقاومت، پاسخ عاری از مقاومت به آن و به رسمیت شناختن دید بیمار نسبت به آن مسئله است.

• حمایت از خودکفایی

هدف عمومی مصاحبه انگیزشی حمایت و تقویت درک بیمار از ظرفیتهای خود اوست. این به درک بیشتر بیمار از تواناییهایش به مقابله با موانع و تغییر رفتار اعتیادی او یاری می‌رساند. این وظیفه درمانگر است که به بیمار اطمینان و امید بخشد که توانایی تغییر دارد. باور درمانگر به توانایی بیمار برای تغییر، عامل مؤثری در تعیین نتیجه مثبت درمانی است.

راهکارهای مشاوره‌ای

مصاحبه انگیزشی بسته به آمادگی بیمار و تبحر درمانگر بین ۲ الی ۴ جلسه به طول می‌انجامد بر اساس میزان آمادگی بیمار می‌توان یکی از راهکارهای زیر را برای مصاحبه در هر جلسه مشاوره انتخاب کرد.

با افزایش آمادگی بیمار برای تغییر، درمانگر به ترتیب به بحث پیرامون موضوعات مطروحه زیر طی جلسات متوالی می‌پردازد. مهم است که مصاحبه‌گر با بیمار ارتباط درمانی مناسب برقرار کند و بیمار برای بررسی وضعیت در جهت تغییر رفتار موافق باشد. همه بیماران به محض ورود به درمان، آمادگی پذیرش نصایح در رابطه با شیوه زندگی خویش را ندارند. برای شروع اغلب صحبت کردن راجع به یک روز نوعی مصرف مواد، یا جنبه‌های خوب مصرف و سپس جنبه‌های کمتر خوشایند مصرف می‌تواند مفید باشد.

• راهکار مقدماتی: روش زندگی، فشارهای روحی و مصرف مواد

در این راهکار ابتدا راجع به شیوه زندگی، فشارهای روحی فعلی زندگی و ارتباط آنها با مصرف مواد صحبت می‌شود. در این مرحله اکثر بیماران به راحتی از عواملی که منجر به مصرف مواد شده است، صحبت می‌کنند.

• یک روز نوعی مصرف

کارکرد اصلی این راهکار برقراری حسن تفاهم بدون برانگیختن مقاومت بیمار و آماده ساختن او برای تغییر است. از بیمار خواسته می‌شود مصرف خویش را در چارچوب یک روز نوعی مصرف مانند روزی از روزهای هفته گذشته توصیف کند. درمانگر در حین شنیدن، بر احساسها و رفتارهای بیمار طی حوادث روز تمرکز می‌کند و با پرسیدن سؤالات کوتاه باز به بیمار بازخورد می‌دهد. زمان‌بندی هم در این مرحله اهمیت دارد، اگر بیمار خیلی کند یا خیلی سریع وقایع را توصیف کند می‌توان در تنظیم سرعت او را هدایت کرد. استفاده از این راهکار با این هدف رخ می‌دهد که بیمار به ارتباط بین وقایع زندگی و مصرف مواد خویش آگاه شود. این راهکار به خصوص برای افراد در مرحله پیش‌تأمل (precontemplation)، کسانی که از مصرف خویش راضی‌اند مؤثر است.

• مزایا و مضرات مصرف

ابتدا راجع به مزایای مصرف از مراجع سؤال می‌شود. خوب است درمانگر پس از سؤال کردن راجع به جنبه‌های مثبت، اطلاعات ارائه‌شده را جمع‌بندی کرده و آن را به مراجع منعکس نماید. سپس، جوانب کمتر خوب مصرف سؤال می‌شوند، آنگاه این پاسخها نیز جمع‌بندی شده و هر دو جنبه در کنار هم جمع‌بندی شده و به بیمار ارائه می‌شوند. درمانگر بهتر است از واژه‌های "مشکل" و "نگرانی" استفاده نکند. در ضمن نمی‌بایست فراموش کرد که جنبه‌های کمتر خوب مصرف مواد لزوماً از جانب مراجع به عنوان "مشکل" طبقه‌بندی نمی‌شوند. بهتر است درمانگر به نحوه نگرش بیمار توجه کند و مانع از فرضیه‌سازیهایی شخصی بیمار شود.

این راهکار به ایجاد رابطه درمانی و کاوش در مورد نگرانیهای بیمار نسبت به مصرف کمک می‌کند. اما اگر بیمار در مرحله پیش‌تأمل (precontemplation) باشد، نسبت به صحبت درباره جنبه‌های کمتر خوب مصرف مقاومت نشان خواهد داد. در این صورت بهتر است درمانگر از ادامه مصاحبه صرف نظر کرده و در این مرحله به دادن پاره‌ای اطلاعات اکتفا کند.

• در اختیار گذاشتن اطلاعات

در اختیار گذاشتن اطلاعات درباره مواد در جلسات مشاوره پزشکی عمومی امری بسیار رایج است. مهم نحوه در اختیار گذاشتن اطلاعات است، چرا که این بر چگونگی نتیجه درمان اثر می‌گذارد. توانایی ارزیابی آمادگی بیمار برای تغییر از این جهت اهمیت دارد. اطلاعات را می‌بایست به روشی بی‌طرفانه و عمومی یعنی نه لزوماً در ارتباط با مراجع ارائه کرد. واکنش بیمار به ارائه شدن این اطلاعات می‌بایست در قالب پرسشهای باز فراخوانده شود.

• آینده و حال

این روش برای بیمارانی مناسب است که راجع به رفتارشان نگران هستند. درمانگر می‌بایست روی رفتار فعلی بیمار و آنچه که وی در آینده دوست دارد باشد متمرکز شود و به این ترتیب تناقض این دو را به وی نشان دهد. پس از آنکه درمانگر روی اهداف آینده تمرکز کرد، می‌تواند به زمان حال پرداخته و به بیمار نشان دهد که حرکت فعلی‌اش در جهتی مغایر آنچه برای آینده خواهانش است رخ می‌دهد. این به بالینگر کمک می‌کند تا جوانب منفی وضعیت فعلی بیمار را برای او نمایان سازد.

• بررسی نگرانی

بررسی نگرانی، چارچوب اصلی متقاعدسازی بیمار برای تغییر در مصاحبه انگیزشی است. این تنها برای بیمارانی کاربرد دارد که نگران وضعیت خویش هستند. این راهکار شامل گوش فرا دادن، تعقیب سیر گفته‌های خود بیمار و مداخله در زمانهای مناسب، برای حفظ پیشروی مباحثه است. نگرانیهای بیمار می‌بایست به ترتیب جمع‌بندی و منعکس شده و سپس به نگرانیهای دیگر وی پرداخته شود.

پرداختن به جنبه‌های خوشایند مصرف به عناصر مناقشه‌آمیز دودلی بیمار اشاره دارد. بخشی از نگرانی بیمار را راجع به آن است که در صورت عدم مصرف وضعیتشان چگونه خواهد بود. بالینگر می‌تواند با سؤال باز راجع به نگرانیهای بیمار در رابطه با تغییر، این نگرانیها را باز کرده و به آنها پردازد.

• یاری در اتخاذ تصمیم

تنها به بیمارانی می‌توان در تصمیم‌گیری کمک نمود که خود اظهار کرده باشند که علاقمند به تغییر هستند؛ اگر درمانگر در این مرحله خیلی فشار بیاورد، ممکن است بیمار به مراحل قبلی رجعت کند. باید دوباره با پرسشهای باز در راستای ذهنیت بیمار پیش رفت و از افتادن در دام "متخصص حل مشکلات بیمار" پرهیز کرد. در این مرحله می‌توان پیشنهاد و اطلاعات داد (مثلاً روشهای مختلف درمان)، بدون آنکه استقلال بیمار خدشه‌دار شود.

نتیجه

مصاحبه انگیزشی در ترکیب با عوامل تغییر می‌تواند به طور مؤثری استفاده شود. با آگاهی از مرحله‌ای از تغییری که بیمار هر زمان در آن است، می‌توان راهکار مناسب را به کار بست. بیمارانی که یاری برای تغییر رفتارشان نیازمندند. هدف نهایی یاری بیمار برای انجام تغییرات مؤثر در زندگیش است. امید آن است که زندگی بیمار از این طریق غنای بیشتری بیابد.

پیوست ۳: ارزیابی‌های ساختار یافته

غربالگری

ممکن است بسیاری از سوء مصرف‌کنندگان مواد خود متوجه نباشند که در زمینه مصرف مواد مشکلی دارند و مصرف خویش را تقنی تلقی کنند.

برای تمایز کسی که الگوی مصرف مشکل‌ساز دارد، آزمون‌های غربالگری متعددی وجود دارند. ساده‌ترین و معروف‌ترین آن‌ها آزمون کیج (CAGE) است. لغت CAGE مخفف چهار کلید واژه در پرسش‌های اصلی آزمون است: کم کردن (CUT DOWN)، عصبانی و دلخوردن (ANNOYED)، احساس گناه کردن (GUILT)، و مصرف اول صبح (EYE OPENER).

در این آزمون از مراجع چهار سؤال پرسیده می‌شود. اگر پاسخ دو سؤال یا بیشتر مثبت باشد موضوع مصرف مشکل‌ساز نیاز به بررسی بیشتر پیدا می‌کند:

۱. آیا تا به حال احساس کرده‌اید که می‌بایست مصرف مواد خویش را کم کنید؟
۲. آیا تا به حال دیگران به تذکر راجع به مصرف مواد شما باعث عصبانیت و دلخوری‌تان شده‌اند؟
۳. آیا تا به حال در مورد مصرف مواد خویش احساس گناه یا احساس بدی داشته‌اید؟
۴. آیا تا به حال ناچار بوده‌اید اول صبح مواد مصرف کنید تا اعصاب‌تان آرامش یابد، رفع خمارگی کنید یا اینکه بتوانید روزتان را شروع کنید؟

شاخص شدت اعتیاد (ASI)

شاخص شدت اعتیاد (Addiction Severity Index)، مصاحبه‌ای ساختار یافته برای ارزیابی مصرف الکل و مواد است که انجام آن توسط فرد آموزش‌دیده حدود ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد. این پرسش‌نامه به بررسی هفت زمینه که ممکن است به طور بالقوه به دنبال مصرف مواد مشکل‌ساز شوند، می‌پردازد. این هفت زمینه وضعیت طبی،

اشتغال و فعالیت، مصرف مواد، مصرف الکل، وضعیت قانونی، وضعیت خانوادگی - اجتماعی و وضعیت روان‌شناختی هستند. در پرسشنامه به وضعیت پیشین و کنونی توجه می‌شود و بسته به شدت از ۰ تا ۹ نمره‌گذاری می‌شود. سپس بیمار از نظر شدت اعتیاد در درجات فاقد شدت، خفیف، متوسط، نسبتاً شدید، و شدید طبقه‌بندی می‌شود.

شاخص درمانی (OTI)

شاخص درمانی مواد افیونی (Opioid Treatment Index) از پرسشنامه فوق کوتاه‌تر است، در ضمن اطلاعات بیشتری را در مورد مراجع می‌سنجد. در این پرسش‌نامه در هر زمینه وضعیت فرد سنجیده شده و نمرات در کل با یکدیگر جمع می‌شود. برتری OTI از یکسو اختصار بیشتر و سوی دیگر در برداشتن اطلاعات راجع به رفتارهای تزریقی و پرخطر است. زمینه‌های مورد بررسی عبارتند از: اطلاعات عمومی و جمعیت‌شناختی، مصرف مواد و الکل، رفتارهای تزریقی، رفتارهای جنسی، کارکرد اجتماعی (مسکن، شغل، خانواده، دوستان)، رفتارهای غیرقانونی، وضعیت سلامت جسمی و روانی؛ که به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ= General Health Questionnaire) سنجیده می‌شود.

پیوست ۴: دیگر روشهای تشخیص آزمایشگاهی

آزمایش ادرار با استفاده از روش کروماتوگرافی نازک لایه

این روش کیفی جهت بررسی وجود مواد مورد سوء مصرف و متابولیت‌هایشان است. این روش یکی از روش‌های اصلی آزمایش وجود مواد مخدر در نمونه‌ها در بسیاری از مراکز است. هر چند حساسیت این روش از سایر روش‌های کروماتوگرافی از جمله گاز کروماتوگرافی کمتر است، اما در عوض از لحاظ اقتصادی با صرفه‌تر است. با این همه هر آزمایش برای فرد بین ۳۵۰۰۰ الی ۴۰۰۰۰ ریال هزینه دربردارد. این روش تنها کیفی بوده و از میزان مصرف تخمینی به دست نمی‌دهد. انجام این آزمایش اغلب بین ۱ الی ۴ ساعت زمان نیاز دارد.

روش انجام آزمایش به این ترتیب است که نمونه روی لایه نازک قرار داده شده و مواد مختلف به ترتیب از هم به طور تفکیک شده روی لایه نازک پخش می‌شوند. با استفاده از اشعه ماوراء بنفش (UV)، نور فلورسنت یا واکنش‌های رنگی با رنگ‌های شیمیایی، نقاط مختلفی که نمایانگر مواد مختلف و متابولیت‌هایشان هستند نمایان می‌گردند.

آزمایش ادرار با روش کروماتوگرافی گازی (Gas Chromatography)

روش دقیق‌تری است که نه تنها قادر به اندازه‌گیری کمی وجود یا عدم وجود مواد مصرف شده است، بلکه می‌تواند میزان آن را در نمونه نیز تخمین بزند. مولکول‌های مختلف در طی مسیر از یکدیگر تفکیک شده، قله‌های (picks) مختلفی را ایجاد می‌کنند. در این جا به جای صفحه TLC لوله‌های شیشه‌ای یا فلزی به نام ستون به کار گرفته می‌شوند. ماده جدا شده توسط گاز داغ به سمت ردیاب هدایت شده و وجود ماده مورد نظر با ترسیم منحنی و اندازه‌گیری ثبت می‌شود. زمان مورد نیاز بین تزریق نمونه و انجام واکنش برای تفکیک مواد استفاده می‌شود. اگر در دو لوله به طور هم‌زمان ردیابی انجام شود که مساوی با زمان لازم برای ردیابی یکی از مواد شناخته شده باشد، احتمال درستی نتیجه آزمایش بسیار بالا می‌رود. میزان تخمینی ماده مورد نظر در نمونه از طریق سطح زیر منحنی قابل محاسبه است.

گاز کروماتوگرافی از TLC بسیار دقیق تر است، اما هزینه آن نیز بسیار بالاتر است. در آزمایشگاه مرجع (رفرانس) وزارت بهداشت این روش در حال راه اندازی است. در حالی که سایر مراکز عمدتاً از کیت‌های تشخیصی و روش TLC برای تشخیص مصرف مواد استفاده می‌کنند.

آزمایش خون

آزمایش خون در بررسی مصرف مواد بسیار کمتر از آزمایش ادرار کاربرد دارد. مواد مورد مصرف و متابولیت‌هایشان تا مدت کوتاهی در خون ردیابی می‌شوند. البته درست به همین دلیل اگر هدف از انجام آزمایش تعیین زمان مصرف باشد، آزمایش خون بر آزمایش ادرار ارجح است زیرا نمایانگر مصرف اخیر و بیشتر با سطح ماده مصرفی در مغز مرتبط است. آزمایش ادرار از چند جهت بر آزمایش خون برتری دارد: ۱- غیر تهاجمی است. ۲- نمونه‌های بیشتری به راحتی قابل جمع‌آوری است. ۳- به علت کارکرد تغلیظی کلیه، غلظت‌های بالاتری از مواد و متابولیت‌هایشان در ادرار قابل ردیابی است. ۴- ادرار راحت‌تر از خون قابل تجزیه است. ۵- نگاهداری دراز مدت نمونه‌های مثبت ادرار سهل‌تر از نگاهداری نمونه‌های خون و سرم است.

آزمایش بزاق

اکثر مواد به واسطه پخش ساده (simple diffusion) وارد بزاق می‌شوند. مزیت اصلی آزمایش نمونه بزاق سهولت گردآوری آن است. غلظت مواد در بزاق با سطح خونی آن‌ها رابطه مستقیم دارد. البته استفاده از بزاق برای تعیین سطح خونی به علت مخدوش شدن مقدار آن در اثر مصرف خوراکی، تدخین یا استفاده داخل بینی زیاد کاربرد ندارد. مواد تنها تا مدت بسیار کوتاهی در بزاق قابل ردیابی هستند. بهترین کاربرد آزمایش بزاق برای تعیین علت تصادفات رانندگی است. آزمایش بزاق بیشتر برای بررسی وجود مصرف ماری‌جوانا، کوکائین، فن‌سیکلیدین، باریتوراتها و متابولیت‌های نیکوتین استفاده می‌شود. در کشور ما آزمایش بزاق برای تعیین مصرف مواد مرسوم نیست.

آزمایش عرق بدن

گردآوری عرق بدن به علت وابستگی آن به درجه حرارت مشکل است. کوکائین، مرفین، نیکوتین، آمفتامین و اتانول و برخی مواد دیگر به وسیله آن قابل ردیابی است. تحقیقات در این زمینه هنوز در مراحل آغازین قرار دارد.

آزمایش مو

اثبات مصرف طولانی‌مدت مواد در موارد خاصی مورد نیاز است. این شیوه آزمایش نیز همانند آزمایش عرق نسبتاً جدید است. از آنجا که تنها مقادیر بسیار اندک مواد در مو تجمع می‌یابند، روش‌های بسیار حساسی برای آزمایش آن مورد نیاز است. روش‌های محتمل ورود مواد به مو عبارتند از: ۱- پخش مواد از خون به فولیکول و سلول‌های مو و در نتیجه اجزای آن‌ها ۲- دفع مواد در عرق به داخل فولیکول مو و تارهای آن ۳- دفع از طریق ترشحات روغنی به داخل فولیکول مو و سطح پوست سر ۴- ورود از طریق محیط (مثلاً دود ناشی از مصرف). مورد اخیر ممکن است با نتایج مثبت کاذب

همراه باشد. زمان و تعداد مصرف به این روش قابل تعیین نیست. آزمایش مو می تواند مصرف مواد تا ۶ ماه پیش از آزمایش را نشان بدهد.

پیوست ۵: آرمیدگی (relaxation)

مراحل عمده در آموزش آرمیدگی کاربردی ارائه شده از سوی است (ost) در ۱۹۸۷ به طور خلاصه در زیر ذکر می شود. زمانی که در داخل پرانتز نوشته شده است، زمان مورد انتظاری است که بیمار باید در هر مرحله از برنامه آموزشی، به آرمیدگی برسد. تعداد جلسه های آموزش برنامه بهتر است ۸ تا ۱۲ جلسه باشد. اما در صورتی که ملاحظات بالینی در کار باشد می توان به تعداد کمتر جلسات نیز قناعت کرد.

اساس منطقی (توجیه)

پیش از آغاز درمان، مهم است که بیمار اساس منطقی مربوط به آموزش آرمیدگی کاربردی را درک کند. در ارائه اساس منطقی کار، اطلاعات زیر باید داده شود:

«وقتی شخصی مضطرب می شود، واکنش او متشکل از سه جزء متفاوت است: جزء فیزیولوژیک (افزایش ضربان قلب، تعریق و تنش عضلانی)، جزء رفتاری (اجتناب، سعی برای فرار کردن) و جزء شناختی (افکار منفی مانند «دارم از حال می روم»، «نمی توانم مقابله کنم»). قدرت نسبی این اجزا از شخصی به شخص دیگر فرق می کند، اما مردم معمولاً ابتدا تغییرات فیزیولوژیک را تجربه می کنند و بعد یک اندیشه منفی به ذهن آنها می آید که خود، واکنش فیزیولوژیک را افزایش می دهد و بدین ترتیب، دور باطلی ایجاد می شود. یکی از راههای مؤثر برای ایجاد گسستگی در این دور باطل، این است که

بر واکنش فیزیولوژیک تمرکز پیدا کنیم و یاد بگیریم چگونه آن را کنترل کنیم. آموزش فن آرمیدگی به فرد این امکان را می‌دهد که در هر موقعیتی که دچار اضطراب شد بسیار سریع آن را به کار گیرد (۲۰ تا ۳۰ ثانیه). از آنجا که کنترل اضطراب پیش از آنکه به اوج خود برسد راحت‌تر است، آموزش از اینجا آغاز می‌شود که شما بتوانید نشانه‌های اولیه اضطراب را تشخیص دهید. پس از آن، به آموزش شیوه‌هایی خواهیم پرداخت که بتوانید در زمان هر چه کوتاه‌تری به آرمیدگی برسید. تا زمانی که آموزش تمام نشده است نباید انتظار داشته باشید که این مهارتها صد در صد مؤثر واقع شوند. به علاوه در مراحل اولیه آموزش، قسمت اعظم تمرینهای آرمیدگی در مواقع غیراضطرابی صورت می‌پذیرد. آرمیدگی کاربردی نیز مانند سایر مهارتها تمرین زیادی می‌خواهد. به همین دلیل، در سرتاسر دوره آموزشی تمرینهای روزانه خانگی لازم خواهد بود».

تشخیص نشانه‌های اولیه اضطراب

برای بالا بردن سطح آگاهی بیمار نسبت به نشانه‌های اولیه واکنش اضطراب، از او می‌خواهیم که وارد اضطراب را گزارش دهد. از بیماران خواسته می‌شود که در سراسر مراحل مختلف آموزش آرمیدگی، به بازبینی نشانه‌های اولیه ادامه دهند.

مراحل آرمیدگی کاربردی

• آرمیدگی پیشرونده (۱۵ تا ۲۰ ثانیه)

نخستین مرحله آرمیدگی آموزشی، آموزش فن آرمیدگی پیشرونده است. بدین منظور بدن به چند گروه عضلانی بزرگ تقسیم می‌شود و هر گروه ابتدا تنیده (*tense*) و بعد آرمیده می‌شود. تناوب تنش و آرمیدگی به بیمار یاد می‌دهد که بین دو حالت، تمایز قائل شود و آگاهی بیشتری نسبت به قسمتهایی از بدن خود که مخصوصاً تنش‌دار است، پیدا کند. برای آنکه بتوان آرمیدگی را به راحتی به موقعیتهای طبیعی تعمیم داد، لازم نیست بیماران در جریان آموزش، روی نیمکتی دراز بکشند، بلکه از آنها خواسته می‌شود روی صندلی راحت بنشینند. ابتدا درمانگر، خود، نشان می‌دهد که چگونه می‌توان گروههای مختلفی از عضلات را تنیده و یا آرمیده ساخت. همزمان با آن، بیمار چند تمرین تنش-آرمیدگی انجام می‌دهد و درمانگر، درستی آنها را واری می‌کند. آن گاه بیمار چشم خود را می‌بندد و درمانگر دستورالعمل لازم برای ایجاد تنش و آرمیدگی در عضلات مختلف را به ترتیبی درست و طبق زمان‌بندی درست، ارائه می‌دهد. تنش معمولاً حدود ۵ ثانیه طول می‌کشد و آرمیدگی به دنبال آن و به مدت ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول می‌کشد. معمولاً هر یک از عضلات، فقط یکبار تنیده و آرمیده می‌شود. پس از آنکه بیمار توانست به این ترتیب همه عضلات خود را مورد تنش و آرمیدگی قرار دهد، از او خواسته می‌شود تا میزان آرمیدگی خود را در مقیاس ۰ تا ۱۰۰، تعیین کند. از همین مقیاس، بعدها برای بازنگری میزان پیشرفت در جریان تمرینهای خانگی، استفاده می‌شود. درمانگر باید ببیند که اگر بیمار در تمرینهای آرمیدگی برخی از عضلات، مشکلی دارد، به او کمک کند تا این مسئله برطرف شود. در آرمیدگی پیشرونده، بند به دو قسمت تقسیم می‌شود. در جلسه اول آرمیدگی، دستها، پاها، صورت، گردن و شانه مورد تمرین قرار می‌گیرند. در جلسه دوم، بقیه قسمتها نیز افزوده می‌شود. عضلات اصلی که در هر جلسه مورد توجه قرار می‌گیرد و دستورالعمل برای ایجاد تنش در آنها از این قرار است:

جلسه ۱: دست راست خودتان را مشت کنید، به طوری که در ناحیه مشت و بازو احساس تنش بکنید... دست چپتان را مشت کنید، به طوری که در ناحیه مشت و بازو احساس تنش بکنید... دستتان را از آرنج خم کنید و در عضله دو سر انقباض ایجاد کنید. ناحیه انگشتان را آزاد بگذارید. دستتان را صاف نگهدارید و عضله سه سر را منقبض کنید و قسمت پایین دستهایتان را به صندلی بچسبانید و سعی کنید ناحیه انگشتان را در حالت آرمیدگی نگهدارید... ابروهایتان را بالا ببرید و در پیشانی‌تان چین ایجاد کنید... ابروهایتان را جمع کنید (مانند حالت عصبانیت)... عضلات اطراف چشمها را جمع کنید... دندانهایتان را به هم فشار دهید و در ناحیه آرواره، انقباض ایجاد کنید... زبانتان را محکم به قسمت بالای دهان بچسبانید، در حالی که لبهایتان بسته است به تنش موجود در ناحیه گلو توجه کنید... لبها را محکم به هم فشار دهید (مانند حالت عبوسی)... تا جایی که می‌توانید گردنتان را به عقب فشار دهید (روی قسمت پشتی صندلی)... چانه‌تان را به ناحیه سینه بچسبانید و فشار دهید... شانه‌هایتان را در جهت گوشه‌هایتان بالا ببرید... شانه‌هایتان را بالا ببرید و به حالت انحنای درآورید.

جلسه ۲: ابتدا تمرینهای جلسه قبل را انجام دهید. این کار باید حدود ده دقیقه، وقت بگیرد. پس از انجام آخرین تمرین مربوط به ناحیه شانه، بلافاصله دستورالعملهای زیر را شروع کنید: به طور آرام و منظم نفس بکشید و به شکمتان فشار نیاورید... نفس عمیق بکشید، ریه‌هایتان را کاملاً پر کنید و... چند ثانیه نگهدارید و بعد بدون مقاومت، نفستان را بیرون دهید... عضلات شکم را منقبض کنید. به شکم فشار بیاورید... در ناحیه کمر قوس ایجاد کنید... پاهایتان را صاف نگهدارید و پاشنه‌تان را به زمین فشار دهید و در ناحیه باسن و عضلات پشت ساق، انقباض ایجاد کنید... کف پا و انگشتان پا را به سمت پایین فشار دهید و عضلات ساق پا را منقبض کنید... کف پا و انگشتان پا را به سمت بالا خم کنید و در عضلات ساق پا انقباض ایجاد کنید... به تنفس آرام و منظم خود، ادامه دهید.

به دنبال هر جلسه، تکلیف خانگی داده می‌شود و از بیمار خواسته می‌شود که هر روز دوبار و هر بار ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، به تمرینهای آرمیدگی پیشرونده پردازد. بیماران باید زمان و مکانی را انتخاب کنند که راحت باشند و تمرینشان قطع نشود. همچنین باید هر جلسه‌ای، طول مدت آرمیدگی و میزان آرمیدگی را (در مقیاس ۰ تا ۱۰۰) یادداشت کنند.

• آرمیدگی بدون تنش (۵ تا ۷ دقیقه)

هدف این مرحله، کاهش بیشتر در زمان لازم برای آرمیدگی از طریق حذف مرحله تنیدگی است. در جلسه، ابتدا از بیمار خواسته می‌شود که به آرامی نفس بکشد و در این حالت، تا جایی که می‌تواند در خود آرمیدگی ایجاد کند. آن گاه درمانگر از او می‌خواهد عضلات مختلف بدن خود را آرمیده کند. از بالای سر شروع می‌کند و پایین می‌آید تا به نوک انگشتان پا می‌رسد. دستورالعملهایی که به بیمار داده می‌شود از این قرار است: «به طور آرام و منظم نفس بکشید. سعی کنید با هر نفسی که می‌کشید خود را آرمیده‌تر احساس کنید... خود را کاملاً رها کنید... پیشانی‌تان را شل کنید... همین طور ابروهایتان را... پلکهایتان را... آرواره‌تان را... زبان و ناحیه گلویتان را... تمامی قسمتهای صورتان را... گردنتان را شل کنید... شانه‌هایتان را... دستهایتان را... از قسمت بالای دست تا نک انگشتان را... همچنان به تنفس آرام و منظم خود ادامه دهید... بگذارید احساس آرمیدگی سرتاسر ناحیه شکمتان را فرا بگیرد... همین طور ناحیه کمر و پشتتان را... قسمتهای پایین بدن را شل کنید، نشیمنگاه... ران... زانو... ساق... کف پا و سرتاسر پا تا نک انگشتان پا را... به طور آرام و منظم نفس بکشید... و توجه کنید که چطور به هر نفسی، به آرمیدگی بیشتر می‌رسید... نفس عمیقی بکشید و دو ثانیه نگهدارید... و به آرامی نفستان را بیرون بدهید... به آرامی... توجه کنید که دارید هر چه بیشتر به آرمیدگی می‌رسید». اگر شل کردن عضله‌ای دشوار باشد از بیمار خواسته می‌شود که به مدت کوتاهی آن را سفت و دو مرتبه شل کند. در این مورد، تکلیف خانگی عبارتست

از آرمیدگی بدون تنش هر روز دوبار. زمان لازم و میزان آرمیدگی نیز یادداشت می‌شود. اکثر بیماران پس از ۱ تا ۲ هفته تمرین، آماده ورود به مرحله بعد می‌شوند: مرحله‌ای که مرحله آرمیدگی از طریق کنترل نشانه‌ها نام دارد.

• آرمیدگی از طریق کنترل نشانه‌ها (۲ تا ۳ دقیقه)

در این نوع آرمیدگی، زمان لازم برای آرمیدگی باز هم کمتر می‌شود. بدین منظور، جریان تنفس، مورد تمرکز قرار می‌گیرد و نوعی شرطی‌سازی بین «بیارام» که از طرف خود فرد بازگو می‌شود و افزایش در احساس آرمیدگی، ایجاد می‌شود. جلسه با آرمیدگی بدون تنش، آغاز می‌شود (بدون آنکه با دستورالعمل مفصل درمانگر همراه باشد) و هر وقت که حالت ارضا کننده آرمیدگی ایجاد شد، علامت داده می‌شود. آنگاه درمانگر، دستورالعمل زیر را می‌دهد. این دستورالعمل، با الگوی تنفسی بیمار در ارتباط قرار می‌گیرد. درست پیش از دم، درمانگر می‌گوید «نفس بکشید» و درست پیش از بازدم، درمانگر می‌گوید «راحت باشید». این ترتیب، پنج‌بار تکرار می‌شود و آنگاه از بیمار خواسته می‌شود که خود این توالی را بدون استفاده از دستورالعمل کلامی، انجام دهد. پس از یک دقیقه دیگر، درمانگر دو مرتبه و چند بار می‌گوید: «نفس بکشید... راحت باشید» و بعد بیمار دوباره خود به تنهایی، این کار را برای چند دقیقه ادامه می‌دهد. معمولاً آرمیدگی از طریق نشانه‌ها در هر جلسه، دوبار تمرین می‌شود. سیمایه جالب این مرحله از آموزش، این است که بیماران بلااستثنا زمان لازم برای رسیدن به آرمیدگی را بیش از حد برآورد می‌کنند. به همین سبب مفید خواهد بود اگر درمانگر از بیمار بخواهد که زمان لازم را حدس بزند و بعد درباره بهبود وضع، به او بازخورد بدهد. اینجا نیز مانند دو مرحله قبلی، تکلیف خانگی داده می‌شود. این تمرین دوبار در روز انجام می‌پذیرد و زمان لازم برای رسیدن به آرمیدگی و میزان آن در هر تمرین، یادداشت می‌شود. همچنین ۱ تا ۲ هفته تمرین لازم است تا مرحله دیگر، آغاز شود.

• آرمیدگی افتراقی (۶۰ تا ۹۰ ثانیه)

هدف اصلی این مرحله، یادگیری آرمیدگی در مواقعی است که فرد درگیر کارهای روزمره است و نه آن که روی صندلی راحتی نشسته است و می‌خواهد این تمرین را انجام دهد. بسیاری از فعالیتها مانند ایستادن، مستلزم ایجاد تنش در تعدادی از عضلات است. هدف آرمیدگی افتراقی، این است که به بیمار یاد بدهیم که از انقباض غیر ضروری عضلاتی که لازم برای آن فعالیت خاصی نیستند، اجتناب کند. در نخستین جلسه، از آرمیدگی از طریق کنترل نشانه‌ها استفاده می‌شود، در حالی که بیمار روی صندلی راحتی نشسته است. آن گاه از او خواسته می‌شود که قسمتهایی از بدن خود را حرکت دهد در حالی که سعی می‌کند بقیه بدن خود را در حالت آرمیدگی نگه دارد. این کار را از طریق توجه شدید و مکرر به نشانه‌های تنش غیر ضروری و آرمیدگی مناسب، انجام می‌دهد. حرکاتی که مورد استفاده قرار می‌گیرند، عبارتند از: بازکردن چشم و نگاه کردن به اطراف بدون حرکت دادن سر، نگاه کردن به اطراف با ایجاد حرکت در چشم و در سر، بلند کردن یک دست در حالی که سایر قسمتهای بدن در حالت آرمیدگی قرار دارند، بلند کردن یک پا در حالی که سایر قسمتهای بدن در حال آرمیدگی قرار دارند. در جریان این تمرینها درمانگر به طور مداوم بیمار را تشویق می‌کند که به نشانه‌های تنش در بدن خود توجه کند و سایر قسمتهای بدن خود را، که نقشی در حرکت ندارند، در حالت آرمیدگی نگه‌دارد. وقتی در ناحیه‌ای از بدن، مشکلی ایجاد می‌شود، شیوه‌های شل ساختن عضلات دست‌اندرکار، مورد بحث قرار می‌گیرند. وقتی بیمار این حرکت را تمرین کرد- در حالی که روی صندلی راحتی نشسته است- همین حرکتهای در حالی انجام می‌پذیرد که او روی صندلی راحتی نشسته است- همین حرکتهای در حالی انجام می‌پذیرد که او روی صندلی معمولی و غیرخوابیده نشسته است و بعد همین حرکتهای در حالی که بیمار پشت میزکار نشسته است، مورد تمرین قرار می‌گیرند (در این وضع، بیمار در حالی که دارد مطلبی را می‌نویسد و یا با تلفن صحبت می‌کند، سعی می‌نماید خود را در حالت آرمیدگی نگه‌دارد. این نوع

تمرینها بر تمرینهای قبلی افزوده می‌شود). در جلسه دوم آرمیدگی افتراقی، این تمرینها طیف وسیعی پیدا می‌کند و شامل تمرینهایی در حالت ایستاده و یا در حالت راه رفتن نیز می‌شوند. بیمار در هر بار تمرین، تشویق می‌شود که مرتب نشانه‌های جسمی تنش را مورد توجه قرار دهد و تا جایی که می‌تواند تمام عضلات غیر ضروری را آزاد سازد. در آخر جلسه دوم آرمیدگی افتراقی، زمان لازم برای رسیدن به آرمیدگی در بیمار به ۶۰ تا ۹۰ ثانیه تقلیل می‌یابد. به عنوان تکلیف خانگی از بیمار خواسته می‌شود که هر روز دوبار به تمرین بپردازد. برای رسیدن به مرحله بعد، ۱ تا ۲ هفته تمرین ضرورت دارد.

• آرمیدگی سریع (۲۰ تا ۳۰ ثانیه)

در آرمیدگی سریع، هدف آن است که زمان رسیدن به آرمیدگی، هر چه بیشتر کاهش یابد و بیمار بتواند در موقعیتهای طبیعی و غیر استرس‌زا، به تمرینهای زیادتری بپردازد. درمانگر و بیمار، مجموعه‌ای از نشانه‌ها را که می‌توان از آنها برای یادآوری بیمار در محیطهای طبیعی، استفاده کرد، شناسایی می‌کنند. مثلاً هر وقت کسی به ساعت نگاه می‌کند، زمانی است که باید تلفن بزند، در کمدهای را باز کند، به حمام برود و غیره. برای افزودن ارزش افتراقی این نشانه‌ها غالباً مفید است که یک نوار کوچک رنگی بر روی نشانه مورد توافق (مانند ساعت، تلفن و غیره) چسبانده شود. هدف بیمار باید این باشد که روزانه ۱۵ تا ۲۰ بار در موقعیتهای طبیعی و بدون استرس به آرمیدگی بپردازد. به بیمار در حالت آرمیدگی گفته می‌شود:

- ۱ تا ۳ بار نفس عمیق بکشد و پس از هر بار دم عمیق، به تدریج هوا را بیرون بدهد.
 - قبل از هر بازدمی به «راحت باش» فکر کند.
 - ببیند کدام قسمت از بدن او دچار تنش است و سعی کند هر چه بیشتر، در موقعیت، خود را نگه دارد.
- وقتی بیمار توانست آرمیدگی سریع را به مدت ۱ تا ۲ هفته تمرین کند و در مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه به آرمیدگی برسد، مرحله نهایی آرمیدگی کاربردی، مطرح می‌شود.

برنامه تداوم اثر درمانی

برای اینکه بتوانیم به بیمار کمک کنیم تا آثار بهبود حاصل از کاربرد آموزش آرمیدگی کاربردی را در خود حفظ نماید، از او می‌خواهیم که حداقل روزی یکبار به عنوان عادت، آثار تنش را در بدن خود واریسی کند و در صورت مشاهده هر نوع تنشی، با استفاده از آرمیدگی سریع، آن را برطرف نماید. به علاوه، برای آنکه بیمار، مهارتهای آرمیدگی را فراموش نکند از او خواسته می‌شود که هر هفته ۱ تا ۲ بار، به آرمیدگی افتراقی و یا به آرمیدگی سریع بپردازد.

پیوست ۶: آموزشهای کاهش آسیب

یکی از وظایف مهم پزشک دادن اطلاعات بی طرفانه و علمی به مراجعان است. بهتر است که در توضیحاتی که داده می شوند، اطلاعات زیر نیز ارائه شوند:

اطلاعاتی در مورد ایدز و هپاتیت (برای همه مراجعان):

- عامل انتقال بیماریهای هپاتیت و ایدز، ویروسهای هپاتیت B و C و عامل انتقال ایدز HIV است.
- در هپاتیت، کارکرد کبد اغلب به طور مزمین مختل و تا نارسایی کبدی ممکن است پیشروی نماید.
- در ایدز به علت تضعیف بارز سیستم ایمنی، بدن نسبت به بعضی انواع سرطان و بسیاری از عفونتها آسیب پذیر می شود.
- در ابتدای آلودگی با HIV تا مدت زیادی علائم بالینی ایدز ظاهر نمی شود ولی این مساوی با سلامت نیست.

- راههای انتقال جنسی شامل: آلت تناسلی مردانه، آلت تناسلی زنانه من جمله مخاط واژن، مخاط مقعد و دهان است. افرادی که دچار بیماریهای مقاربتی نظیر سیفلیس، سوزاک، هرپس و غیره هستند به نظر می‌رسد نسبت به ابتلا، آسیب‌پذیرتر باشند.
- راه اصلی انتقال از طریق خون، در حال حاضر تزریق آلوده است. این آلودگی نه تنها از طریق سرنگ و سرسوزن آلوده، که از طریق سایر وسایل مشترک مانند پنبه با وسایل جوشاندنی اگر کوتاه‌تر از ۲۰ دقیقه جوشانده شده باشد نیز ممکن است رخ دهد.
- مادر حامله مبتلا، از طریق جفت می‌تواند ویروس را به جنین منتقل کند. درمان دارویی حین بارداری و زایمان به طریق سزارین به طور قابل ملاحظه‌ای از خطر انتقال می‌کاهد ولی احتمال آن را از بین نمی‌برند. ویروس از طریق شیر مادر نیز ممکن است به نوزاد منتقل شود.
- هرچند در بزاق افراد مبتلا، HIV قابل ردیابی است، اما به نظر می‌رسد که انتقال از طریق بزاق دهان غیر محتمل است. ظاهراً بزاق حاوی ترکیباتی است که از عفونت با HIV جلوگیری می‌کنند. بنابراین HIV از طریق روپوسی عادی منتقل نمی‌شود. در مورد انواع بوسیدن "عمیق" به علت امکان ایجاد جراحتهای کوچک و ناپیدای مخاط در حال حاضر نمی‌توان اظهار نظر کرد.
- در عین حال دانشمندان یافته‌ای دال بر انتقال ویروس از طریق اشک، عرق بدن، ادرار و مدفوع نیافته‌اند.
- مطالعه خانواده‌های بیماران مبتلا به ایدز به وضوح نشان داده است که این بیماری از طریق ارتباطهای روزمره مانند استفاده مشترک از وسایل غذاخوردن، حوله، رختخواب، استخر، تلفن یا دستشویی و توالت منتقل نمی‌شود. همچنین HIV از طریق پشه و سایر حشرات قابل انتقال نیست.

اطلاعاتی در مورد استفاده از کاندوم (برای همه مراجعان دارای فعالیت جنسی):

- قبل از استفاده از کاندوم، آلت تناسلی مردانه نباید با دهان، آلت تناسلی زنانه و واژن یا مقعد شریک جنسی تماس پیدا کند.
- باید مراقب بود که کاندوم پاره نشود.
- دخول نمی‌بایست بیش از انتهای کاندوم انجام شود

اطلاعاتی مخصوص معتادان تزریقی:

- نحوه مراقبت از رگها در معتادان تزریقی:
- محل‌های آسان تر تزریق برای زمانهای عجله حفظ شوند.
- حتی الامکان تزریق در مکانی با نور مناسب انجام شود.
- برای هر بار تزریق از سوزن جدید استفاده شود تا نوک تیزش باعث آسیب کمتری شود.
- هر بار تزریق در رگ جراحی بر جای می‌گذارد که برای التیام، چند روز زمان نیاز دارد.
- تزریقهای مکرر در یک محل باعث:
- بسته‌شدن رگ می‌شوند که آن را غیر قابل استفاده می‌کند.

§ ایجاد آمبولی می‌کند.

§ ایجاد عفونت می‌کند.

§ اتلاف ماده مخدر به علت نشت از رگ می‌شود.

§ نشت ماده در بافت ایجاد آبسه می‌کند.

بنابراین بهتر است که :

§ فرد تمرین کند تا تزریق در هر دو بازو را بیاموزد تا رگهای بیشتری در دسترس داشته باشد.

§ بستن بازو، گرفتن رگ را بسیار تسهیل می‌کند، اما پس از گرفتن رگ و پیش از تزریق می‌بایست آن را باز

کرد.

• تشویق به استفاده از سرنگهای استریل:

افراد می‌بایست تشویق شوند که همواره از سرنگ استریل استفاده کنند. مثلاً در صورت امکان قبل از تزریق، سرنگ را از داروخانه تهیه کنند. سرنگها را تک تک خریداری نکنند. در صورت ایجاد امکانات تعویض سرنگ به چنین مراکزی مراجعه نمایند.

• ضدعفونی کردن سرنگ:

اگر امکان تهیه سرنگ استریل وجود نداشته باشد می‌بایست ضدعفونی کردن سرنگ به مصرف‌کنندگان تزریقی آموخته شود. برای این کار می‌بایست فرد از قبل مقداری ماده سفیدکننده (وایتکس)، آب پاکیزه و دوظرف گود برای این منظور تعبیه کند. یک ظرف با ماده سفیدکننده (وایتکس) و یک ظرف با آب پر می‌شوند. سرنگ ابتدا در محلول ماده سفیدکننده (وایتکس) قرار داده شده پر می‌شود و سپس خالی می‌گردد. و این کار دوبار تکرار می‌شود. سپس همان سرنگ دوبار با آب پر شده و خالی می‌گردد. به این ترتیب به علت سرعت اثر ضدعفونی کننده ماده سفیدکننده (وایتکس)، احتمال انتقال ویروس در حد کاملاً قابل توجهی کاهش می‌یابد. خوب است این افراد تشویق شوند وسایل ضدعفونی سرنگ را از پیش در اماکن تزریق همواره آماده نگاهداری کنند.

منابع:

- اسعدی، سیدحسن (۱۳۷۹). جامعه سبز (به سوی جامعه عاری از مواد مخدر). انتشارات پایا، چاپ اول.
- اسعدی، سید حسن (۱۳۷۶). دو مشکل مهم جهانی در آستانه ورود به قرن بیست و یکم. تهران: مرکز نشر سپهر.
- برنامه کشوری بهداشت روان (۱۳۸۱). فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه ۲۸، شماره ۴.
- بینا، مهدی؛ بوالهری، جعفر؛ باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۶). بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ایران. مجله طب و تزکیه، شماره ۵، ص ۷-۱۲.
- دفتر اعتیاد (۱۳۷۹). معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان. گزارش فعالیتهای حوزه ستادی معاونت درمان در امر بازگیری معتادین.

- رحیمی موقر، آفرین؛ رزاقی، عمران محمد؛ نوری خواجوی، مرتضی؛ حسینی، مهدی؛ فیض‌زاده، گلناز (۱۳۷۶). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. تهران.
- رزاقی، عمران محمد و همکاران (۱۳۷۳). *برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد*. تهران: انتشارات دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی.
- سرگلزایی، محمد رضا (۱۳۷۹). *ترک اعتیاد موفق: راهنمای پزشکان*. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فردوسی.
- شاه محمدی، داوود؛ ملک افضلی، ح. (۱۳۷۲). *بررسی تاثیر آموزش بهداشت روان بر میزان بیماری و صحت و تشخیص عناصر پایه ای نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه*. ارائه شده در چهارمین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- گزارش منتشر شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۶.
- گزارش منتشر شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۷.
- محیط، احمد؛ شاه محمدی، داوود؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۷۶). *ارزشیابی کشوری بهداشت روان*. مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ص ۴-۱۶.
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۸). *گزارش فعالیتهای مراکز درمان و بازپروری*.
- مکری، آذرخش (۱۳۷۹). *بحثی پیرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوءمصرف مواد مخدر*. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال اول، شماره دوم.
- مهریار، امیرھوشنگ و جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). *اعتیاد: پیشگیری و درمان*. تبریز: نشر روان پویا.
- وزیران، محسن؛ مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). *راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد*. تهران: انتشارات پرشکوه.
- هاوتون، کرک؛ سالکوس کیس، کلارک (۱۳۷۶). *رفتاردرمانی شناختی*. قاسم‌زاده، حبیب‌الله. تهران: انتشارات ارجمند.
- هفتمین پیش‌نویس طرح عملیاتی برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه. (۱۳۸۱). اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد. تهران: دفتر سلامت جوانان و مدارس.
- Branwald, E.; Fauci, A.; Disper, D.L. (۲۰۰۱) **Harrison's Principle of Internal Medicine**. (۱۵th ed.). McGraw Hill.
- Friedman, L. et al. (۱۹۹۷) **Source Book of Substance Abuse and Addiction**. Williams & Wilkins.
- Galanter, M.; Kleber, H.D. (۱۹۹۹). **Textbook of Substance Abuse treatment**. (۲nd ed.). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Ghodse, H. (۲۰۰۲). **Drugs and Addictive Behaviour : A Guide to Treatment**. (۳rd ed.). Cambridge University Press, Cambridge.
- Gitlow, S.L. (۲۰۰۱). **Substance Use Disorders**. Lippincott and Williams & Wilkins, Baltimore
- Hensyl, W.R. (۱۹۹۰). **Stedman's Medical Dictionary**. (۲۵th ed.). Williams & Wilkins, Baltimore
- McDowell, D.M.; Spitz, H.I. (۱۹۹۹). **Substance Abuse : From Principle to Practice**. Brunner-Mazel.
- McLaughlin, G.T. (۱۹۷۶). **The poppy is not an ordinary flower: survey of drug policy in Iran**. Fordham law review.

- Sadock, B.J.; Sadock V.A. (۲۰۰۳). **Kaplan & Saddock's Synopsis of Psychiatry.** (۹th ed.). Williams & Wilkins, Baltimore.
- Sadock, B.J.; Sadock V.A. (۲۰۰۰). **Comprehensive Textbook of Psychiatry** (۷th ed.). Williams & Wilkins.
- Lowinson, J. H.; Ruiz, P.; Millman, R. B.; and et al. (۱۹۹۶). **Substance Abuse: A comprehensive Textbook.** (۳rd ed). Baltimore, Maryland:Williams & Wilkins.
- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy**, online version ۲۰۰۳. www.merck.com
- Razzaghi, E.M., Rahimi, A., Hosseini. M. (۱۹۹۹). **Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran**, Prevention Department of Welfare Organization & UNDCP.
- UNODC. (۲۰۰۲). **Contemporary Drug Abuse Treatment : A review of the Evidence Base.** United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna
- UNODC. (۲۰۰۳). **Investing in Drug Abuse Treatment : A discussion Paper for Policy Makers.** United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna
- Wiener, J.M. (۱۹۹۷). **Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.** (۳rd ed.). American Psychiatric Press.

The Integration of Prevention and Treatment of
Substance Abuse in the Primary Health Care Network in
The Islamic Republic of Iran

Prevention and Treatment of Substance Use Disorders For General Practitioners

Chief Editor:
Mohsen Vazirian, MD

Contributors:
Alireza Abedin, PhD (Clinical psychologist)
Seyed Abbas Bagheri Yazdi, MSc (Clinical Psychologist)
Gelareh Mostashari, MD (psychiatrist)
Narges Shams Alizadeh, MD (psychiatrist)
Mohsen Vazirian, MD (psychiatrist)

Supervisor:
Prof. J. Bohlhri, MD (psychiatrist)

۲۰۰۳