



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دقت سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک

بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس

نویسنده: دکتر آذرخش مگری

فهرست مطالب

دیباجه	۶
پیش‌گفتار	۱۰
مقدمه	۱۲
فصل ۱: مصرف مواد محرک و اثرات آن‌ها	۲۴
اثرات کوتاه‌مدت مصرف مواد محرک (مت‌آمفتامین)	۲۹
فصل ۲: مصاحبه اولیه با بستگان بیمار، زمانی که اطرافیان به مصرف مواد مشکوک هستند	۴۰
نکات بالینی	۶۴
فصل ۳: آماده‌سازی مصرف‌کنندگان و بیماران غیرراغب برای مراجعه	۶۶
آن‌چه مانع ورود بیماران به درمان می‌شود	۶۸
انجام مداخله	۷۵
جایگزین‌هایی برای مداخله جانسونی	۸۳
فصل ۴: مصاحبه و برخورد اولیه با بیمار مراجعه‌کننده	۸۹
فصل ۵: کلیات نیازها و مداخلات درمانی در مصرف‌کنندگان مواد محرک	۱۰۸
الگوی ارائه خدمات	۱۰۹

۱. بررسی از نظر پسیکوز..... ۱۱۰
 ۲. بررسی از نظر پرخاشگری..... ۱۱۵
 ۳. بررسی از نظر افسردگی شدید و افکار خودکشی..... ۱۱۵
 ۴. اشکالات عمده شناختی..... ۱۱۸
 ۵. عوارض خفیف‌تر مصرف مت‌آمفتامین و وابستگی به آن..... ۱۱۸
- فصل ۶: جلسات ساختاری روان‌درمانی..... ۱۳۵
- نمای کلی جلسات..... ۱۳۶
 - اهداف کلی و مشترک جلسات ساختاری..... ۱۴۱
 - ساختار و محتوای جلسات..... ۱۴۸
 - جلسات..... ۱۵۴
 - توضیح محتوای جلسات ساختاری..... ۱۵۶
 - جلسه اول: چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)..... ۱۵۶
 - جلسه‌های دوم، چهارم و پنجم: شروع‌کننده‌ها..... ۱۶۷
 - جلسه سوم: سیر بهبودی..... ۱۷۲
 - جلسه ششم: مشکلات عمده در بهبودی: (۱) بی‌اعتمادی خانواده..... ۱۸۰
 - جلسه هفتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۲) کاهش انرژی و توان..... ۱۸۸
 - جلسه هشتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۳) مصرف نابه‌جای دارو و مواد دیگر به‌عنوان جایگزین..... ۱۹۱
 - جلسه‌های نهم، دهم و یازدهم: وسوسه..... ۱۹۶

- جلسه دوازدهم: افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف ۲۰۲
- جلسه سیزدهم: احساس بی‌حوصلگی و افسردگی ۲۰۷
- جلسه‌های چهاردهم و پانزدهم: جلوگیری از عود - فعالیت‌های
 جلوگیری‌کننده از و مستعدکننده عود ۲۰۹
- جلسه شانزدهم: کار و بهبودی ۲۱۱
- جلسه هفدهم: شرم و گناه ۲۱۴
- جلسه هجدهم: مشغول‌ماندن ۲۱۸
- جلسه نوزدهم: انگیزه برای بهبودی ۲۱۹
- جلسه بیستم: راست‌گویی ۲۲۰
- جلسه بیست‌ویکم: پاک‌ی کامل ۲۲۱
- جلسه بیست‌ودوم: روابط جنسی اعتیادگونه ۲۲۳
- جلسه بیست‌وسوم: پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن ۲۲۴
- جلسه بیست‌وچهارم: زرنگ باشید نه قوی ۲۲۵

فصل ۷: خاتمه درمان ۲۲۷

فصل ۸: برخی مفاهیم نظری و نکات عملی در روان‌درمانی

- مصرف‌کنندگان مواد ۲۳۴
- آزمایش ادرار ۲۳۴
- برخورد با آزمایش مثبت ۲۴۲
- مطلوب‌نمایی اجتماعی ۲۴۶
- دارو محوری ۲۵۳
- سبک مقابله‌ای شیمیایی ۲۵۳

- استفاده از اثر دارونمایی در درمان وابستگی به مواد محرک ۲۶۴
- دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه ۲۶۸
- افسردگی و بی‌حوصلگی ۲۷۶
- راهکارهای مداخله در افسردگی ۲۹۱
- وجه بازدارنده و سازنده در درمان اعتیاد ۲۹۷

دیباچه

مشکل سوءمصرف و وابستگی به مواد صناعی به ویژه مت‌آمفتامین در سالهای اخیر به ویژه در چند سال گذشته به شکل جدی و بحث‌برانگیز تبدیل شده، به طوری که بسیاری از مسئولان را در تمام سطوح از تصمیم‌گیری تا اجرا به فکر چاره‌اندیشی انداخته است. بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۸۶ حدود ۰/۴ درصد افراد سوءمصرف‌کننده مواد را افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. هم‌چنین بر اساس نتایج مطالعه انجام‌شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد به ویژه مت‌آمفتامین می‌دهد.

سوءمصرف مت‌آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، هم‌چنین وسوسه شدید و همراه‌شدن با علایم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیش‌گیری را دچار چالش‌های جدی کرده است. در حال حاضر بخش قابل ملاحظه‌ای از خدمات درمانی روان‌پزشکی متوجه درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شده و این در حالی است که استرس بیماران روان‌پزشکی که نیاز به این خدمات دارند محدود گشته است.

متأسفانه در حال حاضر درمان‌های مبتنی بر شواهد و استانداردی که مختص

سوءمصرف کنندگان و افراد وابسته به مواد مت‌آمفتامینی باشد در حد بسیار بسیار اندک (تقریباً هیچ) ارائه می‌گردد و تنها چند مرکز هستند که توانایی ارائه خدمات درمانی مختصر و نه کامل را به سوءمصرف کنندگان مواد مت‌آمفتامینی دارند. دیگر این که بسیاری از کلینیک‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری و حتی اقامتی اقدام به ارائه خدمات درمان رایج برای موادمخدر به بیماران وابسته به مواد مت‌آمفتامینی کرده که مشخصاً پاسخگو نبوده و حتی در مواردی آسیب‌رسان نیز بوده است.

به‌علاوه نبود راهنما و بسته‌های استاندارد و درمانی، عدم آموزش‌های تخصصی و کمبود متخصصین تربیت‌شده برای درمان سوءمصرف مت‌آمفتامین سبب شده که بخشی سودجو و غیرعلمی نیز فعال شده و از بازار وفور بیماران وابسته به موادمحرک سوء استفاده کند که گاهی نتایج نامطلوبی را در پی داشته است.

خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال جلسه هم‌اندیشی که با حضور صاحب‌نظران درمان سوءمصرف مواد مت‌آمفتامینی برگزار کرد، بر آن شد که اولویت را بر آموزش نیروهای تخصصی درمان سوءمصرف مواد محرک قرار دهد و به منظور استانداردسازی ارائه درمان با کمک مراکز تحقیقاتی و افراد متخصص نسخه اولیه بسته آموزشی درمان سوءمصرف محرک را تدوین نماید. این بسته نسخه اولیه راهنمای درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک است که به مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ارائه می‌گردد.

هدف از تدوین نسخه اولیه راهنمای بسته آموزشی درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (روان‌شناسان و پزشکان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران، پرستاران و بهیاران) فراهم‌آوردن یک

راهنما بر اساس مداخلات مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک است. این راهنما سعی دارد ظرفیت ارائه خدمات به بیماران مصرف‌کننده مواد محرک را از طریق افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس و بهبودی شایستگی و ظرفیت‌های آنان ارتقاء بخشد و نهایتاً افزایش اثربخشی خدمات درمانی برای درمان سوءمصرف محرک و همچنین استاندارد درمانی را در پی داشته باشد.

هم‌چنین این راهنما می‌تواند به‌عنوان یک دستنامه به منظور آموزش فنی به درمان‌گران غیردارویی باشد. استفاده از مداخلات روان‌شناختی در مراکز درمانی سوءمصرف مواد به‌منظور ارتقاء کیفیت و اثربخشی حداکثری درمان اجتناب‌ناپذیر است. پیچیدگی بیماری اعتیاد سبب شده تا رویکردهای جامع متعدد درمانی مورد نیاز باشد. با وجود استفاده از مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی در کنار اقدامات پزشکی و روان‌پزشکی کماکان میزان موفقیت درمان به‌طور قابل‌ملاحظه مطلوب نیست. در بررسی‌ها مشخص گردیده یکی از عوامل ناکارآمدی درمان، عدم آموزش و تربیت صحیح نیروهای تخصصی مداخله‌گر در مقابله با اعتیاد است.

یکی دیگر از اهداف تدوین این راهنما در زمینه مداخلات روان‌شناختی در درمان سوءمصرف مواد، تهیه خط‌مشی واحد درمان در زمینه بعضی مداخلات غیر دارویی، ایجاد هماهنگی و یکپارچه‌کردن مداخلات و اقدامات روانی اجتماعی بر اساس اصول و یافته‌های پژوهش است. به دلیل تعدد و تنوع رویکردهای مشاوره و مداخلات غیر دارویی، هم‌چنین در پاره‌ای موارد ناآگاهی و کاربرد غلط و نابجای تکنیک‌های مشاوره و روان‌درمانی، کارآمدی این مداخلات در حد مطلوب و قابل‌انتظار نیست. از این رو به منظور افزایش کارآمدی و اثربخشی مداخلات غیر دارویی، ضروری است درک صحیح و واحدی از اختلال

سوءمصرف و وابستگی به مواد، ارزیابی کلی شامل غربالگری، ارزیابی اولیه در همه حیطه‌ها و طرح درمان، مهارت‌های مصاحبه و اصول مشاوره و درمان مؤثر، دانش درمان، نظام ارجاع، هماهنگی و مستندسازی، آمادگی حرفه‌ای از نظر نگرش و ارزش، مشاوره گروهی، خانوادگی، زوج و آموزش مراجع، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده و اجتماع، مطابقت درمان با بیمار و نحوه کاربرد مشاوره و مداخلات روان‌شناختی ارائه گردد. همچنین باید توجه داشت استفاده این مداخلات باید براساس ملاحظات اجتماعی فرهنگی هر منطقه و اقلیم ارائه گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سیدحسن امامی رضوی

پیش‌گفتار

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهم‌ترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوء‌مصرف مواد به‌طور هم‌زمان به بیماری‌های جسمی متعدد مبتلا هستند. هم‌چنین این افراد با احتمال مرگ‌ومیر بیشتر مواجه‌اند، به نحوی که افراد دچار سوء‌مصرف مواد به‌طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از سایرین عمر می‌کنند.

موقعیت استراتژیک ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهای هم‌چون افغانستان و پاکستان که از تولیدکنندگان عمده مواد مخدر در جهان می‌باشند و از طرفی ترانزیت و عبور و مرور مواد مخدر از کشور ما به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای بازار مصرف داخلی مواد مخدر را تشدید کرده است. بر اساس گزارشات سازمان ملل متحد، از ۷۷۰۰ تن مواد مخدر تولیدی افغانستان در سال ۲۰۰۸، سه هزار تن مواد مخدر به ایران وارد شده است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند. اگرچه اعتیاد به‌عنوان یک آسیب اجتماعی، هیچ‌گاه به‌طور کامل

ریشه‌کن نخواهد شد، آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، نیاز به توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌عنوان سیاست‌های کاهش تقاضا را تأکید می‌کند. کتاب حاضر یکی از مجموعه کتاب‌هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ارتقاء سطح دانش پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد تهیه و چاپ شده است و امید است قدم مفیدی در این راه باشد.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

مواد محرک، از جمله آمفتامین‌ها و مواد شبه آمفتامینی به‌طور گسترده مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و پس از حشیش بیشترین میزان سوء مصرف را در جهان دارا هستند. طبق گزارش سالانه دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد^۱ در سال ۲۰۰۷، ۲۴/۹ میلیون سوءمصرف‌کننده آمفتامین و ۸/۶ میلیون سوءمصرف‌کننده اکستازی در مقابل ۱۱/۱ میلیون معتاد به هروئین وجود داشته است.

وابستگی به مواد محرک به‌ویژه ترکیبات آمفتامینی که در ایران نیز مشکل‌ساز اصلی هستند، منجر به افت بسیار سریع توانایی‌های فرد برای انطباق با مسائل شغلی و بین فردی می‌شود. مصرف طولانی‌مدت نیز علاوه بر اعتیاد و وابستگی، عوارض مختلف روانی و جسمی به همراه دارد. در ضمن مصرف هم‌زمان مواد محرک و سایر مواد روان‌گردان به‌ویژه مواد افیونی موجب کندشدن سیر کلی بهبودی و بروز مشکلات مختلفی در سایر درمان‌ها مانند درمان نگهدارنده با متادون نیز می‌شود. به‌عنوان مثال لازم به ذکر است که یک مطالعه در ایران نشان داد که ۳۵٪ از بیمارانی که جهت ترک مواد آپئوئیدی به مراکز

1. UNODC

درمانی مراجعه کرده بودند، هم‌زمان از مواد محرک نیز استفاده می‌کردند. در مجموع می‌توان اثرات مخرب مصرف مواد محرک را به سه دسته زیر تقسیم نمود:

۱. وابستگی و اعتیاد
۲. اثرات روانی و رفتاری همراه (مانند پسیکوز، رفتارهای تکراری، وسواس و اختلال در رفتار جنسی)
۳. عوارض بدنی عمده مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، فشار خون، آسیب به عروق قلب و مغز، واسکولیت‌ها و سایر علائم اعضای داخلی

با توجه به گستره آسیب‌ها و درگیری‌های مختلف روانی و بدنی، تنوع اقدامات درمانی و استفاده از مداخلات مختلف طبی و روانی الزامی به نظر می‌آید. نظام درمانی باید از یک سو به مهار عوارض روانی سوء مصرف بپردازد و عوارضی چون افسردگی و جنون را مد نظر قرار دهد. از سوی دیگر جلوگیری از مصرف و عود بعد از قطع مصرف را سرلوحه مداخلات خود قرار دهد.

طی دو دهه اخیر تلاش‌هایی برای ایجاد الگوهای موفق و پروتکل‌های درمانی مؤثر برای مواد محرک صورت گرفته است. از یک سو استفاده از داروهای مختلف مورد ارزیابی بالینی قرار گرفته‌اند و از سوی دیگر مداخلات گوناگون آموزشی، رفتاری، شناختی و مشاوره‌ای آزمایش شده‌اند. نتایج بررسی‌ها حکایت از آن داشت که درمان دارویی برای جلوگیری از عود و قطع مصرف اثر قابل توجهی نداشته و عمده سهم درمان اعتیاد بر عهده درمان‌های روان‌شناختی است. از این رو، درمان‌گران رو به تهیه برنامه‌های مدون روان‌درمانی‌های ساختاری آورده و آن‌ها را در قالب "راهنما" یا "پروتکل" در اختیار دیگران قرار دادند. یکی از این برنامه‌ها که به موفقیت نسبی دست یافت و مورد تأیید وزارت

بهداشت و منابع انسانی ایالات متحده آمریکا قرار گرفت، به برنامه ماتریکس^۱ شهرت یافته است.

برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک گردید، مداخله سرپایی فشرده و ساختاری است که به مدت ۱۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌گردد. شروع این برنامه در اصل به سال‌های دهه ۸۰ میلادی باز می‌گردد که درمان‌گران در جست‌وجوی راه‌های درمانی مؤثری برای وابستگی به کوکائین بودند. در طی این سال‌ها از طریق تلفیق و تلخیص مکرر روش‌های درمانی گوناگون، تلاش می‌شد تا پروتکل‌های مؤثری برای اعتیاد به ماده مذکور ابداع گردد. البته محققین متوجه بودند که اکثر مداخلات اثربخشی یا قابلیت اجرا را نداشته و بعد از مدتی به دست فراموشی سپرده می‌شدند. بعد از حدود ۱۵ سال و با الهام از روش‌های مختلف شناختی - رفتاری، آموزش روانی^۲ و مداخله در خانواده‌ها، نسل جدید پروتکل‌ها تهیه گردید. از ۱۹۹۸ ارزیابی این پروتکل‌ها آغاز شده و سرانجام از سال ۲۰۰۰ به بعد پروتکل‌های مدون آن در اختیار درمان‌گران قرار گرفت.

بر اساس آخرین پروتکل ۱۶ هفته‌ای درمانی ماتریکس، بیماران در جلسات زیر شرکت می‌نمایند:

- ♦ ۳ جلسه انفرادی و مشترک با خانواده
- ♦ ۸ جلسه گروهی "مهارت‌های بهبودی اولیه"
- ♦ ۳۲ جلسه گروهی پیش‌گیری از عود
- ♦ ۱۲ جلسه آموزش خانواده
- ♦ ۳۶ جلسه گروهی "حمایت‌های اجتماعی"

جلسات انفرادی و مشترک با خانواده (۳ جلسه) و جلسات گروهی "مهارت‌های بهبودی اولیه" (۸ جلسه) هریک به مدت ۵۰ دقیقه و سایر جلسات در حد ۹۰ دقیقه اجرا می‌گردد. جلسات انفرادی/مشترک با خانواده نیز در بدو درمان، هفته ۶ و ۱۶ اجرا می‌گردد. اما هسته مرکزی درمان را ۳۲ جلسه پیش‌گیری از عود گروهی تشکیل می‌دهد. جلسات گروهی با حضور حدود ۱۰ شرکت‌کننده اجرا می‌شوند.

درمان سوءمصرف مواد محرک با مدل ماتریکس مورد کارآزمایی‌های مختلفی قرار گرفته که بزرگ‌ترین آن‌ها بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰ جهت مقایسه مدل ماتریکس و گروه درمان معمول^۱ انجام شده است. مطالعه مذکور نشان داد که بیماران شرکت‌کننده در درمان ماتریکس، زمان طولانی‌تری در درمان مانده و مدت بیشتری پرهیز خود را حفظ کرده‌اند. این مطالعه در واقع نشانگر کارآیی خوب مدل ماتریکس به‌عنوان یک مداخله روانی - اجتماعی سرپایی فشرده در درمان سوءمصرف و وابستگی به محرک‌ها بود. در مطالعه مقایسه‌ای دیگری بین برنامه ماتریکس و درمان معمول، متغیرهایی از قبیل تغییر در سوءمصرف مواد، رفتارهای پرخطر از نظر HIV، کیفیت زندگی و رضایت مراجعین مورد بررسی قرار گرفت که در کلیه موارد فوق مدل ماتریکس، برنامه‌ای مؤثر ارزیابی شد. البته فراموش نکنید که شکل‌گیری ماتریکس بیش از آن‌که وابسته به کارآزمایی بالینی باشد، ناشی از اجماع^۲ صاحب‌نظران و نظر حرفه‌ای گروه متخصصان^۳ بوده است.

از سال ۱۳۸۶، پیاده‌سازی و اجرای درمان مواد محرک با الهام از الگوی ماتریکس در ایران به‌ویژه در مرکز ملی مطالعات اعتیاد آغاز گردید. در کنار

1. TAU: Treatment as usual

2. Consensus

3. Expert opinion

اجرای مقدماتی و آزمایشی، کارآزمایی‌های بالینی نیز صورت گرفت. درمان تعداد قابل توجهی از معتادان و تجمع تجربیات و نتایج مطالعات حکایت از چند نکته مهم در اجرای ماتریکس داشتند که به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. پروتکل اصلی ماتریکس توجهی به اثرات غیر اعتیادی مواد محرک از جمله پسیکوز، پرخاشگری، خودکشی و افسردگی شدید ندارد و الگوریتم درمانی برای آن‌ها مشخص نکرده است. پروتکل از جایی آغاز می‌شود که بیمار راغب غیر پسیکوتیک برای درمان مراجعه کرده است. این درحالی است که در کشور ما یکی از عمده شکایات خانواده‌ها مسئله پسیکوز یا پرخاشگری شدید در مصرف‌کنندگان بوده و آن‌ها خواستار نوعی مداخله در مرحله قبل از روان‌درمانی ساختاری هستند. بسیاری از درمان‌گران نیز ابتلای بیماران به عوارضی به غیر از اعتیاد را چالش مهمی ذکر می‌کردند که توسط راهنمای ماتریکس مورد غفلت قرار گرفته است. بدیهی است که اجرای الگوی ماتریکس در چنین حالاتی غیر ممکن است.
۲. بسیاری از درمان‌گران خواستار نوعی دستورالعمل یا راهنمای مداخله برای بیمارانی بودند که برای درمان مراجعه نمی‌کنند اما خانواده آن‌ها مصر هستند که نوعی اقدام درمانی صورت گیرد. از این بیماران به‌عنوان معتادان غیر راغب یاد می‌شود و بخش مهمی از صحنه درمان اعتیاد به مواد محرک در ایران را تشکیل می‌دهند. به بیان دیگر در الگوی ماتریکس، درمان با مراجعه داوطلبانه بیمار با انگیزه مناسب آغاز می‌گردد و الگویی برای راغب‌سازی غیر مراجعان مطرح نشده است.
۳. در ماتریکس، تأکید عمده بر استفاده از گروه‌درمانی از بدو درمان است. اما اجرای این امر در ایران با مشکلات جدی مواجه شد. برخی دلایل عدم امکان اجرای گروه درمانی از ابتدای برنامه ماتریکس به قرار زیر است:

۱-۳. اکثر مراکزی که داوطلب درمان مواد محرک بودند، از کلینیک‌های کوچک خصوصی با تعداد محدودی بیمار تشکیل می‌شوند که گردش کار اندک مرکز درمانی مانع رسیدن مراجعان آن‌ها به حد نصاب گروه می‌شد: همه بیماران وارد درمان نمی‌شدند و هرکسی که علاقه مند به درمان بود لزوماً کاندیدای مناسبی برای روان‌درمانی تلقی نمی‌شد. بنابراین در بخش عمده‌ای از مراکز درمانی گروه درمانی شکل نمی‌گرفت.

۲-۳. هم‌زمان‌سازی ورود بیماران به گروه دشوار بود و گاهی ۲ تا ۳ هفته لازم بود تا حداقل ۶ بیمار برای پرنمودن یک گروه ثبت نام نمایند. در این فرصت برخی بیماران شرکت‌کننده انصراف داده و مجدداً گروه از حد نصاب ساقط می‌شود.

۳-۳. همسان‌سازی گروه‌ها بسیار دشوار بود و به‌ویژه در مراکز کوچک‌تر، بیماران به‌قدری از لحاظ فرهنگی، تحصیلی و سابقه مصرف متفاوت بودند که تشکیل گروه‌هایی با حداقل شباهت‌های دموگرافیک دشوار می‌نمود.

۴-۳. هدایت گروه برای درمان‌گران به‌ویژه درمان‌گران جوان‌تر و با سابقه کاری کم، بسیار دشوار بود و حتی درمان‌گر با تجربه بالا نیز در هدایت گروه دچار اشکال می‌شد. درمانگرانی که تجربه هدایت گروه را داشتند نیز انجام گروه‌درمانی برای بیماران وابسته به شیشه را دشوار اعلام نموده و اصولاً آن‌ها را متفاوت از بیمارانی که قبلاً داشته‌اند، ذکر می‌کردند.

۵-۳. حجم بالای شکایات فردی بیماران در جلسات اول و نیاز به پرداختن به انبوه مشکلات اختصاصی، عملاً آن‌ها را از دریافت

- آموزش‌ها و نکات ضروری باز می‌داشت.
- ۳-۶. بخش عمده‌ای از درمان‌گران را روان‌شناسان زن تشکیل می‌دادند که حضور خود را در جمع ۸ تا ۱۰ نفر مرد مصرف‌کننده شیشه دشوار دانسته و کنترل مباحث را عملاً غیر ممکن می‌دیدند.
- ۳-۷. بعد از جلسات تعداد کثیری یا عملاً تمامی شرکت‌کنندگان خواستار وقت انفرادی با درمان‌گر خود بودند و اتمام گروه در موعد مقرر دشوار می‌نمود.
- ۳-۸. بعد از اتمام دوره آموزش روان‌شناسان، حدود نیمی از تشکیل گروه اجتناب می‌نمودند و توانایی خود را در حد لازم برای هدایت درمان جمعی نمی‌دیدند.
- ۳-۹. درک دینامیک گروه دشوار بوده و برخی روان‌شناسان حتی با تجربه بیش از ۲ سال درمان معتادان از کنترل آن عاجز بودند.
- ۳-۱۰. در برخی موارد متأسفانه مشاجرات لفظی و حتی فیزیکی در گروه رخ می‌داد و درمان‌گر قادر به مهار آن نبود.
- ۳-۱۱. برخی بیماران از بیان دیدگاه‌های خود در گروه ابا داشتند و گاهی افکار بدبینی و پارانویید آن‌ها مانع شرکت در جلسات غیر انفرادی می‌گردید.
۴. محتوای تعداد قابل توجهی از جلسات با شرایط و نیازهای فرهنگی ایران ناهمخوان بوده و در عمل بدون استفاده می‌ماندند.
۵. هزینه درمان در تمام مراکز توسط بیماران یا خانواده آن‌ها تأمین می‌گردد و درصد قابل توجهی پرداخت هزینه برای ۹۰ جلسه را دشوار می‌دیدند. تقاضای بیماران و درمان‌گران بر این بود که ماتریکس به اجزایی شکسته شود تا امکان شرکت در بخش‌هایی از آن برای همه

فراهم شود. بیمارانی که علاقه‌مند به درمان بیشتر بودند می‌توانستند در جلسات تکمیلی شرکت کنند.

۶. در برنامه اصلی ماتریکس تأکید فراوانی بر ارجاع بیماران به گروه‌های خودیاری به‌ویژه معتادان گمنام شده است. در این الگو تلاش شده که بیماران به سرعت به خودیاری منتقل شوند و از برنامه‌های ۱۲ قدمی بهره‌مند گردند. اما به دلایلی این رویکرد در ایران کمتر مورد استقبال درمان‌گران و بیماران قرار گرفت. در واقع با وجود اثربخشی مناسب نظام‌های مذکور، اکثر علاقه‌مندان به شرکت در جلسات گروه‌های خودیاری در عمل به این گروه‌ها مراجعه داشته و مراجعان مراکز درمانی به‌ویژه مراکز درمانی خصوصی را تشکیل نمی‌دهند. مراجعان به مراکز درمانی بیشتر افرادی هستند که یا تجربه درمان‌های خودیاری را داشته و آن را مناسب خود ندیده‌اند یا به دلایل فردی و سلیقه‌ای یا باوری مایل به شرکت در آن‌ها نیستند.

۷. در اکثر مراکز درمانی، برنامه ماتریکس در عمل به‌صورت تنها فرصت مشاوره و روان‌درمانی برای بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر در آمد. به همین دلیل بسیاری از بیماران مصر بودند تا از آن برای مطرح‌ساختن طیف وسیعی از مشکلات خود اعم از اعتیاد و غیر اعتیاد استفاده کنند. این درحالی است که ساختار جلسات اصلی ماتریکس بسیار بسته بوده و فرصت کمی به بیماران داده می‌شود تا مطالب خارج از دستور جلسه را مطرح نمایند. در عمل مشاهده می‌شد که بیماران خواستار وقت اضافی برای مطالب شخصی خود بودند.

با توجه به مشکلات فوق و با هم‌فکری گروهی از درمان‌گران مواد محرک، برنامه اصلی ماتریکس در چند نوبت مورد بازنگری و ویراستاری قرار گرفت و تغییرات عمده‌ای در آن ایجاد گردید. تغییرات عمده‌ای که طی ۴ نوبت بازنگری صورت گرفته‌است به قرار زیر است:

۱. به منظور پوشش‌دادن به عوارض روانی ناشی از مصرف مواد محرک مانند پسیکوز و افسردگی و پرخاشگری شدید، و هم‌چنین ارائه راه‌حل برای بیماران غیر راغب، پروتکل به ۳ حالت A، B و C تقسیم گردید. در ۲ حالت اول، برای عوارض غیر اعتیادی مصرف مواد و هم‌چنین راغب‌سازی بیماران راه‌حلهایی پیشنهاد گردیده است.

۲. طول درمان ماتریکس تعدیل شده و از تعداد جلسات مقرر کاسته شد.

۳. جلسات اولیه (۲ پیش‌جلسه و ۲۴ تا ۳۶ جلسه جلوگیری از عود) از قالب گروهی خارج و به فردی تغییر شکل یافتند.

۴. ساختار ۲ پیش‌جلسه و جلسات جلوگیری از عود به ۶ بخش تقسیم شد که یک بخش آن (مشاوره و گوش‌دادن فعال به مشکلات بیمار) برای پوشش‌دادن انبوه شکایات مرتبط و غیرمرتبط بیمار اختصاص یافت. در این بخش بیمار نه تنها مجاز است که هر مشکلی را که علاقه‌مند است در دستور جلسه قرار دهد، بلکه عملاً برای بیان طیف وسیعی از حوزه‌های مشکل‌ساز زندگی تشویق می‌گردد.

۵. محتوای جلسات به‌گونه‌ای تغییر داده شد تا حتی‌الامکان با نیازهای مراجع ایرانی منطبق باشد. به‌عنوان مثال برخی مباحث مرتبط با الکل یا نظام قضایی تعدیل شد و به‌جای آن تأکید بیشتری به نقش خانواده داده شد.

۶. ارجاع به نظام خودیاری و استفاده از درمان‌های ۱۲ قدمی از هسته

اجباری و موظف روان‌درمانی حذف شد. در الگوی آمریکایی ماتریکس، اصرار بر ارجاع فعالانه بیماران به گروه معتادان گمنام و برنامه‌های ۱۲ قدمی است. این مسئله در الگوی تغییر یافته برداشته شد.

در خلال تدوین این راهنما، درمان‌گران زیادی تحت تعلیم الگوی تغییر یافته قرار گرفتند و درمان را به کمک آن در مراکز درمانی متعددی اجرا کردند. بازخورد و تجارب گروه درمان‌گران برای بازبینی مکرر پروتکل مورد استفاده قرار گرفت.

متن حاضر، راهنمای درمانی است که با الهام از برنامه اصلی ماتریکس و تغییرات مد نظر درمان‌گران داخلی صورت گرفته است. در این راهنما که متکی بر ویراستاری چهارم برنامه ماتریکس می‌باشد، تلاش شده که نواقص فوق تا حد امکان اصلاح شوند و راهنما و پروتکلی منطبق بر نیازهای درمان‌گر و بیمار ایرانی ارائه شود. به اعتقاد اینجانب، تغییر در محتوا و ساختار جلسات به قدری فراگیر است که نام ماتریکس را بر آن بی‌مسما می‌کند. اما از آن‌جا که هسته اولیه راهنما با الهام و منطبق با برنامه ماتریکس بوده خواسته یا ناخواسته این اسم بر راهنمای فعلی مانده است. شاید بهتر باشد نامی فارسی و الهام‌گرفته از مسایل داخلی بر آن وضع گردد. تا رسیدن به این توافق و انتخاب نامی مرتبط، به ناچار آن را "الگوی تغییر یافته ماتریکس" خطاب خواهیم کرد.

در بازبینی این متن همکاران مختلفی شرکت داشتند و نظرات گران‌بهای خود را ارائه نمودند که جا دارد در این قسمت از آنان تشکر صورت گیرد. برخی همکارانی که ما را در بازبینی پروتکل مساعدت نمودند به ترتیب الفبا به قرار زیر هستند:

۱. خانم نسیم ابوالقاسمی

۲. خانم آمنه اوجی

۳. خانم دکتر سارا جعفری
۴. آقای دکتر مرتضی جعفری نیا
۵. خانم عاطفه حمزه
۶. آقای بهزاد دارابی
۷. خانم دکتر لیلا سیری
۸. خانم هنگامه طهماسبی
۹. خانم محبوبه عباسی
۱۰. آقای دکتر محمد عراقی
۱۱. خانم رحیمه عظیمی
۱۲. آقای امیر قنبری
۱۳. خانم رویا لاریجانی
۱۴. خانم رضوان مسعودی
۱۵. آقای نوژن منصوری
۱۶. خانم زینب مهدوی
۱۷. آقای دکتر نوید هنربخش

هم‌چنین از مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ناصحی و قائم مقام ایشان در این دفتر جناب آقای دکتر نیکفرجام جهت حمایت‌های معنوی از این طرح قدردانی و سپاس‌گزاری می‌نمایم.

هم‌چنین تشکر ویژه از همکاران گران‌قدر آقایان دکتر حامد اختیاری، حمیدرضا طاهری‌نخست، دکتر علی فرهودیان و دکتر علیرضا نوروزی که در تهیه پروتکل و محتوای آن بسیار تأثیرگذار بودند، به‌عمل می‌آید.

تعداد کثیری از همکاران در جریان کارگاه‌های آموزشی و سمینارهای بازآموزی دیدگاه‌های خود را درباره محتوای جلسات مطرح نمودند که از کلیه آنان نیز سپاس گزارم.

فصل ۱

مصرف مواد محرک و اثرات آنها

مواد محرک^۱ دسته‌ای از مواد روان‌گردان هستند که امروزه به‌طور گسترده مورد مصرف قرار می‌گیرند. وجه مشترک مواد محرک در این است که - لاقلاً در ابتدای دوره مصرف - باعث افزایش کارکرد سیستم اعصاب مرکزی شده و انرژی، خلق و روحیه را بالا می‌برند. کافئین، نیکوتین، کوکائین و آمفتامین‌ها در زمره مواد محرک طبقه‌بندی می‌شوند. برخی محرک‌ها اثر ملایمی دارند و به‌ندرت باعث وابستگی می‌شوند. برخی نیز به‌شدت تأثیرگذار بوده و مصرف چند بار آنها با عوارض شدیدی همراه است. برخی از محرک‌ها در گیاه‌ها یافت می‌شوند. بعضی نیز در آزمایشگاه‌ها تولید می‌شوند. کافئین به‌صورت چای و قهوه و نیکوتین در قالب توتون و تنباکو، قرن‌ها است که توسط بشر استفاده می‌شوند اما کشف آمفتامین‌ها تنها به حدود یک قرن پیش باز می‌گردد. برخی از محرک‌ها

1. Stimulants

قانونی بوده و به وفور استفاده می‌شوند. در مقابل تعدادی نیز در اکثر نقاط دنیا غیر مجاز تلقی می‌گردند. استفاده از محرک‌ها و شیوع آن در کشورهای مختلف به میزان زیادی به جنبه‌های تاریخی و فرهنگی باز می‌گردند. در مجموع مواد محرک مجموعه‌ای نامتجانس از ترکیبات طبیعی و صناعی با اثرات بسیار متفاوت است. بحث این کتاب درباره درمان وابستگی به مواد محرک قوی غیر مجاز است. در حال حاضر حدود ۴۳ میلیون نفر در جهان دچار سوء مصرف نوعی محرک غیر مجاز هستند. مصرف این مواد با عوارض شدید روانی، اجتماعی و اقتصادی همراه است. برای سهولت کار و درک راحت‌تر اثرات، محرک‌های غیر مجاز به دو دسته طبیعی و صناعی تقسیم می‌شوند.

در رأس مواد محرک طبیعی، کوکائین قرار دارد. کوکائین ماده مؤثر در برگ‌های گیاهی به‌نام ایتروکسیلون کوکا^۱ است. این گیاه از ۵۰۰۰ سال پیش توسط بومیان آمریکای جنوبی کشت می‌شده و به‌خاطر اثرات نیروزای آن مورد استفاده قرار می‌گرفته است. بومیان با جویدن برگ‌های این گیاه انرژی خود را جهت انجام امور روزمره افزایش می‌دادند. اروپاییان در اواخر قرن پانزده میلادی بعد از دسترسی به قاره آمریکا با این گیاه و خواص آن آشنا شدند. اما تا اواخر قرن نوزدهم توجه جدی به استفاده طبی یا غیر طبی به عصاره آن یعنی کوکائین صورت نگرفت. از سال ۱۸۸۳ به بعد کوکائین مورد توجه محافل پزشکی قرار گرفت و از آن به‌عنوان داروی ضد درد، بی‌حس‌کننده موضعی، رفع علائم حساسیت و جهت درمان احتقان و آبریزش بینی استفاده شد. هم‌زمان مشخص شد که استفاده از آن باعث کاهش افسردگی و افزایش روحیه و انرژی می‌شود. با گسترش استفاده از آن، عوارض ناخوشایند نیز آشکار شد و طولی نپایید که جامعه پزشکی درباره احتمال اعتیادزایی آن حساس گردید به گونه‌ای

که بعد از ۱۹۰۶، فروش بدون نسخه آن ممنوع اعلام شد. سوء مصرف کوکائین در دهه ۷۰ میلادی در کشورهای غربی شدت گرفت و با به بازار آمدن شکل بسیار قوی آن به نام کراک کوکائین حتی در دهه ۸۰ میلادی در آمریکا به یک معضل تمام عیار اجتماعی تبدیل شد. تخریب اجتماعی ناشی از کراک در سیاهپوستان آمریکا به قدری شدید بود که بر اساس محاسبات اقتصادی و شاخص‌های اجتماعی، قسمت عمده‌ای از دستاوردهای رفاهی و طبقاتی جنبش مدنی ضد نژادپرستی سیاهان آمریکا را به فنا داد. با ظهور اعتیاد به کراک کوکائین، متوسط سیاهان در اواخر دهه ۸۰ از نظر رفاه اجتماعی و سطح تحصیلات و درآمد به سطح ۲ دهه قبل خود بازگشتند. خوشبختانه با وجود شیوع بالا در کشورهای آمریکایی، کوکائین به مشکل جدی در ایران تبدیل نشده است و مصرف‌کنندگان آن منحصر به طبقات خاص و اکثراً مرفه است.

برخلاف کوکائین، متأسفانه در سال‌های اخیر محرک‌های صناعی به مشکل جدی در جامعه ایران بدل شده‌اند. محرک‌های صناعی مشکل‌آفرین در ایران و جهان به‌طور کلی به دسته آمفتامین‌ها تعلق دارند. مت‌آمفتامین در سال ۱۸۹۳ توسط ژاپنی‌ها تولید شد ولی بعد از مدتی به فراموشی سپرده شد. در مقابل آمفتامین در سال ۱۹۲۹ توسط کارخانه‌های داروسازی در آمریکا تحت عنوان بنزدین^۱ سنتز گردید و به سرعت توسط آن‌ها به‌عنوان داروی ایده‌آل با مصرف گوناگون تبلیغ شد. استفاده از آن به‌عنوان داروی رفع‌کننده علائم سرماخوردگی، ضد آبریزش، افزایش‌دهنده انرژی، ضد افسردگی، ضد بی‌قراری، پایین‌آورنده وزن و کم‌کننده اشتها رواج یافت. در دوره جنگ جهانی دوم استفاده آمفتامین و مت‌آمفتامین برای مصرف جنگی مانند افزایش هوشیاری سربازان، بالابرنده روحیه و توان جنگیدن و رفع خستگی در بسیاری از واحدها به‌ویژه نیروی هوایی

1. Benzedrine

مرسوم بود و هم متفقین و هم متحدین به آن به عنوان ابزاری جنگی می‌نگریستند. از سال ۱۹۴۵ تا ۱۹۷۰ به مدت ۲۵ سال جهان شاهد رشد سریع و عنان‌گسیخته این ترکیبات بود. اما نکته مهم این است که عمده آمفتامین‌ها در قالب دارو، با یا بدون نسخه پزشک و از طریق داروخانه‌ها ارائه می‌شدند. دوز مورد مصرف نیز معمولاً حدود ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم آمفتامین در روز بود. این مواد تحت عناوینی چون بنزدین، نورودین^۱، متدترین^۲، دکسامیل^۳، اُبتترول^۴، بیفتامین^۵ و دکسدین^۶ عرضه می‌شدند. جالب این است که در آن زمین پزشکان و دانشمندان به عوارض اعتیادزایی و حتی ایجاد پسیکوز توسط کوکائین وقوف کامل داشتند اما تصور می‌کردند که بروز این حالات در مصرف آمفتامین‌ها نادر و قابل اغماض است. شاید بخشی از این مسئله ناشی از آن بود که آمفتامین‌ها در دوزهای پایین استفاده می‌شدند و تولید صنعتی با کنترل کیفیت بالا وجود ناخالصی‌ها را منتفی می‌کرد. در ضمن سودجویی شرکت‌های دارویی نیز در کم‌رنگ نشان دادن عوارض آمفتامین‌ها نقش داشت. این مسئله به گونه‌ای بود که تا اواخر دهه ۵۰، شرکت‌های دارویی و بخش مهمی از جامعه پزشکی اعتیادآور بودن آمفتامین‌ها را انکار می‌کردند و مدعی بودند که آن‌ها حداکثر ایجاد عادت^۷ می‌کنند!

با گسترش مصرف و افزایش دوز روزانه بیماران، عوارض ناگوار آمفتامین‌ها نیز آشکار شد. مواردی از جنون و خشونت ناشی از مصرف آن‌ها، جامعه را تکان داد و پزشکان نیز هر روز با تعداد بیشتری از بیماران مواجه می‌شدند که از

-
1. Norodin
 2. Methedrine
 3. Dexamyl
 4. Obetrol
 5. Biphphetamine
 6. Dexedrine
 7. Habit

کنار گذاشتن آمفتامین‌ها عاجز بودند. خواص به ظاهر مفید آن مانند کاهش وزن و افزایش انرژی نیز دیری نمی‌پایید و بیماران بعد از مدتی به آن تحمل پیدا می‌کردند. خیلی از اثرات مطلوب مانند افزایش خلاقیت و توان کار نیز کذب در آمدند. در جریان مطالعات کنترل شده و با استفاده از دارونما (پلاسبو) مشخص شد که اکثر مصرف‌کنندگان بیشتر خیال می‌کنند که خلاق، هوشمند و کارآمد شده‌اند ولی در عمل و با معیارهای عینی بهبودی نداشته‌اند. با توجه به این یافته‌ها از سال ۱۹۷۰، کشورها محدودیت‌های روزافزونی برای عرضه آمفتامین‌ها وضع کردند و تولید، عرضه و مصرف آن‌ها در قالب نظام درمانی کشورها محدود شد. اما متأسفانه این محدودیت‌ها باعث شد که در سال‌های بعد تولید از قالب صنعتی و کارخانه‌ای به شکل زیرزمینی و غیر مجاز تغییر کند. مصرف نیز از جنبه درمانی خارج و به مصرف بیش از پیش لذت‌جویانه کشیده شد، آن هم با مقادیر بسیار بالاتر از داروهای سابق! به همین دلیل آمفتامین‌ها و مصرف‌کنندگان آن از معضلی پزشکی به معضل مجرمانه و کیفری تغییر ماهیت دادند. شبکه‌های تولید و قاچاق به گونه‌ای مافیایی ظاهر شدند و تجارت آن به بقیه جهان گسترش یافت. سال‌های بعد جهان شاهد موج انبوه مصرف مواد محرک غیر مجاز بود و در نواحی چون آسیای جنوب شرقی، اروپا و آمریکای شمالی مصرف آمفتامین و مت‌آمفتامین گسترش قابل ملاحظه‌ای پیدا کرد.

شواهد شروع مصرف گسترده در خاور میانه و ایران به حدود ۱۰ سال پیش باز می‌گردد. قبل از این زمان، منطقه چندان با مواد محرک آشنا نبود و مواد افیونی ماده مخدر غالب را تشکیل می‌دادند. با ورود این ترکیبات از آسیای جنوب شرقی تحت موادی چون شابو و یابا، معتادان در ایران و برخی کشورهای همسایه با محرک‌ها آشنا شدند. متأسفانه در سال‌های اخیر این مواد گسترش یافته و قسمت عمده‌ای از صحنه اعتیاد را اشغال نمودند.

مواد محرک موجود در بازار ایران که به نام شیشه معروف شده است، به طور عمده از مت‌آمفتامین تشکیل می‌شود. البته از آن جایی که تولید هیچ‌یک از این مواد توسط آزمایشگاه‌های معتبر با کنترل کیفی محصول نهایی صورت نمی‌گیرد، علاوه بر مت‌آمفتامین، به احتمال زیاد شیشه موجود در بازار حاوی ترکیبات دیگری به‌ویژه مت‌آمفتامین و متیلن دی‌اکسی‌آمفتامین^۱ و ترکیبات مشابه نیز می‌باشد. این آمفتامین‌ها اکثراً در آزمایشگاه‌های زیر زمینی که به آشپزخانه نیز معروفند از افدرین^۲ و پسدوافدرین^۳ سنتز می‌شوند.

شیشه در ایران به شیوه‌های تدخینی و تزریقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته در عده محدودی نیز به شکل استنشاقی (دماغی) یا خوراکی مصرف می‌شود. سرعت اثر شیشه در دو راه اول یعنی تزریق و تدخین بیشتر است و علاوه بر مجموعه حالات سرخوشی و افزایش خلق و انرژی با لذت شدید و گذرا که از آن با نام "راش"^۴ نیز یاد می‌شود همراه است. طبیعی است که استعمال آن به دو شکل مذکور عوارض بیشتری نیز به همراه دارد.

اثرات کوتاه‌مدت مصرف مواد محرک (مت‌آمفتامین)

مصرف کوتاه‌مدت مواد محرک به‌ویژه مت‌آمفتامین با اثرات روانی خوشایند و مطلوبی همراه است. مصرف‌کنندگان در جریان ماه‌های اول مصرف که هنوز عوارض وابستگی و اعتیاد آشکار نگردیده است، مدعی هستند که مصرف مت‌آمفتامین باعث حالات زیر در آن‌ها می‌شود:

♦ افزایش هوشیاری و انرژی

-
1. Methylenedioxyamphetamine (MDA)
 2. Ephedrine
 3. Pseudoephedrine
 4. Rush

- ♦ احساس سلامت و سرحالی
- ♦ نشئگی و سرخوشی وافر
- ♦ افزایش اعتماد به نفس
- ♦ احساس کفایت و توانمندی در انجام امور
- ♦ کاهش نیاز به خواب
- ♦ کاهش اشتها و نیاز به غذا
- ♦ افزایش قدرت تمرکز و یادگیری
- ♦ افزایش توان استمرار در کارها و نبود خستگی
- ♦ شکل‌گیری و افزایش حس خلاقیت و توان حل مسئله
- ♦ افزایش سرعت انتقال و جریان فکر
- ♦ کاهش مهارها و افکار منفی و بازدارنده
- ♦ تفکر مثبت به وقایع
- ♦ افزایش میل جنسی و لذت فعالیت‌های جنسی
- ♦ ایجاد حس معاشرت‌پذیری و برون‌گرایی

به‌ویژه در هفته‌های اول مصرف، حالات فوق برجسته بوده و انگیزه عمده بیماران به استمرار مصرف تلقی می‌شوند. در این دوره با هربار مصرف مت‌آفتامین این حالات خوشایند حدود ۸ تا ۱۲ ساعت استمرار دارند. در اوایل دوره مصرف و قبل از بروز وابستگی، علاوه بر مجموعه فوق، مصرف تدخینی و تزریقی مت‌آفتامین با بروز حالات گذرا ولی شدیداً لذت‌بخشی نیز توأم است که معمولاً چند دقیقه به طول انجامیده و از آن به‌عنوان "راش" یاد می‌گردد. مصرف‌کنندگان این حالت را لذتی شدید، گذرا و ناگهانی توصیف می‌کنند که به‌نوعی به یک ارضاء جنسی یا ارگاسم شدید شبیه بوده و در جریان آن تا چند لحظه تیرگی شعور و احساس خلسه نیز ممکن است بروز نماید. در این حالت

معمولاً وقایع اطراف به دقت ثبت شده و ممکن است شخص مصرف‌کننده، سال‌ها وقایع و جزییات محیط هنگام مصرف را به یاد آورد. در جریان راش مصرف‌کنندگان به محرک‌های اطراف خود به شدت شرطی شده و بعدها در جریان درمان و بهبودی، یادآوری جزییات این حس سرخوشی به واسطه مواجه شدن با محرک‌های شرطی شده و همراه، یک عامل شروع‌کننده و بازگشت به مصرف تلقی می‌شود. بروز راش معمولاً مختص روش تدخینی یا تزریقی است و در روش‌هایی چون خوردن آمفتامین‌ها که بروز سرخوشی آهسته‌تر و ملایم‌تر است دیده نمی‌شود. علاوه بر حالات روانی که بدان‌ها اشاره شد، مصرف مواد محرک به‌ویژه مت‌آمفتامین با بروز حالات بدنی و فیزیولوژیک خاصی نیز همراه است. برخی از این حالات به قرار زیر است.

♦ افزایش ضربان قلب و تاکی‌کاردی

♦ حس طپش قلب^۱

♦ بالارفتن فشار خون

♦ گشادی مردمک‌ها

♦ عرق‌ریزش

♦ خشکی دهان

♦ لرزش اندام‌ها

♦ افزایش دمای بدن^۲

♦ گرم و سرد شدن انتهای اندام‌ها

♦ افزایش تنفس

در جریان تغییرات فیزیولوژیک فوق امکان بروز آسیب‌های بدنی و عضوی

1. Palpitations

2. Hyperthermia

به‌ویژه در افراد مسن‌تر یا دارای بیماری‌های زمینه‌ای وجود دارد و برخی مصرف‌کنندگان دچار ضایعات قلبی - عروقی، مغزی یا آسیب‌های ناشی از فشار خون بالا یا از دست‌دادن مایعات بدن^۱ می‌شوند. ضمناً انقباض عروقی و مویرگی ناشی از اثرات سمپاتیکی مصرف مواد محرک با فرایند خونرسانی بافتی تداخل ایجاد کرده و التیام زخم‌ها را به تأخیر می‌اندازد. به همین دلیل عدم بهبودی محل‌های تزریق و زخم‌های پوستی به‌ویژه در انتهای اندام‌ها شایع بوده و بیماران را آزار می‌دهند.

مصرف سنگین و درازمدت مواد محرک باعث بروز علائم عیدیه روانی و رفتاری می‌گردد. مجموعه زیر بخشی از علائم شایع مصرف طولانی‌مدت (معمولاً بالای ۳ ماه) مت‌آمفتامین است.

- ♦ تحمل به اثرات خوشایند و احساس سرخوشی: با مصرف مکرر مواد محرک توان آن‌ها در ایجاد نشنگی و افزایش انرژی و کارایی مستهلک شده و معتادان دیگر قادر به بهره‌مندی از این خواص نیستند. مصرف‌کنندگان در ابتدا با افزایش مقدار و همچنین دفعات مصرف سعی در غلبه بر پدیده تحمل دارند اما بعدها ابراز می‌دارند که مواد محرک هیچ‌گونه سرخوشی ایجاد نکرده و ادامه مصرف صرفاً تلاشی به منظور تأمین و ماندن در حالت طبیعی و نرمال خلقی است.
- ♦ احساس اجبار^۲ به مصرف: برخلاف اوایل دوره مصرف که مصرف‌کنندگان استفاده از ماده محرک را در حوزه اختیار و تصمیم خود می‌دانند، با استمرار مصرف، احساس اجبار به مصرف پدید می‌آید. در این حالت مصرف ماده محور فعالیت‌های شخص شده و ایشان، ضمن احساس

1. Dehydration
2. Compulsivity

اشتیاق و نیاز شدید به مت‌آمفتامین، خود را در کنترل مصرف یا قطع آن ناتوان می‌بینند.

♦ **وسوسه:** احساس وسوسه در اعتیاد به مواد مخدر دیده می‌شود اما در وابستگی به مواد محرک بسیار شدیدتر و آزاردهنده‌تر است. نشانه‌های محیطی یا درونی، مصرف‌کنندگان را سریعاً تحریک کرده و ولع شدید به ماده را زنده می‌سازند. در این حالات معمولاً بیماران قادر به مهار میل نبوده و تلاش آن‌ها برای منحرف‌سازی^۱ فکر بی‌نتیجه است. وسوسه در روش‌های مصرفی چون کشیدن و تزریق که با احساس "راش" همراه هستند، به صورت قوی‌تری ظاهر می‌گردد.

♦ **بروز حالات و رویه تکانه‌ای:** تصمیمات مصرف‌کنندگان مواد محرک چه در حوزه مرتبط با مصرف مواد و چه در سایر حوزه‌های رفتاری جنبه‌ای تکانه‌ای می‌یابد بدین معنی که بدون تصمیم قبلی و به‌طور ناگهانی و بی‌توجه به عوارض درازمدت، به انجام امور اقدام می‌نمایند. بیماران دچار کاهش خویشتن‌داری شده و منافع آنی و کوتاه‌مدت رفتارها بیش از نتایج درازمدت مورد توجه قرار می‌گیرد. بی‌برنامگی در امور روزمره، ولخرجی ناخواسته، معاشرت‌های ناگهانی و کوتاه‌مدت، تغییر مکرر تصمیمات و اعمال عجولانه و نسنجیده افزایش می‌یابند. با وجود آن که بیماران سعی می‌کنند تا خود را مدیریت کرده و به امور خود نظم و سامان دهند، شیرازه امور سریعاً از دست خارج شده و رفتارهای شتاب‌زده مجدداً ظاهر می‌شوند. در بسیاری از موارد، تلاش برای مهار رفتارهای تکانه‌ای و عدم توفیق در کنترل آن‌ها به احساس شرم و

1. Distraction
2. Impulsivity

سرزنش خود و افسردگی بعد از ارتکاب فعل منجر می‌شود. یکی از موارد برجسته از رفتارهای تکانه‌ای در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین شکل‌گیری رفتارهای جنسی بی‌مبالات و بی‌بندوبار و تکانه‌ای است. بیماران در مواجهه با محرک‌های جنسی حتی با وجود موانع اخلاقی، قانونی و عرفی، تسلیم آن‌ها شده و رفتارهای جنسی بی‌محابا و پرخطر شکل می‌گیرند.

♦ رفتارهای اجبارگونه^۱ و تکراری^۲: با مصرف مواد محرک، مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبارگونه‌ای چون بازرسی اشیاء و وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی‌ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار^۳، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به‌خصوص، دست‌زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها^۴ و ابروها، کندن پوست و حاشیه ناخن‌ها و لب‌ها حتی تا حد مجروح کردن آن‌ها، بازی با لباس‌ها و کشیدن و کندن نخ پارچه‌ها و جویدن انگشتان و لباس‌ها یا اجسام مختلف می‌شوند. در عده‌ای دیگر رفتارهای تکراری جنبه خالص حرکتی داشته و مصرف‌کنندگان دچار تیک صوتی، بدنی یا تیک در صورت می‌شوند. دقت نمایید که رفتارهایی چون کندن پوست دست و موها را با اقدام برخی بیماران در خارج ساختن موجودات خیالی زیر پوستی که ناشی از پسیکوز و هذیان‌های بدنی^۵ است، اشتباه نکنید. در حالات اخیر بیماران به شیوه‌ای هذیانی و غیر قابل استدلال باور دارند که در زیر پوست آن‌ها حشرات، انگل‌ها، کرم‌ها یا موجودات کوچکی زندگی می‌کنند و ایشان سعی می‌کنند به کمک ناخن، سوزن یا چاقو آن‌ها را

-
1. Compulsive
 2. Repetitive
 3. Hoarding
 4. Trichotillomania
 5. Somatic delusions

خارج نمایند. معمولاً نیز از بافت‌های طبیعی بدن بعد از کنده‌شدن به‌عنوان قطعات بدن انگل تعبیر می‌شود. البته فراموش نکنید که وجود هم‌زمان حالات اجبارگونه و تکراری و حالات هذیانی نه تنها غیر ممکن نیست بلکه بسیار شایع نیز می‌باشد و گاهی نمی‌توان انگیزه بیمار را از کندن و مجروح کردن خود به‌درستی درک کرد.

♦ **افت کارکرد:** با افزایش مقدار و زمان مصرف مواد محرک کارکرد فردی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی بیماران به سرعت نقصان می‌یابد. آن‌ها در انجام امور ساده شخصی از جمله نظافت، تنظیم امور خود، کار روزمره و خورد و خوراک دچار اشکال می‌گردد. فعالیت شغلی آسیب دیده و از کار برکنار می‌شوند. برخی بیماران ابراز می‌دارند که انجام اموری که برای سایرین ممکن است تنها چند دقیقه به‌طول انجامد، برای آن‌ها تا ساعت‌ها طول می‌کشد. گندشدن، بی‌انگیزگی به فعالیت، رهاسازی مسئولیت‌ها و متوقف کردن کار حتی بعد از دقایقی از شروع آن و خستگی زودهنگام از علایم مصرف درازمدت آمفتامین‌ها است. نبود انرژی و به اصطلاح "کم‌آوردن" از شکایات عمده مصرف‌کنندگان است. این رویه کاملاً متضاد اوایل دوره مصرف و دوران طلایی استفاده از مواد است که بیماران از انرژی وافر لذت می‌برند و آن را یکی از انگیزه‌های مصرف ذکر می‌کنند.

♦ **بی‌تفاوتی به محیط و اطرافیان** علاقه به محیط و کاهش توجه و حس عاطفی به بستگان و آشنایان از دیگر علایم مصرف درازمدت و سنگین مواد محرک است. در واقع در آن‌ها به‌نوعی سرمایه‌گذاری عاطفی^۱ دچار اشکال می‌گردد. بستگان شخص مصرف‌کننده از سردی او به معاشرت،

میل به انزوا و عدم اشتیاق به مکالمه شکایت دارند. حساسیت و واکنش مصرف کننده به نشانه‌های هیجانی نزدیکان و عزیزان نیز دچار نقصان می‌گردد. بخشی از این بی تفاوتی ناشی از بروز افسردگی است اما تمام آن به افسردگی مربوط نبوده و شباهتی به علایم منفی در بیماری‌های پسیکوتیک دارد.

- ♦ **افسردگی:** تقریباً مرحله نهایی استفاده از محرک‌های نیرومندی چون مت‌آمفتامین بروز افسردگی است. ناامیدی، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، دلشوره و اضطراب، خلق افسرده، گریه‌های ناگهانی و بی‌وقفه، میل به مرگ و افکار خودکشی در مصرف مت‌آمفتامین شایع است. به دلیل شکل‌گیری رفتارهای تکانه‌ای از یک سو و افسردگی از سوی دیگر خودکشی و اقدام به آن‌ها در بیماران مصرف کننده مواد محرک شایع است و باید جز اولویت‌های درمان و مداخله قرار گیرد. در برخی بیماران خلق افسرده با خلق پرخاشگر، خلق ناپایدار^۱ یا سرخوش به صورت توأم یا متناوب ظاهر می‌شود و نمایی شبیه بیماری‌های خلقی دوقطبی ایجاد می‌کند.
- ♦ **مشکلات شناختی^۲:** با مصرف مزمن و سنگین مت‌آمفتامین شکایت از عدم تمرکز، فراموشی، عدم توان یادگیری، از یاد بردن موقعیت‌های زمانی و مکانی (گم‌گشتگی در زمان و مکان) و ناتوانی در انجام محاسبات ساده ریاضی شدت می‌گیرد. مشکلات شناختی در بعضی به قدری شدید است که انگیزه اصلی آنان برای ترک مصرف را تشکیل می‌دهد.
- ♦ **پرخاشگری و خشونت:** از جمله علایم بسیار شایع مصرف مواد محرک است. بیماران تحریک پذیر^۳ شده و در اثر محرک‌های بیرونی یا بروز

1. Labile mood
2. Cognitive
3. Irritable

ناکامی سریعاً پرخاشگر می‌شوند. در عده‌ای دیگر پرخاشگری برخاسته از حالات بدبینی یا حالات توهمی و هذیانی است. حملات هدفمند یا کور خشم، شکستن وسایل منزل، ضرب و جرح اطرافیان، نزاع‌های خیابانی و خودزنی در جریان عصبانیت شایع است. متأسفانه عده‌ای نیز به آسیب جدی به دیگران و قتل مبادرت می‌نمایند. پرخاشگری از جمله دلایل شایع مراجعه بیماران یا بستگان آن‌ها به مراکز درمانی است و در بسیاری مواقع یک فوریت تلقی می‌شود. پرخاشگری کلامی به صورت بیان کلمات رکیک و برداشته شدن مهارهای کلامی در تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان مشاهده می‌شود.

- ♦ **سوءظن و بدبینی**^۱: شاید بین یک سوم تا نیمی از مصرف‌کنندگان آمفتامین دچار بدبینی و پارانویا به بستگان، دوستان و همکاران می‌شوند. احساس این‌که دیگران خیرخواه آن‌ها نبوده یا در خفا بدگویی آن‌ها را می‌کنند یک محتوای شایع افکار مصرف‌کنندگان است. بخشی از پرخاشگری مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین چنان‌که اشاره شد، از این پدیده نشات می‌گیرد. بیماران در واکنش به حس بدبینی و ناامنی، اقدامات تلافی‌جویانه یا پیشگیرانه نیز انجام می‌دهند. کاستن از ارتباطات، خروج کمتر از منزل، مسدود ساختن پنجره‌ها و منافذ، قفل کردن درها و حمل چاقو و سلاح برای دفاع در برابر تهدید خیالی از اقدامات شایع است.
- ♦ **پسیکوز (جنون)**: در مرحله‌ای از مصرف مت‌آمفتامین، بیماران دچار حالات توهم و هذیان یا رفتار و افکار از هم‌گسیخته^۲ شده و عملاً جنون را تجربه می‌کنند. حدس زده می‌شود که بین ۱۰ تا ۲۵ درصد وابستگان

1. Suspicion and paranoia
2. Disorganized

به مت‌آمفتامین از این پدیده رنج می‌برند. توهّمات اکثراً شنوایی بوده و می‌تواند به صورت تهدید، دستور یا توصیف مکرر و مرتب رفتار^۱ بیمار درآید. توهّمات بینایی و جسمی نیز شایع‌اند. به‌ویژه یکی از توهّمات شایع احساس حرکت حشرات و مورچه^۲ بر روی پوست است. توهّمات شنوایی و بینایی به ترتیب در ۷۰ و ۲۵ درصد بیماران سایکوتیک گزارش شده است. هذیان‌ها به‌ویژه هذیان‌های گزند و آسیب در بیماران وابسته به آمفتامین شایع است و توجیه‌کننده بخشی از پرخاشگری و گوشه‌گیری بیماران است. پدیده جنون، شناسایی و برخورد با آن به‌طور مبسوط در بخش‌های بعدی مورد توجه قرار خواهد گرفت.

♦ **خاطره و یاد مصرف‌های اول: مشکل دیگری که برای مصرف‌کنندگان**

آزاردهنده است، یاد و خاطره اولین دفعات مصرف است. احساس سرخوشی دفعات اول، شرایط محیطی و صحنه استفاده و وقایع و افراد مرتبط با آن به‌خوبی در حافظه بیماران حک شده و با وجود تلاش آن‌ها برای از خاطر بردن وقایع، به‌طور مکرر از بازگشت خاطرات رنج می‌برند.

مجموعه علائم فوق، بخشی از عوارض مصرف درازمدت و سنگین مواد محرک است. عوارضی که برای بیمار و خانواده وی مسئله‌آفرین شده و او را در جست‌وجوی درمان راهی مراکز درمانی می‌کند. در عده‌ای از مصرف‌کنندگان در ابتدا فرد سعی می‌کند تا عوارض را کنترل کند و از طریق تعدیل مصرف یا تغییر الگوی آن، از دست آن‌ها رهایی یابد. گاهی نیز فرد به‌طور موقت از مصرف امتناع می‌کند اما با گذشت چند روز مجدداً به مصرف رو می‌آورد. تلاش مکرر برای رفع عوارض و ناکامی در آن انگیزه بخش مهمی از مراجعان به مراکز درمانی را

1. Running commentary
2. Formication

تشکیل می‌دهد. در عده‌ای دیگر نیز متأسفانه از همان ابتدا هیچ‌گونه آگاهی به عوارض وجود ندارد و فرد مصرف‌کننده علایم خود را مشکل‌ساز ندانسته و تمایلی به رفع آن‌ها نمی‌بیند. در این‌گونه موارد خانواده از مشاهده رفتار وی به ستوه آمده و جویای حمایت و مداخله از مراکز درمانی هستند. در بخش‌های بعدی به چگونگی برخورد با مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آن‌ها اشاره می‌شود.

فصل ۲

مصاحبه اولیه با بستگان بیمار، زمانی که اطرافیان به مصرف مواد مشکوک هستند

در بسیاری از موارد قبل از آن که بیمار خود برای درمان مراجعه نماید یا اصولاً به دنبال هرگونه مشاوره یا حمایتی برای کنترل مصرف مواد مخدر باشد یا حتی اعتیاد و مشکل خود با مواد مخدر را نزد دیگران آشکار کرده باشد، خانواده‌ها و اطرافیان هستند که حساسیت نشان داده و به دنبال کمک می‌گردند. این حالت یکی از موارد شایع و بسیار پر اهمیت در حوزه مشاوره و روان‌درمانی سوء مصرف مواد مخدر است و به جرأت می‌توان گفت که بخش وسیعی از مشاوره‌های حضوری و تلفنی و جلسات پرسش و پاسخ درباره اعتیاد را در برمی‌گیرد. خانواده نگران مصرف مواد مخدر در یکی از عزیزان خود است و نمی‌داند که چه راهی را باید در پیش گیرد. آیا اعتیاد و مصرف مواد مخدر در فرد مورد نظر وجود دارد؟ آیا اعتیاد او در مراحل پیشرفته است؟ اگر معتاد شده باشد چه کنند؟ شاید هم کل معضل نوعی بدبینی باشد و اصولاً مواد مخدری در

میان نباشد؟ آیا به روی خود بیاورند؟ اگر انکار کرد چه؟ اگر واکنش تند منفی نشان داد چه طور؟ آیا راهی وجود دارد که خانواده مطمئن شوند که مصرف وجود دارد یا ندارد؟ حرف‌های خود بیمار چه قدر معتبر است؟ گاهی نیز مسئله از آن چه گفته شد پیشرفته‌تر است و خانواده‌ها شک ندارند بلکه به یقین رسیده‌اند که مشکل مواد مخدر وجود دارد. اما بعد چه؟ با بیمار مقابله کنند؟ اصطلاحاً به رویش بیاورند؟

توجه داشته باشید که مسائل فوق اختصاص به دسته خاصی از مواد ندارد و در همه مواد چه محرک و چه مخدر مشاهده می‌شوند و اصول مداخله در انواع مواد یکسان است. تفاوتی ندارد که فرد در حال مصرف حشیش است یا از تریاک، هرویین یا مت‌آمفتامین استفاده می‌کند. الگوی شکایات و شیوه مداخله یکی است. بنابراین توضیحاتی که در ادامه خواهد آمد نه تنها درباره مواد محرک که هدف اصلی این کتاب است بلکه درباره تمام مواد مصداق دارد.

قبل از پاسخ‌دهی به سؤالات فوق بهتر است اشاره‌ای مختصر اما مهم به "آن چه اطرافیان را نگران می‌کند" صورت گیرد. اصولاً اطرافیان به خصوص خانواده بیماران زمانی نگران عزیز خود می‌شوند که شاهد یک یا بیش از یکی از مجموعه علائم و نشانه‌های زیر باشند:

♦ **نشانه‌های مستقیم "مصرف" مواد مخدر:** در بسیاری از موارد شک خانواده متعاقب مشاهده مواد مخدر یا اشیاء مشکوک شکل می‌گیرد. گاهی نیز رفتار بیمار و رفت‌وآمدهای وی به گونه‌ای است که خانواده ظن قوی به مصرف مواد در او پیدا می‌کنند. در این زمینه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

◀ **پیداشدن مواد ناشناس یا مواد مخدر در وسایل بیمار مانند گرد یا پودرهای سفید یا قهوه‌ای به‌ویژه در بسته‌بندی‌های دست‌ساز و**

کوچک (احتمالاً هرویین)، مواد یا بلورهایی مانند شیشه خردشده یا نبات کدر هستند (احتمالاً کراک یا شیشه)، مواد خمیر یا صمغ مانند به‌ویژه به رنگ‌های تیره (احتمالاً تریاک یا حشیش)، قرص‌هایی که ظاهر و کیفیت آن نشان می‌دهد در کارخانه یا محیط با استاندارد بالای صنعتی تولید نشده‌اند (احتمالاً قرص‌های روان‌گردان یا اکستازی)، موادی مانند سبزی یا علف خشک‌خرد شده (احتمالاً گراس)، سیگارهایی که ظاهراً توتون آن‌ها خارج شده و مواد دیگر در آن‌ها ریخته‌اند (احتمالاً سیگاری یا حشیش)

◀ پیداشدن ابزارهای مصرف مواد مخدر مانند فندک به‌ویژه فندک‌هایی که شعله متمرکز و پرحرارت ایجاد می‌کنند و به فندک اتمی معروف هستند، پایپ (وسیله شیشه‌ای که اکثراً شبیه لامپ برقی است که محتویات آن را خارج کرده باشند)، زوروق (برای حرارت‌دهی به کراک یا شیشه، فاشق که معمولاً رنگ و رو رفته است و برای جوشاندن هرویین به کار می‌رود)، فتیله (دسته‌ای الیاف یا دستمال کاغذی لوله‌شده که با آتش‌زدن آن مواد مخدر را حرارت می‌دهند)، ظروف شیشه‌ای دست‌ساز خاصی که معمولاً دارای اتصالات لوله‌ای و شلنگی است، سوزن و میله‌های فلزی که اکثراً یکی از انتهای آن بر اثر حرارت سیاه شده است، سرنگ، لوله‌های شیشه‌ای یا پلاستیکی توخالی مانند خودکار بیک که مغزی آن را خارج کرده‌اند (برای استنشاق و کشیدن دود متصاعدشده از حرارت دادن مواد مخدر)، جوهر لیمو (برای محلول‌سازی هرویین)

◀ مشاهده صحنه مصرف مواد مخدر از جمله خوردن، کشیدن، استنشاق یا تزریق آن‌ها

رفتاری که ممکن است توسط خانواده یا اطرافیان به مصرف مواد مخدر تعبیر گردد مانند غیبت ناگهانی از جمع، استفاده از یا توقف بیش از حد در سرویس بهداشتی، حمام یا محل خلوتی که بتوان در آن‌ها از مواد استفاده کرد، مراجعه به محل‌های دور از دید دیگران مانند انبار، پشت‌بام، راه‌پله، زیر زمین و غیره، خارج‌شدن‌های مکرر و ناگهانی از منزل، قفل کردن در اطاق و جلوگیری از حضور دیگران در زمان‌های خاص، استفاده و مراجعه مکرر به منزل یا محل کار دوستان.

استنشاق بوهای خاص مواد مخدر از بیمار یا اطاق و لباس‌های وی.
واکنش ناگهانی توأم با اضطراب و آشفتگی در بیمار هنگام مواجه شدن با دیگران به‌ویژه وقتی که تنها بوده است.

◆ نشانه‌های ناشی از عوارض مستقیم و کوتاه‌مدت مصرف مواد مخدر: گاهی از اوقات خانواده‌ها تجربه مشاهده مستقیم مصرف مواد مخدر در بیمار را ندارند اما حالات او به گونه‌ای است که می‌تواند عوارض مستقیم مصرف مواد مخدر تلقی گردد. در این باره می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

بروز حالات سرخوشی و شادابی بی‌دلیل، بی‌مقدمه و ناگهانی
تغییر ناگهانی خلق و روحیه که به خصوص چند ساعت به طول می‌انجامد.

افزایش ناگهانی انرژی و سطح تحرک بیمار
افزایش ناگهانی در میزان حرف‌زدن وی به‌ویژه ایجاد پرحرفی
تغییر ناگهانی صفات فردی مانند مهربان و بخشنده‌شدن، بی‌تفاوتی، دقیق‌شدن، ولخرجی

- ◀ حملات پرخاشگری به‌ویژه در واکنش به مسائل بی‌اهمیت
- ◀ تغییر در میل و رفتار جنسی
- ◀ افزایش اعتماد به‌نفس، بی‌محاباشدن و افزایش خطرپذیری
- ◀ خواب‌آلودگی و چرت‌زدن
- ◀ بیان مطالبی که معمولاً توسط بیمار مطرح نمی‌گردد. به‌عنوان مثال
- ◀ علاقه‌مندی به مسائل فلسفی، عرفانی یا امور ماوراء الطبیعی
- ◀ تغییر در چرخه خواب و بیداری از جمله بی‌خوابی ممتد یا خوابیدن‌های نامنظم و نابه‌جا
- ◀ تغییر در عادات غذایی به‌صورت پرخوری یا به‌صورت بی‌اشتهایی
- ◀ ایجاد حالات ناخوشی ناگهانی و گذرا به‌صورت لرز، تهوع، استفراغ، درد، عرق‌ریزش و بی‌قراری
- ◀ تجربه حالات بدبینی گذرا و ناگهانی
- ◀ حالت بهت‌زدگی و خیره‌شدن به اطراف
- ◀ بروز حالات گذرای بی‌ربط‌گویی و کلام مبهم
- ◆ نشانه‌های ناشی از عوارض کلی و عمومی مصرف مواد مخدر: در عده‌ای از بیماران آن‌چه جلب توجه می‌نماید، عوارض کلی و عمومی اعتیاد به مواد مخدر است. علایمی چون:
 - ◀ افت کارکرد فردی
 - ◀ تحلیل‌رفتن از لحاظ بدنی و فیزیکی
 - ◀ افول ظاهری و بی‌تفاوتی به آراستگی
 - ◀ تغییر مخرب شخصیت
 - ◀ اشکال در شغل و تحصیل
 - ◀ گوشه‌گیری و انزوا از فعالیت‌های جمعی

- ◀ افول روابط بین فردی
- ◀ شکل‌گیری سبک زندگی منجمد و انعطاف‌ناپذیر
- ◀ افزایش حالات فریبکاری، بدقولی، بهانه‌تراشی
- ◀ بیان مکرر مطالب کذب و دروغ‌گویی
- ◀ زمان‌های از دست رفته در فعالیت روزمره بیمار
- ◀ بی‌حوصلگی و افسردگی
- ◀ رفتارهای مخرب ناگهانی و مکرر
- ◀ بی‌برنامگی و نبود آینده‌نگری
- ◀ کاهش صبر و تحمل
- ◀ فرار از مسئولیت
- ◀ نقصان درآمد و افول مالی و اقتصادی حتی تجمع بدهی
- ◀ حساسیت مفرط به انتقاد و زودرنجی
- ◀ بی‌تفاوتی و کاهش حس عاطفی به اطرافیان
- ◀ شکل‌گیری احساس بزرگ‌منشی و خودبزرگ‌بینی
- ◀ به تعویق‌انداختن مکرر کارها
- ◀ کاهش توجه و تمرکز
- ◀ خستگی و شکایت از ضعف

بنابراین در پدیده مصرف مواد مخدر مجموعاً با ۳ دسته علائم مواجه هستیم و اصولاً از مصرف مستقیم مواد مخدر و عوارض مستقیم مصرف شروع شده و به علائم کلی و عمومی اعتیاد ختم می‌شوند. خانواده‌ها معمولاً به نشانه‌های دسته اول بسیار حساس هستند و در جریان جلسات مشاوره تأکید فراوانی بر این دسته از علائم دارند و علائم دیگر به ویژه دسته سوم کمتر مد نظر قرار می‌گیرد. مشاهده یک ماده ناشناس یا پیداشدن یک فندک کافی است تا همگان را

مضطرب ساخته و به مرکز درمانی رهسپار سازد. این در حالی است که در طب اعتیاد می‌دانیم که عوارض دسته سوم از نظر تشخیصی بسیار با اهمیت بوده و تعیین اعتیاد یا سوء مصرف مواد مخدر در افراد وابسته به آن‌ها است. به عبارت دیگر، اعتیاد از آن جهت مهم است که عوارض دسته سوم را برجای می‌گذارد و هدف از درمان نیز بر بهبود این گونه علایم استوار است در حالی که دسته اول و دوم حساسیت بیشتری در خانواده‌ها بر می‌انگیزند و محور مراجعه آنان را به مراکز درمانی تشکیل می‌دهد. این تناقض یا تفاوت در اهداف درمانی مسئله کلیدی و مهمی را در جریان مشاوره و درمان اعتیاد تشکیل می‌دهد که در قسمت‌های بعدی بیشتر بدان اشاره خواهد شد.

تا این جا به مرحله‌ای رسیدیم که اطرافیان علایم مختلف از سه دسته فوق را مشاهده کرده و مشکوک و حتی مطمئن به مصرف مواد مخدر در عزیزان خود هستند. عده‌ای پا فراتر گذاشته و درباره علایم از بیمار پرس‌وجو کرده‌اند ولی با جواب منفی و انکار بیمار مواجه شده‌اند. مواردی مانند مثال‌های زیر تجربه بسیاری از خانواده‌ها را تشکیل می‌دهد:

- ♦ تکه‌های سفیدی در لباس فرزندمان پیدا کردیم و وقتی از او درباره آن پرسیدم با پرخاش وی مواجه شدیم.
- ♦ تکه‌ای ماده خمیرمانند بدبو در کفش وی دیدیم و او دست‌پاچه آن را انکار کرد.
- ♦ بسته‌های کوچک گرد آجری رنگ به همراه داشت ولی ابراز داشت متعلق به دوستش است.
- ♦ در مهمانی در حضور دیگران چرت می‌زند ولی از زیر توضیح آن فرار می‌کند.
- ♦ مرتب پول می‌گیرد و بعد از تماس مشکوک با موبایل، به همراه پول‌ها با

عجله از خانه خارج می‌شود. وقتی می‌پرسیم که کجا می‌رود با عصبانیت می‌گوید که به ما مربوط نیست.

♦ او را با افراد ناباب و معروف به معتاد در محله دیده‌اند اما او مدعی است آن‌ها را نمی‌شناسد.

این‌گونه خانواده‌ها در اکثر اوقات نگران و مستأصل مراجعه کرده از درمان‌گران و مشاوران اعتیاد می‌پرسند که "چه کار باید بکنند؟" اگر شما علاقه‌مند به کمک به این افراد هستید و می‌خواهید رفتاری علمی و حرفه‌ای داشته باشید، موارد زیر را انجام دهید. رعایت برخی موارد به ظاهر بی‌اهمیت یا بدیهی می‌نماید اما به جرأت می‌توان گفت که نقش عمده‌ای در موفقیت مشاوره و روان‌درمانی دارند و متأسفانه گاهی حتی درمان‌گران با تجربه نیز از آن‌ها غفلت می‌کنند.

۱. متوجه اضطراب و نگرانی خانواده‌ها باشید. اعتیاد علاوه بر این که یک آسیب روانی شدید است با بار بالای انگ اجتماعی نیز همراه است. میزان بار هیجانی و عاطفی که شک به اعتیاد در بسیاری از خانواده‌ها ایجاد می‌کند، با ضربه روانی ناشی از پی‌بردن به بروز یک بیماری مهلک و بدخیم برابری می‌کند. از طرفی برخلاف بسیاری از بیمارهای شدید که بستگان به راحتی آن‌ها را با دیگران در میان می‌گذارند و همدردی فراوانی دریافت می‌دارند، در اعتیاد مجبور به کتمان هستند و ممکن است درمان‌گر اولین و تنها کسی باشد که مسئله را با وی در میان گذاشته‌اند. مهم است درمان‌گر ضمن درک بستگان همدلی قوی نشان دهد. این مسئله بر فرایند درمان اثر بسزایی خواهد داشت. تکنیک‌های مندرج در جدول ۱-۲ برای بهبودی حس همدلی کمک‌کننده هستند.

جدول ۱-۲: تکنیک‌هایی برای تقویت حس همدلی با خانواده.

◀ اجازه دهید بستگان به راحتی و بدون محدودیت زمانی صحبت کنند بنابراین وقت مناسب در اختیار آن‌ها قرار دهید. عجله نکنید و اگر یک جلسه کافی نیست، فرصت کافی در جلسات دیگر فراهم کنید. نگران طولانی شدن جلسات و تعداد آن‌ها نباشید. هر قدر مراجعان زمان بیشتری برای بیان مشکلات خود داشته باشند، ارتباط هیجانی بهتری با آن برقرار کرده و به ادامه آن راغب‌تر می‌شوند. هدف نیست در یک جلسه همه چیز مطرح شود و راه‌حل پیدا شود.

◀ حتی‌المقدور از قطع کلام مراجعان بپرهیزید. در صورتی که بستگان به حاشیه‌پردازی و دور شدن از مطلب دچار شدند، به ملایمت از آن‌ها بخواهید به مسئله نگران‌کننده باز گردند. فراموش نکنید که از نظر خانواده‌ها ممکن است بسیاری از جزئیات با اهمیت باشد یا اضطراب و استرس ناشی از اعتیاد آن‌ها را به پرگویی کشانده باشد. نقش حمایت‌گر و درک‌کننده داشته باشید.

◀ به تغییرات هیجانی بستگان حساس باشید. به مواردی چون بغض کردن، اشک‌آلود شدن یا لرزش صدا دقت کنید و در صورت مشاهده نه تنها آن را مهار نکنید بلکه به آن‌ها اجازه دهید تا از نظر عاطفی تخلیه شوند. تنها در صورت مشاهده خشم و پرخاشگری است که شما باید آن‌ها را از ابراز هیجان باز داشته و تشویق به آرامش نمایید.

◀ مانند جلسه بازجویی در پی استخراج حداکثر اطلاعات نباشید. هدف از جلسه فقط آگاه شدن از وقایع نیست و قرار نیست همه رازها و اتفاقات در خلال آن آشکار شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر، دقیق‌تر و جزئی‌تر خانواده را در فشار قرار ندهید.

◀ استخراج احساسات به همان اندازه اطلاعات مهم است. به عنوان مثال اگر مادری ابراز می‌دارد مصرف مواد را در پسر خود دیده است حتماً از احساس وی بپرسید: "وقتی اون صحنه را دیدی چه حالی شدی؟ چه کار کردی؟ چه فکری یا حسی بهت دست داد؟ دوست داشتی اون لحظه چه کار می‌کردی؟". تنها وقایع و مشاهدات مهم نیست بلکه واکنش هیجانی و احساسی که وقایع در بستگان ایجاد کرده است نیز اهمیت دارد.

◀ از بی‌اهمیت جلوه‌دادن نگرانی‌های خانواده اجتناب کنید. کوچک‌شماردن مشکلات ولو به قصد تسکین به رابطه درمانی و حس همدلی آسیب می‌رساند. "ای بابا این که مهم نیست. چه قدر شما حساسیت به خرج می‌دهی، حالا بر فرض مواد هم مصرف کرده باشه که چی؟ این قدر وسواس نداشته باش، حالا اصلاً از کجا معلوم که مواد بوده، ... برعکس مهم است بدون آن که بر ادعاهای آن‌ها صحه گذارید نگرانی او را به رسمیت بشناسید." فعلاً نمی‌توانم بگویم آن ماده چی بوده، ولی هرچه هست شما را نگران کرده و باید بالاخره مسئله نگرانی شما حل شود. در هر حال هرچه هست، می‌بینم برای شما مهم بوده، ..."

◀ از مراجعه‌کنندگان، دیدگاه سایر بستگان و اطرافیان و احساسات آن‌ها را نیز جویا شوید. "به غیر از شما دیگر چه کسانی نگران هستند؟ آیا برادرش نیز نگران است؟ آیا این مطالب را به کس دیگری هم گفته‌اید؟..."

۲. به خانواده یادآوری کنید که معمولاً خطر جدی و فوری مگر در موارد خاص که اشاره خواهد شد، بیمار آن‌ها را تهدید نمی‌کند. بسیاری از خانواده‌ها متعاقب شک به اعتیاد سراسیمه و آشفته به مشاور مراجعه کرده و خواستار اقدام فوری و عاجل هستند. حتی گاهی مسئله را اورژانس تلقی کرده، به دنبال بستری بی‌قید و شرط بیمار می‌باشند. ضمن دعوت از بستگان به آرامش و خونسردی یادآوری کنید که اعتیاد پدیده‌ای زمان‌بر و مزمن است و درمان آن نیز طولانی‌مدت بوده و باید با صبر و حوصله دنبال شود. در جریان سیر چند ساله اعتیاد، چند روز تفاوت مهمی ایجاد نمی‌کند. از اقدامات شتابزده و هیجانی بپرهیزید و خانواده را نیز از این بابت هم جهت‌سازید.

۳. بعد از استقرار آرامش در بستگان و ابراز حمایت روانی و همدلی به اخذ اطلاعات مبسوط درباره بیمار و مصرف احتمالی مواد مخدر در ایشان اقدام کنید. در این باره همان‌طور که در مبحث فوق تحت عنوان "آن‌چه اطرافیان را نگران می‌کند" اشاره گردید، تمرکز و گرایش اطرافیان بر روی نشانه‌های مستقیم مواد مخدر است اما لازم است درمان‌گر و مشاور ضمن توجه به این

حوزه، تمرکز زیادی بر روی عوارض کلی و عمومی اعتیاد داشته باشد و دقیقاً دریابد که بیمار دچار چه صدمات فراگیر و کلی گردیده است. جالب است متوجه خواهید شد که بسیاری از عوارض کلی از دید خانواده دور بوده و کمتر بدان توجه داشته‌اند. داشتن نیمرخ کاملی از عوارض کلی در جریان مواجه‌شدن با بیمار و تلاش‌های بعدی برای مداخله و درمان به‌ویژه در زمانی که بیمار منکر مصرف مواد مخدر است یا آن را در حد قابل قبول و تحت کنترل می‌داند، تعیین‌کننده خواهد بود. به‌عنوان مثال در اکثر اوقات خانواده‌ها مصر هستند بدانند که ماده سیاه‌رنگی که در جیب بیمار پیدا کرده‌اند چه بوده و آیا وی هنگام بودن با دوستان خود مصرف مواد دارد یا خیر؟ تمرکز آن‌ها بر روی اطلاعات مربوط به این حوزه است و کی بوده، چه قدر بود، کجا پیدا شد، دوستان بیمار چه کاره هستند و ظاهر آن‌ها چگونه است ممکن است محور حساسیت آن‌ها باشد. مشاور و درمان‌گر لازم است ضمن توجه به این حساسیت‌ها، به آرامی حوزه سؤالات را به‌سوی علایم و عوارض کلی هدایت کند: آیا بیمار افت شغلی یا تحصیلی داشته است؟ از نظر خلقی تغییری کرده است؟ علایق وی به فعالیت‌های معمول زندگی چگونه است؟ و ...

در جریان پرس‌وجو درباره بیمار، سعی کنید پاسخ‌های دقیق و عینی به‌دست آورید. مثلاً اشاره خانواده به تغییرات به‌صورت مبهم و کلی‌گویی چندان مفید نیست. عباراتی چون بیمار عوض شده است، بدحال شده، افت کرده، بی‌قرار و کلافه است، بی‌خیال شده است و غیره چندان رهگشا نیستند. به جای آن موارد دقیق با جزییات را استخراج کنید: سابقاً ماهی پانصد هزار تومان پس‌انداز داشت اما حالا هر ماه قرض نیز می‌گیرد، هفته‌ای ۳ بار باشگاه می‌رفت اما اکنون تا سر کوچه را هم پیاده نمی‌رود، هر هفته به

مادر خود سر می‌زد اما اکنون ۳ ماه است حتی با آن‌ها تماس نیز نگرفته است، محال بوده هر روز به ماشین خود رسیدگی نکند اما اکنون ۳ هفته است که ماشین خراب در پارکینگ افتاده است، هر شب حداکثر ۸ شب منزل بود اما در هفته گذشته ۴ شب حتی بعد از ۱۲ شب به منزل آمد و موارد مشابه.

در جریان کسب این اطلاعات موارد در جدول ۱-۲ را از نظر دور ندارید. نباید هیچ‌وقت جلسه مشاوره به بازجویی تبدیل گردد. استخراج اطلاعات دقیق هرچند مهم است اما تنها هدف درمان نیست و گاهی داشتن ارتباط صحیح هیجانی و شکل‌گیری جو حمایت‌گر از داشتن اطلاعات دقیق بسیار مهم‌تر است. نیازی به تأیید دقیق همه ادعاها وجود ندارد و درمان‌گر بازپرس و کارآگاه نیست.

۴. سعی کنید از وضعیت روانی^۱ بیمار در حال حاضر اطلاع کسب نمایید. نه تنها اطلاع از وضعیت روانی نیازمند تجربه زیاد در حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی است بلکه در این مرحله درمان‌گر باید به‌طور غیر مستقیم و بدون حضور بیمار با اتکا به گزارشات خانواده از وضعیت روانی وی کسب اطلاع نماید که فرایند به نسیبه دشوارتری است. به همین دلیل بهتر است به موارد کلیدی و تعیین‌کننده بسنده شود و اخذ موارد دقیق‌تر و جزئی‌تر به زمان مراجعه و مصاحبه رودررو با بیمار موکول گردد. نکات مهمی که باید از شرح حال خانواده استخراج شود به قرار زیر است:

♦ آیا بیمار در حال حاضر در حالت مسمومیت^۲ یا دلیریوم^۳ دارویی ناشی از مواد است؟ بسیار شایع است که خانواده از مدت‌ها قبل نگران رفتار بیمار

1. Mental state

2. Intoxication

3. Delirium

و مصرف مواد در وی بوده‌اند اما بروز وضعیت حادی به نام مسمومیت طی چند روز یا یکی دو هفته اخیر آن‌ها را به اقدام وادار کرده باشد. به خاطر داشته باشید که مسمومیت با مواد مخدر تنها به صورت رفتن به اغما و بیهوش شدن نیست یعنی حالتی که اصطلاحاً از آن به عنوان "اوردوز"^۱ یاد می‌شود. در مصرف مواد غیر افیونی و محرک یا مصرف چند ماده مخدر و دارویی با یکدیگر به‌ویژه در حالات تدریجی و مزمن، علائم مسمومیتی جنبه ملایم‌تر و رفتاری پیدا می‌کند. در این گونه موارد بیمار از انجام امور روزمره عاجز است. چرخه خواب و بیداری مختل است. تنفس وی کند یا تند یا نامنظم است. چهره برافروخته، تب کرده عرق کرده یا برعکس رنگ‌پریده است. ممکن است در وی حالات بهت‌زدگی مشاهده شود. بیمار ممکن است به شدت بی‌قرار یا برعکس کند، آرام و خواب‌آلود باشد. کلام وی نامفهوم و صدای وی لرزان است. در امور فردی مانند شست‌وشو، اجابت مزاج و نظافت دچار اشکال است. در راه‌رفتن تعادل نداشته و با افتادن مکرر همراه است. از انجام حرکاتی ظریف چون صحیح پوشیدن لباس‌ها، بستن بند کفش، گرفتن قاشق و چنگال عاجز است. زمان و تاریخ صحیح را نمی‌داند و حتی ممکن است آدرس منزل یا محل اشیاء خود را نداند. فراموشکار بوده و وسایل خود را گم کند. ممکن است اطرافیان را نشناسد یا به عنوان افراد دیگر شناسایی و خطاب نماید. با خود یا موجودات و افراد خیالی صحبت کند. اشیاء خیالی را در دست بگیرد یا جابه‌جا کند.

در یکی از حالات شایع مسمومیتی که به‌ویژه در مصرف منقطع مواد افیونی شایع است، بیماران در حالتی خواب‌آلود، قوز کرده و با صدایی

تودماغی با افراد خیالی مکالمه دارند و سیگاری خیالی را دود می‌کنند و جالب این‌که حتی دنبال جاسیگاری برای خاکستر سیگار خود نیز می‌گردند. گاهی دیده می‌شود که بیمار یک لحظه گریان است و چند دقیقه بعد قهقهه سر می‌دهد. ناگهان و بی‌دلیل پرخاشگر شده و به اطرافیان حمله می‌نماید. ممکن است در حضور دیگران یا محلی نامناسب لخت شود یا عمل دفع انجام دهد. وجود این علائم در تمام شبانه‌روز یا ساعاتی از شبانه‌روز (علائم معمولاً در عصر و اوایل شب شدیدتر هستند) می‌تواند موید وجود مسمومیت ناشی از مواد مخدر یا داروها یا حتی شدیدتر از آن، یعنی حالت دلیریوم باشد. تفکیک مرز بین دلیریوم از مسمومیت به ویژه از طریق شرح حال غیر مستقیم دشوار است و البته در این مرحله چندان هم مهم نیست. در جدول ۲-۲ فهرستی از علائم مسمومیت مزمن با مواد مخدر و محرک ارائه شده است.

♦ آیا بیمار در حالت پسیکوز است؟ تا قبل از شیوع مواد محرکی چون مت‌آمفتامین (شیشه) در ایران، شیوع پسیکوز در جمعیت معتادان چندان زیاد نبود و کمتر در مباحث مشاوره اعتیاد مطرح می‌گردید. متأسفانه با افزایش مصرف شیشه در جامعه معتادان ایران، علائم جنون نیز یکی از چهره‌های شایع مصرف مواد شده‌است. در واقع امروزه پسیکوز یکی از علائم شایع اعتیاد بوده و در بسیاری از موارد اولین علامتی است که خانواده را متوجه مصرف مواد در عزیزان خود می‌سازد. لذا لازم است درمان‌گر همواره احتمال آن را در بیمار در نظر داشته باشد. حالات هذیان و توهم از دیرباز جزء علائم کلیدی پسیکوز بوده‌اند. افرادی که به واسطه مصرف مت‌آمفتامین دچار جنون می‌شوند ممکن است از هریک از هذیان‌های گزند و آسیب، جسمی، بی‌وفایی و خیانت زناشویی،

بزرگ منشی یا انتساب یا توهمات شنوایی بینایی و جسمی رنج ببرند. جملاتی چون: دیگران در منزل بیمار دوربین فیلم برداری کار گذاشته و از وی فیلم می گیرند، از طریق امواج ماهواره وی را کنترل می کنند، در سریال های تلویزیونی زندگی بیمار پخش می شود، در غذای وی سم می ریزند، در دندان های وی ردیاب کار گذاشته اند، مسئولین بالای مملکتی پنهانی از وی راهنمایی و کمک می جویند، همسایه ها به کمک اشعه سعی در عصبانی کردن وی دارند، در زیر پوست وی حشراتی حرکت می کنند و صداهایی بوی دستور می دهد که مواد مصرف کند و صدها مورد مشابه به کرات در شرح حال بیماران شنیده می شود و همگی از علائم پسیکوز هستند. درمان گر موظف است تا حد ممکن از طریق مصاحبه با بستگان از احتمال وجود جنون در بیمار مطلع گردد. علائم جنون می تواند شباهت زیادی به علائم مسمومیت و دلیریوم داشته باشد. تمایز این دو از هم به ویژه هنگامی که بیمار خود در جلسه حاضر نباشد و فقط بر نقل قول خانواده متکی باشیم دشوار است. گاهی نیز به ویژه در مصرف شیشه مرز بین پسیکوز و مسمومیت کم رنگ شده و حالتی به نام پسیکوز مسمومیتی^۱ ظاهر می شود. با این حال جدول ۲-۲ شما را در تمایز بین این دو پدیده یاری می نماید.

♦ آیا بیمار دارای افکار خودکشی و آسیب به خود است؟ درمان گر باید از احتمال وجود افکار خودکشی مطلع گردد. آیا بیمار تهدید به خودکشی داشته است؟ آیا تاکنون اقدامی در جهت کشتن خود یا مجروح ساختن خود به عنوان مثال به صورت خودزنی با اشیاء برنده انجام داده است؟ هیچ گاه آرزوی مرگ کرده است؟ چه قدر صحبت خودکشی ولو در هنگام

عصبانیت، یا نشئگی؟؟ یا محرومیت لابه‌لای کلام بیمار وجود داشته است؟ اگر بیمار صحبت از مرگ و خودکشی نموده آیا راه، دلیل و زمان آن را نیز بیان کرده است؟ موارد مذکور همگی باید مورد توجه درمان‌گر قرار گیرد.

جدول ۲-۲: برخی علایم مسمومیت در سوء مصرف مواد مخدر و محرک

سوء مصرف مواد مخدر	سوء مصرف مواد محرک
عدم تعادل هنگام راه رفتن و سقوط‌های	بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی
بی‌درپی	به‌هم‌خوردن چرخه خواب و بیداری و
کلام نامفهوم	فعالیت‌های روزانه
حرف زدن بریده‌بریده و لرزان	خستگی شدید و بی‌حالی
لرزش بدن و اندام‌ها	بی‌ربط‌گویی و پرش افکار
عرق‌ریزش	بدبینی
گرم و سرد شدن بدن و تب	توهمات بینایی و شنوایی
بی‌اختیاری یا اشکال در کنترل ادرار و مدفوع	ناپایداری خلقی
تنفس نامنظم، تند یا کند	ناتوانی در انجام امور فردی
تهوع، استفراغ و بی‌اشتهایی	صحبت کردن با خود
پرخاشگری کور و بی‌هدف	
اشکال در تمرکز و توجه	
فراموشی و نقص در حافظه و یادگیری	

خوانندگان محترم اگر به خاطر داشته باشند، پیش‌تر اشاره شد که اعتیاد پدیده‌ای مزمن و طول‌کشنده است و هنگام مواجه شدن با آن، فوریت و حالت اورژانسی وجود ندارد. هم‌چنین اشاره شد که نیازی نیست اقدامی سریع و فوری انجام داد و لازم است خانواده و بیمار به تدریج و با صرف وقت

وارد درمان شوند. سه موردی که در بالا اشاره گردید یعنی مسمومیت، پسیکوز و خودکشی از این قاعده مستثنی هستند و مداخله فوری طلب می‌کنند که در بخش‌های بعدی بیشتر اشاره خواهد شد.

۵. اقدامات خانواده برای مواجهه و مقابله احتمالی با بیمار را جویا شده و از واکنش بیمار اطلاع حاصل کنید. به‌عنوان مثال پدر بیمار، وی را درباره دیرآمدن به منزل بازخواست کرده و بیمار نیز در پاسخ به دروغ ابراز داشته به منزل یکی از دوستان جهت عیادت رفته‌است. یا به سؤال پدر واکنش تند نشان داده و منزل را با عصبانیت ترک کرده است. آیا خانواده مسئله شک به مواد مخدر را مطرح کرده‌اند یا در لفافه نگرانی خود را ابراز داشته‌اند؟ آیا بیمار نگرانی خانواده را پذیرفته یا آن را بی‌مورد دانسته است؟ آیا بیمار راضی به مراجعه جهت مشاوره است؟ آیا می‌توانند او را مجاب نمایند تا جهت رفع نگرانی‌های خانواده به درمان‌گر مراجعه نماید؟ آیا اصولاً وی مشکلی در خود احساس می‌کند؟

در نظر داشته باشید که اجرای بندهای فوق به‌ویژه بندهای ۳ و ۴ نیاز به دقت و حوصله دارد و لزوماً در یک جلسه ممکن است پرداختن به کل مطالب میسر نباشد. از این‌که بیش از یک جلسه را صرف استخراج دقیق اطلاعات نمایید ابایی نداشته باشید. برای خانواده توضیح دهید که اعتیاد پدیده‌ای مرموز، پیچیده و طولانی‌مدت است و مداخله در آن نیازمند جلسات مکرر مشاوره است و لزوماً با یک جلسه نمی‌توانید ابراز نظر دقیق نمایید. تصور نکنید که طول دادن جلسات ممکن است توانمندی حرفه‌ای شما را مخدوش سازد یا به خانواده این‌گونه القاء نماید که قصد بازار گرمی و افزایش درآمد خود را دارید. کار حرفه‌ای و علمی زمان‌بر است. ضمن حفظ اعتماد به نفس خود، نگران از دست دادن مراجعان نباشید. کار علمی و اصولی در درازمدت هم بسیار موفق‌تر

است و هم درآمد منطقی شما را تأمین خواهد کرد.

نکته مهمی که مشاوران و درمان‌گران باید بدان واقف باشند این است که تحت هیچ شرایطی نباید در قالب یک کارآگاه یا افسر تجسس قرار گیرند. متأسفانه باور بسیاری از خانواده‌ها هنگام مراجعه به مشاور این است که وی باید با استفاده از چیزی مشابه شم پلیسی امکان مصرف‌کننده یا غیر مصرف‌کننده بودن بیمار را شناسایی کند. درمان‌گر نیز گاهی تحت اثر فشار خانواده و نگران از زیر سؤال رفتن توانایی حرفه‌ای در تله کارآگاه‌شدن می‌افتد. وی سعی می‌کند از طریق سرنخ‌هایی متوجه شود که آیا بیمار مصرف مواد دارد یا نه؟ این که چه لباسی می‌پوشد؟ چه لغات و تکیه کلامی به کار می‌برد؟ لب‌ها یا ناخن‌های وی چه شکلی هستند؟ چگونه چای می‌نوشد! چه غذایی بیشتر دوست دارد؟ آهنگ کلام وی چگونه است؟ و موارد مشابه متوجه اعتیاد در فرد گردد. این‌گونه قراین و نشانه‌ها هیچ کدام ارزش علمی نداشته و معمولاً در زمره اسطوره‌های عامیانه درباره اعتیاد است. فراموش نکنید درمان‌گر کارآگاهی چون شرلوک هولمز نیست و قرار نیست که از طریق نگاه کردن به ظاهر بیمار یا وسایل وی به اعتیاد او پی ببرد. اعتیاد و مصرف مواد مخدر را می‌توان تنها از طریق مجموعه‌ای از علایم رفتاری عمومی و فراگیر حدس زد.

هم چنین توجه داشته باشید که حمل و داشتن مواد مخدر یا مصرف آن یک مقوله است و ابتلا به اعتیاد مقوله‌ای دیگر. شاید بتوان از طریق روش‌های پلیسی متوجه داشتن یا حتی استعمال مواد مخدر شد، اما این امر به خودی خود وجود بیماری اعتیاد را تأیید نمی‌کند. به یاد داریم که اعتیاد مجموعه‌ای از علایم رفتاری است که مصرف مواد مخدر تنها بخشی از آن را تشکیل می‌دهد. این مسئله درباره استفاده از روش‌های آزمایشگاهی در شناسایی اعتیاد نیز صادق است. هنگام شک به مصرف مواد مخدر بسیاری از خانواده‌ها خواستار استفاده از

آزمایش ادرار در تشخیص مصرف مواد مخدر در عزیزان خود هستند. حتی خواستار آن می‌شوند که از روش‌های غیر مستقیم، ناخواسته و پنهان از بیمار نمونه گرفته و آن را آزمایش نمایند. در پاسخ به این خواست نیز باید گفت که آزمایش ادرار تنها مصرف یک ماده مخدر به خصوص را آن هم در فاصله زمانی نزدیک تأیید یا رد می‌کند و نمی‌تواند درباره اعتیاد در بیمار اظهار نظر نماید. اگر در فردی آزمایش ادرار برای ماده‌ای مثبت باشد، یعنی صرفاً در ۷۲ ساعت قبل از ماده مذکور استفاده کرده است. این استفاده ممکن است که مصرف تفنی یا از روی کنجکاو بوده یا مصرفی اعتیادگونه. از طرف دیگر اگر آزمایش ادرار در فردی منفی باشد، صرفاً یعنی ایشان در ۷۲ ساعت قبل مصرف آن ماده را نداشته است. این به هیچ وجه رد کننده اعتیاد در فرد نیست. فراموش نکنید که مشکل معتادان این نیست که نمی‌توانند از مصرف ماده مخدر جدا شوند. مشکل آن‌ها این است که نمی‌توانند از مصرف ماده جدا بمانند. قطع مصرف ماده مخدر برای مدت کوتاه کاملاً میسر و شدنی است. مصرف ماده مخدر در برخی مواد محرک مانند شیشه اصولاً ادواری نیز هست. بنابراین دوره‌های کوتاه پرهیز و طبیعتاً آزمایش ادرار منفی نفی کننده اعتیاد نیست.

واکنش خانواده به مسئله اعتیاد و امکان وجود آن در عزیزان خود را بررسی کنید. خانواده‌ها و اطرافیان بیمار هنگام مواجه شدن با احتمال اعتیاد از مکانیسم‌های گوناگونی برای مقابله با آن استفاده می‌کنند که اطلاع درمان‌گر از آن‌ها برای انتخاب مداخلات بعدی کمک کننده است. مکانیسم‌های شایع به قرار زیر است:

♦ **انکار:** یکی از شایع‌ترین رویکرد بستگان به مسئله اعتیاد انکار شواهد و قراین مرتبط است. برخی اعضای خانواده حاضر به دیدن برخی شواهد نیستند یا آن‌ها را طبیعی تلقی می‌کنند. دیر آمدن بیمار معمول تلقی

می‌شود، مفقود شدن اشیاء منزل به حساب گم شدن تصادفی گذاشته می‌شود، افت مالی بیمار در راستای شرایط اقتصادی کشور دیده می‌شود و غیره. طبیعی دیدن بسیاری از عوارض در مراحل بعدی درمان مشکل آفرین خواهند شد زیرا برخی اعضای خانواده را از پیوستن به فرایند "مداخله" باز می‌دارد.

♦ **سرزنش یکدیگر:** از موارد شایع بعد از پیدایش شک یا یقین به مصرف مواد مخدر در خانواده‌ها، سرزنش و حملات متقابل اعضاء به یکدیگر است. پدر سعی می‌کند که اعتیاد را ناشی از بی‌تدبیری مادر در اداره فرزند بداند. مادر حضور کم‌رنگ پدر را عامل معتاد شدن بیمار تلقی می‌کند. ممکن است خواهران و برادران بیمار نبود شرایط رفاهی ناشی از ضعف درآمدی پدر را مقصر بدانند. در هر حال مقصر دانستن‌ها در عمل مشاوره اخلاص ایجاد کرده و مانع شکل‌گیری رویه کارآمد در "مداخله" می‌شود. این مکانیسم مشکل مهم دیگری نیز ایجاد می‌کند و ممکن است مشاور و درمان‌گر کم‌تجربه را به دام خود بکشاند و آن تبدیل جلسات مشاوره به جلسات دادگاه است. به جای مشاوره، اعضای خانواده هر یک سعی در برائت خود و متهم کردن دیگری دارند و از درمان‌گر می‌خواهند با قضاوت در میان آن‌ها مقصر را معرفی کند یا از یکی از جناح‌ها طرفداری نماید.

♦ **دلیل تراشی:** در جریان مصاحبه متوجه می‌شوید که بستگان عوامل بسیار متعدد و متنوعی را به عنوان عامل سوء مصرف مواد مخدر در عزیزان خود مطرح می‌کنند. غیبت پدر به دلیل مأموریت شغلی، انتقال از شهرستان به تهران، اعزام به سربازی در مناطق دورافتاده، بیماری عضو دیگر خانواده که باعث غفلت از بیمار شده، گرانی، بیکاری، کارفرمای مشکل‌آفرین و غیره. به‌واقع هر فردی برای اعتیاد در خود یا بستگان خود صاحب یک

فرضیه یا نظریه شبه علمی است.

♦ **خشم و پرخاش:** گاهی اوقات واکنش بستگان صرفاً خشم و عصبانیت است. چرا آن‌ها؟ مگر چه اشتباهی مرتکب شده‌اند؟ این چه عدالتی است؟ از جامعه، از یکدیگر، از دولتمردان، از دوستان همه عصبانی هستند. پرخاشگری ممکن است حتی به جلسات مشاوره هم سرایت نماید.

♦ **احساس شرم و گناه:** با وجود آن که در بسیاری از موارد اعضاء در ظاهر خود را مقصر نمی‌دانند یا به انکار اعتیاد و عوارض آن می‌پردازند، در باطن از حس شدید سرزنش خود، شرم و گناه رنج می‌برند. به گونه‌ای خود را پدر یا مادری بی‌کفایت دیده که قادر به تربیت صحیح فرزندان نبوده‌اند. یا ممکن است تصور کنند که چون در زندگی به فکر خود بوده‌اند، از فرزند خود غافل شده و او به کژ راهه رفته است. به‌واقع قسمت زیادی از آن چه تحت عنوان سرزنش و انکار دیده می‌شود، خود مکانیسم دفاعی برای جبران حس شرم و گناه است. بسیار مشاهده می‌شود که بستگان ابتدا به حالتی طلبکارانه و عصبانی یکدیگر را خطاب می‌کنند اما بعداً به گریستن افتاده ضمن طلب آمرزش، خواهش دارند که به آن‌ها به چشم والدین بی‌کفایت و بدطینت نگریسته نشود. ادعاهایی که با قسم همراهند که هرچه توان داشته‌اند برای بیمار گذاشته‌اند یا تمام عمر و جوانی و خوشبختی خود را فدای وی کرده‌اند معمولاً از این حس حقارت و شرم نشأت می‌گیرد. لازم است درمان‌گر به ظرافت‌های این مسئله آشنا باشد.

♦ **جبران افراطی مناسبات بیرونی:** در پاسخ به شک به اعتیاد و احساس شرم و گناه ناشی از آن، بسیاری از بستگان به ویژه مادران و همسران بیماران اقدام به نمایش چهره‌ای ایده‌آل، بی‌نقص و کامل از خود

می‌نمایند. آن‌ها سعی دارند سرزنش احتمالی دیگران را با جبران تمام و کمال رفتارهای خود خنثی نمایند. برخی خود را به‌نوعی مدیون یا بدهکار دیگران می‌بینند. این‌گونه افراد تبدیل به اشخاصی فوق‌العاده وقت‌شناس، مبادی آداب، خیر، پرکار، دقیق و آبرومند می‌شوند که سعی دارند کوچک‌ترین نقطه ضعفی در روابط بین فردی نداشته باشند. زحمات دیگران را سریعاً جبران می‌کنند، سعی دارند بهترین برخورد را با اطرافیان داشته باشند، مقررات اجتماعی را خوب رعایت می‌کنند، نگران ایجاد آزار و تحمیل زحمت به نزدیکان هستند و حفظ آبرو و گونه‌ای حس رودرپایستی برای آن‌ها جنبه مرکزی دارد. البته در نگاه اول این‌گونه جبران نباید ناخوشایند باشد. اما فراموش نکنید که این تلاش انرژی زیادی از بستگان برده و آن‌ها را در معرض فشار شدید روحی و روانی "ایده‌آل و کامل" بودن قرار می‌دهد. به همین دلیل بعد از مدتی دچار خستگی، ناامیدی و احساس اعتماد به‌نفس پایین شده و نهایتاً افسردگی به سراغ آن‌ها می‌آید.

♦ **حمایت مشکل‌آفرین از بیمار:** در گروه دیگری از بستگان، حمایت افراطی از بیمار و تلاش برای برآورده‌سازی کلیه خواست‌های وی مشاهده می‌شود. این بستگان تلاش دارند نه تنها بیمار را از هر آسیب ناشی از مصرف مواد مصون دارند، بلکه عملاً او را در ادامه مصرف یاری می‌کنند. اگر بیمار دچار بی‌پولی شود، سریع نیاز مالی وی را جبران می‌کنند، مراقب هستند دیگران پی به اعتیاد و آسیب‌های آن در بیمار نبرند، غیبت‌ها و کم‌کاری بیمار را جبران می‌کنند، وی را از گزند نیروهای انتظامی حفظ می‌کنند و در صورتی که گرفتار شود برای رهایی و حذف مجازات وی تلاش می‌کنند، برای علایمی که ناشی از اعتیاد بیمار است

مانند خواب‌آلودگی، افت کارایی، بی‌برنامگی، پرخاشگری و سایر علائم دلیل تراشی کرده و در چشم دیگران آن‌ها را طبیعی جلوه می‌دهند. اگر بیمار کاهش وزن دارد، برای دیگران آن را به کار زیاد نسبت می‌دهند. اگر وی با بستگان مشاجره کرده، از جانب وی عذرخواهی کرده و مشغله کاری بیمار را دلیل آن معرفی می‌کنند. اگر به دلیل غیبت‌های مکرر از جانب صاحب‌کار توبیخ شده است، برای وی گواهی بیماری و مرخصی استعلاجی تهیه می‌کنند. در مجموع خانواده مانع می‌شوند که بیمار با عوارض مصرف مواد مخدر مواجه شده و اصطلاحاً به ته خط برسد. بنابراین ناخواسته مصرف را در وی استمرار می‌دهند و او را در اعتیاد خود توانمند^۱ یا توانا می‌سازند.

- ♦ **معامله با بیمار:** در گروه دیگری از خانواده‌ها، سیاست معامله با بیمار و احياناً تطمیع وی وجه غالب برخورد است. خانواده‌ها مصر هستند با بیمار مذاکره کرده و از طریق پاداش و آن هم اکثراً مالی او را از مصرف باز دارند. سعی می‌شود در ازای ترک مصرف پاداش‌هایی چون خرید موبایل، اتومبیل، افزایش پول توجیبی یا فراهم‌سازی امکان ازدواج با فرد مورد علاقه و غیره در نظر گرفته شود. بیمارانی که از این‌گونه خانواده‌ها برخاسته‌اند، در ازای ورود به درمان و ترک مصرف همواره طلب پاداش دارند و مدعی می‌شوند "چه گیر آن‌ها می‌آید؟" و ظاهراً در ازای مشارکت در درمان چشم‌داشت از خانواده و حتی درمان‌گر دارند.
- ♦ **تسلیم و بی‌تفاوتی:** برخی خانواده‌ها هنگام مواجه شدن با احتمال اعتیاد در عزیزان خود رویه بی‌تفاوتی و بی‌انگیزگی در پیش می‌گیرند. به نوعی از درمان ناامید هستند و دیگر نگران آن‌چه بر سر بیمار خواهد آمد،

نیستند. این رویه معمولاً متعاقب دوره طولانی کشمکش با بیمار و خسته شدن خانواده از رفتارهای وی عارض می‌شود. اعضای خانواده در فرایند درمان شرکت نمی‌کنند و حاضر به وقت گذاشتن برای جلسات مشاوره نیز نیستند. گاهی این گونه خانواده‌ها به‌طور افراطی علاقه‌مند هستند که هزینه درمان را بپردازند و خود را از هرگونه مسئولیت دیگری دور سازند. برخی موارد نیز به‌جای درمان حاضرند هزینه اعتیاد را بپردازند به این امید که تماس بیمار با آن‌ها به حداقل برسد. اصطلاحاتی چون "پول درمان" یا "پول مصرف را می‌دهیم و دیگر به ما مربوط نیست بیمار چه کار خواهد کرد" شایع است. یکی از رویکردهای شایع در این گونه خانواده‌ها علاقه‌مندی به مداخلات کاهش آسیب است. آن‌ها ممکن است رضایت دهند که بیمار ماده خود را به صورت کنترل شده مصرف نماید به این شرط که از آزار وی کاسته شود و دیگر برای خانواده مشکل ایجاد نکند.

وظیفه مشاور و درمان‌گر شناسایی سبک‌های دفاعی و واکنش خانواده‌ها به احتمال اعتیاد در عزیزان‌شان است. ممکن است شناسایی دقیق این واکنش‌ها نیازمند جلسات متعدد با تعدادی از اعضای خانواده باشد و اطلاعات درمان‌گر به تدریج و با برخورد بیشتر تکمیل شود. به‌یاد داشته باشید که در جریان دستیابی به این واکنش‌ها، درمان‌گر باید همواره از جایگاه حرفه‌ای خود نقشی حمایت‌گر داشته و از هرگونه جهت‌گیری، قضاوت و برخورد مستقیم اجتناب نماید.

تا این مرحله، درمان‌گر ضمن برقراری رابطه درمانی صحیح با بستگان و ایفای نقش درک‌کننده و حمایت‌گر، با صرف وقت و صبر و حوصله لازم از نگرانی‌های خانواده در زمینه مصرف مواد مخدر، عوارض مستقیم و هم‌چنین

عوارض فراگیر و عمومی مصرف مواد مخدر مطلع شده و واکنش‌های خانواده به وجود اعتیاد را شناسایی کرده است. درمان‌گر درباره احتمال سه پدیده مسمومیت، پسیکوز و افکار خودکشی تا حد امکان دانش کافی کسب کرده است. او هم‌چنین از میزان مقابله خانواده با بیمار و هم‌چنین واکنش وی به آن آگاه گردیده است. بعد از این مرحله درمان‌گر قرار است خانواده را برای اقدام آماده نماید. در فصل بعد به این مطلب می‌پردازیم.

نکات بالینی

توجه داشته باشید که در برخی مواقع هنگامی که از خانواده‌ها می‌پرسیم که بیمار آن‌ها چه می‌گوید یا حرف حسابش چیست؟ با پاسخ شایعی مواجه می‌شویم. آن‌ها ابراز می‌دارند که بیمار حرف‌های "نامربوط و بی‌سر و ته" می‌زند. یا چرت و پرت می‌گوید! این پاسخ را نیز اکثراً با عصبانیت و سرخوردگی بیان می‌دارند. در این‌جا درمان‌گر موظف است که از خانواده‌ها بخواهد درباره کلام و صحبت‌های بیمار دقیق‌تر توضیح دهند. فراموش نکنید که خانواده با علامت‌شناسی روان‌پزشکی آشنا نیستند و منظور آن‌ها از این پاسخ می‌تواند یکی از موارد زیر باشد:

بیمار دچار مسمومیت دارویی است و منظور از کلام نامربوط پرش افکار یا گسیختگی تداعی‌هاست. جملات وی واقعاً نامربوط است و عملاً از تسلسل ناهمخوان لغات یا جملات تشکیل شده است.

بیمار دچار هذیان است و منظور از کلام نامربوط بیان امور غیر ممکن هذیانی است. از آن‌جایی که افراد غیر متخصص درک درستی از مفهوم پسیکوز و آسیب‌شناسی هذیان ندارند، ادعاهای بیمار را نوعی چرندگویی تلقی می‌کنند. در اکثر موارد منظور خانواده هیچ یک از موارد فوق نیست. بلکه خواست‌ها،

انتظارات و شکایات بیمار را غیر اخلاقی، زیاده‌خواهانه، برخاسته از هیجان و غیر منطقی دانسته و از آن‌ها تحت عنوان حرف نامربوط یاد می‌کنند. به‌عنوان مثال ادعاهایی مانند این‌که "همه با من بد هستند، هیچ‌کس مرا نمی‌خواهد، همه می‌خواهند از شر من رها شوند و آرزوی مرگم را می‌کنند، مرتب پشت سر من حرف می‌زنند، مرا مسخره می‌کنند، انگار فرزند آن‌ها نیستم، در زندگی برای من هیچ کاری نکرده‌اند، من عضو ناخواسته بوده‌ام، همه‌اش در حق من بدی کرده‌اند" و مشابه آن. درمان‌گر باید متوجه باشد که این‌گونه ادعاها هرچند ممکن است بدبینانه و نامعقول باشند اما برخاسته از جو هیجانی خانواده بوده و هذیان به حساب نمی‌آیند. به صرف بیان چنین مطالبی که مصداق عینی صحت و سقم بیرونی ندارند نمی‌توان بیمار را پسیکوتیک قلمداد کرد.

تمایز این دسته از دو دسته فوق بسیار مهم است و رویکرد درمانی کاملاً متفاوتی می‌طلبد. یکی از مهم‌ترین اقدامات تشخیصی به‌ویژه در هنگام برخورد با مصرف‌کنندگان شیشه، تصمیم درباره وجود یا عدم پسیکوز در فرد مصرف‌کننده است که در فصل ۵ به آن بیشتر اشاره خواهد شد.

فصل ۳

آماده‌سازی مصرف‌کنندگان و بیماران غیرراغب برای مراجعه

در فصل قبل به بحث درباره حالتی پرداختیم که خانواده نگران مصرف مواد مخدر در عزیزان خود است و جهت مشاوره به درمان‌گر مراجعه کرده است. مشاور نیز طی فرایندی که اشاره شد بعد از ایجاد رابطه درمانی مناسب، ابراز حس همدلی و حمایت روانی از آن‌ها، در حد امکان شرح حالی از وضعیت بیمار تهیه کرده است. اکنون بحث بر سر اقدام مقتضی است. بر این اساس حالات مختلفی متصور است که هر یک مداخله خود را می‌طلبد.

در حالت ساده، بیمار راضی به مراجعه است. در این حالت خانواده بعد از شک به اعتیاد در بیمار، او را با نگرانی‌های خود مواجه کرده‌اند و بیمار نیز در پاسخ پذیرفته که برای مشاوره و احیاناً درمان مراجعه نماید. برخورد با بیمار مراجعه‌کننده به‌طور مبسوط در فصل ۴ توضیح داده می‌شود.

در حالت دیگر، بیمار خود را مشکل‌دار نمی‌بیند یا اصولاً تمایلی برای درمان

نشان نمی‌دهد. این وضعیت حالتی شایع و در عین حال دشوار است. خانواده‌ها اصرار بر وجود مشکل در بیمار دارند اما وی برعکس خانواده فکر می‌کند و منکر اعتیاد یا هرگونه مشکل است. این فصل بیشتر به این حالت می‌پردازد. در صورتی که درمان‌گر با مورد اخیر مواجه شود، بهتر است موارد زیر را از مد نظر بگذراند:

♦ آیا بیمار واقعاً مشکلی دارد؟ در برخی موارد حساسیت بیش از حد خانواده، تلقین دیگران، اطلاع‌رسانی نادرست از رسانه‌ها و بی‌اطلاعی آنان از مفهوم و علایم اعتیاد باعث می‌شود به اشتباه عزیزان خود را دچار مشکل مواد تصور کنند. هر افت کارکرد، پرخاشگری، تغییر خلق و سطح انرژی یا به هم خوردن چرخه خواب و بیداری موید مصرف مواد مخدر نیست. مجموعه گسترده‌ای از بیماری‌های روان‌پزشکی علایمی شبیه اعتیاد ایجاد می‌نمایند و درمان‌گر با تبحر و دانش خود باید بتواند تشخیص‌های افتراقی سوء مصرف مواد مخدر را شناسایی کرده و مطرح نماید. از توضیح بیشتر درباره تشخیص بیماری‌های روانی در این کتاب خودداری می‌شود.

♦ آیا با توجه به آنچه خانواده ابراز می‌دارند، بیمار در وضعیت پسیکوز یا مسمومیت ناشی از مصرف مواد مخدر است؟ در این گونه موارد مداخله درمان‌گر تفاوت اساسی با حالت بعدی دارد.

♦ آیا بیمار در وضعیت آسیب جدی به خود و خودکشی است؟ آیا درمان‌گر خطر اقدام به خودکشی را بالا تشخیص می‌دهد؟

اگر پاسخ تمام موارد فوق منفی است، در این حالت درمان‌گر باید خانواده را جهت ترغیب بیمار برای ورود به درمان یا مشاوره راهنمایی نماید. قبل از آن، بهتر است بحث کوتاهی درباره دلایل عدم ورود به درمان داشته باشیم.

آنچه مانع ورود بیماران به درمان می‌شود

معتادان به راحتی پذیرای درمان نیستند و فاصله زمانی بین ابتلا به اعتیاد تا زمان مراجعه برای درمان می‌تواند به چندین سال برسد. این که چه عاملی معتادان را وادار به پذیرفتن درمان می‌کند و چرا در جریان اعتیاد تصمیم به ترک یا بهتر بگوییم تصمیم به تغییر در رفتار خود می‌گیرند، یکی از کانون‌های جذاب و پیچیده طب اعتیاد است.

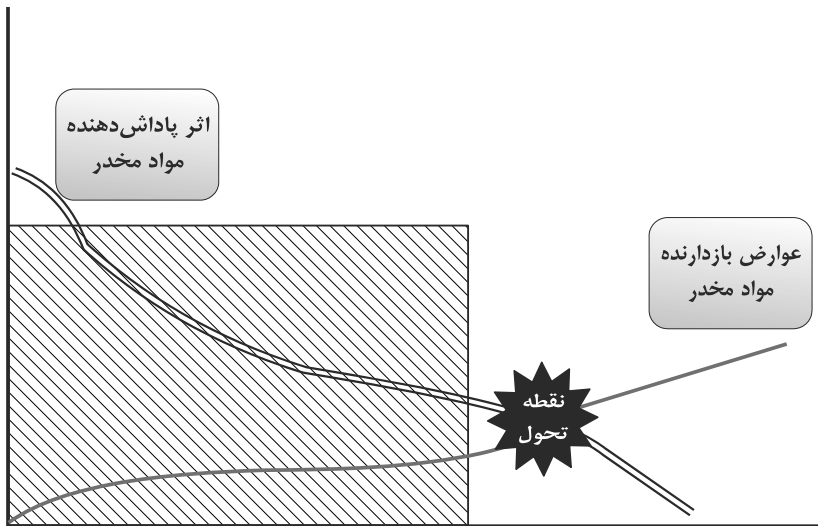
به اعتقاد صاحب‌نظران و درمان‌گران، عوامل یا باورهایی که معتادان را از تغییر باز می‌دارند و مانع مراجعه آن‌ها برای درمان می‌شوند، موارد متعددی جلب توجه می‌کند که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

♦ **لذت‌طلبی^۱:** در اوایل اعتیاد معتادان از مواد لذت می‌برند و اتفاقاً لذت آن را شدید و وصف‌ناشدنی ذکر می‌کنند. بنابراین تعجبی ندارد که در دوره‌هایی از اعتیاد هیچ‌گونه علاقه‌ای به ترک مصرف نشان ندهند. آن‌ها در برآوردی که نزد خود دارند، ممکن است متوجه اثرات مخرب و مشکل‌آفرین مواد باشند، اما از آن جایی که به واسطه مصرف به شدت نشئه می‌شوند، علاقه‌مند به ادامه رفتار هستند و اگر عده‌ای مانع مصرف شوند ممکن است به آن‌ها پرخاش کرده و حالت دفاعی بگیرند. آن‌ها ابراز می‌دارند که مواد مشکلی برای آن‌ها ایجاد نکرده است و در متوقف‌ساختن مصرف خود ناتوان نیستند. فقط نمی‌خواهند مصرف را متوقف کنند. مواد را تحت کنترل دانسته و عجزی در برخورد با آن در خود احساس نمی‌کنند. البته نباید انتظار داشت که بیمار همواره با صراحت این مسایل را بیان دارد. هنگامی که فشار و سرزنش اطرافیان بالا

باشد یا بیمار نگران عواقب قانونی رفتار خود باشد ممکن است رویه‌هایی چون انکار مصرف، پرخاش در مقابل فشار دیگران یا تظاهر در ناتوانی به توقف مصرف پیشه سازد اما باطناً در مرحله لذت‌بردن و مغالزه با مواد است و دوران طلایی مصرف را طی می‌کند.

با گذشت زمان، کم‌کم از میزان لذت‌بخشی مواد مخدر کاسته می‌شود. این امر یک پدیده فراگیر و عمومی است و اصطلاحاً به لذت‌بخشی یا پاداش‌دهی تحمل ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر مصرف‌کنندگان به تدریج به آن عادت می‌کنند و روز به روز از جذابیت مواد مخدر در نظر آن‌ها کاسته می‌شود. در کنار کاهش لذت، مصرف‌کنندگان به‌طور روزافزون عوارض ناخوشایند مصرف را تجربه می‌کنند. عوارضی مانند افت ظاهر، از دست‌دادن اعتبار و جایگاه اجتماعی، سرزنش مکرر اطرافیان، از دست‌دادن درآمد و موقعیت‌های شغلی، طردشدن توسط بستگان و موارد متعدد دیگر. تجمع این عوارض از یک سو و نقصان لذت‌بخشی از سوی دیگر سرانجام بسیاری از معتادان را به سوی تغییر و تصمیم به ترک سوق می‌دهد. معتادان از این نقطه‌ی عطف، تحت عنوان "خسته‌شدن"، زده‌شدن یا به ته خط رسیدن یاد می‌کنند. قبل از رسیدن به این نقطه طبیعتاً فرد از مواد احساس رضایت و لذت دارد و بعید است داوطلبانه به تغییر فکر کند. نمای ساده‌شده‌ای از این پدیده در شکل ۱-۳ ارائه شده است.

لازم به ذکر است که سرعت کاهش و حذف اثر لذت‌بخشی مواد به عوامل متعددی بستگی دارد. نوع ماده مخدر یکی از این عوامل است. به برخی مواد خیلی سریع‌تر عادت و تحمل ایجاد می‌شود. شکل، میزان و دفعات مصرف نیز می‌توانند در این امر مؤثر باشند.

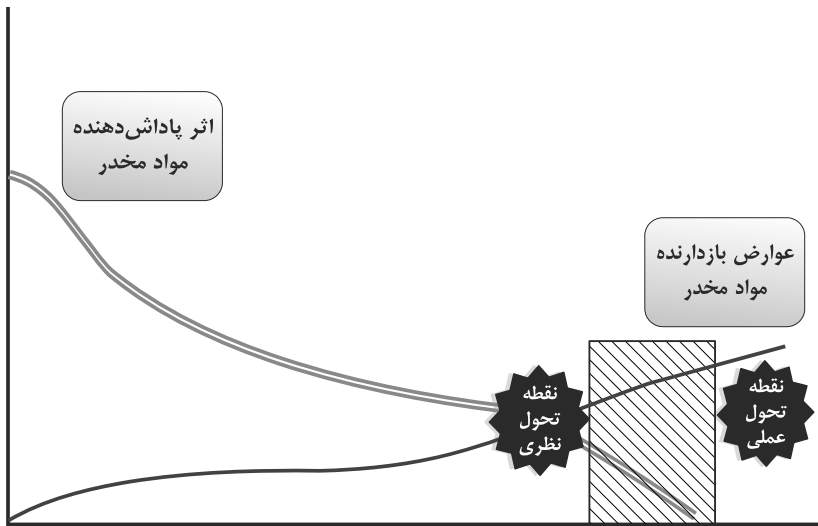


شکل ۱-۳: با گذشت زمان از اثر لذت‌بخشی مواد کاسته شده و بر عوارض بازدارنده افزوده می‌شود. در نقطه تحول بیمار متوجه می‌شود که لذتی که از مواد کسب می‌کند به عوارض آن نمی‌ارزد و باید رفتار را رها سازد. اما بیمارانی که قبل از این زمان هستند (مستطیل هاشور خورده) هنوز به این باور نرسیده و مصرف مواد خود را دوست دارند. آن‌ها فعلاً انگیزه‌ای برای تغییر ندارند.

برخی انسان‌ها نیز سریع‌تر از برخی دیگر به لذت ناشی از مواد عادت یا تحمل پیدا می‌کنند و طبعاً نقطه عطف آن‌ها زودتر فرا می‌رسد. از سوی دیگر تجمع عوارض نیز در انسان‌ها متفاوت است و عوامل شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی در آن‌ها نقش دارند. افرادی که منابع زیادی در اختیار دارند و از حمایت مناسب اجتماعی بهره می‌برند، دیرتر دچار عوارض بازدارنده می‌شوند. در عین حال ممکن است عده‌ای با وجود نداشتن منابع، در وضعیتی باشند که چیزی برای از دست دادن نداشته

باشند و آن‌ها نیز دیرتر دچار عوارض بازدارنده شوند. یا به عنوان مثال، در فصل گذشته اشاره شد که واکنش برخی خانواده‌ها به اعتیاد، حمایت مشکل‌آفرین و توانمندسازی است. بنابراین در چنان محیط‌هایی نیز بیمار کمتر و دیرتر با عوارض بازدارنده رفتار اعتیادی خود مواجه شده و نقطه عطف با تأخیر شکل می‌گیرد. در هر صورت اگر تعادل بنفع لذت و به ضرر تجربه عوارض باشد، بیمار در استمرار رفتار خود مصر بوده و هنگام مواجه‌سازی بستگان، حاضر به تغییر نخواهد بود. این دسته یکی از بزرگ‌ترین دسته بیماران غیر راغب برای درمان را تشکیل می‌دهند.

♦ **بی‌میلی^۱**: در این حالت بیمار به مشکل‌آفرین بودن مصرف خود و این‌که لذت مواد مخدر به مشکلاتی که ایجاد کرده، نمی‌ارزد اعتراف دارد اما اظهار می‌دارد که توان، انرژی یا انگیزه تغییر ندارد. او می‌داند که دیگر مصرف مواد لذت‌بخش نیست ولی راه تغییر و ترک را دشوار، طولانی و دست‌نیافتنی فرض می‌کند. این گروه برخلاف گروه قبلی چندان سرسخت و مقابله‌کننده نیستند و خود نیاز به تغییر را قبول دارند اما اینرسی وضعیت حال آن‌ها و نبود توان کافی برای تغییر، در دسرآفرین است. نکته جالبی که لازم است بدانید این است که برخلاف شکل ۱-۳، در عمل بسیاری از مصرف‌کنندگان بعد از رسیدن به نقطه عطف دست به تغییر رفتار نمی‌زنند و فاصله زمانی بین نقطه عطف نظری و شروع تحول و تغییر وجود دارد. فرد از نظر باور و دانش عقلی نیاز به تغییر را احساس می‌کند اما انرژی، پشتکار یا سرمایه روانی آن را ندارد و به همین دلیل ماه‌ها بلکه سال‌ها در حالت بلا تکلیفی و تعلل به سر می‌برد. شکل ۲-۳ نمای واقعی‌تری را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۳: بیماران هنگام رسیدن به نقطه تلاقی دو منحنی لذت و عوارض باید تغییر کنند اما در عمل این اتفاق نمی‌افتد و بیماران گاهی تا سال‌ها (مستطیل) بعد از آن به مصرف ادامه می‌دهند. عامل استمرار مصرف با وجود غلبه عوارض به لذت عوامل دیگری چون بی‌میلی، عناد، ناآگاهی یا تسلیم و وادادگی در برابر مواد است.

در این صورت، بیماران زیادی وجود دارند که از مصرف خود خسته هستند، آن را بی‌فایده و نادرست می‌بینند و معتقدند که وضع آن‌ها بدون مواد بهتر خواهد بود اما هنگام اصرار بستگان برای مراجعه جهت درمان، مقاومت می‌کنند. جملاتی مانند این که "دنبال فرصت برای ترک هستم"، "اگر چند روز وقت داشته باشم حتماً اقدام می‌کنم" یا "اجازه بدهید در وقت مناسب ترک خواهیم کرد" در این گروه به کرات شنیده می‌شود. این گروه در مقایسه با گروهی که لذت‌طلبی دلیل عدم مراجعه است، شیوع کمتری دارند اما نباید از نظر دور بمانند.

- ♦ **عناد و سرکشی^۱**: در این حالت معمولاً بیش از آن که لذت مواد یا عوارض آن مشکل آفرین باشد مسئله عناد با والدین، همسر یا سایر خویشاوندان مطرح است. بیمار مصر است مواد مصرف کند چون آن را نشان استقلال خود می‌پندارد و از آن جهت با خواست خانواده برای مراجعه مقابله می‌کند چون آن را دخالت در امور فردی خود تلقی می‌کند. گاهی نیز مسئله به جنگ قدرت ختم نمی‌شود و به شکل انتقام‌گیری از خویشاوندان درمی‌آید. بیمار می‌خواهد والدین یا همسر را به خاطر مواردی چون کم‌توجهی، احساس طردشدگی، بی‌وفایی واقعی یا خیالی و سایر حالات عاطفی خاص مجازات نماید. در برخی حالات حس مجازات از دیگران فراتر بوده و با انگیزه‌های آسیب به خود و آرزوهای خودانهدامی^۲ درمی‌آمیزد.
- ♦ **دلیل تراشی^۳**: در این گونه موارد بیمار برای استمرار مصرف و مقاومت خود در برابر تغییر دلایل مختلفی می‌آورد. دلایلی چون: اگر مصرف نکنم، دچار افسردگی می‌شوم، برای حل مشکل ناتوانی جنسی استفاده می‌کنم، بدنم عادت کرده و اگر متوقف کنم امکان عوارض جدی از جمله مرگ وجود دارد، تنها به کمک مواد قادر به کار یا تحصیل هستم و موارد بسیار دیگری. این دسته از بیماران به مشکل داربودن رفتار اعتیادی خود اعتراف دارند و نیاز به تغییر را نیز چندان با سرسختی رد نمی‌کنند اما برای تغییر پیش شرط‌هایی قرار می‌دهند و معتقدند تا زمانی که پیش شرط‌ها تأمین نشوند و دلیل مصرف مواد برطرف نشود ناچار به ادامه مصرف هستند. در دفاع از رفتار خود و مشکلات ناشی از ترک قدرت استدلال

1. Rebellion
2. Self-destructiveness
3. Rationalization

زیادی داشته و برخی اوقات بسیار اهل بحث و جدل هستند.

♦ **وادادگی و تسلیم:** این حالت تا حدی شباهت به حالت بی میلی دارد ولی فراگیرتر و عمیق تر است. در بیمارانی که دچار اعتیاد طولانی مدت بوده و مبادرت به ترک های مکرر کرده و به دفعات شکست خورده اند نوعی حس ناتوانی و به ستوه آمدن از اعتیاد شکل می گیرد. آن ها به این نتیجه می رسند که اعتیاد درمان ناپذیر است و تا آخر عمر همراه آن ها خواهد بود. جملاتی چون "از ما که گذشت"، "زندگی مان تباه شد"، "از عمر ما دیگر چیزی نمانده" و مشابه آن به کرات شنیده می شود. این گونه افراد معتقدند که تنها مرگ آن ها را رها خواهد کرد و گاهی تنها هم و غم خود را برای نجات فرزندان یا نسل های بعد می گذارند. در میان افراد مسن این باور و سبک استدلال بیشتر دیده می شود. مقاومت آن ها در برابر تغییر از باور آن ها به بی فایده بودن تغییر نشأت می گیرد.

پنج مورد فوق شایع ترین دلایل مقاومت در برابر درمان و قطع مصرف به حساب می آیند. جهت سهولت در به خاطر سپاری، به یاد داشته باشید که همگی با حرف لاتین R شروع شده و به پنج R مخالفت معروفند. ضمناً فراموش نکنید که به ندرت انگیزه یک نفر در مخالفت با تغییر صرفاً به یکی از موارد محدود می شود. در اکثر موارد مخلوطی از چند یا تمامی آن هاست اما یکی پررنگ تر از سایرین است. لذت بردن از مواد باعث می شوند بیماران علاقه ای به رهاسازی آن نداشته باشند، لذا برای توجیه ادامه مصرف دلیل تراشی می کنند و امکان ترک و رهایی را بعید و دست نیافتنی می بینند. در صورت اصرار زیاد بستگان برای تغییر نیز وارد سبک دفاعی شده و از سر عناد و لجاجت هم که شده با هرگونه مشارکت در درمان مخالفت می کنند.

اما هنگام برخورد با این دسته چه باید کرد؟

انجام مداخله

چگونگی برخورد با بیمارانی که اشاره شد یکی از دشوارترین بخش‌های طب اعتیاد است. بسیاری از خانواده‌ها خواستار نوعی حمایت یا مشاوره به این منظور هستند. این شکایت که "بیمار خودش برای درمان نمی‌آید. ما چه کنیم؟" مکرراً شنیده می‌شود. میل بستگان به ترک‌دادن بیمار و مقاومت وی در مقابل هرگونه تغییر محیط خانواده را به عرصه جنگ تمام عیار تبدیل می‌کند. خانواده به راه‌هایی چون تهدید کور، پرخاشگری، توسل به زور، تطمیع، التماس و حتی فریب بیمار رو می‌آورند. ممکن است او را ناگهان دستگیر کرده و به کمپ بفرستند. با دادن پول و هدایای گران قیمت او را مجاب به توقف مصرف کنند. به تهدیدهای توخالی و نشدنی روآورند. به بهانه ساختگی او را فریب داده و به مرکز درمانی ببرند. مجموعه اقدامات بستگان برای مجاب‌کردن بیمار بسیار متنوع و گاهی خلاقانه است! اما در اکثریت موارد با سرخوردگی تمام مواجه می‌شوند. بیمار به محض رهاشدن از کمپ به مصرف رو می‌آورد. یا به تهدیدهای توخالی و احساسی خانواده بی تفاوت می‌شود. هدایا و رشوه‌ها را گرفته و مجدداً به مصرف مواد ادامه می‌دهد. بنابراین اطرافیان اعتراف می‌کنند که قادر به راغب‌سازی بیمار برای درمان نیستند و مستأصل می‌شوند.

در روان‌درمانی اعتیاد، جهت تشویق یا وادار ساختن بیماران برای ورود به درمان و غلبه بر مقاومت آن‌ها مجموعه اقداماتی ابداع شده است که به آن‌ها نام اختصاصی "مداخله"^۱ داده شده است. فراموش نکنید که مداخله اسم خاص بوده و به اقداماتی که به آن‌ها اشاره خواهد شد، اختصاص دارد. هدف از مداخله

مجاب کردن بیمار برای تغییر و راغب‌سازی وی جهت ورود به درمان است. اولین مداخله توسط فردی به نام ورنون جانسون^۱ در سال ۱۹۷۳ ابداع گردید که امروزه به نام مداخله جانسونی^۲ معروف است. ورنون جانسون بر این باور بود که به کمک این مداخله می‌توان معتادانی را که انگیزه کافی برای شروع درمان ندارند به قطع مصرف وادار کرد. اساس مداخله جانسونی ساده است و درمان‌گر می‌تواند زمینه اجرای آن را فراهم نماید. مداخله جانسونی از ارکان زیر تشکیل شده است:

۱. در مداخله جانسونی قرار است افراد مهم در زندگی بیمار شناسایی و به کار گرفته شوند. این افراد بهتر است دارای شرایط زیر باشند.

الف) همگی دارای نفوذ و تأثیر بر روی بیمار باشند. یعنی بیمار یا به دلایل عاطفی یا به دلایل اقتصادی، شغلی یا اجتماعی مطیع آن‌ها باشد. به‌عنوان مثال بستگان نزدیک که بیمار به آن‌ها اتصال عاطفی دارد، صاحب کار یا کارفرمای بیمار، دوستان معتمد و بزرگان خاندان از جمله افراد مهم هستند.

ب) از مصرف مواد مخدر در بیمار آگاه باشند یا نگران تغییرات رفتاری بیمار شده باشند. به بیان دیگر باید متوجه شده باشند که بیمار دچار مشکل است و نیاز به کمک دارد. نباید افراد مهمی که از وضعیت بیمار اطلاع ندارند یا متوجه مشکلی در وی نشده‌اند را به کار گمارد.

پ) این افراد حاضر به مواجه شدن با بیمار باشند و بپذیرند که از نفوذ خود بر روی بیمار استفاده کنند. کسانی که حاضر به خطرانداختن جایگاه خود در رابطه با بیمار نیستند یا قدرت تحت فشار قراردادن وی را ندارند،

1. Vernon Johnson
2. Johnson Intervention

به کار گرفته نمی‌شوند. برای مثال نامزدی که معتقد است در هیچ شرایطی مقابل بیمار نایستاده و نمی‌تواند بیمار را برای تغییر رفتار از برخی مزایا یا روابط محروم دارد قادر به مشارکت در مداخله نیست.

ت) افراد مهمی که در مداخله شرکت می‌کنند باید دارای ثبات عقلی و هیجانی باشند و قادر باشند جلسات مداخله را بدون پرخاشگری یا احساسی شدن اداره نمایند. کسی که نمی‌تواند چارچوب از پیش تعیین شده را رعایت نماید و به صورت تکانه‌ای و ناگهانی عصبانی می‌شود برای مداخله مناسب نیست. به فرض پدری که هنگام برخورد با بیمار مرتب پرخاشگر و سرزنش کننده شده و ارتباط را به تشنج و دعوا می‌کشانند باید از فهرست افراد مهم شرکت کننده خارج شود.

ث) جانسون معتقد بود که بهتر است در انتخاب افراد مهم، فقط به بستگان بسنده نشود و غیر خانواده به‌ویژه دوستان و همکاران نیز شرکت کنند. این امر در ایران تا حدی مشکل‌زا است و خانواده‌ها که اکثراً پرجمعیت نیز هستند، ترجیح می‌دهند که غیر از اقوام شخص دیگری در مداخله نباشد.

ج) تعداد مناسب افراد مهم شرکت کننده بین ۸ تا ۱۲ نفر است اما در مواردی که این تعداد قابل دسترس نباشند به کمتر از آن هم بسنده می‌شود. چ) بهتر است افراد مهم توسط درمان‌گر درباره اعتیاد، روش‌های درمان آن و طرز برخورد با بیمار آموزش داده شوند.

۲. افراد مهم موارد نگران کننده از رفتار بیمار را شناسایی و فهرست می‌کنند. یعنی مواردی از مصرف یا عوارض آن یا تغییرات رفتاری نگران کننده‌ای که افراد مهم متوجه آن شده‌اند به‌طور دقیق یادداشت می‌شوند. افراد مهم در جلسات هم‌فکری به کمک درمان‌گر هر آن چه که به‌نظر آن‌ها مشکل‌آفرین

است و از مصرف مواد ناشی شده است را ثبت می‌کنند. موارد نگران‌کننده دارای مشخصات زیر است.

الف) عینی و مستند است. به‌عنوان مثال پیداشدن پایپ و زوررق در کیف بیمار، غیبت بیمار از محل کار، مردودی در ترم تحصیلی، ضرر مالی یا شکستن شیشه‌ها توسط بیمار موارد عینی و قابل استناد هستند. برعکس مواردی چون "بیمار عوض شده است" یا "رفتار وی یک‌جوری شده" یا "مرموز و مشکوک شده" قابل اثبات و تفسیر دقیق نیست و نمی‌تواند در جلسه مداخله معتبر تلقی شود.

ب) قضاوتی یا سرزنش‌آمیز نیست. به‌عنوان مثال این‌که تنبل شده یا فاسد شده است یا باعث شرمندگی گشته است موارد نگران‌کننده غیر عینی با بار قضاوتی بوده و نوعی انگ‌زدن و از پیش محکوم‌کردن هستند.

پ) غیر دوپهلوی هستند. پس مفقودشدن وجهی که کسی نمی‌داند چه شده یا بیرون‌رفتن با کسانی که معلوم نیست لزوماً معتاد باشند نمی‌تواند موارد نگران‌کننده قوی باشد. باید آن‌چه به‌عنوان حادثه یا پدیده نگران‌کننده ابراز می‌شود به‌طور واضح مخرب و منفی بوده و ارتباط آن به بیمار و مصرف مواد مخدر قابل اثبات باشد.

ت) هر یک از افراد مهم موارد نگران‌کننده‌ای را که خود متوجه آن شده‌اند یا به حوزه آن‌ها بازمی‌گردد را مشخص می‌کنند.

۳. افراد مهم فهرستی از اقداماتی را که انتظار دارند بیمار انجام دهد، تهیه می‌کنند. توجه داشته باشید که در مداخله کلاسیک جانسونی این فهرست معمولاً تنها یک درخواست دارد و آن مراجعه جهت درمان اعتیاد است. یعنی افراد مهم متفق‌القول از بیمار می‌خواهند جهت درمان که معمولاً به شکل بستری است تسلیم شود. اما فهرست می‌تواند متنوع‌تر باشد.

الف) درخواست‌ها یا انتظارات باید مشخص و تعریف شده باشند. واضح‌ترین درخواست رفتن به مرکز درمانی است. مثال‌های دیگر می‌تواند توقف مصرف مواد مخدر، ورود به درمان متادون، قطع ارتباط با دوستان مصرف‌کننده یا جدایی از آن‌ها باشد. بنابراین موارد مبهم و دوپهلویی مثل این که بیمار "خود را اصلاح کند" یا "آدم سابق شود" به اندازه کافی واضح نیست.

ب) در حوزه توان بیمار باشد. به‌عنوان مثال این که کل گذشته را جبران کند یا دیگر در زندگی دست از پا خطا نکند و هیچ‌وقت مشکلی ایجاد نکند هم مبهم است و هم جنبه نشدنی دارد و به‌عنوان اقدامات مورد انتظار قابل قبول نیست.

۴. افراد مهم یا کسی به نمایندگی آن‌ها با مرکز درمانی تماس گرفته و اقدامات لازم جهت پذیرش بیمار حتی رزرو نوبت و پرداخت هزینه را انجام می‌دهند. بیمار باید بداند که در صورت ابراز تمایل و موافقت با درخواست افراد مهم، مرکز درمانی خاصی آماده پذیرش وی است و حتی تاریخ ملاقات نیز تعیین شده است. این کار جدی بودن درخواست افراد مهم را نشان می‌دهد و از سردرگمی بیمار نیز جلوگیری می‌کند.

الف) افراد مهم فهرستی از تنبیهات و تحریم‌ها و اقدامات بازدارنده نیز تهیه می‌کنند. اقداماتی که در صورت امتناع بیمار از پذیرش درخواست‌ها (ورود به درمان و ...) به اجرا گذاشته خواهد شد. این فهرست به اقدامات "وگرنه"^۱ معروف است. یعنی بیمار باید درخواست افراد مهم را بپذیرد وگرنه با عواقب خاصی مواجه خواهد شد. این اقدامات هم باید دارای شرایطی باشند. از جمله این شرایط می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

ب) واضح و تعریف شده باشند. به عنوان مثال توقیف موبایل بیمار، امتناع از دادن کلید خودرو، عدم اجازه به استفاده از مغازه، جلوگیری از ورود دوستان به منزل بیمار و موارد دیگر.

پ) تهدید توخالی که قصد اجرای آن را ندارند نباشد. این که او را به زندان خواهند انداخت (اگر واقعاً چنین چیزی در ذهن ندارند) یا او را خواهند کشت! معمولاً بیشتر تهدید است تا اقدام.

ت) قادر به اجرای آن از نظر قانونی باشند و امکانات اجرا را هم داشته باشند. به عنوان مثال بستگان نمی توانند حساب های بانکی بیمار را توقیف کنند یا او را در محلی حبس کنند.

ث) در عمل حاضر به انجام آن باشند. به عنوان مثال قطع ارتباط با بیمار یا تصمیم نامزد به عدم رضایت به ازدواج می توانند "وگر نه" های خوبی باشند به شرط آن که نامزد وی واقعاً حاضر به انجام آن باشد. اگر مادری طاقت ندارد که برای پسر خود غذا تهیه نکند یا او را به منزل خود راه ندهد، بهتر است آن را به عنوان اقدام تنبیهی مطرح نسازد.

ج) آسیب نامعقول و غیر قابل برگشت بر بیمار نداشته باشد. اخراج وی از محل کار و تشکیل پرونده قضایی ممکن است اهرم های فشار قوی باشد اما افراد مهم باید در این فکر باشند که بعد از انجام آن ها، چه قدر بیمار قادر به ادامه فعالیت و زندگی سالم خواهد بود. تنبیه نباید به صورتی باشد که به اصطلاح بیمار را از هستی ساقط کند.

۵. بالاخره با تکمیل موارد فوق در روز خاصی افراد مهم گرد آمده و جلسه ای مشترک به صورت غافلگیر کننده با بیمار مقابله می کنند. در مداخله جانسونی این مرحله به صورت شوک ناگهانی است و قرار است بیمار بدون آمادگی قبلی با گروهی از افراد مهم که گردهم آمده اند مواجه شود. افراد مهم در محیطی

دوستانه و صمیمی و در عین حال قاطع و جدی گردهم آمده یک به یک در جریان جلسه، موارد نگران کننده خود را به نوبت مطرح می کنند. سپس از بیمار درخواست تغییر رویه و شروع درمان صورت گرفته و امکانات درمانی که جهت وی در نظر گرفته شده است معرفی می شوند. در مرحله بعد به بیمار یادآوری می شود که در صورت عدم پذیرش درخواست ها، افراد مهم حاضر در جلسه مجبور خواهند بود که اقدامات تنبیهی و مقابله ای را به اجرا بگذارند. اقداماتی که تک تک برای بیمار قرائت می شود. در نهایت به بیمار قدری فرصت تأمل داده شده و از وی می خواهند تصمیم خود را اعلام دارد. بهتر است به منظور اجرای هرچه موفق تر جلسه مداخله یا مقابله اقدامات زیر صورت گیرد.

الف) جلسه مداخله در محیطی صمیمی، غیر قضاوتی و حمایت کننده برگزار گردد. فراموش نکند هدف جلسه محاکمه بیمار نیست و قرار نیست در جریان آن سرزنش، تحقیر یا تخطئه شود بلکه هدف نشان دادن این است که افراد مهم در زندگی وی، نگران افت او شده اند و برای نجات وی دلسوزانه گردهم آمده اند.

ب) در جلسه فردی که نفوذ بیشتری بر بیمار دارد و هم چنین توانایی اداره جلسه را دارد به عنوان رییس انتخاب شود. وی موظف است جو جلسه را هدایت کرده و مانع بروز تهمت، مشاجره یا پرخاشگری شود. افراد مهم باید چارچوب مداخله را رعایت کنند و جلسه به گله کردن یا درد دل تبدیل نشود. رییس جلسه باید مراقب افزایش بار هیجانی نیز باشد و سعی کند طرفین را به حفظ خونسردی دعوت کند.

پ) توصیه می شود که افراد مهم قبل از انجام جلسه مداخله با حضور بیمار، بدون حضور وی اقدامات و اجرای جلسه را به صورت ایفای نقش تمرین کنند. درمان گر می تواند در این جلسه حاضر باشد.

ت) در الگوی کلاسیک و سنتی مداخله جانسونی درمان‌گر نباید در جلسه مداخله اصلی حضور یابد. اجرای آن به عهده بستگان و نزدیکان بیمار است. او تنها می‌تواند آن‌ها را راهنمایی کند. البته در برخی مداخله‌های معاصر این رویه کم‌کم عوض شده و گاهی درمان‌گر نیز در جلسه مداخله حضور پیدا می‌کند.

ث) بهتر است جلسه مداخله اول صبح و قبل از آن‌که بیمار فرصت کند ماده مخدر خود را استفاده کند، صورت گیرد. بروز علائم محرومیت و نبودن در حالت نشئگی به موفقیت مداخله کمک می‌کند.

ج) اگر بیمار در حالت نشئگی است یا به واسطه مصرف شدید دچار اشکالات شناختی (حافظه، توجه و تمرکز) است، باید انجام جلسه به زمانی دیگر موکول شود. معتادان تحت تأثیر مصرف سنگین مواد از مقابله هیچ اثری نمی‌پذیرند.

۶. بعد از انجام مداخله بیمار یا به درخواست‌های افراد مهم تن می‌دهد و به درمان وارد می‌شود یا مقاومت می‌کند که در این صورت باید اقدامات تنبیهی به اجرا گذاشته شوند. بسیاری از بیماران بعد از مدتی تحت تأثیر فشارها به درمان مراجعه می‌کنند اما اکثریت بعد از جلسه مداخله و قبل از شروع "وگر نه"ها، درمان را می‌پذیرند.

۷. اگر با یکبار مداخله و وضع اقدامات تنبیهی و اعمال فشارها، کماکان بیمار حاضر به درمان نشود، تکرار مداخله با حضور افراد مهم بیشتر و وضع اقدامات بازدارنده شدیدتر توصیه می‌شود. تجربه از آن حکایت دارد که استمرار بر روی روش مداخله و تکرار آن، سرانجام بسیاری از بیماران را به درمان و تغییر رفتار راغب می‌سازد.

نکته ظریفی که توجه به آن اهمیت دارد، تفاوت بیماران مصرف‌کننده مواد

محرک در مقایسه با معتادان افیونی است. خوشبختانه در معتادان به مواد محرک شروع درمان حتی با انگیزه‌های کمتر امکان‌پذیر است. در وابستگان به مواد افیونی علاوه بر آن که باید بیمار تصمیم به جداسدن از اعتیاد خود بگیرد باید با هجوم علائم محرومیت مواد افیونی نیز مواجه شود. در مواد محرک، ترک مصرف با بروز بهبودی سریع و کاهش علائم مسمومیتی مانند بی‌قراری، بدبینی و بی‌خوابی همراه است. بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین به محض قطع مصرف به خواب علاقه‌مند شده و اشت‌های آن‌ها باز می‌گردد و از حس بدی که در مصرف سنگین دیده می‌شود، رها می‌گردند. به همین دلیل ترک مواد محرک در کوتاه‌مدت چندان ناخوشایند نبوده و برای بسیاری از بیماران قابل تحمل است. فراموش نکنید که در عمل بسیاری از مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین هر از چندگاهی مصرف خود را قطع می‌کنند تا از عوارض آن بکاهند. پس وقفه کوتاه‌مدت در مصرف مواد محرک چندان دشوار و نادر نیست. این امر در وابستگی به مواد افیونی به صورت دیگری است. با قطع مواد افیونی، علائمی چون درد شدید بدنی، اسهال، لرز، تهوع و استفراغ، بی‌قراری شدید و عوارض ناراحت‌کننده دیگری ظاهر می‌شوند. به همین دلیل راغب‌سازی یک مصرف‌کننده مواد افیونی برای ورود به درمان دشوارتر از راغب‌سازی معتادان به مواد محرک است. این مطلب شاید برای درمان‌گران مواد محرک قدری دلگرم‌کننده باشد.

جایگزین‌هایی برای مداخله جانسونی

ایراداتی به مداخله جانسونی وارد شده است. این اتفاق که بدون اطلاع بیمار و به صورت غافلگیرانه با او مقابله کنند برای بسیاری ناخوشایند است. شرایط از پیش تعیین‌شده و فشارهایی که در صورت امتناع بیمار بر او وارد خواهد شد نیز تا حدی به تهدید و اولتیماتوم می‌ماند و خشم و واکنش برخی بیماران را در پی

دارد. این امر برخی خانواده‌ها را نگران می‌سازد که مبادا بیمار آن‌ها دست به اقدامی ناگهانی و نسنجیده زده و آسیبی به خود یا خانواده وارد سازد. از طرفی مداخله جانسونی نیز اغلب تنها با تسلیم تام بیمار برای ورود به درمان به پایان می‌رسد. به عبارت دیگر یا بیمار باید تمام شرایط را بپذیرد یا با عواقب آن مواجه شود. حد وسطی وجود ندارد و بیمار قادر به مذاکره یا بیان خواسته‌های خود نیست. هدف نهایی تأکید بر ورود به درمان و قطع کامل مصرف مواد مخدر استوار است. با توجه به این مشکلات، انواع ملایم‌تر و تعدیل‌شده‌ای از مداخله ابداع شده است که مدل ARISE یکی از آن‌ها است.

مدل ارایز در اصل مخفف "ترتیب مداخله‌ای برای درگیرسازی آلبانی - روچستر"^۱ است. ارایز دارای تفاوت‌هایی با مدل جانسونی است. برخی از این تفاوت‌ها در ادامه ذکر شده‌اند:

- ♦ بیمار قبل از آغاز مداخله در جریان تحولات و قرارها قرار می‌گیرد. به او گفته می‌شود که افراد مهم نگران او هستند و با هم جلساتی دارند. محتوای تماس‌ها نیز به صورت مختصر به وی گفته می‌شود. بنابراین برخلاف مدل جانسونی، غافلگیری در کار نیست.
- ♦ هدف از مداخله وارد ساختن بیمار به درمان و قطع ماده مخدر نیست بلکه آغاز فرایند تغییر است. به همین دلیل ممکن است خانواده و سایر افراد مهم در مرحله اول بر روی آغاز بعضی رفتارها به‌عنوان هدف مداخله توافق کنند. به‌عنوان مثال از بیمار بخواهند که به غیبت از محل کار، دیر رسیدن به سر کار و دیر بیدار شدن خود پایان دهد یا عوارض آن را بپذیرد. در مراحل بعد توقف مصرف مواد مخدر در بعضی مناسبت‌ها هدف تعیین گردد. در این صورت فرایند مداخله به‌جای یک اقدام واحد

1. ARISE: Albany Rochester Interventional Sequence for Engagement

به طیفی از اقدامات تبدیل می‌شود.

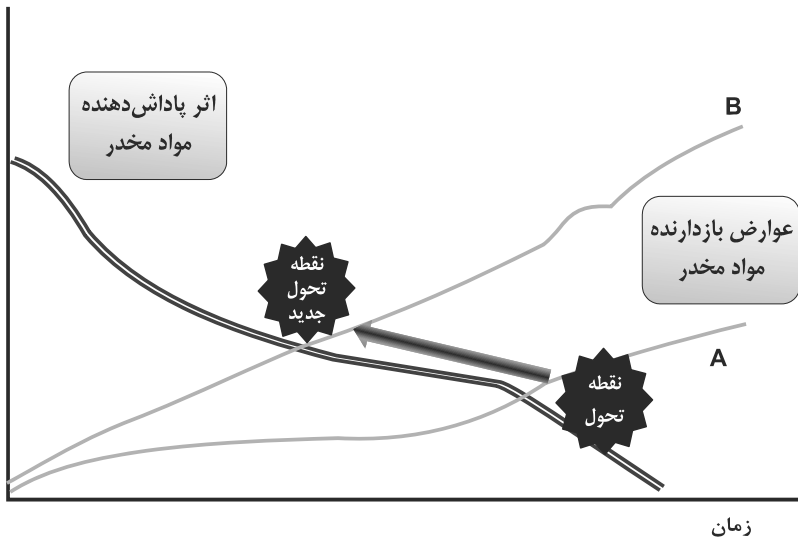
- ♦ تمرکز مداخله تنها بر روی مواد مخدر نیست بلکه بسیاری از رفتارها که به نظر بستگان زمینه‌سازها یا رفتارهای مرتبط با مصرف مواد هستند نیز هدف قرار می‌گیرند. مثلاً ولخرجی، معاشرت با افرادی خاص، عدم تحرک، چرخه فعالیت روزانه نامنظم و بسیاری موارد دیگر.
- ♦ علاوه بر جنبه‌های تنبیهی که در قالب فشارها و "وگرنه"ها مطرح می‌شود، جنبه‌هایی از پاداش و تشویق به خاطر تغییر رفتار نیز مطرح می‌شوند. البته به خاطر داشته باشید که میزان پاداش و ماهیت آن نباید طوری باشد که رشوه یا باج به بیمار تلقی گردد.
- ♦ نقش بستگان در مقایسه با مداخله جانسونی پررنگ‌تر است و کمتر از غیر خانواده دعوت به عمل می‌آید. در این حالت جنبه‌های عاطفی و خوشایندی در مقایسه با کاری و حرفه‌ای پررنگ‌تر می‌شوند.
- ♦ تأکید بر این است که استفاده از حداقل فشار و اقدامات تنبیهی صورت گیرد و "وگرنه"ها تا حد امکان ملایم باشند. نفس تحریم‌ها از شدت آن‌ها مهم‌تر بوده و این پیام به بیمار منتقل می‌شود که بستگان با رفتار وی مخالف هستند و خواستار تغییر آن می‌باشند.
- ♦ به بیمار فرصت مذاکره داده می‌شود که خود در تعیین اهداف و "چه باید کرده‌ها؟" نظر دهد. یعنی اعضای خانواده ابراز می‌دارد که از رفتار بیمار ناراضی و نگران بوده و قاطعانه خواستار تغییر آن هستند. به همین دلیل درباره محدودیت‌ها و فشارهای احتمالی که قصد اجرای آن را دارند با وی صحبت می‌کنند.

مدل ارایز در مقایسه با جانسون الگوی ملایم‌تری ارائه می‌دهد که کمتر با مقاومت بیماران مواجه می‌شود. میزان موفقیت آن نیز در حد یا حتی بیشتر از

جانسون گزارش شده است. به نظر می‌رسد که این الگو با شرایط ایران نیز سازگار باشد و خانواده‌هایی که از فشارهای شدید و عریان جانسونی نگران هستند، می‌توانند از اهرم‌های سبک‌تری برای آغاز تغییر و دست‌یابی به تغییر تدریجی رفتار بهره‌گیرند. برای درک بهتر انگیزش تدریجی و تقویت آن با گذر زمان توصیه می‌شود به مبحث "دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه" مراجعه نمایید. بر اساس این دیدگاه رسیدن به اوج انگیزه برای آغاز درمان ضروری نیست و بیمار با درجاتی از انگیزه برای تغییر می‌تواند شروع کند. نیازی هم نیست که انگیزه روز اول برای توقف کامل اعتیاد و تغییر تمام عیار رفتار باشد بلکه رضایت به آغاز تغییر و برداشتن قدم‌های کوچک کافی بوده و باید مورد استقبال قرار گیرد. در مراحل بعدی با ادامه مداخلات، انگیزه کامل‌تر شده و بیمار برای توقف کامل مصرف گام برخواهد داشت.

محتوای نظری تمامی برنامه‌های راغب‌سازی بر این اصل استوار است که معتادان با خواهش، التماس یا دادن اطلاعات به ندرت حاضر به قطع مصرف می‌شوند. تلاش خانواده برای مجاب کردن بیمار به شکست منجر می‌شود و چرب‌زبانی، تملق، تهدید یا پرخاش به وی بی‌حاصل هستند. راه اصلی، افزایش حساب‌شده فشار بر بیمار است به گونه‌ای که ادامه اعتیاد برای او بسیار پرهزینه و ناراحت‌کننده شود. این امر در واقع تسریع به ته خط رسیدن است. در حالت طبیعی معتادان با استمرار مصرف، به تدریج دچار عوارض مصرف شده و با تجمع آن به فکر تغییر رفتار می‌افتند. اما در استفاده از مداخله عوارض اعتیاد افزایش داده می‌شود. همان‌طور که در شکل ۳-۳ می‌بینید با انجام مداخله عوارض بازدارنده مصرف مواد مخدر از وضعیت A به وضعیت B تغییر می‌کند. افزایش عوارض بازدارنده که قسمت عمده‌ای از آن توسط خانواده و سایر افراد مهم به بیمار وارد شده است زمان رسیدن به نقطه تحول را جلو انداخته و بیماری را که

در حالت غیر راغب یا تعلل قرار داشته است، برای آغاز تغییر تشویق می‌کند. با انجام فرایند راغب‌سازی بیمار برای ورود به درمان آماده می‌شود. متأسفانه برای بیماری که کماکان با انجام مداخلات متعدد تمایلی برای درمان نشان نمی‌دهد، اقدام بیشتری نمی‌توان انجام داد. باید بدانید که راغب‌سازی بیماران نیز دارای محدودیت است و تمام افراد به آن پاسخ دلخواه نشان نمی‌دهند. افرادی هستند که برای زمان موجود، حاضر به انصراف از مصرف نیستند. این انتخاب آن‌هاست و اگر حاضر به قبول تمام عوارض و فشارهای وارده توسط بستگان بوده ولی اعتیاد خود را ادامه می‌دهند، از دیگران کار بیشتری ساخته نیست و باید تنها در انتظار تغییر در بیمار باشند.



شکل ۳-۳: انجام مداخله با افزایش عوارض مصرف مواد مخدر، نقطه تحول را پیش انداخته و احتمال آغاز فرایند تغییر را تسهیل می‌کند.

شاید در این گونه افراد تنها بتوان با ارائه برخی خدمات کاهش آسیب^۱ اعتیاد او را کم خطرتر کرده و از عوارض مرگبار و غیرقابل برگشتی چون ابتلا به هپاتیت و بیماری ایدز جلوگیری نمود. هم‌زمان می‌توان این پیام را به بیماران منتقل کرد که هروقت بخواهند راه درمان باز است و می‌توانند برای درمان و بهره‌مندی از خدمات مشاوره مراجعه نمایند. حتی لازم است که بدانند حق استفاده از مشاوره و روان‌درمانی منوط به تصمیم برای توقف کامل مصرف نبوده و این خدمات از هیچ‌کس حتی معتادانی که آگاهانه و داوطلبانه مصرف خود را ادامه می‌دهند، دریغ نمی‌شود. در فصل بعد اصول و تکنیک‌های برخورد و مصاحبه با بیماری که به هر دلیل جهت درمان مراجعه کرده است، توضیح داده می‌شود. فراموش نکنید که منظور بیماری است که در فاز فعال پسیکوز نیست. پرخاشگری جدی و افکار خودکشی نیز ندارد.

فصل ۴

مصاحبه و برخورد اولیه با بیمار مراجعه کننده

در این مرحله بیمار با درجاتی از انگیزه برای درمان مراجعه کرده است. در یک منتهای الیه طیف انگیزه ممکن است بیمار بسیار علاقه‌مند به درمان باشد و در انتهای دیگر تحت تأثیر مداخله بستگان و اطرافیان وارد درمان شده باشد. یکی از اشتباه‌های بسیار شایع و فراگیر در میان گروه درمان‌گران و مردم غیرمتخصص این است که باور دارند تا بیمار کاملاً از مصرف مواد مخدر خسته نشده باشد و نفرت خود را از مواد اعلام ندارد، درمان مؤثر نیست. بیمار باید به تدریج خط رسیده باشد و به یقین برسد که مواد را نمی‌خواهد و قصد برگشت نیز هیچ‌گاه به ذهن وی خطور نکند. اگر به‌خاطر دیگران یا فشار محیط اطرافیان قصد ترک دارد یا به دلایلی موقتاً مستأصل شده و قادر به ادامه تأمین مواد نیست و این مسئله انگیزه ترک در وی شده است، این‌گونه اشخاص فاقد انگیزه مؤثر در درمان بوده و بهتر است پذیرش نشوند. گاهی درمان‌گر حتی فراتر رفته

و به بیمار ابراز می‌دارد: "اگر الان مصمم به ترک نیستی یا دودل هستی، برو و هروقت تصمیم قاطع گرفتی بیا!"

امروزه این نگرش در طب اعتیاد منسوخ شده است. انگیزه بیمار هرچه باشد، امید به درمان وجود دارد و لزومی ندارد بیمار کاملاً به انتهای خط رسیده باشد. حتی بیمارانی که به نیت قطع موقت مراجعه کرده و قصد دارند به منظور کاستن از فشار محیط و اطرافیان مصرف خود را مدتی مهار کنند نیز در صورت دریافت درمان مناسب ممکن است به ادامه راه علاقه‌مند شده و درمان را پی‌گیری نمایند. از طرف دیگر بسیاری از مراجعان که انگیزه خود را در حد تمام و کمال می‌دانند و باور دارند هیچ‌گاه انگیزه بیشتری برای انجام کاری نداشته‌اند، بعد از گذشت چند هفته از درمان عود می‌کنند!

بیمار به هر دلیلی که آمده باشد، مستحق برخوردی حرفه‌ای و علمی است. برخوردی که نه تنها باعث مقاومت نشود بلکه وی را به ادامه درمان علاقه‌مندتر سازد. به مجموعه مصاحبه‌ها و مشاوره‌هایی که باعث تقویت انگیزه درونی شده و مقاومت بیمار را دور می‌زند، مصاحبه یا مشاوره انگیزشی^۱ گفته می‌شود. در جریان این اقدامات درمان‌گر با ارائه نگرش مثبت غیر مشروط^۲ و همچنین تلاش دقیق برای دیدن مشکلات و وقایع از موضع و منظر بیمار (همدلی^۳)، شرایط را برای رشد و تغییر مهیا می‌سازد. این مداخلات ریشه در روان‌درمانی‌های مراجع محور^۴ کارل راجرز^۵ دارند. در واقع مشاوره‌های انگیزشی همان مداخلات مراجع محور هستند با این تفاوت که هدف معینی یعنی ایجاد تغییر در جهت توقف رفتارهای مشکل‌آفرین را دنبال می‌کنند. در حال حاضر هدف ما توضیح

-
1. Motivational interview or counseling
 2. Positive unconditional regard
 3. Empathy
 4. Client-centered therapy
 5. Carl Rogers

روش‌های مصاحبه انگیزشی نیست ولی اشاره مختصری به اجزا لازم صورت می‌گیرد. علاقه‌مندان می‌توانند برای اطلاعات بیشتر به منابع تخصصی آن مراجعه نمایند.

استحکام رابطه درمانی به خودی خود و صرف نظر از تکنیک‌های روان‌درمانی، در پیشرفت درمان و موفقیت بیمار نقش بسیار پررنگی دارد. از آن غافل نشوید.

در انجام مصاحبه اولیه با بیمار توصیه شده که درمان‌گر ۴ راهکار عمده را دنبال نماید:

۱. همدلی^۱: یک درمان‌گر موفق سعی دارد جهان را بدون هیچ‌گونه ارزیابی و قضاوت، از منظر بیمار ببیند. تنها در این حالت است که افکار، احساسات و رفتار بیمار معنی‌دار می‌شوند. غیر قضاوتی به این معنی است که درمان‌گر نه رفتار بیمار را تأیید و نه نفی می‌کند. به‌عنوان مثال بیماری را در نظر آورید که با وجود کاهش شدید وزن و تحلیل بدن و ورشکستگی مالی به مصرف شیشه ادامه می‌دهد. در ظاهر چنین به نظر می‌آید که بیمار صلاح خود را نمی‌داند و از نتایج مصرف غافل است. اما با تلاش درمان‌گر برای درک جهان از دیدگاه بیمار، مشخص می‌گردد که بیمار در این باور است که در زندگی خود همواره رنج کشیده و سرخورده شده است و امیدی به آینده ندارد بنابراین ترجیح می‌دهد چند صبحی بی‌خیال و خوش باشد و عمر کوتاه پر هیجان را به عمری دراز اما کسل‌کننده ترجیح می‌دهد. در این صورت هرچند درمان‌گر کماکان رفتار

بیمار را تأیید نمی‌کند اما متوجه انگیزه و دیدگاه بیمار می‌شود. مهم است درمان‌گر سعی کند انگیزه‌های بیمار را بشناسد و متقابلاً بیمار نیز متوجه تلاش درمان‌گر برای درک دنیای وی باشد. این امر به استحکام رابطه درمانی نیز کمک می‌کند.

۲. به سطح آوردن تناقض‌ها^۱: انگیزه بیماران برای تغییر تابعی از تناقضی است که بین ارزش‌های مورد قبول خود از یک سو و رفتار خود از سوی دیگر می‌بینند. به عبارت دیگر هر قدر بیمار فاصله بین آنچه به آن ایمان و باور دارد و آنچه انجام می‌دهد را بیشتر ببیند، تلاش زیادتری برای تغییر خواهد داشت. وظیفه درمان‌گر این است که بیمار را متوجه این تناقضات کند. برای مثال بیماری که خیلی علاقه‌مند است محبوب مردم باشد و نظر مثبت مردم برای وی بسیار پر اهمیت است، از سوی او متوجه گردد که مصرف مواد یا عوارض آن به شدت از محبوبیت وی می‌کاهد. یعنی رفتار او در تضاد واضح از آن سیمایی است که دوست دارد از خود خلق کند. درمان‌گر حرفه‌ای به جای مجادله و سعی در مجاب کردن بیمار، تناقض‌های رفتار وی را آشکار می‌کند. وی به بیمار کمک می‌کند تا بفهمد برخی چیزها را نمی‌تواند هم‌زمان داشته باشد. تأیید والدین و مصرف حشیش با هم جمع نمی‌شوند. ادامه ازدواج و استفاده از تریاک هم‌زمان شدنی نیست. پیشرفت شغلی و رسیدن به جایگاه اجتماعی مورد نظر نیز در کنار مصرف کراک دست نیافتنی است. درمان‌گر برای بیمار تکلیف تعیین نمی‌کند که مصرف نماید یا مصرف را متوقف کند بلکه برای وی آشکار می‌سازد که مصرف با برخی خواست‌های بیمار در تضاد است و باید یکی را به نفع دیگری رها کند.

۳. لغزیدن بر مقاومت^۱: مقاومت در برابر تغییر یک پدیده کاملاً طبیعی است و انسان‌ها هنگام تغییر، محافظه‌کار و دودل هستند. باید به این نکته واقف بود و به آن احترام گذاشت. همان‌طور که تغییر مزایایی دارد هم‌زمان مشکلات زیادی نیز برای بیمار ایجاد می‌کند. به همین دلیل بیمار در حالت دوگانگی یا دودلی^۲ قرار می‌گیرد. بیمار از یک سو علاقه‌مند است به واسطه تغییر (یعنی ترک مصرف)، از دست مشکلات خود رها شود اما هم‌زمان از وضعیت موجود نیز بهره‌مند (دریافت انرژی یا ازدیاد اعتماد به نفس از راه مصرف مواد) است. درمان‌گر باید این حالت را درک کند و نه تنها با آن مخالفت نکند بلکه آن را به رسمیت (بدون تأیید) بشناسد. برای بیماران اغلب تجربه جذاب و جالبی است هنگامی که برای اولین بار در عمر خود متوجه فردی می‌شوند که نه تنها آن‌ها را به‌خاطر دودلی سرزنش نمی‌کند بلکه سعی دارد موضع بیمار را بفهمد. توجه داشته باشد نه تنها لغزیدن بر مقاومت به تشدید آن نمی‌انجامد بلکه به خنثی کردن آن منجر می‌شود.

۴. تقویت حس خودکارآمدی^۳: باور درمان‌گر بر این است که بیمار "خود" قادر به تصمیم‌گیری و انجام اقدامات لازم برای تغییر است. هرچند ممکن است که درمان‌گر به ارائه راهکار یا مشاوره اقدام کند، اما در نهایت بیمار نظر نهایی را می‌دهد و اوست که باید برای خود تصمیم بگیرد.

مجموعه ۴ راهکار فوق‌هسته مصاحبه‌های انگیزشی را تشکیل می‌دهد و در جریان برخورد اولیه با بیمار باید مورد استفاده قرار گیرند. تکنیک‌ها و

1. Roll with resistance
2. Ambivalence
3. Support self-efficacy

همدلی را با موارد زیر اشتباه نگیرید:

گرمی (warmth): یعنی درمانگر از نظر عاطفی بسیار گرم، خوش‌برخورد و خوش‌صحبت است و با بیمار تعامل هیجانی در کلام و تغییرات چهره دارد. به او لبخند می‌زند و تماس چشمی پررنگ است.

صداقت (genuineness): درمان‌گر به هر آنچه به بیمار می‌گوید اعتقاد قلبی دارد و واکنش‌های هیجانی وی ساختگی نیست.

طرفداری از بیمار (client advocacy): یعنی معتقد است که به بیمار ظلم شده و باید از او در مجادلات طرفداری کند. او مدعی بیمار می‌شود و سعی می‌کند بیمار را در رسیدن به خواسته‌هایش حمایت کند. حتی ممکن است در مشاجرات خانوادگی به طرفداری از بیمار بپردازد.

مهارت‌های کلی و عمومی نیز در مصاحبه‌های انگیزشی مطرح شده‌اند که در ادامه از آن‌ها یاد می‌شود:

۱. سؤالات باز^۱: در مصاحبه‌های شما، این بیمار است که باید قسمت عمده مصاحبه را صحبت کند نه درمان‌گر. به همین منظور باید سؤالات باز و کلی پرسیده شوند و بیمار تشویق شود درباره آن‌ها تا حدی که علاقه‌مند است و می‌تواند صحبت کند و به جزییات بپردازد. به‌عنوان مثال "مصرف مواد شما چگونه است؟" و "زندگی زناشویی شما در چه وضعیتی است؟". توجه داشته باشید که سؤالاتی چون "آیا مصرف شما زیاد شده است؟" یا "آیا از زندگی زناشویی خود راضی هستید؟" بسته حساب شده

و در مقایسه با سؤالات باز ارزش کمتری دارند.

۲. گوش دادن انعکاسی^۱: گوش دادن انعکاسی و فعال شاید مهم‌ترین مهارت در مصاحبه‌های انگیزشی باشد و باید در تمام مراحل روان‌درمانی مواد مخدر (از جمله استفاده از الگوی ماتریکس) اعمال شود. به‌خاطر داشته باشید که بیماران در بیان دیدگاه‌ها و احساسات خود راحت نیستند یا نگران سرزنش هستند یا دچار شرم، حیا و رودبایستی هستند. گاهی نیز تسلط کلامی کافی ندارند و خزانه لغوی آن‌ها برای بیان نظرات‌شان ناقص است. گوش دادن انعکاسی به بیماران کمک می‌کند تا نظرات خود را راحت‌تر و صمیمانه‌تر بیان کنند. این انعکاس در چند پله قابل انجام است. جدول ۱-۴ این درجات یا پله‌ها را توضیح داده است. همان‌طور که مشاهده می‌کنید، درمان‌گر ممکن است تنها به تکرار بخشی از گفته بیمار بسنده کند یا مفهوم بخشی از آن‌چه وی ابراز داشته است را با کلمات مترادف بیان دارد. در این حالت توجه داشته باشید که مترادف‌هایی که به کار می‌برید بهتر است به سمت مثبت و با بار منفی کمتری همراه باشند. به‌عنوان مثال اگر بیمار ابراز می‌دارد که رابطه وی با همسرش "جهنم شده است"، می‌توانید در بازگویی تکرار کنید که رابطه وی با همسرش "دشوار و آزاردهنده" شده است. یا در مثالی دیگر بیمار می‌گوید؛ "هر وقت داروهایم را نمی‌خورم، همسرم غرغر می‌کند" و درمان‌گر در بازگویی رو به مثبت ابراز می‌دارد که "پس همسرت وقتی داروهایت را نمی‌خوری ناراحتی خودش را ابراز می‌دارد". به مهارت بازگویی گاهی بازسازی^۲ نیز گفته می‌شود.

1. Reflective listening

2. Reframing

جدول ۱-۴: انواع گوش دادن انعکاسی که در مصاحبه‌های انگیزشی به کار می‌روند. درمان گر به فراخور موقعیت می‌تواند از تکرار ساده تا انعکاس احساسی یا تفسیری را مورد استفاده قرار دهد.

مثالی از گفته بیمار:	
"با وجود آن که اتفاق خاصی نیفتاده است، اخیراً خیلی افسرده شده‌ام"	
تکرار ^۱	تکرار بخشی از عبارت یا "اخیراً خیلی افسرده شده‌اید" مفاهیم موجود در گفته بیمار
بازگویی ^۲	بیان داشتن مفهوم گفته بیمار "که غمگینی شما شدید شده را با عبارات و کلمات مترادف است و شما نمی‌دانید چرا"
تکرار تفسیری ^۳ (بازتاب ^۴)	حدس زدن و استنتاج درباره "پس می‌خواهی بدانی که آن چه منظور بیمار بوده و چرا روحیه‌ات این گونه شده گفتن آن به بیمار است"
انعکاس احساس ^۵	تأکید بر روی بُعد عاطفی و "خیلی ناراحت کننده است که هیجانی گفته‌های بیمار از نتوانی دلیل افسردگی خود را طریق استعاره یا عبارات متوجه شوی" مرتبط با احساس

گاهی نیز درمان گر می‌تواند تفسیری از گفته بیمار را تکرار کند. در نهایت نیز به مسئله احساس و هیجان پرداخته و تفسیری با محتوای احساسی از گفته‌های بیمار را تکرار می‌کند. بهتر است درمان گر ضمن گوش دادن دقیق به گفته‌های بیمار، هر از چندگاهی، یکی از پله‌های گوش دادن

1. Repeat
2. Rephrase
3. Paraphrase
4. Reflections
5. Reflect feeling

انعکاسی را به کار ببرد.

مجموع مهارت‌های گوش دادن انعکاسی به بیمار کمک می‌کند تا راحت‌تر افکار و احساسات خود را بیان دارد. توقف دادن جریان مصاحبه برای تکرار جملات بیمار به وی کمک می‌کند تا با سرعت مناسب پیش رود و ذهن خود را منسجم سازد. در ضمن به طرز معجزه‌آسایی به تقویت ارتباط درمانی منجر می‌شود. برخلاف مصاحبه‌های غیر فنی که مقاومت بیمار را دامن می‌زند، گوش دادن انعکاسی با افزایش همکاری بیماران همراه است.

۳. تأیید بیمار^۱: دربرگیرنده مواردی مثل تأیید، تشویق، تقدیر و اطمینان‌دهی درباره صفات، توانایی‌ها و اقدامات بیمار است. جهت مثال‌هایی از تأیید می‌توان به عبارتی مثل؛ "موفق می‌شوی"، "کار خوبی کردی"، "ممنون که آمدی"، "مصرف خودت را خیلی کم کردی"، "خیلی تلاش می‌خواست که این‌کار را بکنی" یا "توانایی خوبی در کنترل وسوسه داری" اشاره کرد. بیمار با گرفتن تأیید به خاطر برخی اقدامات در ادامه درمان دلگرم‌تر شده و انگیزه وی افزایش خواهد یافت. توجه داشته باشید که باید تنها اقدامات سازنده و مفید بیماران تأیید شوند. پرخاشگری، آسیب به خود یا مصرف مواد توسط درمان‌گر تأیید نمی‌شود. بنابراین در بیماری که در جلسه مصاحبه مصرف مواد را گزارش می‌دهد، درمان‌گر مصرف را تأیید نمی‌کند اما می‌تواند صداقت بیمار در بیان مصرف، ادامه مراجعه به جلسات و اعتماد وی به درمان‌گر را مورد تأیید قرار دهد. در واقع هر بیماری به واسطه مراجعه به درمان و اشتراک گذاشتن احساسات و مشکلات خود قابل تأیید است.

۴. خلاصه کردن^۱: خلاصه کردن گفته‌های بیمار در جریان و در پایان مصاحبه نه تنها نشان می‌دهد که درمان‌گر به‌طور دقیق گفته‌های بیمار را دنبال کرده است بلکه کمک می‌کند تا وی بتواند درک درست‌تری از مشکلات خود و ارتباط آن‌ها با یکدیگر پیدا کند. توصیه می‌شود درمانگر هرچند دقیقه یک‌بار به جمع‌بندی بیانات و گفته‌های بیمار بپردازد.

۵. تأکید بر کنترل^۲: مهم است که به بیمار در جای جای درمان یادآوری شود که او همواره مسئول درمان است و اوست که باید تصمیم بگیرد نه شخص دیگر. درمان‌گر به تأیید، یادآوری و قبول استقلال، آزادی عمل و مسئولیت بیمار می‌پردازد. عباراتی مانند این که "تصمیمی است که خودت باید بگیری"، "انتخاب خودت است"، "تنها کسی که حق دخالت دارد خودت هستی" یا "به غیر خودت کسی نمی‌تواند این نظر را بدهد" در جهت تأکید بر کنترل از جانب بیمار است. این مبحث با حس استقلال^۳ بیمار نیز مرتبط است. حفظ حس استقلال در بیمار و عدم فشار یا تحمیل توسط درمان‌گر جز باورهای کلیدی و فلسفه وجودی نظام‌های انگیزشی است. قرار نیست هدایت درمان در دست درمان‌گر باشد و وی مانند یک والد که برای کودک خردسالش تصمیم می‌گیرد، برای بیمار تکلیف تعیین کند. بیمار مختار است درمان را ادامه دهد، مصرف مواد داشته باشد یا نداشته باشد و به جلسات بیاید یا نیاید. اگر هم بیمار بر اساس فشار بستگان و در جریان مداخلات جانسونی یا ارایز وارد درمان شده است، باز هم خود اوست که تصمیم می‌گیرد به درمان ادامه دهد یا "وگرنه"های خانواده را بپذیرد. مسئولیت بهبودی نیز بر

1. Summarize
2. Emphasize control
3. Autonomy

گردن خود اوست. شما تنها راه را نشان می‌دهید و فرصت‌های ممکن را برای بیمار تبیین و تفسیر می‌کنید. جلسه مشاوره، جلسه همکاری است نه دیکته کردن نظر کارشناسی یا تلاش برای مجاب‌سازی^۱ بیماری به تغییر.

۶. عدم مقابله^۲: مقابله مجموعه پاسخ‌ها یا گفته‌هایی است که بار منفی، محتوای مخالفت و عدم تأیید داشته و به‌نوعی درمان‌گر را در موضع بالاتر، داناتر و مقتدرتر قرار می‌دهد. اقداماتی که در جهت مخالفت مستقیم با بیمار، مشاجره، شرم‌ده‌سازی، تلاش برای اصلاح، مجاب‌سازی، زیر سؤال بردن گفته‌های بیمار، تحقیر و تمسخر وی یا قضاوت درباره درستی یا نادرستی کارهای او دارد، همگی در زمره مقابله طبقه‌بندی می‌شوند. حتی اگر درمان‌گر سعی کند که با مخالفت با بیمار به او روحیه بدهد یا او را تشویق کند نیز مصداق مقابله است. فرض کنید که بیماری ابراز می‌دارد که ناتوان و ضعیف است. اگر درمان‌گر در پاسخ ابراز دارد که "نه چنین نیست و تو قوی و توانا هستی" هرچند به ظاهر گفته درمان‌گر در جهت تقویت بیمار است، اما کماکان مقابله تلقی شده و باید در مصاحبه‌های انگیزشی تا حد ممکن از آن اجتناب کرد.

مقابله یکی از مشکل‌زاترین سبک‌های برخورد درمان‌گر است و او باید تمام تلاش خود را به‌خرج دهد که حداقل استفاده از آن صورت گیرد.

در ارزیابی مصاحبه و برخورد اولیه با بیماران مشخص گردیده که تواتر (فرکانس) استفاده از گزاره‌های مقابله‌ای با عدم موفقیت درمان و ریزش بیماران به‌صورت قوی مرتبط است. مثال‌هایی از مقابله در جدول ۲-۴ آمده است.

1. Persuasion

2. Confront

۷. تسهیل‌کننده‌ها: عبارات و گفته‌هایی است که درمان‌گر برای تشویق بیمار به ادامه صحبت به کار می‌برد مانند "بله"، "خُب"، "ادامه بده"، "واقعاً"، "دیگر چه؟" و "چه طور". استفاده به موقع از تسهیل‌کننده‌ها برای تقویت ارتباط درمانی و ترغیب بیماران به بیان احساسات عمیق‌تر کمک‌کننده است. البته درمان‌گر باید مراقب باشد که استفاده از آن‌ها به گونه‌ای نباشد که تعبیر به تحقیر یا تمسخر یا تعجب گردد.

جدول ۲-۴: مثال‌هایی از انواع مقابله در جریان مصاحبه. گفته‌های بیمار در ستون راست و نمونه‌هایی از پاسخ درمان‌گر که رنگ و بوی مقابله دارد در ستون راست آمده است.

گفته بیمار	گفته درمان‌گر
◀ می‌خواهم این هفته به سفر بروم.	◀ اشتباه می‌کنی.
◀ مصرف الکل برایم کمک‌کننده است.	◀ خیر چنین نیست. حالت را بدتر می‌کند.
◀ هفته گذشته مصرف مواد داشتم.	◀ کار بدی کردی نباید مصرف می‌کردی.
◀ این هفته نمی‌توانم بیایم.	◀ نه سعی کن حتماً بیایی چون لازم است درمانت منظم باشد.
◀ هفته گذشته خواب ماندم و نیامدم.	◀ پس تنبلی کردی.
◀ نمی‌توانم سر وقت بیام.	◀ بهانه در می‌آوری.
◀ بالاخره توانستم یک هفته مصرف نکنم.	◀ دیدی گفتم می‌توانی ^۲ .
◀ پیشرفتی نداشتم.	◀ چطور نداشتی ببین چه قدر بهتر شدی.
◀ من آدم ضعیفی هستم.	◀ نه من فکر می‌کنم اتفاقاً خیلی هم قوی هستی.

1. Facilitator

۲. توجه داشته باشید که حتی اگر درمانگر گفته بیمار را سندی یا شاهی بر درستی گفته خود بیاورد در واقع نوعی مقابله است. زیرا مفهوم پنهان در آن این است که حرف من درمانگر با تو فرق داشت و سرانجام دیدی بر خلاف نظر تو حرف من تأیید شد.

استفاده از مجموع تکنیک‌های فوق باعث ارتقا مصاحبه شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان تقویت می‌کند. لذا درمان‌گر باید نه تنها در فرایند ارزیابی اولیه بلکه در جریان کلیه مراحل روان‌درمانی، منش منطبق بر مصاحبه انگیزشی را رعایت کند. حال بعد از آشنایی اجمالی با تکنیک‌های انگیزشی به الگوی پیشنهادی در برخورد اولیه با بیماران می‌پردازیم.

۱. جلسه اول را با معرفی خود و برخورد اجتماعی متعارف با بیمار آغاز کنید. در مرحله بعد مکالمه را با این عبارت که "چه شده به ما مراجعه کرده‌اید؟" یا "چه خدمتی از دست ما برمی‌آید؟" آغاز نمایید. فراموش نکنید که برخی معتادان در این مرحله ممکن است هنوز اعتقادی به مشکل داربودن رفتار خود نداشته باشند یا در فکر ترک مواد نباشند. پس عباراتی مانند "مشکل شما چیست؟" یا بدتر از آن "برای ترک چه ماده‌ای آمده‌ای" سوالات شروع‌کننده خوبی نیستند. فعلاً پی‌گیری کنید که چه شده بیمار نزد شما آمده است.

۲. درباره اموری که وی را آزار می‌دهند و مشکل محسوب می‌شوند سؤال کنید. ممکن است بیمار ابراز دارد که مشکلی با مواد ندارد ولی در هر حال آن‌چه وی را به مرکز درمانی کشانده است، حکایت از یک مشکل دارد. اگر بیمار ابراز داشت که مشکلی با مواد ندارد، انگیزه او را از مراجعه پی‌گیر باشید. در چنین حالتی احتمالاً خواهد گفت اختلاف با بستگان و خانواده، مشکلات زناشویی یا حتی فشار والدین برای آمدن به درمان. پاسخ مناسب درمان‌گر در این حالت این خواهد بود که "حُب همین امر حکایت از یک مشکل دارد. این‌طور نیست؟ شما ظاهراً با خانواده یا ... اختلاف دارید و این اختلاف شما را به درمان کشانده است." راجع به همین اختلاف و جو مشکل‌دار خود با خانواده صحبت کنید. دقت کنید که هدف، آغاز مکالمه درباره هرگونه مشکل و اختلاف در زندگی بیمار است. این مشکل لزوماً از نظر بیمار مصرف

مواد مخدر وی نیست و می‌تواند امور دیگری باشد.

۳. با کمک تکنیک‌های انگیزشی که در قسمت قبل به آن‌ها اشاره شد، از بیمار بخواهید درباره مشکلاتش توضیح دهد. اصراری نیست که سریع به مواد مخدر بپردازد و حتی توصیه می‌شود درمان‌گر نیز تعجیلی در این باره نداشته باشد. آن‌چه را که بیمار مشکل می‌پندارد اولویت است و باید ابتدا به آن پرداخت. ممکن است از نظر بیمار "مشاجره با خانواده‌ای که او را درک نمی‌کنند یا در امورش دخالت می‌کنند"، مشکل اصلی زندگی باشد. اجازه دهید که مبسوط درباره آن صحبت کند. نگران گذشت زمان و اتمام وقت جلسه نباشید. برای تعداد جلسات شما نباید سقفی تعیین کرد و بیمار آزاد است در ازای پرداخت هزینه درمان و جلسات، بتواند مشکلات خود را مطرح کند. خانواده‌ها نیز باید از این امر مطلع باشند و بدانند که هر آن‌چه از نظر آن‌ها اولویت است (یعنی قطع مصرف مواد مخدر) ممکن است اولویت اول بیمار نباشد. بررسی کنید که روحیه بیمار چگونه است؟ آیا از زندگی رضایت دارد؟ مطالب آزار دهنده در زندگی او کدامند؟ آیا دچار افت کارکرد شده است؟ حس ناامیدی و آرزوی مرگ چطور؟ آیا اخیراً تغییری در انرژی، شادابی و سلامت خود حس کرده است؟ از کسی یا چیزی عصبانی است؟ نظرش درباره اطرافیان چیست؟ به کسی بدبین است؟ در حین این سؤالات که با رویکرد انگیزشی و به کمک سؤالات باز و گوش‌دادن انعکاسی دنبال می‌شوند، درمان‌گر باید درباره وجود علائم هذیان و توهم نیز هشیار باشد. این امکان وجود دارد که بخشی از بدبینی، نارضایتی از زندگی و بستگان و حتی افکار مرگ، خودکشی و دگرکشی ریشه در فرایند پس‌یکوز در بیمار داشته باشد. اهمیت تأکید بر مشکلات به جای تأکید صرف بر مصرف مواد مخدر و مقایسه این دو رویکرد در جدول ۳-۴ آمده است.

جدول ۳-۴: مقایسه ویژگی‌های دو دیدگاه محوریت مصرف مواد مخدر و محوریت مشکلات.

محوریت مصرف مواد مخدر	محوریت مشکلات
◀ مشکلات بیمار ناشی از مصرف مواد مخدر است.	◀ بیمار از مجموعه‌ای از مشکلات رنج می‌برد که مصرف مواد مخدر یکی از آنهاست.
◀ قطع مصرف مواد مخدر یگانه هدف یا هدف اصلی درمان است.	◀ قطع مصرف مواد مخدر یکی از اهداف درمان است. هدف اصلی رفع مشکلات بیمار است.
◀ تمرکز اقدامات بر روی به صفر رساندن مصرف است.	◀ هدف اقدامات توجه به مشکلات بیمار است.
◀ مصرف مواد مخدر به‌خودی خود یک مشکل است که باید رفع شود.	◀ مصرف مواد مخدر به این دلیل مهم است که ممکن است عامل تشدید مشکلات زندگی بیمار باشد.
◀ حتی قطع مصرف موادی که هیچ مشکلی ایجاد نکرده است یک هدف درمانی است.	◀ مصرف ماده مخدری که هیچ مشکلی ایجاد نکرده است بخودی خود اولویت نیست و به‌نوعی انتخاب بیمار است.
◀ مصرف مواد مخدر فی نفسه ناپسند و مذموم است.	◀ مصرف مواد مخدر از آن‌جا مذموم است که باعث ایجاد مشکل در زندگی بیمار می‌شود. عوارض اعتیاد است که مشکل حساب می‌شود.
◀ در ارزیابی، بررسی دقیق چند و چون مصرف مد نظر است.	◀ چند و چون دقیق مصرف چندان مهم نیست. مهم عوارضی است که ایجاد کرده است.
◀ تمرکز اقدامات درمانی بر روی توقف مصرف است. قطع مصرف اولین و یگانه راه درمانی است.	◀ تمرکز اقدامات درمانی بر حذف مشکلات بیمار است چه از طریق قطع مصرف و چه بدون آن. هر اقدامی که مشکلات بیمار را کاهش دهد مورد قبول است.
◀ این رویکرد با مقاومت بیشتر بیماران مواجه می‌شود.	◀ بیماران از این رویکرد بیشتر استقبال می‌کنند.
◀ به‌نوعی جنبه آرمان‌گرایی و اخلاق‌گرایی دارد. مصرف مواد مخدر به خودی خود زشت و نادرست است.	◀ جنبه عمل‌گرایانه دارد. اگر مواد مخدر عارضه‌ای ندارد، دخالت درمان‌گر لازم نیست. در این صورت یک انتخاب فردی است نه مشکل طبی.

۴. بعد از آن که احساس کردید که بیمار به اندازه‌ای که می‌خواست، درباره مشکلات غیر مواد صحبت کرده است، بحث را با رویکرد انگیزشی به سوی مواد مخدر ببرید. درباره تأثیر مواد در زندگی بیمار سؤال کنید. چه فوایدی برای بیمار داشته است؟ آیا در مقابل آسیب‌هایی نیز ایجاد کرده است؟ چه قدر فکر می‌کند که لازم است تغییری صورت گیرد؟ اگر اثرات منفی به‌جای گذاشته، بیشتر مربوط به چه بخشی بوده است؟ مصرف از کی و چگونه آغاز شده است؟

۵. وضعیت کنونی زندگی^۱ بیمار به چه شکل است؟ چه مشکلاتی دارد؟ کجا و با چه کسانی زندگی می‌کند؟ وضعیت اقتصادی و خانوادگی وی به چه شکل است؟ با چه کسانی اختلاف دارد و معمولاً بر سر چه چیزهایی؟ چه قدر در زندگی خود مستقل است؟ چه کمبودهایی در روابط روزانه خود دارد؟ دوستان و معتمدان وی چه کسانی هستند؟ اوقات فراغت خود را چگونه سپری می‌کند؟ چه قدر در روز دچار تنش و مشاجره است؟ محیط زندگی او از نظر اخلاقی و رفتاری و هم‌چنین غنای فرهنگی به چه شکل است و سؤالات متعدد دیگری از این قبیل. نکته مهم این است که هم درمان‌گر و هم بیمار متوجه این امر باشند که درمان اعتیاد پدیده‌ای فراگیر است و تمامی ابعاد زندگی بیمار را در بر می‌گیرد. قرار نیست صرفاً مصرف یک ماده متوقف شود.

هم‌چنین آسیب و مشکل نیز تنها در این نیست که بیمار علاقه‌مند است ماده‌ای را مصرف کند ولی دیگران مخالف آن هستند! باید بدانید که وقتی تمام اشکالات را تنها و تنها به مصرف مواد مخدر نسبت می‌دهید، مقاومت عمده‌ای در بیماران شکل می‌گیرد. حتی جالب است در بیماران که خود

1. Current life situation

مصرف مواد مخدر را تنها مشکل زندگی خود می‌دانند، بعد از مدتی درمان متوجه می‌شوند که این‌گونه نیست و اعتیاد ناشی از مجموعه‌ای از رفتارها و سبک‌های مشکل‌آفرین در زندگی است. سبک‌هایی که اغلب از دید بیمار و خانواده‌ها پنهان می‌ماند. در اصطلاح گفته می‌شود که باید "محوریت مشکلات" به جای "محوریت مصرف مواد مخدر" مد نظر باشد. در جدول ۳-۴ تفاوت‌های این دو دیدگاه آمده است.

۶. درباره ایده‌آل‌های بیمار و افق آینده او پرس‌وجو کنید. بیمار علاقه‌مند است که در آینده چه اتفاقی بیفتد؟ چه آرزوهایی برای خود دارد؟ فکر می‌کند که سرانجام اعتیاد و زندگی او چه خواهد شد؟ چه رویاهایی برای خود در سر می‌پرورانند؟ جالب است بدانید که افق دید و آرزوهای معتادان به واسطه مصرف مواد مخدر و اثرات پاداش‌دهی و لذت‌بخش کوتاه‌مدت و آنی آن، کوتاه می‌شود. پدیده‌ای که از آن به‌عنوان نزدیک‌بینی^۱ یاد می‌شود. اشتغالات ذهنی مصرف‌کننده و برنامه‌ریزی آن‌ها محدود به زمان‌های کوتاه شده و اکثراً به چند روز محدود می‌شود. به همین دلیل نه نگران مجازات‌هایی هستند که در آینده دورتر ممکن است به سراغ آن‌ها بیاید و نه دلگرم به پاداش‌هایی که در آینده نصیب‌شان خواهد شد. این افق بسته باعث می‌شود که بیماران در محاسبات خود فقط وقایع قریب‌الوقوع و نزدیک را به حساب آورند و نگران بعد از آن نباشند. بخشی از اقدام درمان‌گر در پرداختن به ایده‌آل‌های بیمار، تلاش برای گسترش افق بیمار است و او را ترغیب می‌کند که درباره آینده خود به خیال‌پردازی بپردازد. نکته‌گرایی که ممکن است درمان‌گر با آن مواجه شود ناتوانی معتادان از ترسیم آینده دور و حتی فکر کردن درباره آن است.

۷. در کنار آمال و آرزوها، از بیمار بخواهید که رؤیاهای گمشده^۱ خود را بازگو کند. آن چه که می‌خواسته انجام شود و نشده. آن فرصت‌هایی که از دست داده است و اکنون در حسرت آن زمان از دست رفته است. مبحث پرداختن به رویاهای گمشده از مباحث جذاب و کاربردی درمان اعتیاد است. این آرزوها برای بیمار بار بالای هیجانی دارند و بیماران هنگام تفکر درباره آن‌ها ممکن است به شدت متأثر شوند. باید بیمار به جای سرکوب و کتمان آن‌ها به سوگواری و تخلیه هیجانی ترغیب شود. از بیماران بخواهید که ولو به قیمت ناراحت شدن، این آرزوهای سوخته را به زبان آورند. رویکرد حمایتی و انگیزشی درمان‌گر، فرایند سوگواری بر آرزوهای گمشده را تسهیل می‌کند.

۸. تاریخچه‌ای از ترک‌های قبلی به دست آورید. از بیماران بخواهید درباره اقدامات قبلی خود و چگونگی ختم آنان صحبت کنند. چندبار ترک کرده‌اید؟ هر ترک چه قدر طول کشیده است؟ طولانی‌ترین زمان پرهیز چه قدر بوده است؟ هر بار چه اتفاقی می‌افتاده که دوباره عود می‌کرده؟ بعد از یک بار استفاده (گریز یا لغزش) چه حالاتی پیدا می‌کرده؟ در آخرین بار ترک چه قدر معتقد بوده که دیگر استفاده نخواهد کرد؟ اصولاً تفسیر بیمار از عدم موفقیت ترک‌های قبلی چیست؟ آیا همواره عامل خاصی مانع تداوم پرهیز می‌شده یا هرنوبت مسئله‌ای متفاوت بوده است؟ چه برداشتی از خود دارد؟ آیا خود را در برابر مواد ناتوان می‌بیند یا عودهای خود را کوچک شمرده و معتقد است مشکل عمده‌ای وجود ندارد؟ میزان کارآمدی خود را چه مقدار می‌داند؟ درمان‌گر باید بتواند نمایی از ترک‌های قبلی بیمار و سرنوشت آن‌ها ترسیم کند.

۹. تفسیر و برداشت بیمار را از پدیده اعتیاد بررسی کنید. فرضیه بیمار برای اعتیاد چیست؟ او اعتیاد را در چه می‌بیند و چگونه تفسیر می‌کند؟ بعضی

بیماران تأکید عمده‌ای بر وابستگی جسمانی دارند. برعکس برای عده‌ای مسئله جسمی کاملاً فرعی بوده و آن را حل شده می‌دانند. آن‌ها برعکس از عوارض روانی چون وسوسه و افسردگی بعد از ترک شاکی هستند. برخی تأکید بالا بر مفهوم اراده و خواستن دارند. برعکس برخی عوامل محیطی را برجسته می‌کنند. عده‌ای دیگران را سرزنش می‌کنند و جمعی دیگر خود را ناتوان و بی‌عرضه می‌بینند. فراموش نکنید که هر انسانی برای تفسیر جهان اطراف خود فرضیه می‌سازد. برای بعضی اعتیاد ریشه در کودکی نامساعد دارد ولی گروهی دیگر عامل کار و پول را مهم می‌دانند. سعی کنید از فرضیه بیمار مطلع شوید. البته فراموش نکنید که نه قرار است فرضیه وی را تأیید و نه نفی کنید. فقط از آن آگاه شوید و از آن برای ترغیب بیمار به ادامه درمان بهره ببرید.

۱۰. بالاخره از عامل و انگیزه بیمار برای تغییر اطلاع حاصل کنید. چه شده که می‌خواهی تغییر ایجاد کنی؟ از چه خسته شده‌ای؟ دلیل بیمار برای ترک چیست؟

طبیعی است که دستیابی به تمام سؤالات فوق در یک جلسه امکان‌پذیر نیست. نگران نباشید. قرار نیست در چند دقیقه به همه آن‌ها برسید. برای بیمار توضیح دهید که برای ورود به درمان مقدماتی لازم است و با برگزاری جلسات متعدد موارد فوق را تکمیل کنید. آسوده‌خاطر باشید که نه تنها وقت شما و بیمار هدر نرفته است بلکه پرداختن به اقلام فوق، خود بخشی از درمان است و درمان در عمل با همان اخذ شرح حال و انجام اولین مصاحبه‌ها آغاز شده است. بهتر است موارد فوق در جریان یک هفته تا ۱۰ روز و طی ۳ تا ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بررسی شوند. با برگزاری جلسات و تقویت رویکرد انگیزشی بیمار برای ورود به روان‌درمانی ساختاری مهیا می‌شود.

فصل ۵

کلیات نیازها و مداخلات درمانی در مصرف‌کنندگان مواد محرک

هنگام بحث درباره درمان وابستگی به مواد محرک، باید توجه داشت که نیازها و اولویتهای متعدد درمانی وجود دارد و اصولاً تمامی بیماران مشکلات واحدی ندارند. برخی بیماران یا بستگان آنها درمان پرخاشگری را نیاز عمده و اولویت درمان می‌دانند. برخی نیز از افسردگی و عدم انرژی شکایت دارند. در عده‌ای نیز کنترل وسوسه و جلوگیری از عود عامل مراجعه به درمان است. در مجموع، با توجه به شکایات مختلف بیماران، دسته‌بندی زیر به‌عنوان راهنمای ارائه خدمات و مداخلات کمک‌کننده است.

۱. مراجعه به‌دلیل اولیه پسیکوز: در این دسته عامل اصلی که بیمار یا خانواده او را برای آوردن بیمار به مرکز درمانی ترغیب می‌نماید، بروز حالات پسیکوز از جمله توهم و هذیان است.
۲. مراجعه به‌دلیل پرخاشگری شدید و غیرقابل‌کنترل: گاهی پرخاشگری

- به‌قدری کور، فراگیر و شدید است که بستگان نگران سلامت جانی خود یا بیمار می‌شوند و او را به مراکز درمانی می‌آورند.
۳. افسردگی و کاهش شدید انرژی: در این حالت بیمار از افسردگی شدید رنج برده و گاهی افکار خودکشی در سر دارد. گوشه‌گیر شده و از انجام امور روزمره باز می‌ماند.
۴. اشکالات عمده شناختی: بیمار به‌دلیل مصرف مواد دچار گمگشتگی در زمان یا مکان است و از کاهش حافظه، فراموشکاری شدید رنج می‌برد. در چنین شرایطی حالات وی به دلیریوم شباهت داشته و تابلوی مسمومیت دارویی را تداعی می‌کنند. در بسیاری از موارد این حالت با علایم پسیکوتیک همراه گشته و افتراق با دسته اول را دشوار می‌سازد.
۵. نیاز به قطع مصرف و دورماندن از مواد محرک: این دسته که بزرگ‌ترین گروه مراجعان را تشکیل می‌دهد، کسانی هستند که یا قادر به قطع مصرف خود نیستند یا بعد از زمان کوتاهی به‌عنوان مثال چند روز تا چند هفته بعد از ترک به دلایل مختلفی چون وسوسه، افسردگی، کاهش انرژی، عدم توان تحمل استرس مجدداً به مصرف رو می‌آورند. این گروه نیازمند مداخله درمانی برای دورشدن و مهم‌تر از آن دورماندن از مت‌آمفتامین هستند.
۶. سایر عوارض: دسته آخر گروهی هستند که علت اصلی مراجعه در آنان برخی عوارض مت‌آمفتامین مانند رفتارهای تکراری، تیک، وسواس یا سایر رفتارهای روانی - حرکتی ناشی از مصرف مواد محرک است.

الگوی ارائه خدمات

الگوی ارائه خدمات درمانی به مصرف‌کنندگان مواد محرک تا حد زیادی

وابسته به علائم عمده بیماران در زمان مراجعه است. درمان‌گر ضمن اخذ شرح حال دقیق موظف است کانون‌های مهم مشکل‌آفرین را شناسایی نموده و چارچوب شروع درمان را مشخص نماید. برای سهولت امر و عملی شدن فرایند درمان الگویی به شکل زیر پیشنهاد می‌گردد.

۱. بررسی از نظر پسیکوز

در زمان انتخاب الگو و الگوریتم درمانی، یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین شاخص‌ها وجود یا عدم پسیکوز است. بنابراین هنگام اخذ شرح حال از مراجع یا بستگان وی، برای درمان‌گر بسیار ضروری است که مشخص سازد که "آیا بیمار مبتلا به پسیکوز می‌باشد یا خیر؟" وجود هر یک از علائم زیر می‌تواند موید ابتلا به پسیکوز باشد:

- ♦ هذیان
- ♦ توهم
- ♦ رفتار ازهم‌گسیخته و بسیار غریب^۱
- ♦ کلام از هم گسیخته به صورت ازهم‌گسیختگی تداعی‌ها^۲ و کلام نامفهوم

علائم پسیکوز ممکن است بخشی از حالتی به نام "پسیکوز ناشی از مواد"^۳ یا ناشی از "پسیکوز مسمومیتی"^۴ باشد. حالت اول معمولاً متعاقب چندین هفته یا ماه مصرف مواد محرک ایجاد می‌گردد. در بیماران به تدریج حالات بدبینی و پارانویا و سپس حالات واضح توهم و هذیان ظاهر می‌گردد. توهمات اکثراً به صورت شنوایی هستند و هذیان‌ها نیز تا حدی متمرکز، پایدار، سازمان‌یافته و

1. Bizarre
2. Loosening of associations
3. Substance induced psychosis
4. Intoxication psychosis

مرتبط می‌باشند. به‌ویژه هذیان‌های گزند و آسیب و بی‌وفایی جنسی^۱ بستگان بسیار شایع‌اند. در عده‌ای نیز هذیان‌های بدنی به‌صورت باور به وجود انگل‌های کوچک زیرجلدی^۲ خودنمایی می‌کند. بیمار مرتب پوست خود را می‌کاود و سعی دارند اجسام کوچکی را از زیر جلد خارج کند. او معتقد است در زیر پوست وی موجودات کوچکی زندگی می‌کنند. یا ممکن است باور داشته باشد در بدن او دستگاه‌هایی مانند فرستنده، ردیاب یا وسایل شنود کار گذاشته‌اند. در برخی مراجعان افکار هذیانی حتی ابعاد غریب‌تری پیدا می‌کند و بیمار مدعی می‌شود افکار او توسط دیگران خوانده یا دزدیده می‌شود یا این‌که اعمال و احساسات او در تسلط وی نبوده و توسط دیگران رقم زده می‌شوند. در علم روان‌پزشکی به این‌گونه افکار هذیان‌ها یا احساس‌ها انفعال^۳ نیز اطلاق می‌شود.

توهمات به‌ویژه توهمات شنوایی نیز در گروه مصرف‌کنندگان مواد محرک شایع است. این حالات از شنیدن صداهای ساده‌ای که بیمار را صدا می‌کنند تا مکالمات منسجم و طولانی دوشخص و سوم‌شخص امکان‌پذیر است. عده زیادی از مراجعان از شنیدن صداهای همسایه که درباره ایشان صحبت می‌کنند شاکی هستند یا ممکن است صدای نزدیکان خود را بشنوند که با یکدیگر درباره بیمار صحبت کرده و او را سرزنش یا مسخره می‌کنند. برخی بیماران درباره ماهیت صداها دودل هستند و زمان‌هایی در صحت وجود آن‌ها شک می‌کنند و آن‌ها را ناشی از شیشه می‌پندارند. عده‌ای نیز هیچ‌گونه شبهه‌ای درباره ماهیت خارجی و واقعی آن‌ها ندارند. جالب است برخی بیماران در صدد ضبط صداها نیز بر می‌آیند و با گذاشتن ضبط صوت یا موبایل خود سعی می‌کنند آن‌ها را به‌عنوان سند و مدرک حفظ کنند. حتی جالب‌تر این است که بعد از این اقدام باور دارند

-
1. Jealousy delusions
 2. Delusion of infestation
 3. Passivity

که صداها ضبط شده و در بازپخش مجدداً همان مکالمات را از موبایل یا ضبط خود می شنوند. آن‌ها بسیار متعجب یا عصبانی می شوند وقتی اطرافیان در بازپخش صداهاى مورد ادعای بیمار را نمی شنوند!

به غیر از مجموعه هذیان‌ها و توهمات و امور مرتبط با آن‌ها، رفتار بیمار معمولاً در محدوده طبیعی بوده و آسیب زیادی نشان نمی دهد. حافظه، تمرکز، کلام و بسیاری از کارکردهای عالی روانی طبیعی هستند. متعاقب قطع مصرف مواد محرک، حالت پسیکوز به تدریج برطرف می گردد اما ممکن است حتی تا ۶ ماه بعد از قطع مصرف، کماکان نشانه‌هایی از افکار هذیانی و توهمات شنوایی باقی بماند. اکثراً بعد از فروکش کردن حالات پسیکوز، بیمار به وجود آن بصیرت و آگاهی یافته و آن‌ها را ناشی از مصرف مواد محرک تلقی می کند. به این نوع پسیکوز، جنون استقرار یافته^۱ نیز گفته می شود. به این معنی که جنون و پسیکوز متعاقب مصرف مواد محرک مستقر شده و ماهیت مجزا و مستقلی به دست آورده است.

در حالت دوم یا پسیکوز مسمومیتی، علاوه بر وجود مجموعه‌ای از هذیان‌های سازمان یافته و غیر سازمان یافته و توهمات بینایی و شنوایی، بیمار از مشکلات عمده شناختی، رفتاری و حتی فیزیولوژیک نیز رنج می برد. سطح آگاهی معمولاً دچار اشکال است و بیمار از انجام بسیاری از امور ظریف و دقیق عاجز است. پرخاشگری به خصوص پرخاشگری کلامی و فیزیکی کور به دیگران شایع است. پسیکوز مسمومیتی معمولاً متعاقب مصرف مقادیر بالای مت‌آمفتامین یا مصرف توأم آن با سایر مواد روان گردان ایجاد می گردد. این حالت در واقع ملغمه‌ای از پسیکوز و دلیریوم است و با قطع مصرف مواد محرک و روان گردان به سرعت اکثراً ظرف ۱ تا ۷ روز برطرف می گردد. در بسیاری از مواقع، بیماران بعد از اتمام

حالات پسیکوز مسمومیتی خاطره درستی از وقایع نداشته و آن را به صورت یک کابوس به یاد می آورند. گاهی نیز بخشی از رفتارهای خود را کاملاً فراموش کرده و منکر ارتکاب آن می شوند. تفاوت های دو حالت مذکور در جدول ۱-۵ ارائه شده است. البته به خاطر داشته باشید که لزوماً تمامی موارد پسیکوز به صورت واضح و مانند آن چه گفته شد نبوده و در برخی موارد مرز بین دو حالت فوق مبهم و محو است. در چنین حالتی تمایز بین آن ها غیر ممکن و غیر ضروری است. برخورد با بیماران مبتلا به پسیکوز مسیر متفاوتی از برخورد با موارد غیرجنون را در بر می گیرد. صرف نظر از این که ماهیت پسیکوز از نوع استقرار یافته ناشی از مواد است یا پسیکوز مسمومیتی، الگوریتم و پروتکل مشابهی دارد. این الگوریتم تحت عنوان دستورالعمل A نام گذاری شده که در ادامه توضیح داده است.

جدول ۱-۵: تمایز بین پسیکوز استقرار یافته ناشی از مصرف مواد محرک و پسیکوز مسمومیتی.

پسیکوز	پسیکوز مسمومیتی
◀ هوشیاری طبیعی است. علائم خواب آلودگی	◀ بیمار ممکن است خواب آلود، بهت زده، وجود ندارد.
◀ حافظه، یادگیری، دقت، توجه و تمرکز عادی	◀ فراموشی، بی توجهی، عدم تمرکز و از دست دادن حس زمان و مکان دیده می شود.
◀ صحبت کردن و تلفظ لغات و آهنگ کلام	◀ کلام مبهم، لرزان، تودماغی و بریده بریده نرمال است.
◀ راه رفتن و حرکات ظریف طبیعی هستند.	◀ عدم تعادل، سقوط مکرر و ناتوانی در انجام امور یدی دیده می شود.
◀ مشکلی در تنفس، ضربان قلب و دمای بدن	◀ بیمار مریض حال است و تنفس و نبض تند، دیده نمی شود.
	◀ کند یا نامنظم است.

- ◀ عرق ریزش و لرز دیده نمی‌شود.
- ◀ لرزش اندام‌ها یا تب یا لرز امکان‌پذیر است
- ◀ تحریک‌پذیری کمتر است.
- ◀ تحریک‌پذیری بسیار بالاست.
- ◀ گسیختگی تداعی و پرش افکار ممکن است وجود داشته باشد اما خفیف‌تر است.
- ◀ پرش افکار و گسختگی تداعی‌ها شدیدتر است.
- ◀ به غیر از هذیان‌ها و حالات توهمی سایر کارکردهای روانی چندان آسیب ندیده‌اند.
- ◀ هذیان‌ها و توهمات در میان مجموعه‌ای از علائم فوق‌ظاهر می‌شوند.
- ◀ پرخاشگری در ارتباط با هذیان‌ها یا شرایط بیرونی است.
- ◀ پرخاشگری کور و واکنش به هر محرکی است.
- ◀ بیمار در حوزه‌های جدا از هذیان، کارکرد و قدرت قضاوت خود را حفظ کرده است.
- ◀ کارکرد بیمار کلاً مختل و قضاوت‌ها معیوب هستند.
- ◀ ماده مخدر مصرفی اکثراً مت‌آفتامین است.
- ◀ معمولاً چند ماده مخدر از جمله مت‌آفتامین و هم‌چنین داروهای آرام‌بخش به صورت مخلوط استفاده می‌شوند.
- ◀ بعد از قطع مصرف مواد محرک ممکن است علائم بین ۱ تا ۶ ماه استمرار یابند.
- ◀ با قطع مصرف مواد، علائم بسیار سریع و معمولاً بین ۱ تا ۷ روز بعد ناپدید می‌شوند.
- ◀ لزوماً ارتباطی با اوج و میزان مصرف ندارد.
- ◀ در اوج مصرف و هنگام مصرف مقادیر بالا بروز می‌کند.
- ◀ معمولاً بعد از مدت نسبتاً طولانی (حدوداً چند ماه) از مصرف مواد ظاهر می‌شود.
- ◀ ممکن است حتی بعد از یکی دوبار مصرف سنگین ظاهر گردد.
- ◀ در معاینه فیزیکی معمولاً مشکلی وجود ندارد.
- ◀ ممکن است با حرکات غیرعادی، تشنج، اسپاسم و انقباضات دیس‌تونیک^۱ همراه باشد.

۲. بررسی از نظر پرخاشگری

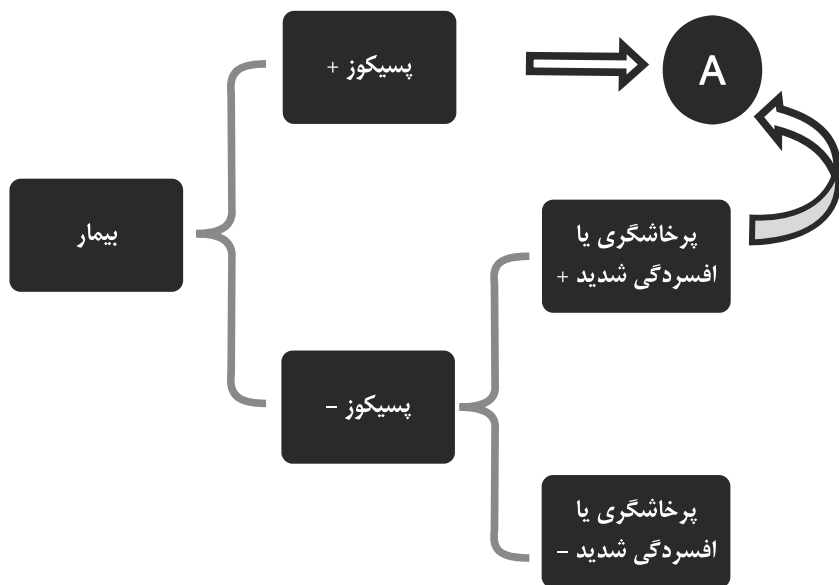
در الگوریتم درمانی و از نظر سلسله مراتب تصمیم‌گیری، بعد از بررسی پسیکوز، بررسی از نظر پرخاشگری شدید قرار دارد. آیا بیمار دچار پرخاشگری شدید و غیر قابل کنترل است؟ آیا قصد آسیب به بستگان، دوستان یا افراد غریبه را دارد؟ در موارد شدید مصرف آمفتامین‌ها و متعاقب بروز مسمومیت عصبی، بیماران به شدت ستیزه‌جو و خشن می‌شوند. به هرگونه انتقاد، برخورد یا حتی پیام‌های خنثی واکنش اغراق‌آمیز نشان می‌دهند. صحنه‌هایی چون حمله به دیگران با چاقو، عریضه‌کشی، فحاشی و تهدید کور دیگران به کرات دیده می‌شود. البته بعضی از موارد پرخاشگری همراه پسیکوز بوده و با آن مانند آن‌چه در مبحث پسیکوز گفته شد، برخورد می‌شود. اما گاهی نیز پرخاشگری کور و فراگیر بدون پسوسیکوز واضح ظاهر می‌شود. الگوریتم درمانی در برخورد با این حالت نیز بر اساس دستورالعمل A صورت می‌گیرد. در این حالت، پرخاشگری معادل جنون تعبیر می‌شود. نکته مهمی که درمان‌گر باید به آن توجه داشته باشد این است که پرخاشگری کور و بی‌هدف باید از خشونت حساب‌شده و هدفمند افتراق داده شود. بیماری که خواهان پول برای مصرف است و وقتی که با مخالفت خانواده مواجه می‌شود، پرخاش می‌کند، مصداق پرخاشگری کور نیست. یا اگر اقدامات وی برای ارباب اطرافیان یا جهت کتمان علایم مصرف به کار می‌رود باید هشیار بود که انگ پرخاشگری کور به بیمار زده نشود. پرخاشگری‌های بی‌هدف معمولاً متعاقب مصرف سنگین صورت گرفته و بیمار از آن بهره خاصی نمی‌برد. در جریان آن نیز بیمار توجهی به منافع خود ندارد. این حالات شباهت زیادی به پرخاشگری‌های افراد در حین بدمستی و مصرف سنگین الکل دارد.

۳. بررسی از نظر افسردگی شدید و افکار خودکشی

در برخی مصرف‌کنندگان نه علایم پسیکوز وجود دارد و نه این که بیمار دچار

پرخاشگری غیر قابل کنترل است. اما بیمار از افسردگی شدید و افکار خودکشی رنج می‌برد. بیمار بر این باور است که زندگی ارزش ادامه ندارد. خود را در توقف مصرف مواد مخدر ناتوان می‌بیند و احساس دوگانه و متضادی به ادامه آن دارد. در حسرت مرگ و مردن است یا دارای افکار آزار به خود و خودکشی است. حتی ممکن است اقدامی نیز صورت داده باشد یا مقدمات آن را فراهم کرده باشد. این‌گونه بیماران نیز باید تحت الگوی A مورد درمان قرار گیرند. در این حالت نیز توجه داشته باشید که ملاک، وجود افسردگی شدید و علایم آسیب به خود است. این‌که بیمار احساس ضعف می‌کند یا مانند گذشته شاد نیست و انگیزه فعالیت‌های وی کاهش یافته است، از نظر به کار بردن دستورالعمل A کفایت نمی‌کند.

توجه داشته باشید که در دل این دستورالعمل استفاده از جبر و زور برای درمان بیمار دیده شده است و در مرحله‌ای خانواده و درمان‌گر مجبور هستند بیمار را به مراکز درمانی هدایت کنند. در این حالت لازم است که بیمار در شرایطی باشد که قادر به تصمیم‌گیری نبوده و در عمل نیازمند اقدامات قیم‌مابانه باشد. در روان‌پزشکی عمومی نیز ما شاهد این امر هستیم و درمان‌گر با صلاح‌دید خانواده درجه یک بیمار، درمان اجباری را به اجرا می‌گذارد. در واقع بسیاری از بیماران پسیکوتیک یا افرادی که مرتکب خودکشی می‌شوند، حتی خلاف خواست خود، تحت درمان قرار می‌گیرند. روان‌پزشکی بر این باور است که بیمار در حالات مذکور قادر به دادن یا ندادن رضایت نیست و مسئول تصمیمات خود تلقی نمی‌شود. بر همین اساس میزان اختلال (به‌عنوان مثال افسردگی یا حس خودکشی) باید به حدی رسیده باشد که بیمار از قدرت تصمیم‌گیری ساقط تلقی شود.



شکل ۱-۵: الگوی A به مصرف کنندگانی که دچار پسیکوز، پر خاشگری عمده یا افسردگی شدید هستند، اختصاص دارد.

همان‌طور که در شکل ۱-۵ آمده بیمار در ۳ حالت وجود هریک از حالات پسیکوز، پر خاشگری کور یا افسردگی شدید به همراه افکار خودکشی در قالب رویکرد A قرار می‌گیرد. جزئیات این رویکرد در ادامه آمده است. متأسفانه با توجه به گسترش سریع مصرف مواد محرک در جامعه و نبود امکانات بستری روان پزشکی برای اکثریت آن‌هایی که از پسیکوز یا افسردگی شدید رنج می‌برند، به ناچار پروتکل مکمل یا آلترناتیوی به نام 'A' توصیف می‌گردد. در این پروتکل که در ادامه توضیح داده شده است، به جای درمان بستری در مرکز روان پزشکی، درمان فشرده سرپایی توصیه شده است.

ظرافت دستورالعمل A' و تفاوت آن با A در این مرحله نهفته است. باید گروه درمان‌گران کلیه اقدامات درمانی را که در جریان بستری به عمل می‌آوردند، در این مرحله به صورت سرپایی اجرا کنند. این موارد شامل معاینه دقیق، ایجاد محدودیت برای مصرف مواد در منزل، تجویز داروها و نظارت بر مصرف آن‌ها. باید اعتراف داشت که این اقدامات تا حدی دشوار بوده و مهارت بالای گروه درمانی را لازم دارد.

۴. اشکالات عمده شناختی

در این حالت که ممکن است علائم شباهت زیادی به پسیکوز داشته باشند، رویکرد A مد نظر است.

۵. عوارض خفیف تر مصرف مت‌آمفتامین و وابستگی به آن

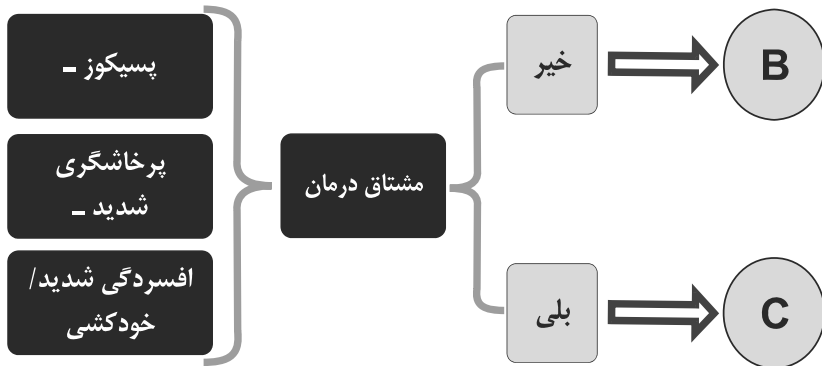
با کناررفتن افرادی که از عوارض عمده‌ای چون پسیکوز، افسردگی شدید و پرخاشگری غیر قابل کنترل رنج می‌برند، به بیمارانی می‌رسیم که مشکل اصلی در آن‌ها وابستگی و اعتیاد به مت‌آمفتامین است. در کنار وابستگی ممکن است عوارض سبک‌تر مصرف مانند مشکلات ملایم‌تر شناختی، مانند اشکال در حافظه یا برخی رفتارهای تکراری و جبری وجود داشته باشد. ویژگی عمده این حالت این است که بیمار در مرز جنون یا اختلال روان‌پزشکی که نافی قدرت تصمیم‌گیری مستقل وی باشد، قرار ندارد. این‌گونه بیماران هرقدر هم وابسته به مت‌آمفتامین و سایر مواد محرک باشند، از نظر علمی، عرفی، اخلاقی و قانونی مسئول اعمال و تصمیمات خود بوده و باید خود تصمیم به تغییر و درمان بگیرند. به همین دلیل سؤال اصلی که در این مرحله مورد توجه قرار می‌گیرد این است که آیا بیمار مایل به ترک و شروع درمان است یا خیر؟ پاسخ به این سؤال ادامه راه را مشخص خواهد کرد.

بیمارانی که جواب منفی به سؤال فوق می‌دهند، یعنی یا راغب به درمان نیستند یا اصلاً وابستگی و مشکل را انکار می‌کنند، گروه خاصی را تشکیل می‌دهند. در شکل ۲-۵ رویکرد B برای این دست پیشنهاد شده است. بنابراین رویکرد B خاص بیمارانی است که دارای وابستگی به مواد محرک بوده و دچار پسیکوز، افسردگی شدید/خودکشی و پرخاشگری غیر قابل کنترل نیستند اما خود علاقه‌ای به درمان ندارند. این موارد بیماران غیر راغب را تشکیل می‌دهند. از آن جایی که عدم رغبت آنان به درمان از به هم ریختگی شدید روانی و سایر شرایطی که نفی‌کننده اختیار باشد، نشأت نمی‌گیرد نمی‌توان و نباید آن‌ها را با استفاده از اجبار وارد درمان ساخت. این کار نه تنها کمکی به بیمار نمی‌کند بلکه باعث بروز مقاومت و حتی حس انتقام در وی می‌شود. متأسفانه شاهد هستیم که خیلی از خانواده‌ها از روی ناآگاهی یا استیصال، این دسته از بیماران را یا از طریق زور یا فریب وارد درمان می‌سازند. اقدامی که به ندرت پاسخ مناسبی به همراه دارد.

اقدام یا مداخله کلیدی درباره این بیماران به‌کاربردن مجموعه مداخلات راغب‌سازی است که در فصل جداگانه‌ای (فصل ۴) به آن اشاره شده است. راغب‌سازی در کنار یک نقش حمایتی قوی از طریق فشار مسنجم، سازنده و افزایش‌یابنده توسط خانواده‌ها بیمار را به درمان مجبور یا ترغیب می‌کند. با اجرای صحیح مراحل مختلف راغب‌سازی درصد قابل توجهی از بیماران غیر علاقه‌مند، به درمان تشویق و ترغیب می‌شوند.

همان‌طور که در شکل ۲-۵ مشاهده می‌کنید، در صورتی که بیمار برای ورود به درمان راغب باشد، دستورالعمل C درباره ایشان به اجرا درمی‌آید. پروتکل C ساده‌ترین شکل درمان است و بیشتر اختصاص به جلوگیری از عود و بازگشت به مصرف در بیمارانی دارد که خود علاقه‌مند به درمان بوده و از عوارض شدیدی

چون پسیکوز، پرخاشگری یا افسردگی شدید رنج نمی‌برند. اقدامات مقتضی برای هریک از الگوهای A، A'، B و C را در جداول ۲-۵ تا ۵-۵ مشاهده می‌کنید.



شکل ۲-۵: الگوی برخورد با افراد راغب و غیرراغب برای ورود به درمان. مصرف‌کنندگانی که فاقد حالات پسیکوز، پرخاشگری غیر قابل مهار و کور یا افسردگی شدید هستند در صورتی که خود علاقه‌مند به درمان باشند تحت الگوی C و در غیر این صورت بر اساس الگوی B وارد درمان خواهند شد.

الگوی رویکرد درمانی براساس وجود پسیکوز، پرخاشگری یا افسردگی شدید

جدول ۲-۵: دستورالعمل A.

دستورالعمل A: بیمار مبتلا به پسیکوز است یا دچار پرخاشگری یا افسردگی شدید بوده و احتمال خودکشی وجود دارد

◀ شرح حال دقیق از بستگان و تا حد امکان از بیمار لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به‌ویژه علائم پسیکوز، میزان پرخاشگری و احتمال آسیب به خود و دیگران شرح حال و اطلاع دقیقی حاصل نماید. استناد به گزارشات غیر دقیق و دست‌چندم صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می‌کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند.

◀ بستری در بخش روان‌پزشکی یا بخش بسته بیمارستان حتی در صورتی که بیمار بصیرت کافی برای بستری ندارد یا این که انگیزه‌ای برای قطع مصرف در خود نمی‌بیند، به دلیل جلوگیری از احتمال آسیب به خود یا دیگران، لازم است در واحد روان‌پزشکی بستری گردد.

البته فراموش نکنید که با به کار بردن صحیح تکنیک‌های مصاحبه و ایجاد ارتباط درست درمانی، بسیاری از بیماران پرخاشگر و غیر راغب، به شروع درمان علاقه‌مند یا راضی می‌شوند. این مسئله درباره بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین برجسته‌تر است و برخلاف بسیاری از بیماران پسیکوتیک غیر مصرف‌کننده مواد که برای ورود به درمان سرسختی خاصی نشان می‌دهند، مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین با مصاحبه ملایم و آگاهی‌دهی درباره علائم ناراحت‌کننده و ایجاد حس حمایت روانی، راضی به درمان می‌شوند. نکته مهمی که باید در نظر داشت این است که هدف در این مرحله مجاب‌سازی بیمار برای ورود به درمان مت‌آمفتامین و قطع کامل مصرف آن نیست بلکه هدف تقلیل علائم آزاردهنده‌ای چون افسردگی، بدبینی شدید، عصبانیت مفرط، دلشوره و اضطراب و بسیاری از علائم

ناراحت کننده‌ای است که بیمار به آن‌ها وقوف داشته و از درمان آن‌ها استقبال می‌کند. صحبت آرام با بیمار و سعی در القاء حس آرامش از طریق کلام^۱ از تکنیک‌های موفق است. در جریان مصاحبه و مجاب‌سازی نباید بیمار را فریب داد و استفاده از مسایل کذب نه تنها کمک‌کننده نیست بلکه به رابطه درمانی و حس اعتماد بیمار آسیب می‌زند. بنابراین ادعاهایی مانند این که وی را به‌عنوان مثال به مهمانی می‌برید، قصد معاینه دندان‌ها را دارید، یا می‌خواهید مطالبات وی را تسویه کنید، یا لازم است برای ادای شهادت در اداره پلیس حاضر گردد و بسیاری موارد مشابه که خانواده‌ها برای فریب بیمار استفاده می‌کنند، توجیه علمی نداشته و نباید توسط درمان‌گران استفاده شود. شاید بهترین عبارات کلی این است که "شما به هر دلیلی دچار حالاتی شده‌اید که شما را آزار می‌دهند. می‌دانیم این حالات برای شما ناخوشایند هستند و ما می‌خواهیم به شما کمک کنیم تا کمتر از آن‌ها رنج ببرید."

در برخی حالات، با وجود تلاش و تبحر درمان‌گر برای راغب‌سازی وی به درمان، کماکان بیمار از خود مقاومت نشان داده و حاضر به پذیرش درمان نمی‌شود. در این‌گونه موارد علاوه بر تکنیک‌های مجاب‌سازی و استفاده از فشارهای کلامی و عاطفی بستگان و نزدیکان، گاهی نیاز به استفاده از قوه قهریه و اعمال زور وجود دارد. انتقال تحت حفظ به مرکز درمانی به کمک نیروی پلیس یا پرسنل درمانی و اورژانس و هم‌چنین بستری در بخش بسته و بهره‌گیری از وسایل مهار فیزیکی (فیکس) از جمله این اقدامات هستند. برخی موارد نیز به دلیل پرخاشگری و خشونت شدید در بیمار، استفاده از داروی آرام‌بخش به منظور انتقال به مرکز درمانی لازم می‌گردد.

قبل از اقدام به انتقال اجباری به بیمارستان، لازم است رضایت‌نامه کتبی از بستگان درجه یک بیمار اخذ گردد. انتقال به بیمارستان باید توسط پرسنل آموزش‌دیده یا نیروی انتظامی صورت گیرد. در جریان انتقال، نباید بیمار مورد هرگونه توهین، آزار، ضرب و جرح یا پرخاشگری قرار گیرد. باید دقت کافی صورت گیرد که در صورت نیاز به اعمال زور و بستن اندام‌ها، از هرگونه فشار آسیب‌زا به بدن به‌ویژه نواحی حساس اجتناب گردد.

◀ معاینه و اخذ شرح حال دقیق و انجام آزمایش‌های ضروری در بدو بستری لازم است ضمن انجام مشاوره با روان‌پزشک، شرح حال و معاینه دقیق روانی و جسمی به عمل آید. به‌خصوص باید احتمال سایر عوامل عضوی ایجادکننده پسیکوز، پرخاشگری یا خلق افسرده بررسی گردند. در این میان باید به وجود عوامل عفونی، ضایعات قلبی عروقی یا مغزی عروقی، مسمومیت با سایر ترکیبات روان‌گردان و ضایعات فضاگیر مغزی دقت کافی مبذول گردد. آزمایشات روتین شامل موارد زیر ضروری است. آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیم‌های کبدی، شاخص‌های کارکرد کلیوی از جمله بیلیروبین و کراتینین، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و مت‌آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است. در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه‌ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی - عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است هرچند اصولاً بهتر است قبل از شروع درمان دارویی از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود. اصولاً انجام تصویرسازی مغزی برای تمام بیماران توصیه نمی‌شود. اما برای بیمارانی که علاوه بر علائم روانی، نشانه‌هایی از ضایعات فضاگیر یا علایم موضعی و عمده نورولوژیک^۱ مانند فلج، ضعف اندام‌ها، عدم تعادل، اشکال تکلم و کاهش سطح هوشیاری دارند، تصویرسازی به‌صورت سی‌تی اسکن و MRI توصیه می‌گردد. در این گونه موارد بهتر است علاوه بر مشاوره روان‌پزشکی، مشاوره با متخصص مغز و اعصاب نیز صورت پذیرد.

◀ کنترل علامتی پرخاشگری و بی‌قراری به کمک دارو در بدو بستری لازم است به کمک داروهای آرام‌بخش علایم و شکایات عمده بیمار کنترل گردد. استفاده از داروهای ضد پسیکوتیک مانند هالوپریدول، ریسپریدون، تری‌فلوپرازین، اولانزاپین و کلرپرومازین برای کاهش پرخاشگری و بی‌قراری بیماران توصیه می‌شود. استفاده از بنزودیازپین‌هایی مانند کلونازپام، لورازپام و دیازپام نیز در این مرحله مجاز است. استفاده از آرام‌بخش‌ها در تقلیل بی‌قراری ناشی از افسردگی و کاهش احتمال

خودکشی‌های تکانه‌ای و ناشی از خشم و عصبانیت نیز مؤثر است. به یاد داشته باشید که در درمان عوارض مصرف مواد محرک، داروهای آرام‌بخش جایگاه برجسته‌ای دارند و در کنترل بسیاری از عوارض مؤثر هستند. مراقبت از نظر اقدام به خودکشی و آسیب به خود و دیگران در این مرحله الزامی است.

◀ ایجاد محدودیت در مصرف مواد محرک

لازم است از طریق نظارت دقیق بر رفتارهای بیمار، مانع مصرف هرگونه ماده مخدر و محرک شده و از طریق آزمایش‌های هر ۳ روز یک‌بار ادرار از پرهیز بیمار مطمئن گردید. پرهیز ولو کوتاه‌مدت از مصرف مواد محرک منجر به کاهش سریع پرخاشگری، افسردگی و حتی علائم پس‌یکوز می‌گردد. قطع مصرف تنها به مدت یک هفته با کاهش چشمگیر مشکلات بیمار همراه است. پس‌یکوز مسمومیتی نیز در اکثریت مواقع بعد از چند روز پرهیز و تجویز داروهای ضد پس‌یکوز، فروکش می‌کند.

◀ استمرار تجویز داروهای ضد پس‌یکوز برای "پس‌یکوز ناشی از مواد"

در صورتی که تشخیص پس‌یکوز ناشی از مصرف مواد مسجل گردد نه تنها لازم است که تا فروکش کردن کامل علائم پس‌یکوز، تجویز داروهای ضد پس‌یکوز ادامه یابد بلکه توصیه می‌شود جهت تثبیت وضعیت بیمار، داروها تا ۳ ماه بعد از محو توهم‌ها و هذیان‌های بیمار ادامه یابند. در مواردی که علائم هذیانی و توهمی بخشی از مسمومیت حاد مصرف مواد محرک باشند، نیازی به استمرار تجویز داروهای ضد پس‌یکوز نبوده و می‌توان با فروکش کردن علائم پس‌یکوز، تجویز این داروها را نیز متوقف نمود.

◀ کنترل و درمان افسردگی و افکار خودکشی

در اکثریت موارد علائم افسردگی بعد از یک‌ماه پرهیز از مصرف مواد محرک و بدون تجویز داروهای ضد افسردگی برطرف می‌شوند. افکار خودکشی نیز معمولاً چند روز بعد از بستری و قطع مصرف مت‌آمفتامین ناپدید می‌شوند. بر این اساس توصیه می‌شود در صورتی که افکار خودکشی تهدید جدی نباشند، تصمیم به استفاده از داروهای ضد افسردگی به یک‌ماه بعد از قطع مصرف مت‌آمفتامین موکول گردد. در این زمان در صورتی که علائم افسردگی استمرار داشته و بیمار را آزار دهند، استفاده از این داروها مد

نظر قرار گیرد. اگر تخمین درمان گر بر این است که تهدید خودکشی جدی است و با کنترل علامتی پرخاشگری و بی‌قراری سریعاً در روزهای اول بستری برطرف نگردد، استفاده از الکتروشوک باید مد نظر قرار گیرد. متأسفانه در چنین حالتی نیز داروهای ضد افسردگی کمک چندانی نیستند. اصولاً استفاده از داروهای ضدافسردگی در مصرف‌کنندگان مت‌آفتابین در ماه اول درمان توجیه زیادی ندارد. در این باره به مبحث داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی مصرف مواد محرک مراجعه نمایید.

◀ ورود به روان‌درمانی‌های ساختاری سرپایی (به‌عنوان مثال برنامه ماتریکس) با فروکش کردن علائم پس‌یکوز و کنترل پرخاشگری و افکار خودکشی توصیه می‌شود. بیماران به روان‌درمانی‌های ساختاری به‌عنوان مثال برنامه ماتریکس منتقل شوند. برای ورود به روان‌درمانی لزومی ندارد که کلیه حالات هذیان و توهم برطرف شوند بلکه رسیدن به بصیرت نسبی و احساس لزوم ادامه درمان، کنترل پرخاشگری و توان شرکت کردن در جلسات و دنبال کردن محتوای جلسات برای حضور در روان‌درمانی کافی است. گاهی اوقات بیماران هنوز توهمات شنوایی را تجربه می‌کنند و به برخی افکار هذیانی باور دارند ولی از آن‌جایی که این امور در پذیرش درمان و شرکت در جلسات تداخلی ایجاد نمی‌کنند و برای درمان‌گر و اطرافیان بیمار خطر جدی تلقی نمی‌شوند، بیماران در جلسات ماتریکس شرکت کرده و از آن بهره می‌برند.

قبل از ورود به جلسات روان‌درمانی ساختاری، جلسات ارزیابی، توجیهی و پیش‌درمانی برگزار می‌شود. بدین‌منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث، "مصاحبه با بیمار" مراجعه نمایید. بیمار بعد از توجیه، ارزیابی و برگزاری جلسات پیش‌درمانی، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می‌گیرد.

جدول ۳-۵: دستورالعمل A'

دستورالعمل A': بیمار مبتلا به پسیکوز است یا دچار پرخاشگری یا افسردگی شدید بوده و احتمال خودکشی وجود دارد.

◀ شرح حال دقیق از بستگان و تا حد امکان از بیمار

بسان پروتکل A لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به‌ویژه علائم پسیکوز، میزان پرخاشگری و احتمال آسیب به خود و دیگران شرح حال و اطلاع دقیقی حاصل نماید. استناد به گزارشات غیر دقیق و دست‌چند صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می‌کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند.

◀ مدیریت سرپایی علائم پسیکوز، پرخاشگری و افسردگی

در صورتی که بستری در بخش روان‌پزشکی و تحت نظر روان‌پزشک به هر دلیل از جمله نبود امکانات بستری میسر نباشد به ناچار بیماران باید به شکل سرپایی مدیریت شوند. در چنین حالتی ویزیت روزانه یا حداقل هفته‌ای ۳ بار توصیه می‌شود. در صورتی که بیمار قادر یا حاضر به مراجعه نباشد، پزشک می‌تواند ویزیت در منزل به عمل آورد. حضور یک یا چند نفر از بستگان یا همراهان به منظور کنترل بیمار در جلسات ویزیت الزامی است. در صورتی که بیمار حاضر به مصرف داروها نباشد، می‌توان از اشکال تزریقی استفاده کرد. در جلسات ویزیت، پزشک معالج باید علاوه بر توجه به وضعیت روانی، مراقب وضعیت جسمی بیمار باشد و اموری چون بیماری‌های سیستمیک، اختلال در کارکرد قلبی - عروقی، تغذیه صحیح بیمار و آسیب‌های فیزیکی از نظر دور نمانند.

◀ معاینه و اخذ شرح حال دقیق و انجام آزمایش‌های ضروری

در بدو ملاقات بیمار لازم است ضمن انجام مشاوره با روان‌پزشک، شرح حال و معاینه دقیق روانی و جسمی به عمل آید. به‌خصوص باید احتمال سایر عوامل عضوی ایجادکننده پسیکوز، پرخاشگری یا خلق افسرده بررسی گردند. در این میان باید به وجود عوامل عفونی، ضایعات قلبی عروقی یا مغزی عروقی، مسمومیت با سایر ترکیبات روان‌گردان و ضایعات فضاگیر مغزی دقت کافی مبذول گردد. آزمایشات روتین شامل موارد زیر ضروری است. آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیم‌های کبدی،

شاخص‌های کارکرد کلیوی از جمله بیلی‌روبین و کراتینین، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و مت‌آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است. در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه‌ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی - عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است هرچند اصولاً بهتر است قبل از شروع درمان دارویی از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود. اصولاً انجام تصویرسازی مغزی برای تمام بیماران توصیه نمی‌شود. اما برای بیمارانی که علاوه بر علائم روانی، نشانه‌هایی از ضایعات فضاگیر یا علائم موضعی و عمده نورولوژیک مانند فلج، ضعف اندام‌ها، عدم تعادل، اشکال تکلم و کاهش سطح هوشیاری دارند، تصویرسازی به صورت سی‌تی اسکن و MRI توصیه می‌گردد. در این گونه موارد بهتر است علاوه بر مشاوره روان‌پزشکی، مشاوره با متخصص مغز و اعصاب نیز صورت پذیرد.

◀ کنترل علامتی پرخاشگری و بی‌قراری به کمک دارو

در بدو ورود به درمان لازم است به کمک داروهای آرام‌بخش علائم و شکایات عمده بیمار کنترل گردد. استفاده از داروهای ضد پسیکوتیک مانند هالوپریدول، ریسپریدون، تری‌فلوپرازین، اولانزاپین و کلرپرومازین برای کاهش پرخاشگری و بی‌قراری بیماران توصیه می‌شود. استفاده از بنزودیازپین‌هایی مانند کلونازپام، لورازپام و دیازپام نیز در این مرحله مجاز است. استفاده از آرام‌بخش‌ها در تقلیل بی‌قراری ناشی از افسردگی و کاهش احتمال خودکشی‌های تکانه‌ای و ناشی از خشم و عصبانیت نیز مؤثر است. به یاد داشته باشید که در درمان عوارض مصرف مواد محرک، داروهای آرام‌بخش جایگاه برجسته‌ای دارند و در کنترل بسیاری از عوارض مؤثر هستند. مراقبت از نظر اقدام به خودکشی و آسیب به خود و دیگران در این مرحله الزامی است.

◀ ایجاد محدودیت در مصرف مواد محرک

لازم است از طریق نظارت دقیق بر رفتارهای بیمار، مانع مصرف هرگونه ماده مخدر و محرک شده و از طریق آزمایش‌های هر ۳ روز یک‌بار ادرار از پرهیز بیمار مطمئن گردید. پرهیز ولو کوتاه‌مدت از مصرف مواد محرک منجر به کاهش سریع پرخاشگری، افسردگی و

حتی علائم پسیکوز می‌گردد. قطع مصرف تنها به مدت یک هفته با کاهش چشمگیر مشکلات بیماران همراه است. پسیکوز مسمومیتی نیز در اکثریت مواقع بعد از چند روز پرهیز و تجویز داروهای ضد پسیکوز، فروکش می‌کند.

◀ استمرار تجویز داروهای ضد پسیکوز برای "پسیکوز ناشی از مواد" در صورتی که تشخیص پسیکوز ناشی از مصرف مواد مسجل گردد نه تنها لازم است که تا فروکش کردن کامل علائم پسیکوز، تجویز داروهای ضد پسیکوز ادامه یابد بلکه توصیه می‌شود جهت تثبیت وضعیت بیمار، داروها تا ۳ ماه بعد از محو توهم‌ها و هذیان‌های بیمار ادامه یابند. در مواردی که علائم هذیانی و توهمی بخشی از مسمومیت حاد مصرف مواد محرک باشند، نیازی به استمرار تجویز داروهای ضد پسیکوز نبوده و می‌توان با فروکش کردن علائم پسیکوز، تجویز این داروها را نیز متوقف نمود.

◀ کنترل افکار خودکشی و افسردگی

در اکثریت موارد علائم افسردگی بعد از یک‌ماه پرهیز از مصرف مواد محرک و بدون تجویز داروهای ضد افسردگی برطرف می‌شوند. افکار خودکشی نیز معمولاً چند روز بعد از بستری و قطع مصرف مت‌آمفتامین ناپدید می‌شوند. بر این اساس توصیه می‌شود در صورتی که افکار خودکشی تهدید جدی نباشند، تصمیم به استفاده از داروهای ضد افسردگی به یک‌ماه بعد از قطع مصرف مت‌آمفتامین موکول گردد. در این زمان در صورتی که علائم افسردگی استمرار داشته و بیمار را آزار دهند، استفاده از این داروها مد نظر قرار گیرد. اگر تخمین درمان‌گر بر این است که تهدید خودکشی جدی است و با کنترل علامتی پرخاشگری و بی‌قراری سریعاً در روزهای اول برطرف نگردد، استفاده از الکتروشوک به صورت سرپایی باید مد نظر قرار گیرد. اما اصولاً در این‌گونه موارد تأکید مضاعف وجود دارد که بیمار بستری شود و به هر نحو ممکن امکان انتقال به واحد بستری فراهم گردد. متأسفانه در چنین حالتی نیز داروهای ضد افسردگی کمک‌چندانی نیستند. استفاده از داروهای ضد افسردگی در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین در ماه اول درمان توجیه

زیادی ندارد. در این‌باره به مبحث داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی مصرف مواد

محرک مراجعه نمایید.

◀ ورود به روان‌درمانی‌های ساختاری سرپایی (به‌عنوان مثال برنامه ماتریکس) با فروکش کردن علائم پسیکوز و کنترل پرخاشگری و افکار خودکشی توصیه می‌شود. بیماران به روان‌درمانی‌های ساختاری به‌عنوان مثال برنامه ماتریکس منتقل شوند. برای ورود به روان‌درمانی لزومی ندارد که کلیه حالات هذیان و توهم برطرف شوند بلکه رسیدن به بصیرت نسبی و احساس لزوم ادامه درمان، کنترل پرخاشگری و توان شرکت کردن در جلسات و دنبال کردن محتوای جلسات برای حضور در روان‌درمانی کافی است. گاهی اوقات بیماران هنوز توهمات شنوایی را تجربه می‌کنند و به برخی افکار هذیانی باور دارند ولی از آن‌جایی که این امور در پذیرش درمان و شرکت در جلسات تداخلی ایجاد نمی‌کنند و برای درمان‌گر و اطرافیان بیمار خطر جدی تلقی نمی‌شوند، بیماران در جلسات ماتریکس شرکت کرده و از آن بهره می‌برند.

قبل از ورود به جلسات روان‌درمانی ساختاری، جلسات ارزیابی، توجیهی و پیش‌درمانی برگزار می‌شود. بدین‌منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث، "مصاحبه با بیمار" مراجعه نمایید. بیمار بعد از توجیه، ارزیابی و برگزاری جلسات پیش‌درمانی، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می‌گیرد.

جدول ۴-۵: دستورالعمل B.

دستورالعمل B: بیمار مشکلی از بابت تصمیم‌گیری نداشته و نشانه‌ای از جنون، مسمومیت روانی و دلیریوم، پرخاشگری غیر قابل کنترل یا افسردگی شدید به همراه خودکشی ندارد. اما خود علاقه‌ای به قطع مصرف نشان نمی‌دهد. در چنین حالتی بستگان هستند که اصرار به درمان دارند.

◀ شرح حال دقیق از بستگان

لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به‌ویژه عوارض مصرف مواد، میزان و نحوه مصرف مواد مخدر و همچنین عوارض فراگیر و تغییرات عمومی در کارکرد بیمار اطلاع دقیقی حاصل نماید. استناد به گزارشات غیر دقیق و دست‌چندم صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می‌کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند. از آن‌جا که در این حالت فرد مصرف‌کننده علاقه‌ای به درمان ندارد، ممکن است حتی برای جلسات ارزیابی نیز حاضر نگردد. به همین دلیل وظیفه درمان‌گر دشوارتر شده و باید به گزارشات اطرافیان بسنده کند. لذا مهم است از چند منبع مختلف درباره بیمار اطلاعات موثقی به دست آورد. برای آگاهی بیشتر به مبحث "مصاحبه با خانواده بیمار" (فصل ۲) مراجعه نمایید.

◀ ارزیابی موقعیت برای امکان اجرای فرایندهای راغب‌سازی

در صورتی که درمان‌گر با استناد به شرح حال خانواده به این نتیجه برسد که مشکل جدی در زمینه استفاده از مواد مخدر وجود دارد و خانواده انگیزه و امکانات لازم برای وادار ساختن بیمار را در اختیار دارند، آن‌ها را به اجرای "مداخله" تشویق می‌کند. موافقت خانواده با اجرای "مداخله" الزامی است و آن‌ها باید حاضر به پذیرفتن تعهد و عوارض احتمالی آن را باشند. درمان‌گر فرایند انواع مداخلات راغب‌سازی را توضیح می‌دهد و در صورتی که خانواده آن پذیرفتند، اقدامات بعدی آغاز می‌شود.

◀ اجرای مداخلات راغب‌سازی

درمان‌گر خانواده را جهت انجام مداخله جانشونی یا مداخله ARISE آموزش داده و مقدمات اجرای آن را فراهم می‌کند. بدین‌منظور خانواده باید موارد نگران‌کننده خود را فهرست نمایند. در کنار آن اقداماتی را که از بیمار انتظار دارند از جمله ورود به درمان یا تغییر رفتار معین کنند. در نهایت تحریم‌ها یا فشارهایی را که بیمار در صورت امتناع متحمل خواهد شد نیز معین کنند. سپس در جلساتی غیر مترقبه (مدل جانشون) یا با هماهنگی با بیمار، مجموعه موارد نگران‌کننده، اقدامات مورد انتظار و فشارهای تنبیهی را برای او توضیح دهند. جهت اطلاعات بیشتر به مبحث راغب‌سازی بیمار مراجعه کنید. خوشبختانه در صورت اجرای صحیح مداخلات راغب‌سازی، اکثریت بیماران برای درمان مراجعه می‌کنند. البته در بدو مراجعه، افراد مصرف‌کننده دارای درجات متفاوتی از انگیزه هستند اما با توجه به آن‌چه در مبحث "دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه" آمده است، رسیدن به حداکثر انگیزه الزامی نبوده و حتی بیمارانی که به‌واسطه فشار خانواده مراجعه کرده‌اند، کاندیدای قابل قبولی برای ورود به درمان هستند.

◀ ارزیابی انگیزشی بیمار

بعد از اقدامات راغب‌سازی، مصرف‌کنندگان در درجاتی از انگیزه برای ادامه درمان قرار می‌گیرند. در این زمان لازم است درمان‌گر جلساتی را با قصد افزایش انگیزه مراجع و هم‌چنین ارزیابی مشکلات وی برقرار نماید. همان‌طور که در مبحث "مصاحبه و مشاوره اولیه با بیمار" ذکر شد، بهتر است در این مرحله تمرکز بر روی مشکلات بیمار و نه صرفاً بر روی مصرف مواد مخدر قرار گیرد. باید مصرف‌کنندگان قادر باشند مشکلات خود را در محیطی صمیمی، حمایت‌گر و غیر قضاوتی مطرح سازند و درمان‌گر نیز به‌جای ایراد سخنرانی، انجام نصیحت و دستور دادن به وی، از طریق تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی او را به ادامه درمان علاقه‌مند سازد. یکی از اقداماتی که در این مرحله باید مورد توجه قرار گیرد، تلاش برای وقفه ولو موقت در مصرف ماده مخدر و رسیدن به حداقل یک آزمایش منفی است. با پایدارشدن بیمار از نظر روانی و تلاش وی جهت کنترل مصرف، امکان ورود او به روان‌درمانی ساختاری فراهم می‌شود.

◀ دارودرمانی علامتی

پزشک می‌تواند برای برخی علائم بیمار مانند بی‌قراری، بی‌خوابی، احساس خشم و عصبانیت، کابوس‌ها، شبانه و عوارض جسمی مصرف مواد محرک از داروهای ضد اضطراب، خواب‌آور و آرام‌بخش استفاده نماید. متأسفانه دارودرمانی در حال حاضر تنها در حد کنترل علامتی مؤثر شناخته شده است و برای کاهش وسوسه، افزایش ماندگاری بیماران در درمان و کاهش مصرف مواد مخدر چندان مؤثر نبوده و تفاوتی با پلاسبو ندارد. استفاده از دارو جهت بهره‌گیری از اثر دارونمایی (پلاسبو) دارای ظرافت‌هایی است که در مبحث "استفاده از اثر دارونمایی در درمان مواد محرک" مورد توجه قرار گرفته است.

◀ ورود به روان‌درمانی ساختاری سرپایی (به‌عنوان مثال الگوی ماتریکس)

قبل از ورود به جلسات روان‌درمانی ساختاری، جلسات توجیهی و پیش‌درمانی برگزار می‌شود. بدین منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث، "مصاحبه با بیمار" مراجعه نمایید.

◀ برگزاری جلسات روان‌درمانی ساختاری

بیمار بعد از توجیه، ارزیابی و برگزاری جلسات پیش‌درمانی، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می‌گیرد.

◀ انجام آزمایش‌های پاراکلینیک

با ورود بیمار به درمان و کسب رضایت وی جهت شرکت در جلسات روان‌درمانی، لازم است آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیم‌های کبدی، شاخص‌های کارکرد کلیوی از جمله بیلیروبین و کراتینین، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول و هم‌چنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و مت‌آمفتامین صورت گیرد. در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه‌ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی - عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است هرچند اصولاً بهتر است از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود.

جدول ۵-۵: دستورالعمل C.

دستورالعمل C: بیمار مشکلی از بابت تصمیم‌گیری نداشته و نشانه‌ای از جنون، مسمومیت روانی و دلبریوم، پرخاشگری غیر قابل کنترل یا افسردگی شدید به همراه خودکشی ندارد. خود نیز اعلام می‌دارد که مایل به قطع مصرف مواد است. اما بیمار به دلایلی چون وسوسه، خستگی و روحیه افسرده، عدم توان توقف مصرف یا مشکلات بیرونی قادر به ترک نیست و خواستار کمک درمان‌گر است. به همین دلیل بیمار بدون اجبار دیگران به تنهایی یا به همراه بستگان مراجعه کرده است.

◀ ارزیابی انگیزشی بیمار

در این زمان لازم درمان‌گر جلساتی را با قصد افزایش انگیزه بیمار و هم‌چنین ارزیابی مشکلات وی برقرار نماید. همان‌طور که در مبحث "مصاحبه و مشاوره اولیه با بیمار" ذکر شد، بهتر است در این مرحله تمرکز بر روی مشکلات بیمار و نه صرفاً بر روی مصرف مواد مخدر قرار گیرد. باید مراجعان قادر باشند مشکلات خود را در محیطی صمیمی، حمایت‌گر و غیر قضاوتی مطرح سازند و درمان‌گر نیز به‌جای ایراد سخنرانی، انجام نصیحت و دستور دادن به بیمار، از طریق تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی او را به ادامه درمان علاقه‌مند سازد. یکی از اقداماتی که در این مرحله باید مورد توجه قرار گیرد، تلاش برای وقفه ولو موقت در مصرف ماده مخدر و رسیدن به حداقل یک آزمایش منفی است. با پایدارشدن بیمار از نظر روانی و تلاش وی جهت کنترل مصرف، امکان ورود او به روان‌درمانی ساختاری فراهم می‌شود.

◀ انجام آزمایش‌های پاراکلینیک

با ورود بیمار به درمان و کسب رضایت وی جهت شرکت در جلسات روان‌درمانی، لازم است آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیم‌های کبدی، شاخص‌های کارکرد کلیوی از جمله بیلیروبین و کراتینین، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول و هم‌چنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و مت‌آمفتامین صورت گیرد. در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه‌ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای

سابقه ناراحتی قلبی - عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است هرچند اصولاً بهتر است در ابتدای درمان از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود.

◀ اخذ شرح حال و گرفتن اطلاعات تکمیلی از بستگان بیمار در صورت تمایل بیمار و اجازه وی لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به‌ویژه عوارض مصرف مواد، میزان و نحوه مصرف مواد مخدر و هم‌چنین عوارض فراگیر و تغییرات عمومی در کارکرد بیمار اطلاع تکمیلی حاصل نماید. بهتر است اشخاصی که با بیمار زندگی می‌کنند مورد مصاحبه قرار گیرند.

◀ دارودرمانی علامتی
پزشک می‌تواند برای برخی علائم بیمار مانند بی‌قراری، بی‌خوابی، احساس خشم و عصبانیت، کابوس‌ها شبانه و عوارض جسمی مصرف مواد محرک از داروهای ضد اضطراب، خواب‌آور و آرام‌بخش استفاده نماید. متأسفانه دارودرمانی در حال حاضر تنها در حد کنترل علامتی مؤثر شناخته شده است و برای کاهش وسوسه، افزایش ماندگاری بیماران در درمان و کاهش مصرف مواد مخدر چندان مؤثر نبوده و تفاوتی با پلاسبو ندارد. استفاده از دارو جهت بهره‌گیری از اثر دارونمایی (پلاسبو) دارای ظرافت‌هایی است که در مبحث "استفاده از اثر دارونمایی در درمان مواد محرک" مورد توجه قرار گرفته است.

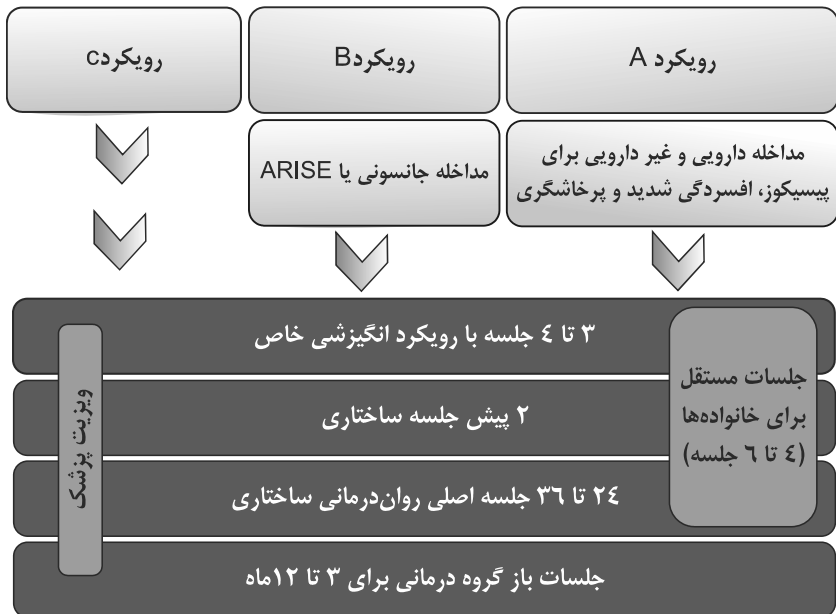
◀ ورود به روان‌درمانی ساختاری ماتریکس
قبل از ورود به جلسات روان‌درمانی ساختاری، جلسات توجیهی و پیش‌درمانی برگزار می‌شود. بدین‌منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث "مصاحبه با بیمار" مراجعه نمایید.

◀ برگزاری جلسات روان‌درمانی ساختاری
بیمار بعد از توجیه، ارزیابی و برگزاری جلسات پیش‌درمانی، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می‌گیرد.

فصل ۶

جلسات ساختاری روان‌درمانی

هسته مرکزی روان‌درمانی فشرده سرپایی در نظام تغییر یافته ماتریکس را مجموعه جلسات ساختاری تشکیل می‌دهد. این جلسات در واقع ستون فقرات مداخله را تشکیل می‌دهند و بیماران به‌صورت انفرادی و تا حدود ۳ ماه در این مجموعه شرکت می‌کنند. در الگوی پیشنهادی فعلی تعداد دستور جلسات ۲۴ است اما فراموش نکنید که ممکن است برخی جلسات برای بیماران تکرار شوند یا برای برخی بیماران در بعضی جلسات بیش از یک جلسه اختصاص یابد. به همین دلیل معمولاً تعداد جلسات درمانی بیش از ۲۴ شده و گاهی برای گروهی از بیماران حتی بر ۵۰ جلسه بالغ می‌گردد. بعد از آن‌که بیمار در جلسات مقدماتی ارزیابی و مشاوره انگیزشی شرکت کرد و علاوه بر شکل‌گیری حس ورود به درمان و انگیزه تا حدی نیز از نظر روانی به ثبات کافی رسید، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات ساختاری از ۳ پیش‌جلسه و ۲۴ تا ۳۶ جلسه



شکل ۱-۶: نمایی از مجموعه جلسات پیشنهادی براساس الگوی تغییر یافته ماتریکس.

روان درمانی ساختاری با دستور جلسات معین تشکیل شده است. هر جلسه دارای نما و محتوایی از پیش تعیین شده است و بیمار فرایند درمان را در جلسات به صورت انفرادی طی می‌کند. نمای کلی از جلسات ساختاری در شکل ۱-۶ آمده است.

نمای کلی جلسات

هریک از این جلسه‌ها دارای ساختاری خاص است. درباره مجموعه جلسات توجه به نکات زیر ضروری است:

- ♦ زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه است که باید ثابت بماند. از کم یا زیاد کردن

طول جلسه پرهیز شود. توصیه می‌شود جلسه رأس ساعت خاص آغاز گردد و در زمان مقرر بعد از ۴۵ دقیقه خاتمه یابد. مثلاً بیمار ساعت ۱۰ صبح در جلسه حاضر می‌شود و ۱۰/۴۵ جلسه او به پایان می‌رسد. حتی اگر در حین یک جلسه، مطالب مقرر به اتمام نرسد، بهتر است ادامه آن به جلسه بعد منتقل گردد و از طولانی کردن جلسه خودداری شود. در این صورت تعداد جلسات همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد از ۲۴ بیشتر خواهد شد که نه تنها مذموم نیست بلکه بسیار توصیه نیز می‌گردد^۱. در صورتی که بیمار دیر به جلسه برسد، متأسفانه زمان از دست رفته قابل جایگزینی در همان جلسه نخواهد بود و باید جلسات رأس زمان از پیش تعیین شده، به اتمام رسد. بنابراین اگر بیماری به‌جای ۵ بعد از ظهر، ۵/۲۰ به جلسه برسد، کماکان جلسه در ۵/۴۵ به اتمام خواهد رسید و برای جبران باید جلسه‌ای اضافی برای بیمار در نظر گرفته شود.

♦ جلسات توسط پزشک، روان‌شناس، مشاور یا مددکار قابل اجرا است. درمان‌گر باید برای تمام دوره ثابت باشد و از تعویض درمان‌گر جداً خودداری شود. برخی پزشکان با وجود مشغله و محدودبودن برنامه کاری، علاقه‌مند به انجام روان‌درمانی هستند. این امر در صورت رعایت اصول درمان، بلامانع است. در عمل بیشترین استقبال توسط روان‌شناسان بالینی صورت می‌گیرد.

♦ لازم است درمان‌گر دوره آموزش خاص روان‌درمانی ساختاری مواد محرک را گذرانده باشد. این دوره با حداقل حدود ۳۰ تا ۴۰ ساعت نظری

۱. فراموش نکنیم که هدف از روان‌درمانی به پایان رساندن جلسات نیست و قرار نیست بیمار در زمان مقتضی از جلسات و روان‌درمانی فارغ گردد. هر قدر فرایند درمان بیشتر به طول انجامد و بیمار در جلسات بیشتری شرکت کند، بهبودی وی بهتر و بیشتر خواهد بود. تا می‌توانید از تمدید جلسه یا تکرار آن استقبال کنید. عجله‌ای در رسیدن به جلسه ۲۴ و ختم درمان نیست. مهم است بیمار و خانواده وی از این امر آگاه باشند.

به همراه حدود ۱۰ ساعت کار عملی یا مشارکتی امکان‌پذیر است. البته مسلم است که در این مدت کوتاه آموزش روان‌درمانی بسیار دشوار است و نباید انتظار داشت تا درمان‌گران در زمان اندک بر تمام نکات فنی درمان مسلط شوند. فرایند آموزش روان‌درمانی، امری زمان‌بر و دشوار است و هرکسی نمی‌تواند درمان‌گری توانا گردد. اما با توجه به بحران مواد محرک و نبود نیروی کار آموزش‌دیده احتمالاً باید به حداقلی از آموزش‌ها بسنده کرد. اما لازم است با ادامه فعالیت درمان‌گران و آشنایی بیشتر آن‌ها با مسئله اعتیاد و کاهش فوریت نیاز به مداخله برای بحران مواد محرک در کشور، آموزش‌های تکمیلی پی‌گیری شود. دوره آموزش مشاوره پایه برای اعتیاد در کشورهای صنعتی و مرفه حدود ۲ سال به طول می‌انجامد.

- ♦ درمان به صورت هفته‌ای ۲ یا ۳ جلسه برگزار می‌شود. این که دفعات آن ۲ یا ۳ بار در هفته باشد بستگی به امکان شرکت بیمار دارد اما ۳ بار در هفته مناسب‌تر است و بیشتر توصیه می‌شود. اما در صورت انتخاب ۲ یا ۳ بار در هفته، باید دفعات جلسه در هفته ثابت بماند. یعنی نباید تا طی دوره هفته به هفته تغییر کند یا بسته به سلیقه کم و زیاد شود. تقلیل تعداد جلسات به یک‌بار در هفته تقریباً غیر ممکن است و پاسخ‌گوی نیاز بیماران نخواهد بود. دو بار در هفته حداقل ممکن است و در حال حاضر در بسیاری از مراکز به‌عنوان الگوی غالب پذیرفته شده است.
- ♦ باید زمان جلسات در طی هفته ثابت باشد به‌عنوان مثال شنبه‌ها، دوشنبه‌ها و چهارشنبه‌ها. بهتر است توزیع جلسات در هفته به شکلی باشد که فاصله دو جلسه بیش از ۴ روز نشود. به‌عنوان مثال آرایش جلسات به صورت دو روز در هفته شنبه‌ها و یکشنبه‌ها یا ۳ روز در هفته

شنبه‌ها، یکشنبه‌ها و دوشنبه‌ها مناسب نیست.

- ♦ انجام آزمایش ادرار به صورت حداقل هفته‌ای یک‌بار الزامی است. آزمایش باید از نظر مواد افیونی (مورفین) و مت‌آمفتامین صورت گیرد. شرایط ایده‌آل آن است که آزمایش ادرار هفته‌ای ۲ بار انجام شود و فاصله هر آزمایش با دیگری بیش از ۴ روز نشود. برای اطلاعات تکمیلی به مبحث آزمایش ادرار مراجعه کنید.
- ♦ محتوای جلسات بر اساس "کتابچه بیماران" تعیین می‌شود. در کتابچه مذکور برای هر جلسه دستور خاصی تعیین شده که هدایت بخشی از ۴۵ دقیقه بر اساس آن است. علاوه بر دستور جلسه، تکالیفی نیز برای بیماران مقرر گردیده است که بیمار در بین دو جلسه انجام خواهد داد.
- ♦ کتابچه بیماران در پیوست آمده است. درباره این که کتابچه به چه صورت باید در اختیار بیماران قرار گیرد، راه‌های مختلفی متصور است. برخی بیماران از بردن کتابچه به منزل ابا دارند زیرا یا نگران مفقودشدن آن هستند یا این که امکان می‌دهند برخی افراد آن را ببینند و محتوای آن را بخوانند. به همین دلیل کتابچه خود را در مرکز درمانی نگهداری می‌کنند. عده‌ای که نگرانی‌های مذکور را ندارند، آن را با خود می‌برند. اصولاً به همراه بردن کتابچه ارجح است زیرا به بیماران اجازه می‌دهد که محتوای آن را در ساعات فراغت مرور کنند و از راهکارهای موجود در آن در ساعات بین جلسات استفاده کنند. اما اگر نگران هستید که بیماری کتابچه خود را مفقود کند یا نتواند آن گونه که می‌خواهد آن را محرمانه نگهدارد، به ناچار می‌تواند آن را در مرکز درمانی به امانت بگذارد. در چنین حالتی مرکز درمانی موظف است تمام همت خود را برای نگهداری صحیح کتابچه به خرج دهد و محتوای آن نباید تحت هیچ شرایطی برای

دیگران حتی بستگان بیمار قابل دسترسی باشد. سؤال دیگری که در زمینه کتابچه مطرح می‌شود این است که آیا کل آن به صورت یک جا در اختیار بیمار قرار گیرد یا به تدریج با پیشرفت جلسات، یک به یک به وی داده شود. ظاهراً شکل اخیر مطلوب تر است و ترجیح دارد دستور جلساتی که هنوز فرا نرسیده‌اند در اختیار بیمار نباشد و بیمار تنها جلساتی را که سپری شده است را به همراه داشته باشد. به همین دلیل بهتر است کتابچه به صورت قابل تفکیک (به عنوان مثال کلاسوری) چاپ و تکثیر شود و بیمار دستور هر جلسه‌ای را که در آن شرکت می‌کند به کلاسور خود اضافه کند. عملی که نباید صورت گیرد این است که کتابچه به صورت اوراق مجزا درآید و صفحه صفحه شود. در این حالت از قالب کتابچه در آمده و بیشتر به تعدادی کاغذ مجزا می‌نماید و ممکن است صفحاتی به تدریج گم شوند. انسجام جلسات و نظم در نگهداری آن‌ها بسیار مهم است.

♦ توصیه می‌شود حق الزحمه جلسات به صورت ماهانه و از پیش گرفته شود. یعنی مبلغ ثابتی به عنوان هزینه درمان در ابتدای هر ماه اخذ شود و این رقم دربرگیرنده کلیه مخارج برنامه ساختاری اعم از حق الزحمه درمان گر، آزمایش ادرار، سرانه مرکز درمانی و ویزیت پزشک باشد. برای بیمارانی که نمی‌توانند هزینه ماهانه را یک جا پرداخت کنند، می‌توان رقم ماهانه را به دو قسط ۱۵ روز یک بار تقسیم کرد. اما بهتر است از سرشکن و تقسیط بیشتر خودداری شود. اخذ حق الزحمه به شکل جلسه‌ای نتایج بدی دارد و ماندگاری بیمار را کاهش می‌دهد. در ضمن بیماران باید آگاه باشند که در صورت غیبت یا انصراف از جلسه، هزینه آن لحاظ شده و برای بیمار منظور می‌گردد. هزینه‌ای که از پیش گرفته شده هم بهتر است

مسترد نگردد. بسته به امکانات مرکز درمانی و ساعات کاری درمان‌گر، می‌توان اجازه تغییر ساعات جلسه را از مدتی قبل (مثلاً حداکثر از ۴۸ ساعت پیش) برای بیماران قائل شد. البته برخی مراکز نیز به دلیل بسته‌بودن برنامه کاری و عدم امکان جابه‌جایی جلسات، از پیش به بیماران هشدار می‌دهند که نمی‌توانند ساعات خود را تغییر دهند.

اهداف کلی و مشترک جلسات ساختاری

جلسات ساختاری چندین هدف عمده اولیه و ثانویه درمانی را دنبال می‌کنند. اهداف اصلی اولیه برگزاری جلسات را می‌توان در ۴ مورد زیر خلاصه کرد:

۱. افزایش ماندگاری بیمار در درمان: هر قدر بیماران، صرف نظر از این که مصرف مواد مخدر دارند یا نه، بیشتر در درمان بمانند یک موفقیت است. صرف آمدن ایشان به جلسات دست آورد مهمی است. شاید این مسئله برخلاف بسیاری از مداخلات پزشکی باشد که در آن نتیجه نهایی مانند کم‌شدن علامتی یا بهبود شاخصی مد نظر است و انجام مداخله درمانی به خودی خود ارزشمند نیست. در طب اعتیاد حضور بیمار در برنامه‌ها در درازمدت به خودی خود منجر به کاهش مصرف و بهبودی اعتیاد می‌شود. هر بار که بیمار برای حضور در جلسه به مرکز درمانی شما مراجعه می‌کند، یک قدم به پیش است. به همین دلیل در ارزیابی بسیاری از برنامه‌های درمان اعتیاد، ماندگاری^۱ در درمان بدون حتی در نظر گرفتن این که در زمان حضور در درمان چه قدر از مصرف مواد مخدر امتناع کرده است، یک شاخص مهم تلقی می‌شود.
۲. افزایش زمان دورماندن از مواد مخدر: هر روز که به پاک‌ی بیمار افزوده

می‌شود، امکان عود مصرف کم شده و ترمیم آسیب‌های مغزی و روانی ناشی از مصرف مواد مخدر بیشتر می‌شود. بیماری که ۴۰ روز از مواد دور می‌ماند در وضعیت بهتر از کسی است که تنها ۱۰ روز از مواد دور شده است. تعداد روزهای پرهیز از مصرف و همچنین طولانی‌ترین زمان امتناع از مصرف، جزء شاخص‌های عمده ارزیابی یک درمان هستند.

۳. افزایش تعداد آزمایش‌های منفی: آزمایش منفی یک شاخص عمده و عینی کارایی درمان است. هر قدر تعداد منفی‌ها در مقایسه با موارد مثبت بیشتر باشد، بیمار در وضعیت بهتری است.

۴. کاهش وسوسه و میل به مصرف: با استمرار درمان، بیمار متذکر می‌شود که میل به مواد و وسوسه در او رو به نقصان است. البته این امر نیازمند درمان نسبتاً طولانی و استفاده از تکنیک‌های عدیده‌ای است. سنجش میل و وسوسه به صورت ذهنی و درونی^۱ یعنی بر مبنای گزارش‌های بیماران انجام می‌گیرد. انتظار می‌رود با افزایش ماندگاری بیماران در درمان و امتناع آن‌ها از مصرف، به تدریج وسوسه نیز کاهش یابد. هر چند بعید است وسوسه به صفر برسد و فردی مدعی شود که هرگز وسوسه نمی‌شود.

چهار متغیر فوق و بهبود آن‌ها، از اهداف اولیه و مهم درمان ساختاری است و می‌توان با ارزیابی آن‌ها به میزان موفقیت و اثربخشی درمان نیز دست یافت. در مطالعات مختلف به منظور بررسی روش‌های روان‌درمانی یا دارودرمانی اعتیاد نیز معمولاً همه یا تعدادی از عوامل فوق مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این متغیرها هم ساده هستند و هم سنجش آن‌ها با دقت خوبی میسر است. اما فراموش

نکنید که یک برنامه روان‌درمانی منسجم از جمله درمان ۲۴ تا ۳۶ جلسه‌ای ماتریکس دست‌آوردهای دیگری نیز دارد که تک‌تک آن‌ها نوعی موفقیت است. برخی از این دست‌آوردها به قرار زیرند:

- ♦ آشنایی با اثر مواد محرک و سیر رهایی و بهبودی از آن: در بخشی از جلسات، آموزش‌های دقیقی درباره اثر مواد محرک و سیر بهبودی از آن‌ها به بیمار ارائه داده می‌شود.
- ♦ شناسایی موقعیت‌های مشکل‌آفرین: برای هر معتادی شرایطی وجود دارد که با احتمال زیاد مصرف مواد مخدر همراه است. بیماران در جریان برنامه ساختاری ماتریکس، موقعیت‌های پر خطر خود را می‌شناسند.
- ♦ پرهیز از شرایط پر خطر: بیمار یاد می‌گیرد که کم‌کم از موقعیت‌هایی که برای وی مشکل‌آفرین هستند و با امکان مصرف مواد همراهند دوری کند. اجتناب از شرایط پرخطر به صورت یک مهارت در می‌آید که نتیجه مثبت آن در چهار هدف اصلی و اولیه درمانی نمود پیدا می‌کند.
- ♦ یادگیری مهارت‌های مقابله با وسوسه: بیماران می‌آموزند که در هنگام بروز وسوسه چه اقداماتی انجام دهند تا از وسوسه خلاص شوند. با افزایش این مهارت‌ها امکان تبدیل وسوسه به مصرف و در نتیجه عود، کمتر می‌شود.
- ♦ افزایش توان برخورد با استرس و ناملایمات: فشارهای روانی و استرس از جمله عوامل عود هستند. بیماران به تدریج مهارت‌های مدیریت استرس را می‌آموزند. انتظار می‌رود با اتمام جلسات ماتریکس، قدرت برخورد بیماران با استرس به طرز محسوسی بیشتر شده باشد. در ضمن اتصال به درمان و درمان‌گر نیز در تقویت این توان بی‌اثر نیست.
- ♦ کنترل مصرف خودسر داروها: در جریان جلسات روان‌درمانی ساختاری

تأکید ویژه‌ای بر عدم مصرف خودسر داروها صورت گرفته و از بیماران خواسته می‌شود به جای دارودرمانی نابه‌جا، به فعالیت‌های اجتماعی و سازنده رو آورند. انتظار می‌رود در نتیجه شرکت در برنامه درمانی، مصرف خودسر دارو توسط بیماران تقلیل یابد. مهم است بیماران یاد بگیرند که برای تنظیم حالات خلقی و هیجانی خود به جای رو آوردن به داروها ولو ترکیبات مجاز از مهارت‌های فردی و بین فردی و اجتماعی خود بهره گیرند.

♦ تنظیم هیجانی و بهبودی خلق: یکی از متغیرهایی که با شرکت در برنامه روان‌درمانی بهبود می‌یابد خلق بیماران است. هرچند در طی حضور در درمان ممکن است گاهی خلق به سوی افسردگی یا پرخاشگری میل نماید اما روند کلی به سوی بهبودی است و بعد از گذشت چند ماه از درمان انتظار می‌رود که علائم عمده افسردگی برطرف شوند. در برخی بیماران بیش از آن که مشکل به صورت افسردگی باشد، به شکل خلق ناپایدار نمود پیدا می‌کند. در این حالت نیز ثبات خلقی بعد از مدتی درمان قابل انتظار است.

♦ اصلاح سبک زندگی و قانونمندشدن فعالیت‌های روزمره: انضباط در کارها و منظم شدن چرخه فعالیت‌های روزانه مانند خواب، کار، بیداری، تفریح و غذاخوردن در برنامه‌های ساختاری مد نظر است و به آن‌ها توجه می‌شود.

♦ افزایش فعال‌سازی بیماران: روان‌درمانی ساختاری تأکید دارد که میزان فعالیت‌های بیمار به طور کلی افزایش یابد و بیماران اوقات خود را با کار، تفریح، معاشرت، ورزش و گردش پر کنند. شکل‌گیری نقش منفعل در بیماران مورد قبول نیست و نه تنها باید برای غنی‌سازی محیط و

فعالیت‌ها اهتمام داشته باشند بلکه کیفیت سرگرمی‌ها و معاشرت‌ها نیز باید ارتقا یابد. بین بیماری که روزانه ۶ ساعت تلویزیون نگاه می‌کند با آن‌که ۶ ساعت خود را بین مطالعه، ورزش، یادگیری، معاشرت و هنر تقسیم می‌کند، تفاوت عمده‌ای است. سطح فعالیت یکی از متغیرهایی است که در ارزیابی درمان مورد سنجش نیز قرار می‌گیرد.

♦ کنارآمدن بیشتر با خانواده و افزایش تحمل به بی‌اعتمادی: کاهش جو متشنج در خانواده و افزایش حس تحمل بین بیمار و بستگان یکی دیگر از اهداف درمان ساختاری است. انتظار می‌رود که موارد خشونت کلامی و فیزیکی و مشاجرات خانوادگی با ادامه درمان کاهش یابد. شکایات بیمار از خانواده و برعکس نیز باید کم شود. از طرفی بیماران یاد می‌گیرند که با حس بی‌اعتمادی و کنترل آن‌ها کنار بیایند و کمتر واکنش نشان دهند.

♦ تقویت حس انضباط فردی: به اتمام‌رساندن کارها، داشتن حس مسئولیت‌پذیری و موفقیت در انجام امور در زمان مقرر جزء مهمی از دست‌آوردهای درمان است. یکی از مشکلاتی که در مصرف‌کنندگان مواد مخدر نمود دارد اهمال‌کاری و به تأخیرانداختن وظایف است. بیماران در جریان درمان تشویق می‌شوند تا کارهای به‌جا مانده را تمام کنند و از تعلل^۱ دور شوند.

♦ توان بهتر برای کنترل رفتارهای تکانه‌ای به‌ویژه خشم: عدم توان کنترل خشم یکی از شکایات اصلی بیماران و خانواده‌های آن‌هاست. این مسئله در مصرف مواد محرک حتی برجسته‌تر است. انتظار می‌رود که از حملات

- خشم^۱ با درمان کاسته شود و موارد خشم کور و حساب شده تقلیل یابند.
- ◆ بصیرت به عوارض مخرب مت‌آفتامین بر رفتارهای جنسی: مشکلات جنسی چه به صورت بروز اختلالات کارکردی^۲ مانند ناتوانی^۳، انزال زودرس^۴ و کاهش میل جنسی و چه به صورت رفتارهایی مانند ارتباطات جنسی تکانه‌ای و اجبارگونه^۵، اعتیاد جنسی^۶ و رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان به مواد مخدر به‌ویژه مواد محرک به کرات دیده می‌شود. برخی مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین بر این باور هستند که سرانجام مصرف شیشه مبتلاشدن به اختلال جنسی است. بخشی از روان‌درمانی ساختاری مواد محرک به عوارض جنسی اعتیاد پرداخته و بیماران را به آن‌ها آگاه می‌کند. البته لازم به یادآوری است که متأسفانه درمان این عوارض چندان راحت نبوده و در قالب برنامه ماتریکس امکان‌پذیر نیست. برای رفع این عوارض، درمان‌های تکمیلی پیشنهاد می‌شود. در روان‌درمانی تنها بیمار از این عوارض آگاه شده و به نقش مصرف مواد در ایجاد آن‌ها بصیرت پیدا می‌کند.
 - ◆ ثبت دقیق فرایند بهبودی و آشنایی با علایم هشداردهنده عود: عود به صورت ناگهانی و بدون مقدمه اتفاق نمی‌افتد. قبل از وقوع آن الگوهای رفتاری خاصی شکل می‌گیرند و علایم هشداردهنده‌ای^۷ بروز می‌کنند. در روان‌درمانی ساختاری بیماران با علایم هشدار دهنده آشنا شده و پایش آن‌ها را می‌آموزند. به همین دلیل امکان عودهای به ظاهر ناگهانی کاهش

-
1. Anger outbursts
 2. Sexual dysfunction
 3. Impotence or erectile dysfunction (ED)
 4. Premature ejaculation (PE)
 5. Impulsive and compulsive sex
 6. Sexual addictions
 7. Warning signs

می‌یابد. در ضمن بیماران سیر بهبودی و نوسانات خود را رصد کرده و با ثبت آن، تخمینی از وضعیت روانی خود پیدا می‌کنند.

انتظار نمی‌رود که تمام اهداف اصلی و فرعی در جریان ۲۴ یا ۳۶ جلسه روان‌درمانی محقق شود. تحقق هر بخشی از آن ارزشمند بوده و به بهبودی کلی بیمار کمک می‌کند. در ضمن میزان موفقیت برای هر بیمار فرق می‌کند و علاوه بر بیمار و توانایی‌های او، ارتباط عمیقی با مهارت درمان‌گر و شخصیت او نیز دارد. مطالعات نشان داده‌اند که تفاوت زیادی بین درمانگرهای مختلف وجود دارد و در واقع تنوع عوامل دست‌اندرکار، ارائه تخمین از میزان موفقیت در شاخص‌های فوق را دشوار کرده است. مهم این است که شما و بیمار و خانواده او بدانید که درمان تنها یک هدف واحد ندارد و هرکدام از متغیرهای فوق بهبود یابند یک موفقیت است. درمانگرانی که عامل موفقیت را تنها در پاکی کامل بیمار در انتهای جلسات تعریف می‌کنند متأسفانه ممکن است با نوعی سرخوردگی مواجه شوند. در ضمن موفقیت همه یا هیچ نیز نیست؛ یا بیمار موفق شده یا شکست خورده است. موفقیت بیمار بر روی یک طیف تعریف می‌شود. به‌عنوان مثال بیمارانی که توانسته‌اند بعد از ۳ ماه روان‌درمانی بر خشم و رفتارهای جنسی تکانه‌ای خود مسلط شوند و فعالیت‌های روزانه خود را افزایش و نظم دهند، حتی اگر کماکان مصرف‌کننده هستند و آزمایش‌های ادرار ایشان مثبت می‌شوند، از درمان سود برده‌اند. همین بیماران در ماه‌های بعد پی‌گیری شرایط بهتری داشته و بیشتر امکان دارد در درازمدت به پاکی کامل برسند. اما روحیه کمال‌گرا در خانواده، بیمار و حتی درمان‌گر باعث می‌شود که بسیاری از دستاوردها دیده نشوند و تنها یک هدف و آن هم آزمایش ادرار منفی به‌عنوان غایت درمان در نظر گرفته شود.

ساختار و محتوای جلسات

جلسات ساختاری دارای محتوای خاصی هستند. مهم است درمان‌گر اجزای جلسات را به‌درستی مراعات کند. هر جلسه ۴۵ دقیقه‌ای از ۶ جز تشکیل می‌شود. لازم است که این اجزا برای جلسات رعایت شده و از حذف و حتی به هم‌زدن ترتیب آن‌ها خودداری شود. این اجزا در شکل زیر ارائه شده‌اند (شکل ۲-۶). زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بین این اجزا تقسیم می‌شود. این اجزا عبارتند از:

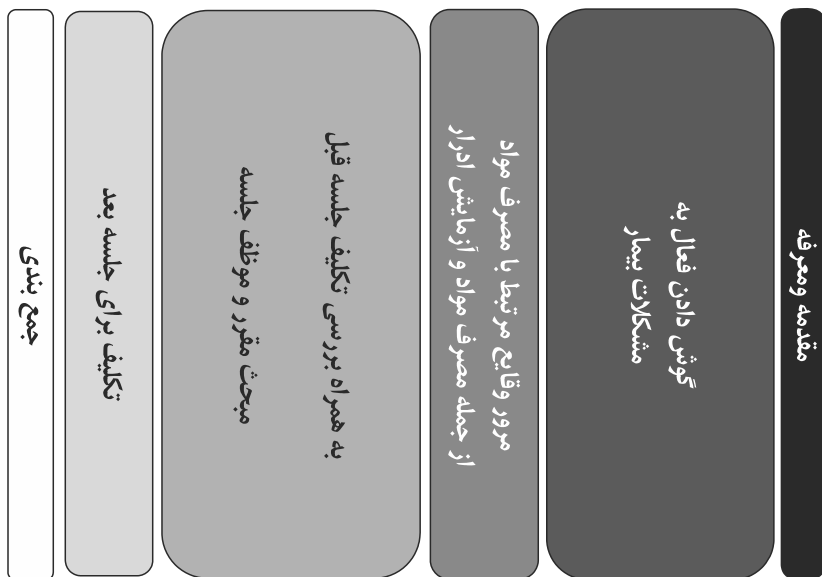
۱. مقدمه و معارفه: شامل احوال‌پرسی معمول، گفت‌وگوی روزمره، خوش‌آمدگویی و توضیح مختصری درباره هر جلسه می‌شود. در طی ۱ یا ۲ دقیقه درمان‌گر با وضعیت کلی بیمار آشنا شده و بعد از اطمینان از آمادگی و شرایط روحی وی جلسه را آغاز می‌کند. در این مدت نمایی مختصر از آنچه در ۴۵ دقیقه آینده در پیش رو است نیز ارائه می‌دهد.

۲. گوش‌دادن فعال به مشکلات بیمار: در این بخش درمان‌گر به کمک تکنیک‌های انگیزشی و اصول مشاوره مراجع محور به یکی از مشکلات بیمار فعالانه گوش داده و در مشاوره شرکت می‌کند. توصیه می‌شود که هر جلسه بین ۲۰ تا ۲۵ دقیقه به این بخش اختصاص یابد. بهتر است مشکل را خود بیمار معین دارد و یکی از حوزه‌های ناراحت‌کننده زندگی وی باشد. در ضمن نیازی نیست که مشکل مذکور به‌طور مستقیم مرتبط با مصرف مواد مخدر باشد. حتی بیمار را تشویق کنید مشکلی را ولو این‌که هیچ ربطی به مصرف مواد مخدر نداشته باشد ولی از نظر وی مهم است و درباره آن نیاز به مشاوره دارد مطرح کند. برخی مطالب این بخش می‌تواند حول و حوش مشکلات زناشویی، اختلاف با همسر، ناتوانی در محیط کار، خشم به خواهر و برادرها، احساس اعتماد به نفس پایین، خجالتی بودن، بی‌اراده بودن، ناتوانی در ابراز وجود یا هر حوزه‌ای که بیمار با آن دست به‌گریبان است و می‌خواهد درباره

آن کمک دریافت کند، باشد.

این قسمت بخش مهمی از درمان است و نباید تصور شود که انجام آن برای پرکردن جلسه یا وقت گذراندن با بیمار است. درمان‌گر باید گفته‌های بیمار را به دقت دنبال کند و از مشکلات وی یادداشت تهیه نماید. طبیعی است که مشکلات بیمار در ۲۰ دقیقه به انتها نرسیده و نیازمند وقت مشاوره بیشتری است. به همین منظور بعد از اتمام زمان مقرر از بیمار بخواهید که توقف کرده و شما نیز با یادداشت دقیق آخرین مطالب جلسه، ادامه آن را به جلسه بعد مقرر کنید. به این شکل ممکن است که هر یک از مشکلات خاص بیمار مانند سریالی دنباله‌دار در قالب چندین جلسه پیایی مطرح شود. هرگاه احساس کردید که مجموعه جلساتی که برای مشکلی خاص صرف کرده‌اید کافی است، می‌توانید از بیمار بخواهید که مشکل دیگری را باز کند و تمرکز جلسات بعد را بر روی آن قرار دهید. این بخش از برنامه ساختاری ماتریکس شباهت زیادی به مشاوره‌های غیرساختاری معمول در روان‌شناسی داشته و از اصول و قوانین آن تبعیت می‌کند. در آن بیمار و درمان‌گر آزادی عمل فراوانی دارند و جهت‌گیری مشاوره کاملاً به علایق بیمار باز می‌گردد.

گاهی مسئله مورد درخواست بیمار برای مشاوره شباهت زیادی به محتوای مقرر یکی از جلسات دارد. به‌عنوان مثال او علاقه‌مند است درباره اختلاف و مشاجره با خانواده بر سر دخالت، کنترل و بی‌اعتمادی بیش از حد آنان صحبت کند. این درحالی است که بی‌اعتمادی خانواده یکی از جلسات مقرر برنامه ماتریکس (جلسه ۶) است. در این صورت ضمن آن که آن مطلب مورد نظر بیمار می‌پردازید، به او اطلاع دهید که در جلسات آینده، مطلب مورد نظر پوشش داده خواهد شد.



شکل ۲-۶: محتوای هریک از جلسات ساختاری.

۳. مرور وقایع مرتبط با مصرف مواد مخدر: در مرحله بعد در حد ۵ تا ۶ دقیقه به بررسی مصرف مواد مخدر و وسوسه بیمار درباره آن از جلسه قبل تاکنون بپردازید. این مرحله فرصت خوبی است که تمرکز خالص بر روی آن چه در ۳ یا ۴ روز اخیر در زمینه مواد مخدر گذشته است، صورت گیرد. آیا بیمار مصرف مواد داشته است؟ چه قدر وسوسه شده؟ اگر شده برای آن چه کرده است؟ هم‌چنین در این مرحله نتیجه آزمایش ادرار مربوط به همان روز بررسی می‌شود. اگر مثبت است، چه شده که بیمار مصرف کرده‌است؟ اگر منفی است چه‌طور؟ برای اطلاعات بیشتر درباره چگونگی برخورد با آزمایش به مبحث "آزمایش ادرار" مراجعه کنید.

۴. مبحث مقرر و موظف جلسه: بعد از اتمام بررسی وقایع مرتبط با مصرف مواد

و هم‌چنین آزمایش ادرار، از بیمار بخواهید که کتابچه خود را گشوده و بحث تعیین شده برای جلسه را آغاز کنید. در ابتدا درمان‌گر توضیحی درباره محتوای جلسه ابراز می‌دارد. محتوای جلسات در ضمیمه کتابچه بیماران موجود است. توضیحات مربوط به هر جلسه نیز در انتهای راهنمای درمان (کتاب موجود) آمده است. سپس از بیمار خواسته می‌شود که درباره مباحث جلسه اظهار نظر نموده و فعالانه وارد بحث گردد. توجه داشته باشید که هدف این قسمت آموزش مستقیم بیمار یا پُرکردن کتابچه نیست و جلسه مشاوره نباید به کلاس درس و نوشتن مشق و تکلیف درسی تبدیل شود. بیمار مشکلات خود را در رابطه با دستور جلسه بیان می‌دارد. درمان‌گر نیز با رعایت اصول مشاوره و تکنیک‌های انگیزشی، بیمار را راهنمایی می‌کند. در کتابچه هر جا از بیمار سؤال شده، قرار نیست که وی با چند پاسخ سریع و قاطع مبحث را تکمیل کند، بلکه سؤالات بدین‌منظور طراحی شده که هسته بحث جلسه را تشکیل دهد و بیمار را به فکر، بیان احساسات و دیدگاه‌ها و تجارب خود وادارد. سپس در لابه‌لای مشاوره، هرگاه بیمار درباره هر یک از سؤالات به نظری یا دیدگاهی دقیق رسید، از وی خواسته می‌شود که سطور مربوطه را تکمیل کند. ممکن است بیمار در آن لحظه برای برخی سؤالات، پاسخی نداشته باشد. اصراری نیست که همه سؤالات و محل درج پاسخ پر شوند. هدف آن است که بحث حول و حوش سؤالات طرح و پی‌گیری گردد. در ادامه تکالیف جلسات قبل مرور شوند و مشخص شود بیمار کدام‌یک از آن‌ها را انجام داده است. درباره پاسخ‌ها و اقدامات وی نیز مشاوره ادامه یابد. انتظار می‌رود این بخش از جلسه ساختاری در مجموع حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه و گاهی تا ۳۰ دقیقه طول بکشد.

اگر بیمار تمایل داشت یا احساس کردید که نیاز دارد وقت بیشتری به مبحث

مقرر اختصاص یابد، از آن دریغ نکنید منتهی نه در آن جلسه بلکه در جلسه بعد؛ ادامه آن را به جلسه بعدی موکول کنید.

از جابه جا و پس و پیش کردن جلسات خودداری کنید. جلسه ۷ باید بعد از جلسه ۶ و قبل از ۸ ادا شود. اما اگر یک جلسه برای ۷ کم بود، آن را همان طور که اشاره شد در ۲ جلسه برگزار کنید. در مقابل از ادغام جلسات بپرهیزید. برای هر جلسه مقرر باید حداقل یک جلسه اجرا شود. در صورتی که بیمار یا شما احساس می کنید که محتوای جلسه ای خاص برای بیمار کمتر کاربرد دارد - به عنوان مثال جلسه درباره بی اعتمادی خانواده است و بیمار اصولاً تنهاست و بدون خانواده زندگی می کند - از حذف جلسه خودداری کنید. در هر حال همان مبحث با اندکی دخل و تصرف برای همه بیماران قابل اجراست. در چنین شرایطی می توانید از او بخواهید که تجارب دیگران را درباره محتوای جلسات ابراز دارد. در همان مثال بی اعتمادی خانواده، ابراز دارد که از مسئله بی اعتمادی در دیگران چه دیده یا شنیده است. چه قدر احتمال می دهد که در آینده به آن مبتلا شود یا شرایط فرضی را در نظر آورد که گرفتار آن شده است. در این صورت اقدام وی چیست؟ و موارد مشابه آن.

از بازگشت به دستور جلسات قبلی و مرور محتوای آن ها استقبال کنید. هرگاه بیمار به مطلبی برخورد که حس کرد به مباحث قبلی مربوط می شود یا خواست بخشی از جلسات قبل را تکمیل کند، به جلسه مذکور بازگردید. اما از جهش به جلو خودداری کنید. جلساتی که هنوز مطرح نشده اند را خارج از نوبت مطرح نکنید.

۵. تکلیف برای جلسات بعد: بعد از اتمام دستور مقرر جلسه، تکالیف شناختی و رفتاری برای جلسات بعد در کتابچه تعبیه شده است. در این مرحله بیمار به

کمک درمان‌گر با تکالیف بعدی آشنا می‌شود.

۶. جمع‌بندی: در انتها درمان‌گر به جمع‌بندی پرداخته و چند نکته به‌عنوان راهنمایی و شعار جلسه ایراد می‌دارد. برخی از نکات شعاری و دستوری در کتابچه آمده است. گاهی نیز بیمار و درمان‌گر با هم به شعاری درباره جلسه بعد می‌رسند. نوبت جلسه بعدی یادآوری شده و بیمار جلسه را ترک می‌کند.

زمان نسبی هریک از اجزا متناسب با شکل ۲-۶ است. همان‌طور که از شکل برمی‌آید بیشترین زمان هر جلسه به دو جز گوش‌دادن فعال و مشاوره عمومی به مشکلات بیمار و بحث مقرر و موظف جلسه اختصاص دارد. البته نوسان طول مدت این اجزا و کم و زیاد شدن آن‌ها در جلسات مختلف اجتناب‌ناپذیر است. به‌عنوان مثال مبحث مقرر در یک جلسه ممکن است بسیار بحث‌انگیز شود و زمان زیادتری به خود اختصاص دهد و برعکس در جلسه‌ای دیگر کوتاه‌تر برگزار گردد. اما نباید این نوسات خیلی زیاد باشد و حداکثر به ۳ تا ۴ دقیقه محدود شود. کل جلسه نیز نباید از ۴۵ دقیقه تجاوز کند. در صورتی که دستور جلسه‌ای برای بیمار یا به‌نظر درمان‌گر بسیار مهم بنماید، می‌توان به تمدید جلسه یعنی واگذاری ادامه آن به جلسه بعد اقدام کرد. به‌عنوان مثال اگر دستور جلسه ۶ بیش از معمول برای بیمار مهم است یا در یک جلسه امکان پوشش‌دادن تمام آن وجود نداشت، جلسه ششم در جلسه بعد یعنی جلسه هفتم تکرار می‌شود. در چنین حالتی دستور جلسه هفتم نیز به جلسه بعد یعنی هشتم موکول می‌شود و الی آخر. به همین دلیل ممکن است و اغلب چنین پیش می‌آید که دستور و مباحث ۲۴ یا ۳۶ جلسه در عمل ظرف ۲۴ (ویا ۳۶) جلسه به اتمام نمی‌رسد. نه تنها این مسئله مشکل‌آفرین نیست بلکه باید از آن استقبال کرد. فراموش نکنید که هدف، حل مشکلات بیمار و بازگرداندن او به جاده سلامتی است نه تمام کردن یک کتابچه!

برای محتوای جلسات، موارد زیر در نظر گرفته شده است. برنامه ماتریکس پیشنهادی را می‌توان در قالب ۲۴ جلسه‌ای یا کامل‌تر ۳۶ جلسه‌ای اجرا کرد. شکل کوتاه‌تر برای بیمارانی است که در بدو ورود به درمان علاقه‌مند به درمان کوتاه‌تر و سریع‌تر هستند. اما شکل ۳۶ جلسه‌ای کامل‌تر بوده و دربرگیرنده چند جلسه تکمیلی است. در الگوی ۳۶ جلسه‌ای بهتر است به صورت ۳ بار در هفته اجرا شود. الگوی ۲۴ جلسه‌ای در قالب ۲ یا ۳ بار در هفته میسر است. انتخاب آن بستگی به تمایل بیمار و امکان شرکت در جلسات دارد. اما به عنوان اصل کلی هر قدر تعداد جلسات بیشتر باشد، انتفاع بیمار بیشتر خواهد بود.

فهرست عناوین جلسات به قرار زیر است.

- پیش‌جلسه ۱: آشنایی با ماتریکس و قوانین آن و آنچه که اتفاق می‌افتد.
- پیش‌جلسه ۲: آزمایش ادرار، رازداری و اصول اخلاقی درمان

جلسات

۱. چرا مواد را ترک می‌کنم؟ (ترازوی تغییر)
۲. شروع‌کننده‌ها
۳. سیر بهبودی (نقشه راه)
۴. انواع شروع‌کننده‌ها (شروع‌کننده‌های بیرونی)
۵. انواع شروع‌کننده‌ها (شروع‌کننده‌های درونی)
۶. مشکلات عمده در بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده
۷. کاهش انرژی (بی‌حالی)
۸. مصرف نابه‌جای دارو
۹. وسوسه
۱۰. با وسوسه چه باید کرد؟

۱۱. راه‌های نادرست برخورد با وسوسه
 ۱۲. افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف مواد
 ۱۳. بی‌حوصلگی و افسردگی
 ۱۴. فعالیت‌های جلوگیری از عود
 ۱۵. فعالیت‌های مستعدکننده به عود
 ۱۶. کار و بهبودی
 ۱۷. شرم و گناه
 ۱۸. مشغول ماندن
 ۱۹. انگیزه برای بهبودی
 ۲۰. راست‌گویی
 ۲۱. پاک‌ی کامل
 ۲۲. روابط جنسی مشکل‌آفرین
 ۲۳. پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن
 ۲۴. زرنگ باشید نه قوی
- در الگوی ۳۶ جلسه‌ای که شکل میسویتر و کامل‌تری از جلسات ساختاری است، علاوه بر مباحث فوق، ۱۲ مبحث دیگر به قرار زیر عرضه می‌شوند. برخی بیماران نسبت به طولانی‌شدن درمان حساس هستند و گاهی از مواجه‌شدن با پیشنهاد ۳۶ جلسه مضطرب شده و درمان کوتاه‌تری طلب می‌کنند. در این حالت، درمان ۲۴ جلسه‌ای گزینه مناسبی است. البته در صورتی که بیمار ۲۴ جلسه را با موفقیت پشت سر گذارد، بهتر است او را به ادامه تا ۳۶ جلسه ترغیب نمود.
۲۵. عود اتفاقی
 ۲۶. به زندگی خود نظم بدهیم.

- ۲۷. پشت گوش انداختن کارها
- ۲۸. وقتی لغزش اتفاق می افتد.
- ۲۹. با استرس خود چه کنیم؟
- ۳۰. کنترل خشم
- ۳۱. مشکلات را بپذیریم.
- ۳۲. برای فعال سازی خود چه کردید؟ (معاشرت، تفریح و ...)
- ۳۳. جبران گذشته و ترمیم روابط
- ۳۴. تعطیلات و مناسبت ها
- ۳۵. زناشویی و ازدواج
- ۳۶. تصمیم های مهم زندگی (نگاه به جلو)

توضیح محتوای جلسات ساختاری

در این بخش جهت آگاهی درمان گر درباره محتوای جلسات و اهدافی که در هریک از آن ها دنبال می شود و هم چنین وظایف درمان گر توضیحاتی ارائه شده است.

جلسه اول: چرا مواد را ترک می کنم (ترازوی تغییر)

انسان ها در جریان بهبودی و هرگونه تغییر رفتار به آن چه که به واسطه آن تغییر به دست می آورند و آن چه از دست می دهند توجه دارند. طبیعی است که با هر تغییری ولو مثبت و سازنده، تعادل قبلی زندگی دستخوش دگرگونی می شود. برخی امور ناخوشایند با تغییر رفتار برطرف می شوند و شخص از مزایا و فواید متعددی بهره مند می گردد. اما هر تغییری بدون عارضه نیست و با وجود کسب فواید و رفع امور آزاردهنده، در برخی حوزه ها، فرد به ظاهر متضرر می شود

و از عوارض نوظهوری آزرده می‌گردد. به عنوان مثال فردی را در نظر بگیرید که به دلیل چاقی و اضافه وزن ناراحت کننده تصمیم به تغییر برنامه غذایی خود می‌گیرد و رژیم دشواری را انتخاب می‌کند. به واسطه رژیم غذایی فرد دچار کاهش وزن می‌شود و ممکن است از فواید زیر لذت ببرد:

- ♦ تحرک وی بهتر می‌شود.
- ♦ تناسب اندام بیشتری پیدا می‌کند.
- ♦ از تنگی نفس رها می‌شود.
- ♦ شب‌ها عمیق‌تر و راحت‌تر می‌خوابد.
- ♦ قند، چربی و کلسترول وی کاهش می‌یابد.
- ♦ لباس‌های وی متناسب‌تر به نظر می‌آیند.

اما همین فرد ممکن است هم‌زمان از عوارض زیر که ناشی از رژیم غذایی و تغییر رفتار وی هستند آزرده شود:

- ♦ ضعف جسمانی مانع انجام بسیاری امور روزمره می‌شود.
- ♦ چهره وی تکیده و پرچین و چروک به نظر می‌آید.
- ♦ از رفتن به مهمانی به خاطر پرهیز از مصرف غذاهای غیر رژیمی محروم می‌گردد.
- ♦ به دلیل تغییر الگوی غذایی، بسیاری از معاشرین سابق و معمول خود را از دست می‌دهد.
- ♦ لذت خوردن بسیاری از غذاها را از دست می‌دهد.

بنابراین با تغییر رفتار، فرد برخی امور خوشایند را به دست می‌آورد اما هم‌زمان دچار مشکلات دیگری می‌شود. آن‌چه مهم است این است که فرد قبل از اقدام به تغییر رفتار، به آن‌چه به دست می‌آورد و آن‌چه از دست می‌دهد آگاه

بوده و تصمیم وی برای تغییر با سنجش واقع‌بینانه تمام جوانب همراه باشد. به عبارت دیگر سود و زیان تغییر رفتار را در کفه‌های ترازو نهاده با وقوف به آن‌ها اقدام نماید. بدین منظور، جلسه اول از جلسات ساختاری الگوی درمانی سوءمصرف مواد محرک به بحث درباره جوانب مثبت و منفی تصمیم به ترک تعلق دارد.

در محیطی صمیمی، حمایت‌گر، غیر قضاوتی و بدون هرگونه فشار به بیمار، از وی خواسته می‌شود درباره مطالب زیر بحث نماید.

۱. مصرف مواد مخدر (محرک) در گذشته برای وی چه سود، فایده و بهره‌ای داشته است. به بیان دیگر در اوایل دوره مصرف مواد، بیمار چه سودی از مصرف می‌برده است؟ به‌عنوان مثال مواد باعث می‌شده که وی:

- ◀ انرژی بیشتری داشته باشد.
- ◀ اجتماعی‌تر باشد.
- ◀ توان فکری وی افزایش یابد.
- ◀ اعتماد به‌نفس بهتری پیدا کند.
- ◀ معاشرین جذاب‌تری داشته باشد.
- ◀ اشتهای وی کم شود.
- ◀ قادر به گرفتن حق خود در مجادلات باشد.
- ◀ کمتر بخوابد و بیشتر کار کند.

در بحث درباره این موارد، درمان‌گر باید همواره بی‌طرفی خود را حفظ نموده و از القای بار منفی اجتناب نماید. بیمار باید تشویق شود تا به راحتی و بدون شرم و حیا و خودسانسوری درباره فواید مواد مخدر صحبت کند. بیماران در بسیاری از موارد در ابتدا اکراه دارند که از فواید مواد مخدر صحبت نمایند یا به‌خاطر احساس گناه و سرزنش خود یا

رودربایستی از درمان گر منکر هرگونه اثر مثبت مواد می‌شوند. اما با تأکید درمان گر بر بی‌طرفی و تشویق بیمار به بیان آزادانه عقاید و باورهای خود، آن‌ها ترغیب شده و در اکثریت مواقع فهرست بلندی از اثرات خوشایند مصرف ارائه می‌کنند.

۲. در مرحله بعد و پس از چند دقیقه بحث درباره فواید مصرف، از بیمار خواسته می‌شود تا درباره آن چه مصرف مواد مخدر و اعتیاد از بیمار گرفته است، صحبت نماید. از بیمار خواسته می‌شود صدماتی را که از مصرف مواد مخدر دیده است برشمارد. مواد چه ضررهایی برای وی داشته است؟ یا چه اثرات منفی بروز کرده که بیمار تصمیم به تغییر (ترک) گرفته است؟ معمولاً بیماران به راحتی اثرات مخرب و منفی متعددی را بر می‌شمارند. مواردی مانند:

- ◀ رفتن آبرو و اعتبار نزد دیگران
- ◀ بی‌اعتماد شدن مردم به آن‌ها
- ◀ احساس تحقیر
- ◀ از دست دادن منابع مالی و اقتصادی
- ◀ از دست رفتن فرصت‌های شغلی
- ◀ آسیب دیدن بدن
- ◀ تحلیل رفتن ظاهر
- ◀ خرابی دندان‌ها
- ◀ بروز توهم و بدبینی
- ◀ رسیدن به مرز جنون
- ◀ افسردگی و فکر خودکشی
- ◀ تهدید همسر به ترک و جدایی

◀ ترس از پلیس و بازداشت

◀ افول اخلاقی

۳. در مرحله سوم از بحث ساختاری جلسه اول، از بیمار می‌خواهیم درباره آن چه امیدوار است با ترک مواد مخدر به دست آورد، صحبت نماید. انتظار دارد با کنار گذاشتن مواد مخدر چه امور مثبت و فوایدی نصیب وی گردد؟ بیماران معمولاً به اموری چون:

◀ بازگشت اعتبار و اعتماد

◀ اصلاح ظاهر

◀ رهایی از نیاز مرتب به مصرف

◀ رفع خستگی و حس کسالت

◀ بهبود وضع مالی

◀ توان ادامه کار و تحصیل

◀ آرامش خیال

◀ بازگشت به خانواده

اشاره می‌کنند و آن‌ها را انگیزه عمده تصمیم به ترک می‌دانند.

۴. در مرحله چهارم از بیمار می‌خواهیم درباره آن چه که به واسطه ترک مواد از دست خواهد داد و آسیب‌های احتمالی ولو موقت ناشی از کنار گذاشتن مواد مخدر بحث نماید. در این مرحله مانند مرحله (۱) برخی بیماران از بیان دیدگاه خود شرم یا ابا دارند و به ظاهر مدعی می‌شوند که هیچ اتفاق منفی به وقوع نخواهد پیوست و اصولاً مواد مخدر هیچ‌گونه منفعت یا سودی ندارد که کنار گذاشتن آن، باعث آزار گردد. در این مرحله، مهارت درمان‌گر در حفظ بی‌طرفی و ترغیب بیمار به بیان باورها و

نگرانی‌های وی اهمیت به‌سزایی دارد. نباید با بیان‌های شعارگونه و تکراری و دادن امید و دلگرمی واهی بیمار را از تأمل درباره نتایج منفی ترک مصرف برحذر داشت و بیمار باید مجال پیدا کند نگرانی‌ها و عوارض احتمالی ناشی از قطع مصرف را آشکار سازد. با شکل‌گیری حس اعتماد بین بیمار و درمان‌گر و مهارت‌های درمان‌گر در هدایت جلسات با الگوهای انگیزشی، معمولاً نگرانی و انتظار بروز عوارض ناخوشایند نیز به سطح و آگاهی رسیده و آشکار می‌شوند. مواردی چون:

- ◀ کاهش ناگهانی انرژی
 - ◀ احساس افسردگی و ناامیدی
 - ◀ عدم توان انجام امور
 - ◀ بی‌حوصلگی و عدم تحمل دیگران
 - ◀ وسوسه غیر قابل مهار
 - ◀ کاهش توان کار و افت درآمد
 - ◀ خواب‌آلودگی
 - ◀ افزایش ناراحت‌کننده وزن
 - ◀ از دست دادن دوستان و شبکه معاشران
 - ◀ اختلالات جنسی
 - ◀ گوشه‌گیری و خجالتی شدن
 - ◀ خالی شدن ذهن و احساس منگی و فراموشکاری
- و مواردی از این قبیل به کرات ذکر شده‌اند. با وجود آن‌که بیماران در اکثر مواقع به دستاوردهای (۳) دلگرم هستند اما در باطن از عوارض (۴) می‌ترسند.

در جریان چهار مرحله یا پله فوق درمان‌گر بیمار را تشویق می‌نماید تا خانه‌های جدول ۱-۶ را تکمیل نماید.

بحث درباره خانه‌های ۲ و ۳ از نظر بیماران و خانواده‌های آن‌ها معقول و مورد انتظار است اما گاهی بحث درباره موارد ۱ و ۴ با مقاومت مواجه شده و خانواده‌ها را نگران می‌سازد. مگر نه آن‌که آن‌ها اصرار دارند که بیمار به ترک اقدام کند و هرگونه نگرش مثبت به مواد مخدر را محکوم کرده و نگران اثرات بازدارنده آن هستند.

جدول ۱-۶: فواید و مضرات مصرف و ترک مواد.

۲. مصرف مواد مخدر باعث چه آسیب‌هایی شده و چه چیزهایی را از بیمار گرفته است؟	۱. مصرف مواد مخدر در ابتدا چه فوایدی برای بیمار داشته است؟
۴. با ترک مواد مخدر بیمار نگران بروز چه عوارض و آسیب‌هایی است؟	۳. با ترک مصرف مواد مخدر، بیمار امیدوار است چه نتایج مثبتی حاصل شود؟

گاهی مشاهده می‌شود که بستگان بیمار لب به اعتراض گشوده که قرار است "بد" مواد گفته شود اما درمان‌گران درباره "خوبی‌های" مواد مخدر صحبت می‌کنند! یا مبادا بحث درباره اثرات مثبت مواد مخدر باعث کاهش انگیزه بیمار در ترک شده و او را منصرف سازد. اما خوشبختانه این نگرانی‌ها نه تنها بی‌اساس است بلکه تشویق بیماران به تأمل درباره موارد ۱ و ۴ نقش بسیار مؤثری در موفقیت درمان خواهد داشت. بدین‌منظور نکات زیر قابل ذکر است.

۱. بحث متناسب و واقع‌بینانه درباره جنبه‌های مثبت و منفی مواد باعث افزایش اعتماد بیماران به درمان‌گر می‌شود. فراموش نکنید که با کتمان یا سکوت درباره اثرات به ظاهر مثبت مواد یا آن‌چه بیماران به‌عنوان اثرات مثبت می‌بینند، این اثرات ناپدید نمی‌شوند. این باورها در بیماران وجود داشته و جزیی از شناخت‌های آن‌ها را تشکیل می‌دهد. ضمناً تمامی ادعاها واهی نیستند و برای برخی انسان‌ها ولو به‌صورت گذرا و مقطعی، مواد مخدر و محرک اثرات مثبتی دارند. فراموش نکنید که اگر این اثرات نمی‌بود، تعداد کثیری از انسان‌ها رغبت به مصرف مواد مخدر نشان نمی‌دادند. انکار آن‌ها جنبه ایدئولوژیک و شعاری دارد و سریعاً به سلب اعتماد بیماران از درمان‌گر منجر می‌شود. ارائه دیدگاه متناسب و متعادل^۱ بیشترین نقش را در جلب اعتماد بیماران دارد.

۲. در فرایند روان‌درمانی و مشاوره همانند سنجش‌های روان‌شناختی، بسیاری از بیماران علاقه‌مند هستند که از خود، نمایی مطلوب و پسندیده ارائه دهند و شخصیت، رفتار و اعتقادات خود را از نظر اجتماعی بسیار بهتر از آن‌چه هست به درمان‌گر یا پرسش‌گر نشان دهند. این امر ظاهراً در گروه‌های اجتماعی خاص از جمله مصرف‌کنندگان مواد مخدر، افراد

دارای صفات شخصیت ضد اجتماعی، هنگامی که درمان‌گر یا پرسش‌گر از جنس مخالف است و هم‌چنین - بنا بر برخی پژوهش‌ها - در فرهنگ‌های جمع‌گرای مشرق‌زمینی شایع‌تر است. در واقع بیمار پاسخ‌هایی را می‌دهد که فکر می‌کند مد نظر یا مطلوب درمان‌گر یا پرسش‌گر است نه آن‌چه خود بر آن باور دارد. به عنوان مثال چون فکر می‌کند که پزشک یا روان‌شناس از مصرف مواد مخدر متنفر است، وی نیز به منظور ارائه سیمایی خوشایند نزد درمان‌گر، به سرزنش مواد مخدر و بیان اثرات منفی آن می‌پردازد. این امر تا حدی از فریب^۱ و نیرنگ متفاوت است و هدف اولیه بیمار کسب پاداش یا فرار از مجازات نیست بلکه نوعی تعارف یا تلاش برای گرفتن تأیید تلقی می‌شود. او سعی در آبروداری^۲ دارد یا نمی‌خواهد در مقابل دیگران شرم‌منده شود. از این پدیده به عنوان مطلوب‌نمایی اجتماعی^۳ یاد می‌گردد و سال‌هاست که روان‌شناسان و جامعه‌شناسان با آن آشنا بوده و مقیاس‌هایی برای سنجش آن ابداع کرده‌اند. مطلوب‌نمایی اجتماعی می‌تواند در جریان درمان مشکل‌ساز گردد زیرا بسیاری از بیماران را وادار به بیان مطالب غیر واقع می‌نماید. درمان‌گران به خوبی می‌دانند که برخی بیماران با وجود مصرف مواد مخدر و حتی مثبت‌شدن آزمایش‌های ادرار، از گردن‌گرفتن مصرف مواد حتی اعتراف به وجود میل و وسوسه مصرف مواد طفره می‌روند. بخشی از این انکار ریشه در مطلوب‌نمایی اجتماعی دارد و نباید هر انکاری را، فریب و دروغ‌گویی بیمار به قصد گمراه‌سازی درمان‌گر تعبیر کرد.

هنگامی که درمان‌گر با حالتی بی‌طرف و غیر قضاوتی اصرار به بیان

1. Deception

2. Face saving

3. Social desirability

بندهای ۲ و ۳ دارد، در واقع این پیام را به وی منتقل می‌نماید که در جلسه درمان قرار نیست تماماً حرف‌های خوشایند و مطلوب اجتماع بیان گردد بلکه از بیان باورهایی که ممکن است بیمار از آن‌ها شرمگین باشد نیز استقبال می‌شود. جلسه درمان، محفل تعارف و تعریف از درمان و درمان‌گر نیست و قرار نیست بیمار "بچه خوب" بوده و تماماً "سر به راه" باشد. برای اطلاعات بیشتر به بحث مطلوب‌نمایی اجتماعی و درمان اعتیاد مراجعه نمایید.

۳. باورها و نگرانی‌های ۱ و ۴ جزئی از اعتقادات بیماران را تشکیل می‌دهند. عدم پرداختن به آن‌ها باعث تجمع احساس اضطراب در بیماران می‌شود. نهایتاً آن‌ها نگران از دست دادن اثرات مثبتی هستند که از مصرف مواد مخدر کسب می‌کنند. باید به نگرانی آن‌ها بها داد و اجازه داد ضمن آشکار شدن نگرانی‌ها، تمهیداتی برای آن‌ها اندیشیده شود.

۴. ارائه الگویی تماماً مثبت از ترک و قطع مصرف واقع‌بینانه نیست. واقعیت آن است که با قطع مصرف مواد مخدر بسیاری از مشکلات بیماران تقلیل می‌یابد اما زندگی به‌ندرت به ایده‌آل می‌رسد و تمامی مصائب برطرف می‌شود. باید بیماران را برای ناملايمات و مشکلات بعد از ترک آماده کرد. داشتن "انتظار عوارض"^۱ و آمادگی و آگاهی قبلی از آن‌ها، بر مقاومت انسان‌ها در برابر مشکلات می‌افزاید. هنگامی که بیماران انتظار بروز مشکلاتی را می‌کشند و خود را آماده کرده‌اند، تحمل مشکلات راحت‌تر می‌شود. حتی نشان داده شده که وقتی شرایط "بهتر از آن چیزی است که انتظار داشتیم" تحمل و ایستادگی بسیار بیشتر از زمانی است که "بدتر از آن چه فکر می‌کردیم" باشد. انتظار بروز ناملايمات به ویژه

به صورت اغراق شده نه تنها به کاهش مقاومت منجر نمی‌شود بلکه مواجه شدن با بهتر و ملایم‌تر از انتظار آن‌ها را دلگرم‌تر می‌کند.

۵. هنگامی که انسان‌ها با "آگاهی از مشکلات" احتمالی تصمیم به اقدام می‌گیرند، خود را متعهدتر به تحمل مشکلات می‌بینند. این شالوده نظریات ادراک - خود^۱ است. اگر فردی آگاهانه مشکلاتی را تحمل کند، انگیزه خود را قوی‌تر احساس کرده و در جریان تغییر خود را پایبندتر به ادامه راه می‌بیند. در واقع "می‌دانستم این‌قدر گرفتاری دارد و قبول کردم" در استمرار انگیزه بسیار مؤثرتر از آن است که "اگر می‌دانستم این‌قدر دشواری دارد، نمی‌آمدم". دادن بازخورد مثبت به بیماران که "با وجود عوارض منفی متعددی که می‌دانستی با آن‌ها مواجه خواهی شد، اقدام کردی" بسیار در افزایش انگیزه آن‌ها مؤثر است. بیماران با آگاهی از عوارض منفی احتمالی ضمن آن‌ها که خود را برای تحمل آن‌ها آماده می‌کنند، مسئولیت آن‌ها را نیز می‌پذیرند. جالب است در بیمارانی که از ابتدای درمان موارد ۱ و ۴ به صورت شفاف به بحث گذاشته شده، شکایت بعدی از عوارض ترک کمتر بوده و آن‌ها کمتر از درمان‌گران انتظار رفع علائم را دارند. در واقع آن‌ها خود می‌دانستند و قبول کرده‌اند که بعد از ترک ممکن است دچار کاهش انرژی، بی‌حوصلگی، افسردگی، اشکالات خواب، ناتوانی جنسی، عدم توان کار و غیره شوند.

در مقابل فواید متعددی که از بحث متعادل درباره اثرات مواد مخدر حاصل می‌شود، شواهد اندکی وجود دارد که آشکارسازی دشواری راه در همان ابتدا باعث انصراف بیماران از درمان شده و انگیزه آن‌ها را تقلیل برد. بنابراین، نباید

نگران آن بود که با تأمل و تشویق بیماران به بیان نگرانی‌های ترک و باورهای مثبت آن‌ها درباره اثرات مصرف مواد، از علاقه آن‌ها به درمان کاسته شود.

در جریان جلسه یک، درمان‌گر بعد از آن که بیمار را در بیان ۴ مورد فوق تشویق و ترغیب می‌نماید، از وی می‌خواهد که آگاهانه و با وقوف به آنچه به دست می‌آورد در مقابل آن چه از دست می‌دهد، درباره ادامه درمان تصمیم بگیرد. به بیان دیگر ترازوی ترک را در نظر خود آورده و برآیند تعادل را ارزیابی نماید. از وی بخواهید میزان تمایل خود را به ادامه راه نقطه‌ای بین بسیار راغب تا کاملاً بی‌میل مشخص کند. بدین‌منظور می‌توانید که از وی بخواهید در مستطیلی که در جلسه ۱ بدین‌منظور در دفترچه وی تعبیه شده است استفاده کند. او می‌تواند هر مکانی را بین دو پیرانتز با گذاشتن علامت X مشخص کند.

چنان که قبل‌تر نیز اشاره شد، لزوماً تمامی موارد ۱، ۲، ۳ و ۴ ممکن است در جلسه اول تکمیل نگردد. در بسیاری از موارد نیز در جلسات بعدی بیماران با کسب تجربه، اعتماد و تأمل بیشتر، موارد دیگری را برای هریک از خانه‌های ۱ تا ۴ ذکر خواهند کرد. باید از این مسئله استقبال نموده و در صورت نیاز، مکرراً به دستور کار جلسه اول بازگشت کرد.

اما لطفاً از تغییر میزان تمایل بیمار به ادامه راه و جابه‌جا کردن علامت X بر روی محور تمایل خودداری کنید. محل آن باید به منظور یادآوری بیمار در طی جلسات بعدی، ثابت بماند.

جلسه‌های دوم، چهارم و پنجم: شروع کننده‌ها

باور روان‌درمانی اعتیاد با مبانی شناختی - رفتاری بر این است که میل و وسوسه مصرف بی‌دلیل و بدون مقدمه ظاهر نمی‌شوند. هرچند برخی بیماران به‌ویژه در اوج اعتیاد یا شرایط ناامیدکننده بعد از ترک مدعی هستند که هیچ تسلطی به وسوسه خود ندارند و قادر به مهار و کنترل آن نمی‌باشند، اما

نظام‌های شناختی رفتاری اعتقاد دارند که وسوسه توسط نشانه‌ها^۱ یا شروع‌کننده‌هایی^۲ آغاز و فعال می‌شوند. به بیان دیگر مکان‌ها، اشخاص، اشیاء، موقعیت‌های بیرونی و درونی وجود دارند که هنگام مواجه شدن با آن‌ها میل و فکر مواد زنده می‌شود. در نگاه اول ممکن است بیماران این شروع‌کننده‌ها را نشناسند یا به رابطه آن‌ها با وسوسه و فکر مصرف مطلع نباشند، اما به تدریج به این ارتباط آگاه شده و می‌توانند با کنترل شروع‌کننده، میل و وسوسه مصرف مواد را به‌نوعی کنترل نمایند. در واقع یکی از ارکان عمده رفتاردرمانی و شناخت درمانی آگاه‌شدن بیمار به نقش شروع‌کننده‌ها و تلاش وی به اجتناب از آن‌ها است. نقش شروع‌کننده‌ها در مصرف مواد محرک و به‌ویژه مواد محرک نیرومند و سریع‌الاثری مانند مت‌آمفتامین تدخینی که اعتیاد به آن‌ها با وسوسه شدیدتری همراه هستند، برجسته‌تر است.

هر مکان، فرد، شی و حالت درونی یا بیرونی می‌تواند یک شروع‌کننده باشد و شروع‌کننده‌ها برای هر شخص، اختصاصی و منحصر به فرد است. با این حال وجوه مشترک فراوانی بین بیماران مختلف دیده می‌شود. بسیاری از بیماران ابزار مصرف، فروشندگان مواد مخدر و دوستان مصرف‌کننده، محل‌های مصرف و ساعت‌هایی را که معمولاً مصرف مواد داشته‌اند، در زمره شروع‌کننده‌های عمده می‌دانند. برخی شروع‌کننده‌ها به قدری قوی هستند (مانند فروشندگان و ابزار مصرف) که بیماران معتقدند مواجه شدن با آن‌ها عملاً مساوی مصرف است و در صورت مواجهه با آن‌ها، بسیار دشوار است که از مصرف بگریزند.

در جریان جلسات ۲ و ۴ و ۵ اهداف اصلی موارد زیر است:

۱. بیمار بصیرت یابد که وسوسه‌ها اکثراً بی‌دلیل و به اصطلاح از "وسط

1. Cues

2. Triggers

آسمان^۱ نمی‌آیند. وسوسه‌ها با اموری به نام شروع‌کننده‌ها مرتبط هستند.

۲. بیمار آگاه گردد که شروع‌کننده‌ها به فکر مواد و در نتیجه وسوسه مصرف دامن می‌زنند که خود به مصرف مواد منجر می‌گردد.

۳. بیمار شروع‌کننده‌های خود را به تدریج بشناسد و بتواند فهرستی از آن‌ها تهیه کند. ضمناً تخمینی از قدرت اثر هر شروع‌کننده بر خود داشته باشد یعنی این که کدام یک بسیار قوی هستند و کدام یک احياناً بیشتر قابل کنترل می‌باشند.

۴. این فکر در ذهن بیمار شکل گیرد که شاید کنترل و اجتناب از شروع‌کننده‌ها، روش مؤثر و موفقی در مهار وسوسه باشد. اما به نظر می‌رسد، در جریان جلسات ۲ تا ۵، هنوز بیمار آمادگی و مهارت کامل برای پرهیز از تمام شروع‌کننده‌ها و تنظیم برنامه برای مهار آن‌ها را کسب نکرده باشد، لذا به شناسایی و فکر اولیه اجتناب از آن‌ها بسنده می‌شود و برنامه مدون و مکتوب برای اجتناب کامل از آن‌ها به مراحل بعدی موکول می‌شود.

۵. در ذهن بیمار این باور به تدریج کامل شود که صرف "خواستن" و "اراده کردن" برای فرار از وسوسه و مصرف کافی نیست و این امر خود تکنیک و رموز و فنونی دارد که مبحث شروع‌کننده‌ها یکی از آن‌هاست. متأسفانه در جریان درمان تأکید افراطی بیماران بر نقش اراده و خواستن مشکل‌ساز می‌گردد. از یک سو این باور قوی وجود دارد که "اگر به اندازه کافی اراده کرده باشی و تصمیم قطعی گرفته باشی دیگر وسوسه نخواهی شد" یا از سوی دیگر "اگر هنوز وسوسه می‌شوی به این دلیل است که

هنوز به اندازه کافی خواست و اراده نکردی" مانع بهبودی بسیاری از بیماران می‌شود. مهم است این دیدگاه در فرایند درمان مطرح گردد که خواستن از ته دل و تمام عیار نه شرط لازم و نه شرط کافی درمان است بلکه بیماران با درجاتی از انگیزه وارد درمان شده و با پیاده کردن صحیح تکنیک‌های درمان به تدریج موفق شده و انگیزه آنان نیز تقویت می‌شود.

۶. هم‌زمان با درک اهمیت و نقش شروع‌کننده‌ها، بیمار به این نکته مهم می‌رسد که در برخی موقعیت‌ها و شرایط نه تنها میل به مصرف و وسوسه شکل نمی‌گیرد بلکه مهار نیز می‌شود. شناخت این شرایط مهارکننده نیز مهم است زیرا بیمار در شرایط پرخطر می‌تواند به آن‌ها پناهنده شده و ولع مصرف خود را تقلیل دهد. پس در کنار فهرست شرایط پرخطر فهرستی از شرایط کم‌خطر نیز تهیه می‌گردد.

۷. شروع‌کننده‌ها فقط شرایط بیرونی، موقعیت‌ها و اشخاص نیستند. برخی شرایط و حالات درونی مانند خستگی، ناامیدی، خشم، عصبانیت و احساس شرم و تحقیر نیز می‌توانند به عنوان تلنگر و محرک‌های میل، وسوسه و مصرف مواد عمل نمایند. لازم است بیمار علاوه بر شروع‌کننده‌های بیرونی به نقش عوامل و شرایط درونی در شکل‌گیری وسوسه نیز آگاه شود. مورد اخیر معمولاً مورد غفلت قرار می‌گیرد و به همین دلیل بیماران فقط بر روی محرک‌های خارجی تمرکز می‌کنند. این درحالی است که گاهی اوقات محرک‌های درونی بسیار قوی‌تر از شروع‌کننده‌های بیرونی بر بیماران اثر می‌گذارند. تفکیک شروع‌کننده‌ها به بیرونی و درونی در قالب جلسات چهارم و پنجم اتفاق می‌افتد و به ویژه در جلسه ۵ از بیمار خواسته می‌شود تا به تأمل درباره حالت‌های درونی خود و ارتباط آن با میل و وسوسه مصرف بپردازد.

مفهوم شروع کننده‌های درونی تا حدی از تکنیک‌های گروه‌های خودیاری مانند معتادان گمنام به امانت گرفته شده است. در این گروه‌ها به عنوان مثال از بیماران خواسته می‌شود از چهار حالت گرسنگی، خشم، تنهایی و خستگی اجتناب کنند و این چهار حالت را در زمره شروع کننده‌های مهم و مسلم می‌دانند. حتی برای سهولت به خاطر سپاری این شرایط، حروف اول آن‌ها را به هم وصل کرده و لغت "هالت" را ساخته‌اند^۱. جالب آن که "هالت" در انگلیسی به معنی توقف کن یا بایست نیز می‌باشد.

علاوه بر این که ممکن است حالات درونی خاصی متعاقب وقایع بیرونی به وجود آیند (به عنوان مثال عصبانیت به دلیل مشکلات شغلی یا احساس شرم و سرزنش خود به واسطه مشکلات اقتصادی)، صرف ترک مصرف مواد مخدر نیز ممکن است برخی حالات را دامن بزند. برخی بیماران مدعی هستند که بعد از ترک عصبی، افسرده یا مضطرب می‌شوند و این حالات خود شروع کننده عمده برای آن‌ها محسوب می‌شوند. لازم است در جلسه پنجم درمان‌گر به این مطلب نیز اشاره نماید و با بیمار درباره حالات درونی خاصی که بعد از ترک ظاهر می‌شوند و خود به شروع کننده تبدیل می‌گردند بحث نماید.

از سوی دیگر، توجه داشته باشید که معتادان در تأمل درباره حالات درونی خود ضعف‌های عمده‌ای نشان می‌دهند. سال‌ها مصرف مواد مخدر و محرک و سرکوب‌سازی احساسات و حالات درونی به کمک مواد در آن‌ها، باعث شده تا تبحر، تجربه و توانایی نامیدن، دانستن و پرداختن به حالات درونی تقلیل یابد به گونه‌ای که آن‌ها به یک حالت "کوری عاطفی"^۲ مبتلا می‌شوند. اکثراً به جای آن که قادر به تمیز حالات درونی خود باشند یا به عبارت "حالم بد است" یا

1. HALT: Hunger, Anger, Lonely, Tired

2. Emotional blindness

"خمارم" بسنده می‌کنند یا با تعاریف و عباراتی مبهم و اغلب جسمی، در کل بدبودن حال خود را منعکس می‌کنند. شکایت از درد و خستگی یا بی‌انرژی بودن اغلب به صورت فراگیر برای بیان حالات عدیده به کار می‌روند. در مقابل فردی که دارای تکامل عاطفی و هیجانی است به خوبی حالاتی چون حسد، سرزنش خود، غبطه، شرم و گناه، سرخوردگی، بی‌حوصلگی و موارد متعدد درونی را از هم تمایز داده و به راحتی آن‌ها را نام می‌برد. این کوری هیجانی در بسیاری از بیماران مشکل‌ساز می‌شود و فرایند درمان را به چالش می‌کشد. در مقابل هر قدر بیماران بهتر حالات عاطفی و هیجانی خود را نام‌گذاری کنند و به زبان آورند، بهتر قادر به مدیریت آن‌ها هستند. لذا مهم است بیماران در درون خود تعمق کرده و شروع به تحلیل حالات خود نمایند.

جلسه ۵ آغاز تمرین برای مصرف‌کنندگان مواد است تا به شناخت دقیق‌تر حالات درونی خود نیز بپردازند. به همین دلیل صرف نظر از این که بیمار چه قدر در کنترل حالات درونی خود و مهار آن به عنوان وسیله‌ای برای کنترل وسوسه موفق خواهد شد، تلاش و تمرین وی برای تمایز و تفکیک حالات درونی خود یک موفقیت درمانی تلقی می‌شود. بیمار را تشویق کنید شروع‌کننده‌های درونی خود را با جزییات و توصیف کامل و فراگیر نام ببرد و زمینه‌سازها، انواع حالات و تفاوت آن‌ها با یکدیگر را به همراه مصادیق آن قید کند. شاید این اقدام درمان‌گر شباهت به مادری دارد که به کودک کمک می‌کند تا ناراحتی خود را کلامی و زبانی سازد و به جای جیغ و گریه، حس خود را و دلیل ناراحتی خود را بازگوید. برای اطلاعات بیشتر به مبحث "دارومحوری" و اعتیاد مراجعه نمایید.

جلسه سوم: سیر بهبودی

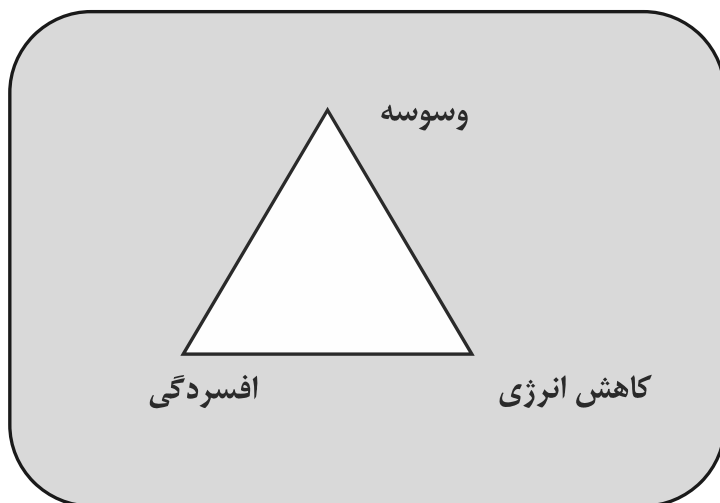
مصرف‌کنندگان مواد محرک در جریان قطع مصرف، معمولاً از مراحل مختلفی عبور می‌کنند و علائم خاصی را ابراز می‌دارند. هر چند تمامی مراحل و

علائم برای همه مصداق ندارد و استثناهای زیادی مشاهده می‌شود، با این حال این امکان وجود دارد که سیر نسبتاً شایعی برای مراحل بعد از ترک معرفی شود.

۱. مرحله غلبه علائم جسمانی: در این مرحله غلبه با علائم بدنی است و بیماران از حالاتی چون ضعف و سستی، پرخوابی، رویاها و کابوس‌های فراوان و آزاردهنده، احساس خستگی مفرط، روحیه افسرده و گریان، اختلال در اشتها (پراشتهایی یا کم‌اشتهایی) و کاهش میل جنسی رنج می‌برند. گاهی ضعف و سستی به قدری است که بیمار بیشتر روز را در رختخواب سپری می‌کند. عده‌ای بیشتر روز را می‌خوابند و مواردی مانند ۷۲ ساعت خواب ممتد گزارش شده است و بیماران تنها احیاناً برای آشامیدن و دفع ادرار بیدار می‌شوند. البته در عده‌ای نیز تنها یک خواب‌آلودگی و احساس خستگی گذرا دیده می‌شود. خلق بیماران در این مرحله اکثراً افسرده است و حالات گریستن، ناامیدی از زندگی، بی‌حوصلگی و حتی افکار گذرای خودکشی نیز ممکن است شکل‌گیرد. در اکثریت، اشتها افزایش می‌یابد و گاهی بیماران به خوردن افراطی رو می‌آورند. در عده‌ای نیز برعکس، بی‌اشتهایی دوران مصرف ادامه یافته و تشدید می‌شود. میل جنسی معمولاً در حداقل است. جالب این که در این مرحله گاهی بیماران ابراز می‌دارند که هیچ‌گونه میلی به مواد نداشته و حتی از آن متنفرند. اما فراموش نکنید در عده‌ای نیز وسوسه شدید آزار دهنده است.

مرحله ۱ به‌طور متوسط ۱ تا ۲ هفته به طول می‌انجامد. از آن جایی که بخش عمده این مرحله با خواب‌آلودگی و سستی همراه است، بیماران آن را در منزل سپری کرده و هنگامی که نزد درمان‌گر می‌آیند یا برنامه ماتریکس را آغاز می‌کنند، عملاً وارد مرحله دوم شده‌اند.

۲. مرحله پرهیز اولیه یا مقدماتی: این مرحله بعد از فروکش کردن مرحله اول ظاهر می‌شود و با احساس سرحالی، نشاط و نقاهت همراه است. اغلب بیماران در این مرحله سرحال، شاداب و پرانرژی هستند و از این که از مصرف سنگین مت‌آمفتامین رهایی یافته‌اند بسیار خوشنودند. رضایتمندی از زندگی و درمان بالاست و ممکن است وسوسه نیز چندان شدید نباشد. بیمار از این که مواد را کنار گذاشته است، خشنود است و خود را رهاشده و نجات یافته می‌پندارد. به همین دلایل به این مرحله "ماه غسل" درمان نیز گفته می‌شود. مرحله دوم می‌تواند حدود ۱ ماه نیز ادامه یابد و متأسفانه برخی بیماران به دلیل این که خود را بهبود یافته می‌بینند، درمان را رها می‌کنند. تصور این که کلاً اعتیاد به مواد محرک با تنها دو مرحله ۱ و ۲ همراه هستند، از باورهای مشکل‌ساز روان درمانی است زیرا بیماران نیازی به استمرار درمان و شرکت در جلسات فشرده درمان نمی‌بینند. البته برای عده‌ای نیز، ماه غسل کوتاه، تلخ و همراه وسوسه است.
۳. مرحله پرهیز طولانی: این مرحله ۴ تا ۶ هفته بعد از ترک آغاز می‌شود و می‌تواند ۳ تا ۶ ماه طول بکشد. این مرحله برای بسیاری از بیماران دشوار است. در جریان آن حالاتی چون افسردگی، ناامیدی، بی‌تفاوتی، بی‌حالی، عصبانیت و پرخاشگری، کاهش انرژی و اشکال در تفکر و حافظه پیدا می‌شود. در این مرحله بیماران گاهی وسوسه‌های شدیدی را تجربه می‌کنند و تمایل به مصرف مواد مجدداً ظاهر می‌شود. بعضی از بیماران نگران، ناامید و سرخورده می‌شوند چون بعد از یک دوره بهبودی (ماه غسل) انتظار پیداشدن این علائم را نداشته‌اند.
۴. هجوم وسوسه به همراه افسردگی و کاهش انرژی از جمله زمینه‌سازهای عود بیماران است. مقابله با علائم این مرحله و حل آن‌ها هسته مرکزی



شکل ۳-۶: کاهش انرژی، افسردگی و وسوسه مشکل عمده بسیاری از بیماران در ماه‌های اول بعد از ترک است.

روان‌درمانی اعتیاد را تشکیل می‌دهد و هر مداخله روان‌شناختی باید برای آن‌ها راه‌حلی ارائه نماید (شکل ۳-۶).

۵. مرحله بازگشت به زندگی روزمره^۱: در این مرحله که بعد از مرحله پرهیز طولانی دیده می‌شود، بیماران علاقه‌مند می‌شوند تا به زندگی روزمره بازگردند. بخش عمده‌ای از وسوسه، افسردگی و کاهش انرژی برطرف شده و زمان برخورد با مشکلات بیرونی و گاهی جبران عقب افتادگی‌های گذشته است. استرس‌های کاری، خانوادگی، اقتصادی، قانونی برجسته‌تر می‌شوند. بیمار می‌خواهد مجدداً زندگی طبیعی قبل از اعتیاد را تجربه کند. البته به دلایل روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بازگشت به

جامعه را دشوار می‌بیند. استرس‌ها نیز حس و سوسه را در بیمار بیدار می‌کنند. هدف درمان‌گر در این مرحله، کمک به بیمار برای بازگشت به زندگی طبیعی است.

در جریان جلسه سوم، درمان‌گر به‌نوعی وارد آموزش روانی^۱ مراجع شده و مراحل فوق را برای او توضیح می‌دهد. باید توجه داشت که این آموزش باید جنبه مشارکتی داشته باشد. قرار نیست مانند کلاس درس، درمان‌گر نکات را آموزش دهد بلکه باید به‌صورت مباحثه، پرسش از تجارب قبلی بیماران، بحث درباره تجارب سایر بیماران، مراحل چهارگانه فوق برای مراجع تبیین شود. از تجارب ترک قبلی بیمار سؤال شود. چگونه وی هریک از مراحل را تجربه کرده است؟ درباره آن‌ها از سایر بیماران چه شنیده است؟ اصولاً انتظار کدام‌یک از مراحل را می‌کشد؟ در حال حاضر در چه مرحله‌ای است؟

گاهی این نگرانی در ذهن درمان‌گران یا خانواده بیماران شکل می‌گیرد که مبدا گفتن مراحل بعدی به‌ویژه مرحله دشوار سوم و علایم ناراحت‌کننده آن برای بیمارانی که هنوز آن‌ها را تجربه نکرده و اصولاً نگرانی هم از بابت آن‌ها ندارند، کار نادرستی باشد. اگر بیمار در حالت مساعدی است و شکایتی ندارد چرا او را از آینده ترسانند و نگرانی را در ذهن او ایجاد کرد؟ اصلاً مبدا به وی تلقین شود! خوشبختانه این نگرانی‌ها بی‌اساس هستند و خانواده بیماران و درمان‌گران باید خاطر جمع باشند که این آموزش نه تنها اثر منفی ندارد بلکه بسیار کمک‌کننده است. چنین به‌نظر می‌آید، بیمارانی که در ماه عسل هستند، بیش از آن‌که به‌خاطر تذکر درباره دشواری راه و نگرانی از آینده، درمان خود را رها کنند، به‌خاطر اطمینان بی‌مورد به بهبودی کامل در هفته‌های اول، درمان را رها می‌سازند.

برای تأیید مفیدبودن این آموزش، موارد زیر روشنگر هستند:

♦ بیماران با دانستن مراحل دشوار پیش رو خود را برای آن‌ها آماده می‌کنند و هنگامی که علایم به سوی آن‌ها هجوم می‌آورند غافل‌گیر نمی‌شوند.

♦ هنگامی که مراحل دشوار بعد از ترک فرا می‌رسند، در صورتی که درمان‌گر از قبل آمادگی‌های لازم را ایجاد کرده باشد، اعتماد و اطمینان بیمار به درمان‌گر افزایش می‌یابد. این بسیار بهتر از آن است که با غافل‌گیر شدن بیمار، به حس اعتماد وی به درمان‌گر خدشه وارد شود. این سلب اعتماد به‌ویژه در مواردی که درمان‌گر با اطمینان‌دهی واهی و آسان‌نمایی بی‌مورد مراحل درمان به خیال خود سعی در ترغیب بیمار داشته است، برجسته‌تر است. رهاشدن از مواد محرک اقدام دشوار و طولانی است و با روحیه‌دادن ساده و بدون پشتوانه محقق نمی‌شود. اگر درمان‌گر نگران تضعیف روحیه بیمار است، بهتر است به‌جای دادن اطمینان کاذب به وی، به دادن بازخورد مثبت درباره انگیزه، توانایی‌ها، حس مسئولیت‌پذیری و زحمات بیمار اقدام کند. عباراتی مانند: "ترک مصرف مواد اقدام دشواری است اما بسیار خوب است که با تمام دشواری‌ها تصمیم به این کار گرفته‌ای" یا "تلاش تو در تحمل مراحل دشوار ترک نشان از انگیزه و تلاش تو برای رهایی از مواد دارد و بسیار ارزشمند است" یا این‌که "با وجود تمامی مراحل خسته‌کننده و دشوار ترک، در این راه گام نهادی، بسیار قابل ستایش است و در صورت حفظ انگیزه و استمرار تلاش موفق خواهی شد" و موارد مشابه دیگر بیشتر کمک‌کننده هستند تا دادن امید واهی و خوش‌بینی بدون مبنا. در ضمن این‌که بیمار مطمئن شود که درمان‌گر مسیر راه را به خوبی می‌داند و مراحل درمان را می‌شناسد و در

کلیه مراحل ترک در کنار او خواهد بود، تقویت زیادی برای روحیه وی است.

- ♦ بیان مراحل راه و این که دوره‌های دشوار در پیش رو است بدین معنی نیست که دشواری‌هایی چون وسوسه شدید، بی‌حوصلگی، کاهش انرژی، افسردگی و غیره اجتناب‌ناپذیر و محتوم هستند. بیمار باید بداند که اتفاقاً در صورت پی‌گیری صحیح درمان و پیروی درست از محتوای جلسات، بسیاری از وقایع ناخوشایند قابل کنترل و مهار هستند.
- ♦ این که بیمار بداند تجربه بسیاری از علایم ناراحت‌کننده، کاملاً طبیعی بوده و بخشی از فرایند بهبودی است، برای وی کمک‌کننده است. جالب است که برخی اوقات خود علایم نیستند که بیمار را آزار می‌دهند. بلکه برداشت‌های نگران‌کننده‌ای است که بیماران از تجربه علایم دارند. به‌عنوان مثال شاید افسردگی شدید ماه‌های سوم بعد از ترک آن قدر برای بیماران آزاردهنده نباشد که نگرانی از این که اصولاً چرا افسرده شده‌اند یا این که اگر افسردگی خوب نشود چه خواهد شد، آن‌ها را می‌آزارد. بنابراین طبیعی‌دانستن^۱ یک علامت کمک زیادی در آسان‌سازی تحمل آن علامت است. اگر بیمار بداند که آن چه او را آزار می‌دهد کاملاً طبیعی بوده و دیگران را نیز مبتلا کرده است، تحمل آن راحت‌تر خواهد شد.
- ♦ آگاهی از سیر درمان و مراحل بهبودی باعث خواهد شد که علاوه بر طبیعی‌دانستن علایم، بیمار متوجه گردد که علایم ابدی نبوده و با گذشت زمان خودبه‌خود بهبود خواهند یافت. احساس محدودبودن^۲ علایم، تحمل رنج آن‌ها را تسهیل می‌کند. نکته مهمی که لازم است

1. Normalizing

2. Self-limited

بدانید این است که انسان‌ها هنگام مواجه شدن با یک رنج، غم، صدمه یا عارضه، تمایل بنیادینی دارند که طول مدتی را که از آن عارضه رنج خواهند برد بیش از آن چه هست برآورد کنند. یعنی وقتی صدمه‌ای می‌خورند به عنوان مثال عزیزی را از دست می‌دهند، موقعیت شغلی از کف آن‌ها خارج می‌شود، رابطه عاطفی فرومی‌پاشد یا ضرر مالی را متقبل می‌شوند، زمانی را که طول خواهد کشید تا از بار رنج آن واقعه رها شوند بسیار بیشتر از آن چه عملاً خواهد بود، تخمین می‌زنند. بسیار مشاهده شده که بعد از فوت یکی از عزیزان، انسان فکر می‌کند که هیچ وقت دیگر زندگی برایش عادی نخواهد شد یا سال‌ها طول خواهد کشید تا مصیبت را فراموش کند. اما خوشبختانه می‌بینیم که بعد از یکی دو سال همه چیز به روال عادی باز می‌گردد. این گرایش به تخمین بیش از حد طول دوره رنج بردن و پایدار ماندن اثرات منفی از یک مصیبت یا یک شکست یا ضرر را "سوگیری پایداری"^۱ می‌نامند و یکی از فراگیرترین خطاهای شناختی انسان‌ها است. ظاهراً این سوگیری در بیماران ترک کننده مواد نیز وجود دارد. آن‌ها بر این باورند که هیچ‌گاه یاد مواد، عوارض آن یا تأثیر سویی که بر زندگی آن‌ها گذاشته است، پاک نخواهد شد یا سال‌ها طول خواهد کشید تا به آن چه از دست داده‌اند عادت نمایند. اما با کمال ناباوری انسان‌ها سازگارتر از آن چه فکر می‌کنند هستند و بسیاری عوارض، لطمات و علایم اعتیاد نیز زودتر از آن چه تصور می‌کردند، تمام می‌شود. آموزش سیر بهبودی به تعدیل "سوگیری پایداری" کمک کرده و نوید اتمام رنج بیمار را می‌دهد.^۲

1. Durability bias

۲. در بخش افسردگی اشاره خواهد شد که بسیاری از علایم بیماران که شباهت زیادی به افسردگی دارد، در اصل

برخی صاحب نظران بر این باور هستند که بهبودی از اعتیاد شباهت زیادی به مسئله سوگ دارد و همان طور که فرد سوگوار در حسرت از دست دادن عزیز خود است و بعد از فقدان او دچار مشکلات خلقی، افت سطح علاقه‌مندی به جهان و انرژی می‌گردد، بیماری که مواد را ترک کرده است به‌نوعی در سوگ دوران طلایی مصرف، اثرات خوشایند مواد و سبک زندگی دوران استفاده می‌نشیند. به همین دلیل درمان اعتیاد تا حدی به حل سوگ و مدیریت آن شباهت پیدا می‌کند. نکته مهمی که در سوگ وجود دارد و لازم است به آن اشاره شود، این است که تحقیقات نشان داده‌اند هنگامی که انسان‌ها در سوگ و رنج خود معنی و هدف می‌بینند خیلی راحت‌تر آن را تحمل کرده و سریع‌تر به سر می‌آید. این مطلب درباره سوگ مواد مخدر نیز صحت دارد. اگر بیمار علایم خود را در قالب یک پدیده معنی‌دار ببیند، راحت‌تر بر آن غلبه می‌کند. یکی از در دسترس‌ترین معانی در تجربه علایم بعد از ترک، "هزینه‌ای است که برای سلامت" پرداخت می‌شود. اگر بیمار در این قالب قرار گیرد که تمام رنج‌ها را "هزینه بهبودی"، "تاوان سلامت" یا "تلاش برای رهایی" ببیند، راحت‌تر آن را تجربه خواهد کرد. بنابراین باید بیمار در کمک کردن به رنج خود هدف و معنی پیدا کند.

جلسه ششم: مشکلات عمده در بهبودی: (۱) بی‌اعتمادی خانواده

جلسات ششم و هفتم و هشتم به مشکلات شایع و عمده پیش روی بهبودی و نکات مهمی که اکثریت بیماران را در مراحل اولیه درمان آزار می‌دهد، اختصاص دارد. این مشکلات زمینه‌ساز عود و رهاکردن درمان برای درصد قابل

افسردگی به معنی اختلال روانپزشکی آن نبوده بلکه نوعی فرایند سوگ و غم است. سوگ به از دست دادن همدم قدیمی یعنی مواد مخدر و یا سوگ به خاطر صدمات شدید شغلی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و حیثیتی که بیماران طی سال‌ها اعتیاد متقبل شده‌اند. در هر صورت، این سوگ نیز از قاعده "سوگیری پایداری" مستثنی نبوده و بیماران دوره سرآمدن آنرا طولانی‌تر از آنچه عملاً خواهد بود، تخمین می‌زنند.

توجهی از مراجعان بوده و به نظر می‌رسد که لازم است در همان مراحل اولیه درمان، به نوعی توسط درمان‌گر مورد بحث و مداخله قرار گیرند. جلسه ششم به معضل بی‌اعتمادی خانواده می‌پردازد.

حس بی‌اعتمادی در خانواده‌ها و مشکوک شدن آن‌ها به بیمار یکی از مشکلات درمان است. بیماران شاکی هستند که خانواده مرتب در امور آن‌ها دخالت می‌کنند و او را تحت نظر گرفته‌اند. کوچک‌ترین فعالیت وی زیر ذره‌بین قرار دارد و آزادی وی سلب شده است. مراجعان محدودیت بیش از حد خانواده را نه تنها کمک‌کننده نمی‌دانند بلکه حتی آن را منشأ شروع وسوسه و امکان بازگشت به مصرف مواد قلمداد می‌کنند. گاهی بی‌اعتمادی از نظارت و کنترل فراتر رفته و به تهمت تبدیل می‌شوند. خانواده مرتب بیمار را متهم به مصرف مواد و فریب‌کاری می‌کنند و حتی او را تحت فشار می‌گذارند تا به مصرف اعتراف کند. بیمار نیز متقابلاً به انکار، پرخاش و حتی مصرف از روی عناد رو می‌آورد. جملاتی مثل: "نگاه‌های پدرم مرا کلافه می‌کند"، "از شک مادر دیوانه شدم"، "وقتی دخالت می‌کنند می‌خواهم خودم را بکشم" و مشابه آن به کرات شنیده می‌شود. از نگاه بسیاری بیماران شک، تهمت، ناباوری و کنترل بیش از حد خانواده عامل مهمی برای وسوسه و مصرف مواد است. در مقابل نیز خانواده‌ها از درمان ابراز ناراحتی می‌کنند و نگران این هستند که مبادا بیمار، آن‌ها یا درمان‌گر خود را فریب داده باشد. در امور درمان دخالت می‌کنند و خواستار تغییر برنامه هستند تا کنترل بیشتری بر بیمار اعمال شود. گاهی نیز خواستار گزارش محرمانه مصرف و انتقال اطلاعات بیمار از سوی درمان‌گر هستند. مسئله‌ای که ناراحتی درمان‌گر را به همراه دارد.

این‌گونه موارد به قدری شایع هستند که با خواندن این بخش در ذهن هر درمان‌گری، خاطرات متعددی تداعی می‌شود. سؤال مهم این است که با این

معضل چه باید کرد؟ جلسه ششم به این مسئله تعلق دارد. البته حل معضل بی‌اعتمادی در قالب یک جلسه مطلقاً امکان‌پذیر نیست اما برخی مداخلات و آموزش‌های کلیدی و با فوریت می‌تواند از حجم آسیب و عوارض آن بکاهد. هنگام برخورد با معضل بی‌اعتمادی، اقدامات زیر می‌توانند در تقلیل مشکل کمک‌کننده باشند:

- ♦ به احساس منفی بیمار درباره بی‌اعتمادی احترام گذاشته و به شکایات او با صبر و فعالانه گوش دهید. همدلی (البته نه تأیید) شما برای بیمار کمک‌کننده است. سعی کنید او را درک کنید و از او بخواهید افکار و احساسات خود را در رابطه با بی‌اعتمادی ابراز دارد.
- ♦ تخلیه هیجانی بیمار هنگام بحث درباره حس بی‌اعتمادی نه تنها مذموم نیست بلکه تا زمانی که به فعل (پرخاش، ناسزاگویی، صدمه به خود یا بستگان منجر نشود) مورد تأیید نیز می‌باشد. بیمار باید بتواند بدون احساس سرزنش یا سانسور، خشم و دیدگاه منفی خود را به زبان آورد. گاهی بیماران آرزوی مرگ و نابودی و انتقام از خانواده را دارند. درمان‌گر باید به بیمار متذکر شود تا زمانی که "به فعل‌رساندن"^۱ فانتزی‌های خشن در جریان نباشد، هر صحبت و هر تخلیه‌ای بلامانع است. مطلقاً کلام بیمار را سانسور نکنید و او را به خاطر آرزوهایش سرزنش نکنید.
- ♦ از وی بخواهید تا ایده‌آل‌های خود درباره خانواده را برشمارد. او دوست دارد میزان اعتماد چه قدر باشد؟ خانواده چه حد در امور وی دخالت کنند و چه قدر او را آزاد گذارند؟ خانواده مطلوب و بدون تنش از نظر وی چگونه است؟
- ♦ سعی کنید دیدگاه خانواده را از زبان بیمار بشنوید. از بیمار بخواهید تا

نقطه نظرات خانواده، باورها و علت رفتار آن‌ها را بگوید. اگر بیمار پاسخ را به خود خانواده محول کند (جمله شایعی که "از خودشان بپرسید!"), شما اصرار داشته باشید که دیدگاه و نظر^۱ خانواده از زبان بیمار شنیده شود. این امر کمک خواهد کرد که بیمار در درک دیدگاه اطرافیان تلاش کند و نوعی تمرین برای درک دیدگاه‌های متقابل^۲ است.

♦ از بیمار بخواهید درباره علت رفتار خانواده قضاوت کند. "فکر می‌کنی چه شده که خانواده این‌گونه رفتار می‌کنند؟" یا "چرا خانواده این‌قدر بی‌اعتماد هستند؟". البته به خاطر داشته باشید که نتیجه قضاوت آن‌قدر مهم نیست که فرایند تلاش برای درک دیدگاه دیگران و دیدن مسایل از منظر دیگر توسط بیمار، اهمیت دارد.

♦ در تمامی مراحل، درمان‌گر باید رویکرد بی‌طرفانه، غیر قضاوتی، غیر سرزنش‌آمیز و انگیزشی^۳ خود را حفظ کند. درمان‌گر باید به کمک تکنیک‌های مصاحبه و مشاوره انگیزشی این حوزه حساس را بررسی کند. فراموش نکنید شما قاضی دادگاه خانواده نیستید و نمی‌خواهید متهم و مجرم معرفی و محکوم کنید.

♦ در مراحل اولیه درمان که ارتباط درمانی هنوز مستحکم نشده و بیمار و خانواده به ثبات کافی چه از نظر پرهیز از مصرف مواد و چه از نظر هیجانی نرسیده‌اند، از برگزاری جلسات مشترک برای بحث درباره حوزه‌های حساس خانوادگی اجتناب کنید. متأسفانه این‌گونه جلسات به راحتی به تشنج و پرخاش کشیده می‌شوند و نمایی شبیه به دادگاه خانواده پیدا می‌کنند. هریک از طرفین سعی در محکوم کردن طرف مقابل

1. Perspective
2. Meta-perspectives
3. Motivational

داشته و شما را خواسته یا ناخواسته در جایگاه قاضی قرار می‌دهند. در اوایل درمان بهتر است به جلسات انفرادی با بیمار و جلسات موازی آموزش خانواده بسنده کرد. جلسات مشترک برای مسایل ارتباطی باید به مراحل بعدی موکول گردد. البته فراموش نکنید که اداره جلسات مشترک نیازمند آموزش‌های خاص و توانایی بالای درمان‌گر است و او باید رویکرد و استراتژی خاصی را در این‌گونه جلسات دنبال نماید.

♦ جالب است که متوجه خواهید شد با وجود ادعاهای به شدت هیجانی درباره بی‌اعتمادی و جو سنگین خانواده، بیمار و حتی خانواده ایشان فکر منسجم و دقیقی درباره خواست‌های خود، ایده‌آل مورد نظر، راه رسیدن به آن و ریشه اختلاف‌ها ندارند. جو بالای هیجان اجازه تأمل و تعمق درباره مسئله را نداده است و در اکثر مواقع بدون هیچ‌گونه ارتباط مؤثری، مشکل به خشونت و مشاجره کشیده شده است. بار هیجانی در حوزه اعتیاد و اصولاً مسایل خانوادگی مرتبط با آن به قدری بالاست، که حتی صحبت کردن درباره آن با مشاجره و پرخاش همراه می‌شود و ممکن است جلسه مصاحبه را متشنج سازد.

♦ درمان‌گر باید از میانجی‌گری شتابزده و زودهنگام بین بیمار و خانواده بپرهیزد. آشتی‌دادن بستگان، گرفتن قول و تعهد از خانواده و بیمار برای رفع بدبینی و تغییر رفتار هرچند در ظاهر بسیار پسندیده است اما به دلایلی در عمل شدنی نیست.

◀ توجه داشته باشید که اولاً حس بدبینی در خانواده ریشه در تعامل بیمارگونه بین بیمار و آن‌ها دارد و در واقع انعکاسی از پدیده اعتیاد است. همان‌گونه که معتادان به راحتی قادر به تغییر الگوی رفتاری خود و به‌عنوان مثال اجتناب از مواد مخدر نیستند، شکستن این

تعامل مشکل آفرین نیز به راحتی میسر نیست. همان‌طور که قول گرفتن از بیمار برای عدم مصرف، معمولاً به شکست منجر می‌شود، اخذ تعهدهای مشابه از وی و خانواده نیز محتوم به شکست است و باعث افزایش حس درماندگی و سرخوردگی می‌شود. جمله‌ای که به بیمار و خانواده او گفته می‌شود این است که: "همان‌طور که کنار گذاشتن مواد مخدر برای شما به راحتی امکان‌پذیر نیست، کنار گذاشتن حس بی‌اعتمادی و شک نیز برای خانواده دشوار است." در پدیده اعتیاد، عود نه تنها در بیمار به صورت بازگشت به مصرف مواد دیده می‌شود بلکه در خانواده نیز در قالب تکرار بی‌اعتمادی و بازگشت به الگوهای سرزنش‌آمیز تجلی پیدا می‌کند.

◀ دوم، این که باید آگاه بود بسیاری از الگوهای به ظاهر معیوب رفتاری در خانواده، با وجود عوارض منفی بسیاری که بر جا می‌گذارند، به‌نوعی کارکردهای تنظیم‌کننده هم دارند و باعث نوعی تعادل در خانواده به‌عنوان یک سیستم می‌شوند. این‌گونه نیست که یک الگوی مضر به راحتی حذف شود و تبعاتی ایجاد نگردد. دستکاری کردن نظام تعادل خانواده بدون شناخت دقیق و کنترل تمام متغیرهای آن، نه ممکن و نه به صلاح است.

◀ سوم، اتخاذ چنین نقش پررنگی توسط درمان‌گر و تبدیل شدن به میانجی، دلال و "نماینده ویژه" با این خطر همراه است که بار حوادث بعدی نیز به دوش وی افتاده و به‌جای آن که بیمار مسئول تغییر رفتار و هدایت تصمیمات باشد، این نقش را درمان‌گر به عهده گیرد. شاید درمان‌گران با این جمله خانواده‌ها آشنا باشند که خانواده ابراز می‌دارد، "حاضر به انجام هر آنچه درمان‌گر می‌گوید هستند به

شرط آن که مسئولیت عواقب آن را نیز درمان‌گر بپذیرد". شما نباید هیچ‌گاه در موضعی قرار بگیرید که مسئول رفتارهای بیمار یا خانواده وی باشید. به‌عنوان مثال، پیرو درخواست بیمار مبنی بر این که خانواده رفت و آمدهای وی را کنترل نکنند تا وی نیز متعهد شود مصرف مواد را به‌طور کامل متوقف سازد، ممکن است درمان‌گری با تجربه کاری کمتر سعی نماید تا خانواده را راضی به کاهش نظارت نماید و از طرف دیگر از بیمار قول بگیرد که مصرف مواد نداشته باشد. اما این اقدام به ظاهر مثبت، سریعاً دچار عوارض متعددی می‌شود: بیمار وسوسه شده و مصرف مواد خواهد داشت اما نگران شکستن تعهد خود نزد درمان‌گر است لذا مصرف را از وی پنهان می‌کند. ممکن است درمان‌گر نیز متوجه مصرف نشده و بر عدم نظارت و کنترل خانواده پافشاری کند. خانواده نظارت را رها کرده و تمامی مسئولیت را بر گردن درمان‌گر خواهد گذاشت. اما وقتی خانواده متوجه مصرف شد، درمان‌گر را مقصر خواهد دانست و او را به‌خاطر اهمال سرزنش خواهد کرد. از سوی دیگر از آن‌جا که درمان‌گر به‌نوعی ضامن بیمار شده است، مرتب سعی خواهد داشت تا خود بیمار را کنترل نماید و به نقش تجسس‌کننده تبدیل خواهد شد. سرانجام تمام ارتباط درمانی فروپاشیده و به اصرار خانواده یا خواست بیمار، درمان متوقف خواهد شد. ممکن است درمان‌گر سعی کند به‌جای ضامن، ناظر تفاهم‌نامه‌ها باشد. در چنین حالتی نیز وی تبدیل به قاضی و ارزیاب شده و باید درباره قصور طرفین در مفاد تفاهم‌نامه نظر دهد. این که چه کسی کوتاهی کرده و خاطی بوده است یا تفاهم‌نامه ابتدا توسط چه کسی نقض شده است! در هر حال ارتباط درمانی

آسیب خواهد دید.

بنابراین توصیه می‌شود حتی الامکان، درمان‌گر نقش واسط در قرارداد را به خود نگیرد و به‌ویژه در مراحل اولیه درمان از آن اجتناب کند. در این‌گونه موارد باید قرارداد به مواردی بسیار اختصاصی و معین و عینی محدود گردد. یکی از قراردادهایی که درمان‌گر می‌تواند به عقد آن کمک نماید، اطلاع‌رسانی درباره نتایج آزمایش ادرار است. درمان‌گر درباره چگونگی انجام آزمایش‌های ادرار و شرایط و نحوه انتقال پاسخ آن به خانواده با بیمار و بستگانش تفاهم ایجاد می‌کند. برای اطلاع بیشتر در این مورد به مبحث آزمایش ادرار مراجعه کنید.

♦ درمان‌گر نباید به مسئله حل‌کن بیمار تبدیل شود. قرار نیست بیمار با مجموعه‌ای از مشکلات شغلی، خانوادگی، تحصیلی، اقتصادی به نزد شما آمده و شما برای تک‌تک آن‌ها راه‌حل یا رهنمود ارائه کنید. شما منجی، شریک یا دوست بیمار نیستید.

♦ کنار آمدن با حس بدبینی، راحت‌تر و شدنی‌تر از رفع حس بدبینی است. به بیمار یاد دهید که به‌جای اصرار بر رفع سریع بدبینی، با آن کنار آمده و آن را تحمل کند. همان‌طور که اشاره شد، بدبینی خانواده‌ها و بی‌اعتمادی آن‌ها به بیمار، ریشه در فرایند اعتیاد دارد. عودهای مکرر، ماهیت غیر قابل پیش‌بینی اعتیاد و انگ و فشار اجتماعی مرتبط با آن، از بی‌اعتمادی هم‌پدیده عودکننده و طول‌کشنده ساخته است که با صرف اراده کردن و خواستن، از بین نمی‌رود. به همین دلیل قدم اصلی در برخورد با آن، نه حذف آن بلکه تحمل، به رسمیت شناختن و مشروعیت‌دادن به حضور آن است. بیمار و خانواده می‌پذیرند که به‌خاطر دلایلی، فعلاً نمی‌توانند آن‌گونه که باید به هم اعتماد کنند و مجبورند

تمهیدات ایمنی را به اجرا گذارند. همان‌گونه که کارمند بانک هنگام دریافت چک از شما کارت شناسایی معتبر طلب می‌کند و شما مطلقاً آزرده یا عصبانی نمی‌شوید، خانواده نیز مجبور به اعمال محدودیت و نظارت هستند. باید بیمار آن را بخشی از فرایند اعتیاد و درمان ببیند و آن را بپذیرد.

جلسه هفتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۲) کاهش انرژی و توان

کاهش انرژی و احساس سستی و ناتوانی یکی از شکایات عمده بیماران بعد از قطع مصرف مواد محرک است. این شکایت گاهی به قدری شدید است که به‌عنوان انگیزه بیمار برای شروع مجدد مواد محرک در می‌آید. بیماران مدعی هستند که به‌خاطر کاهش انرژی قادر به کار نیستند. معاشرت‌های خود را تقلیل داده‌اند و خانه‌نشین شده‌اند. حتی برخی ابراز می‌دارند که کاهش انرژی به قدری مشکل‌آفرین است که خود یا بستگان آن‌ها باور دارند که زمان مصرف مواد مخدر بسیار سالم‌تر بودند و بهتر بود که مواد را کنار نمی‌گذاشتند. تلاش‌های بیماران برای افزایش انرژی نیز بی‌فایده بوده و برخلاف آرزوی آن‌ها، دارو یا معجونی برای ازدیاد کارایی و توان، یافت نمی‌شود. از طرفی، کاهش انرژی خود به‌صورت یک شروع‌کننده درآمده و حس وسوسه را دامن می‌زند. چالش سیستم درمانی، بازگرداندن انرژی به بیمار است. طبیعی است، این امر نیز توسط یک جلسه میسر نیست و به راحتی نمی‌توان انرژی بیماری را که ماه‌ها یا سال‌ها مصرف مواد محرک داشته و اکنون با کنارگذاشتن آن، یک‌باره دچار افت توان شده است، به او باز گرداند. اما بدین‌منظور موارد زیر توصیه می‌شود:

- ♦ مانند سایر شکایات سمج و مشکل‌آفرین، به کمک روش‌های مصاحبه‌های انگیزشی، از بیمار بخواهید درباره کاهش انرژی صحبت کند و در کنار ابراز شکایت از آن، احساسات منفی و نگرانی‌های خود را بازگوید.

به خصوص بررسی نگرانی‌های بیمار از استمرار این علامت بسیار مهم است. در بسیاری از موارد این علامت نیست که بیمار را می‌آزارد، بلکه نگرانی‌های بعدی و ناشی از استمرار آن است. به عنوان مثال اگر کمبود انرژی باقی بماند چه خواهد شد؟ چگونه باید قسط منزل را تأمین کرد؟ همکارانم در محل کار پی به اعتیادم خواهند برد. همسرم از زندگی با من ناامید خواهد شد. بدنم تحلیل رفته و عضلاتی که برای پرورش آن‌ها کلی زحمت کشیدم آب می‌شوند. شغلم را از دست می‌دهم. از تحصیل باز می‌مانم. برای فرزندم الگوی بدی خواهم شد. این نگرانی‌های ثانویه ذهن بیماران را مشغول می‌کند.

- ♦ با یادآوری محتوای جلسه سوم درباره سیر علایم و بهبودی، طبیعی بودن و گذرابودن کاهش انرژی را مجدداً گوشزد کنید.
- ♦ تبیین مکانیسم کاهش انرژی برای بیماران کمک‌کننده است. برای وی توضیح دهید که زمانی انسان مواد محرک استفاده می‌کند از طریق پرکاری شیمیایی بخش‌هایی از مغز، انرژی کاذب ایجاد می‌شود. این همان احساس سرخوشی و توانمندی است که احتمالاً در ماه‌های اول اعتیاد تجربه کرده‌اید. اما با ادامه مصرف ذخایر ترکیبات شیمیایی مغز تحلیل رفته و انرژی ناپدید می‌شود. آن‌چه در حال حاضر تجربه می‌کنید، نتیجه این تخلیه است و تا زمانی که این ذخایر مجدداً ترمیم نشوند - که ممکن است چندین ماه به طول انجامد - این حالت باقی خواهند بود.
- ♦ با بازگشتن به جلسه اول، درباره آن‌چه مواد به بیمار داده و آن‌چه از وی گرفته است و ترازوی تغییر مجدداً بحث کنید. گاهی یادآوری این‌که حالات ضعف و سستی که بیمار تحمل می‌کند، همان هزینه‌هایی است که از روز اول حاضر به پرداخت آن شده تا سلامت خود را باز یابد برای بیمار

بسیار تسکین‌دهنده است. این‌گونه نگرستن به رنج ناشی از کاهش انرژی نه تنها تحمل آن را برای بیمار آسان می‌کند بلکه حتی با معنی دادن به یک علامت، بیماری را در استقبال از آن توانا و بانگیزه می‌سازد. درباره نقش "معنی" در استقبال از یک مشکل و تحمل آن قبلاً توضیح داده شده است.

♦ بخشی از کاهش انرژی را در قالب جسمی‌سازی ببینید و مداخلات مربوطه را به اجرا در آورید. برای اطلاعات بیشتر به مبحث جسمی‌سازی مراجعه کنید.

♦ تاکنون دارویی بدون عارضه برای افزایش انرژی ابداع نشده است. بیماران را از جست‌وجوی آن منصرف کنید. اگر دارویی ناگهان انرژی را افزایش می‌دهد و مسیر زندگی را تغییر می‌دهد، آن دارو حتماً اعتیادآور است. دکستروآمفتامین و متیل‌فنیدیت (ریتالین) از این قاعده مستثنی نیستند. سایر ترکیبات چون بوپروپیون، مهارکننده‌های آنزیم مونوآمین‌اکسیداز و داروهای ضد افسردگی از مطالعات دو سو کور سربلند بیرون نیامده‌اند و بخش عمده اثربخشی آن‌ها در قالب اثر پلاسبو قابل فهم است. شاید مؤثرترین ترکیبات برای افزایش انرژی همان ترکیبات دارای کافئین یعنی چای و قهوه باشد. از استفاده بیش از حد داروها اجتناب کنید. میان‌بری وجود ندارد و از تأکید بیش از حد بر استفاده از اثر پلاسبو بپرهیزید. به‌جای دارودرمانی یا پلاسبودرمانی، به بیمار درباره منشأ علایم، سیر و دلیل آن توضیح دهید. سعی کنید درباره ارتباط علایم با استرس بصیرت دهید. بیمار باید متوجه شود که منشأ یا ماهیت کاهش انرژی هرچه باشد، با شرایط بد محیطی، استرس و خلق منفی تشدید می‌شود. پس به‌جای تلاش بی‌حاصل برای درمان مستقیم کاهش انرژی، برای محدود کردن

- استرس در زندگی و اجتناب از وقایع یا ارتباطات تنش‌زا تلاش کند.
- ♦ از طریق فعال‌سازی و افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، بازگشت به شرایط طبیعی را تسریع کنید. تفریح، ورزش، معاشرت، افزایش ارتباط اجتماعی و هر فعالیتی که به شادابی و افزایش خلق منجر شود در بازگرداندن انرژی مؤثر است. از اوقات فراغت خود حداکثر استفاده را نماید و بابت خوش‌گذشتن و لذت‌بردن (البته از طریق غیر مواد) احساس گناه نکند.
 - ♦ فراموش نکنید یکی از مؤثرترین تکنیک‌ها در روان‌درمانی به‌ویژه روان‌درمانی مشکلات فراگیر و آسیب‌های جدی چون اعتیاد تقویت حس "تحمل" و "پذیرش" بیمار است. قرار نیست تمام علائم به خوبی و خوشی تمام شوند و بیمار هیچ مشکلی نداشته باشد. بخشی از موفقیت مرهون کنارآمدن با علامت و تحمل آن است. کاهش انرژی نیز به‌عنوان یک علامت سمج و پایدار در این قالب قابل بحث است. شاید بیمار باید به این اصل برسد که

"کاهش انرژی هزینه‌ای است که آگاهانه بیمار برای رهایی از مصرف مواد محرک می‌پردازد. می‌داند که برای حل آن جز صبر و تحمل راه دیگری وجود ندارد. آن را به‌عنوان یک معلولیت می‌پذیرد و زندگی جدید خود را حول آن قرار می‌دهد. با انرژی کم باید ساخت و زندگی کرد!!"

جلسه هشتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۳) مصرف نابه‌جای دارو و مواد دیگر به‌عنوان جایگزین

جلسه هشتم به‌نوعی ادامه‌دهنده جلسه قبل است. اشاره شد که

مصرف کنندگان مواد محرک در جریان بهبودی به مرحله‌ای می‌رسند که وسوسه، افسردگی و کاهش انرژی به صورت مهم‌ترین شکایات بیمار درمی‌آیند. در این مرحله برخی بیماران به دنبال میان‌برهایی برای حذف و مهار این علائم هستند و به مصرف خودسر انواع داروها رو می‌آورند. اما می‌دانیم که اکثر مطالعات دوسو کور تصادفی نشان داده‌اند که نقش داروها برای مهار علائم مذکور کم‌رنگ و بیشتر در حد اثر پلاسبو است. افسردگی بیشتر بیماران نوعی افسردگی واکنشی و سوگ است نه افسردگی به معنی افسردگی ماژور درون‌زاد. کاهش انرژی بیشتر ناشی از تخلیه روانی و بیولوژیک مغز متعاقب ماه‌ها یا سال‌ها مصرف مواد محرک و به اصطلاح "بهره‌برداری بی‌رویه" از توان مغز و بدن به کمک مواد است. وسوسه نیز به عوامل محیطی و درونی و شروع کننده‌ها باز می‌گردد و اصولاً دارویی برای مهار وسوسه ابداع نشده است. استفاده از مواد محرک ضعیف‌تر مانند متیل‌فنیدیت نیز با خطر افزایش وسوسه و میل به مصرف و عود بیمار همراه است.

البته فراموش نکنید که وقتی صحبت از بی‌اثر بودن یا کم‌اثر بودن دارو می‌شود، منظور برای درمان عوارضی چون وسوسه؛ کاهش انرژی، بی‌حوصلگی، بی‌انگیزگی بعد از قطع مصرف و جلوگیری از عود است. وگرنه برای مواردی چون جلوگیری از پس‌کوز (جنون)، مهار بیماری‌های خلقی زمینه‌ای، جلوگیری از تشنج و مواردی که روان‌پزشک آموزش‌دیده قادر به تشخیص آن‌ها خواهد بود، مصرف دارو نه تنها مؤثر بلکه لازم نیز هست.

برای اطلاعات بیشتر به "راهنمای دارودرمانی مواد محرک" مراجعه نمایید. از مجموع این مطالب چنین برمی‌آید که دارودرمانی نمی‌تواند هسته درمان علائم بعد از قطع مصرف را تشکیل دهد و باید به‌جای تأکید بر آن بیمار را به

پی‌گیری مداخلات روانی - اجتماعی ترغیب کرد.

در جریان جلسه هشتم لازم است که درمان‌گر به کمک تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی موارد زیر را پوشش دهد:

♦ از نگرش بیمار درباره استفاده از دارو برای عوارض اعتیاد و تجارب قبلی و باورهای وی اطلاع حاصل نماید. از بیمار بخواهید دیدگاه‌های خود را درباره نیاز یا عدم نیاز به دارو، این‌که چه‌قدر به آن ایمان دارد یا علاقه‌مند است بیان دارد.

♦ برای علایم آزاردهنده عمده یعنی وسوسه، کاهش انرژی و افسردگی داروها اگر هم مؤثر باشند، اصل و رکن درمان را تشکیل نداده و با تکیه صرف بر آن‌ها نمی‌توان علایم را مهار کرد. جملاتی مشابه آن‌چه خواهد آمد برای بیمار کمک‌کننده است: "داروها به شما کمک می‌کنند کمتر از علایم بعد از ترک رنج ببری اما اثربخشی و قدرت آن‌ها محدود است و شاید بخشی مثلاً ۲۰ درصد علایم را مهار کنند"، "اکثر علایم شما با پی‌گیری مرتب این جلسات و انجام تمرین‌های آن برطرف می‌شوند"، "اگر ماده‌ای سریع مشکلات شما را برطرف می‌کند، مطمئن باشید خود اعتیادآور است!"، "به‌جای جست‌وجوی داروی معجزه‌گر که به باور ما وجود ندارد، روان‌درمانی را ادامه دهید." "عوارض اعتیاد با داروها برطرف نمی‌شوند بلکه با صبر، تحمل و تلاش از بین می‌روند"، "داروها تا حدی به شما کمک خواهند کرد و امیدواریم به کاهش رنج و ناراحتی شما منجر شود اما در هر حال قدرت داروها محدود است و مابقی را باید با روان‌درمانی تأمین کنید."

♦ اگر بیمار نظر منفی به دارو دارد نیازی نیست باور او را اصلاح کنید. دارو احتمالاً برای وی تغییر عمده‌ای ایجاد نخواهد کرد و نباید برخلاف میل

- او، بیمار را وادار به مصرف دارو کنید. البته موارد استثنایی وجود دارد که با نظر روان‌پزشک و تحت نظر وی صورت خواهد گرفت.
- ♦ هنگام تجویز دارو جهت مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی همراه، ضمن اشاره دقیق به علایم و مشکلات همراه، برای بیمار توضیح دهید که هدف از دارودرمانی، بیشتر درمان و مهار عوارض همراه است نه درمان اعتیاد. سعی کنید هدف دقیق و علت تجویز دارو را توضیح دهید.
 - ♦ از جملات تبلیغی بی‌مورد برای داروها مانند این که "علاج اعتیاد" است یا "بهترین اثر را دارد" یا "آخرین ابداع علم است!" امتناع کنید^۱.
 - ♦ بر فرایند بهبود خودبه‌خودی علایم (کاهش انرژی، افسردگی، بی‌حوصلگی و ...) تأکید کنید. اشاره نمایید که بسیاری از این مشکلات تنها نیازمند صبر و تحمل برای برطرف شدن هستند و گاهی مداخله بی‌مورد دارویی بهبودی را به تأخیر می‌اندازد.
 - ♦ به امکان آسیب‌زا بودن مصرف خودسر داروها اشاره کنید. مصرف نابه‌جای دارو اثرات مخربی به‌جای می‌گذارد. به‌عنوان مثال اگر بیماری بدون توجیه کافی از دسته بنزودیازپین‌ها استفاده کند، به‌دلیل برداشته

۱. فراموش نکنید که این امر درباره درمان دارویی اعتیاد به مواد محرک صادق است. اما تحقیقات نشان داده‌اند که درمان نگهدارنده جهت اعتیاد به مواد افیونی از این قاعده استثنا است. در این حالات دارودرمانی واضحاً با بهبودی قابل توجه و کاهش عوارض اعتیاد همراه است و می‌تواند بالقوه هسته مداخلات درمانی را تشکیل دهد. در مصرف موادی چون متادون و بوپرنورفین ضمن این که درمان‌گر نباید در هر حال به اغراق و تبلیغ افراطی بپردازد، اما باید به لزوم مصرف دارو و اهمیت استمرار دارودرمانی به‌عنوان یکی از ارکان در کنار روان‌درمانی تأکید کند. در واقع بخشی از روان‌درمانی در درمان نگهدارنده، معطوف به افزایش پای‌بندی و اعتماد و اتکای بیمار به مصرف صحیح، منظم و به موقع ماده آگونیست است. درمان‌گر نه تنها نباید از ترغیب بیمار به مصرف و ادامه استفاده از ماده آگونیست ابا داشته باشد بلکه باید بر پایبندی (compliance) بیمار به دارودرمانی نظارت نماید.

شدن مهارهای درونی توسط این داروها، عملاً مستعد عود و تسلیم شدن به وسوسه هستند. آرام بخش‌های دیگر امکان دلیریوم را بالا می‌برند و به همین دلیل قضاوت‌های بیمار را مختل کرده و او را آماده پرخاشگری و تصمیم‌های مخرب و نادرست می‌کنند. یکی از بحث‌انگیزترین داروها، استفاده از محرک‌های ضعیف‌تر چون متیل‌فنیدیت (ریتالین) است. تاکنون یافته‌ها درباره اثربخشی این داروها در کمک به بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مبهم و مورد مناقشه بوده است. عده‌ای معتقدند که این داروها کمک کوچکی به افزایش انرژی و احساس رضایتمندی بیماران به‌ویژه در هفته‌های بعد از ترک دارند و می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. اما عده‌ای برعکس معتقدند که این ترکیبات به دلیل افزایش حساسیت^۱ بیماران به مت‌آمفتامین عملاً مانند یک تسهیل‌گر برای عود عمل می‌کنند و بیماران بعد از استفاده از آن‌ها نه تنها ارضا و اقلع نمی‌شوند بلکه میل آن‌ها به مصرف تشدید می‌شود. بنابراین استفاده از آن را در هر مرحله از درمان محکوم می‌کنند. برای اطلاعات بیشتر به مبحث دارودرمانی و سوء مصرف مواد محرک مراجعه کنید.

- ♦ گاهی استفاده از استعاره‌ها و مفاهیم فرهنگی شما را در جدال با مصرف خودسر داروها یاری می‌دهد. بهره‌برداری از مفاهیمی چون "پاکی از هر ماده‌ای"، "بهبودی طبیعی"، "پرهیز از مواد شیمیایی" و موارد مشابه، در کاهش علاقه بیماران به مصرف خودسر دارو کمک‌کننده است.
- ♦ استفاده از اثر دارونمایی (پلاسبو) در درمان‌های دارویی در عمل شمشیر دو لبه است و هم دارای فواید و هم دارای مضار خود است. از یک‌سو

ظاهراً اثر پلاسبو پدیده بی‌آزار و مفیدی است و ترکیباتی که فاقد کارایی با مکانسیم‌های شناخته شده و کلاسیک دارویی هستند در تخفیف علائم بیمار مؤثر واقع می‌شوند. اما از طرف دیگر ممکن است تأثیر منفی و گمراه‌کننده بر بیمار داشته باشند. بیمار به غلط ریشه مشکلات خود را در نامناسب یا ناکافی بودن داروها جست‌وجو کند و از پی‌گیری منشأ واقعی آن‌ها مانند مشاجرات خانوادگی، فقدان مهارت‌های فردی، ناتوانی در حل مسئله و استرس و مواردی از این دست باز ماند. اثر پلاسبو گاهی کارکردی متضاد با روان‌درمانی می‌یابد و به‌ویژه در مداخلات غیر دارویی که هدف اصلی رسیدن بیمار به بصیرت و بینش به منشأ مشکلات است، نقشی منفی ایفا می‌کنند. از طرفی ممکن است به تقویت پدیده جسمی‌سازی منجر شود. برای بحثی جامع‌تر به بخش استفاده از اثر دارونمایی در درمان وابستگی به مواد محرک مراجعه کنید.

جلسه‌های نهم، دهم و یازدهم: وسوسه

وسوسه از مشکلات عمده در جریان درمان است و عامل شکست بسیاری از بیماران در پرهیز از مصرف تلقی می‌شود. اکثر مصرف‌کنندگان مواد محرک به‌خصوص شیشه از هجوم وسوسه شدید بعد از ترک شاکی هستند و ابراز می‌دارند که قادر به مقاومت نبوده و سرانجام تحت فشار آن مجبور با استفاده می‌شوند. آن‌ها وسوسه را معمولاً یک میل، نیاز، فشار یا خواست شدید برای مصرف یا رهاشدن از حالت محرومیت از مصرف تعریف می‌کنند. برای برخی یک میل و برای عده‌ای احساس بی‌قراری و فشار روانی و بدنی است. وسوسه برای برخی لحظه‌ای، ناگهانی و غیر مترقبه است اما برای عده‌ای حالت یکنواخت، خزنده و ملایم دارد که به تدریج تجمع پیدا کرده تا به حد طاقت‌فرسا می‌رسد. شروع وسوسه در عده‌ای ناشی از شرایط بیرونی است ولی در

عده‌ای دیگر یا خودبه‌خودی یا از شرایط درونی و خلق و هیجانات بیمار ناشی می‌شود. در عده‌ای با وجود ولع بسیار شدید، مصرف مواد صورت نمی‌گیرد ولی در عده‌ای اولین نشانه‌های وسوسه به مصرف منجر می‌گردد. جالب این که حس وسوسه یک حس فراگیر و همگانی نبوده و برخی بیماران نه تنها هیچ‌گاه آن را تجربه نمی‌کنند بلکه حتی نمی‌دانند منظور از آن چیست. یعنی بین حس درونی وسوسه و رفتار بیرونی (یعنی مصرف مواد) ارتباط مستقیم و نزدیکی وجود ندارد. همین مسئله و ناهمگون بودن مشخصات وسوسه در افراد مختلف و هم‌چنین غیر قابل پیش‌بینی بودن وسوسه و حالات مرتبط با آن، باعث شده تا عده‌ای در اصالت مفهوم و اصولاً کاربردی بودن بررسی و مداخله در آن شک کنند.

با وجود اختلاف نظرها و ابهامات نظری در مورد وسوسه، برنامه‌های روان‌درمانی اعتیاد توجه خاصی به آن داشته و جلسات متعددی را به آن اختصاص می‌دهند. در برنامه تغییر یافته ماتریکس سه جلسه به مسئله وسوسه اختصاص یافته است. درمان‌گر موظف است در طی ۳ جلسه مذکور بر موارد زیر تمرکز نموده و به‌نوعی آن‌ها را مطرح سازد:

۱. **بیان راحت و بدون شرم وسوسه:** بیمار باید برای بیان حس وسوسه و شکایت از آن کاملاً احساس راحتی نماید. او باید یاد بگیرد که وسوسه شدن مایه شرمندگی نیست و جزیی از فرایند بهبودی است. برخی بیماران بر این تصور هستند که اگر وسوسه شوند یا از آن شاکی باشند به معنی این است که هنوز به مواد مخدر علاقه دارند و ادعای آن‌ها برای درمان و ترک واهی و دروغین است. جملاتی مانند این که "اگر واقعاً از مواد خسته شدی، دیگر به آن فکر نمی‌کنی و ممکن نیست وسوسه داشته باشی" به کرات شنیده می‌شود. به‌خاطر همین باور

نادرست، یا مسئله وسوسه کتمان می‌شود یا با اکراه و شرم و حیا به آن اشاره می‌شود. خود بیماران نیز گاهی متعجب هستند و ابراز می‌دارند که با وجود آن که "واقعاً" قصد ترک دارند اما نمی‌دانند که چرا وسوسه می‌شوند. این باور در خانواده‌ها نیز گسترش دارد و آن‌ها وسوسه شدن را نشانی از عدم صداقت بیمار می‌دانند. مگر نه آن که کسی که نیت کرده مواد مصرف نکند نباید به آن فکر کند. درمان‌گر باید با این باور مقابله کرده و بیماران را به ابراز صریح، بدون احساس شرم و گناه حالات وسوسه با قید جزئیات آن تشویق نماید. در جلسه نهم از بیمار خواسته می‌شود موارد وسوسه خود را برشمارده و درباره چگونگی آن به تفصیل سخن گوید.

۲. بیان احساسات مرتبط با وسوسه: گفتن بی‌پرده حالات وسوسه به تنهایی کافی نیست. درمان‌گر باید بیمار را تشویق کند تا احساسات ناشی و همراه وسوسه خود را نیز بشناسد و بیان دارد. بروز وسوسه در بیماران منجر به احساسات متضاد و متفاوتی می‌شود. برخی بیماران بعد از وسوسه عصبانی می‌شوند. بعضی دچار سرخوردگی و یأس می‌شوند. در عده‌ای احساس تعجب برانگیخته می‌شود. جالب آن که عده‌ای نیز کاملاً مشعوف و سرخوش می‌شوند. بیماران باید به حالات هیجانی و روانی ناشی از وسوسه نیز وقوف یابند. مسئله‌ای که کمتر مورد توجه، سؤال و تأمل قرار می‌گیرد. اگر عصبانی می‌شوند ناشی از چیست؟ آیا تصور می‌کنند که هنوز ضعیف هستند؟ یا هنوز بهبود پیدا نکرده‌اند؟ یا شاید هم از درمان‌گر عصبانی هستند که چرا بعد از جلسات متعدد درمانی، نتوانسته‌اند ولع مصرف را مهار کنند. خلق و هیجانی که در بیماران شکل می‌گیرد با باورهای آن‌ها درباره وسوسه مرتبط است و درمان‌گر باید این

باورها را به بحث بگذارید. برای اطلاعات بیشتر به مبحث "دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه" مراجعه کنید.

۳. **بررسی باورهای بیمار درباره وسوسه:** باورهای بیمار بر عملکرد وی در برابر وسوسه نیز اثر می‌گذارد. به همین دلیل بعد از آن که درمان‌گر به موارد وسوسه و احساسات مرتبط با آن پرداخت، باید از بیمار بخواهد باورهای خود را درباره وسوسه ابراز دارد. آیا وسوسه را نشان بی‌ارادگی می‌داند؟ آیا معتقد است وسوسه تقصیر اطرافیان است؟ برخی معتقدند وسوسه نشانه عود قریب‌الوقوع و شکست درمان است. آیا بیمار نیز چنین اعتقادی دارد؟ برخی بیماران باور دارند که وسوسه را باید با مصرف اندک مواد یا دارو گشت. اصطلاحی که گاهی در لفظ عامیانه "کرم‌گشی" نیز گفته می‌شود. عده‌ای نیز باور دارند که "وسوسه که آدم را نمی‌کشد!"، لذا صبر می‌کنند تا خودبه‌خود برطرف شود. بیمار چه اعتقادی در این باره دارد؟ آیا فکر می‌کند از پس وسوسه‌ها بر می‌آید و اصطلاحاً بر آن تسلط^۱ دارد یا سرانجام تسلیم آن‌ها خواهد شد؟ این موارد همگی مهم بوده و مجموعه اعتقادی هر بیمار معتاد را تشکیل می‌دهند. گاهی نیز باورها به قدری ریشه‌دار و گسترده هستند که به‌صورت خودکار و سریع به فکر بیمار می‌آیند و در واقع از منظر شناخت درمانی افکار اتوماتیک بیمار را تشکیل می‌دهند. درمان‌گر باید بیمار را به تفکر و بیان این افکار ترغیب کند.

۴. **بررسی رفتارهای بیمار متعاقب وسوسه:** بعد از وسوسه بیماران الگوهای رفتاری نسبتاً یکنواختی از خود نشان می‌دهند. عده‌ای به مصرف رو می‌آورند. برخی پرخاشگر می‌شوند. برخی دیگر به روش‌های بالغانه‌تری

چون دورساختن خود از محیط وسوسه‌زا، مشغول کردن به امور دیگر، القای آرامش، کمک گرفتن از اطرافیان و راهنما و مشاور، تماس با دوستان غیر معتاد و مواردی مانند آن رو می‌آورند. درمان‌گر بیمار را به مرور و تکمیل زرادخانه خود در مقابله با وسوسه ترغیب نماید. مشاهده شده که در عده‌ای افکار اتوماتیک مرتبط با وسوسه به قدری فراگیر و ریشه‌دار است که بیماران فوراً تسلیم شده و مصرف مواد یا داروهای تخدیرکننده را تنها راه مقابله با وسوسه می‌دانند. آن‌ها حتی فرصت تحلیل افکار خود و گزینه‌های ممکن را ندارند. در جلسات ۹ و ۱۰ بیماران برای شناخت این افکار و الگوهای تکراری در خود ترغیب می‌شوند.

۵. **روش‌های آنی مهار وسوسه:** هر بیماری معمولاً روش‌های کوتاه‌مدت و آنی در برخورد با وسوسه دارد که هنگام هجوم نیاز به مصرف از آن‌ها استفاده می‌کند. تلفن به دوستان، تماشای فیلم، گوش دادن به موسیقی، انجام بازی کامپیوتری، خوابیدن، رانندگی، قدم‌زدن در هوای آزاد، انجام حرکات ورزشی، استحمام و دوش آب سرد یا گرم، عبادت و نماز خواندن، حل جدول، آواز خواندن، مطالعه و موارد بسیار متعددی در این حوزه قرار می‌گیرند. تکنیک‌های کوتاه‌مدت و آنی بیمار در برخورد با وسوسه بحث شود و نظر بیمار درباره اجرای هریک و میزان اثربخشی آن‌ها بررسی گردد. جلسه دهم به‌ویژه به این امر اهتمام دارد. طبیعی است که در اوایل درمان این فهرست کوچک است اما لازم است به تدریج و در طی جلسات بعد و افزایش تجربه بیمار، فهرست جلسه دهم تکمیل‌تر گردد.

۶. **افکار سازنده و شعارهایی که به بیمار کمک می‌کنند:** بیماران به تدریج یاد می‌گیرند که برای مقابله با وسوسه افکارس، شعارهای خاصی را مورد توجه و تکرار قرار دهند. "وسوسه مرا نمی‌کشد"، "من از آن قوی‌ترم"،

"بالاخره تمام می‌شود"، "روزگار سخت خواهد گذشت"، "این‌ها همه برای من تجربه خواهد شد"، "تا همین جا هم که رسیدم خیلی عالی بوده"، و موارد مشابه ذخیره روانی بیمار برای ادامه راه هستند. به کمک بیمار این شعارها و افکار سازنده را معین کرده و از بیمار بخواهید از آن‌ها فهرستی تهیه کند.

۷. راه‌های نادرست و تجارب شکست‌خورده: در کنار شعارها و افکار سازنده، برخی تکنیک‌ها و افکار نیز به ظاهر کمک‌کننده هستند اما بیمار متوجه می‌شود که این اقدامات جز به ضرر وی تمام نمی‌شوند. از آن‌ها نیز فهرستی تهیه کنید و دلیل بی‌ارزش یا مخرب بودن آن‌ها را به بحث بگذارید. اقداماتی مانند اطفای وسوسه از طریق مصرف اندک مواد، خوردن مشروبات الکلی برای رسیدن به لختی و آرامش یا به اصطلاح "شست‌وشوی!" مواد، خودزنی، شکستن وسایل برای تخلیه هیجانی، تماس با مصرف‌کنندگان، تماشای آلات مصرف، بازی با ادوات مصرف (مانند فندک، پایپ، سرنگ، ..)، یادآوری خاطرات مصرف با دوستان و غیره. در دوره اوج شیوع تزریق مواد هرویین، یکی از تکنیک‌های نادرستی که معتادان برای اطفاء ولع خود به کار می‌بردند، تزریق آب مقطر بود. آن‌ها بر این باور بودند تماس با سوزن و دیدن منظره خون در سرنگ، حداقل تا حدی آن‌ها را ارضاء خواهد کرد. اما متأسفانه این عمل در اکثر مواقع به مصرف ماده مخدر منجر می‌شد. جلسه یازدهم تمرکز بر روی تکنیک‌های ناکارآمد دارد.

۸. اجتناب از شروع‌کننده‌ها: در جلسات دوم، چهارم و پنجم درباره شروع‌کننده‌ها و نقش آن‌ها در شکل‌گیری وسوسه بحث شد. چنان‌که به‌خاطر داشته باشید، اشاره شد که بیماران باید به نقش شروع‌کننده‌ها و

تأثیر آن‌ها بر وسوسه واقف شده و شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی خود را بشناسند. اما اقدامات درمانی تا همین مرحله بسنده شد. جلسات مرتبط با وسوسه، مجدداً به مفهوم شروع‌کننده‌ها برگشته و این‌بار راه‌های اجتناب از شروع‌کننده‌ها را نیز بررسی می‌کند. در ادامه جلسات مذکور از بیماران بخواهید مجدداً به این مفهوم بازگشته و شروع‌کننده‌های خود را مرور کنند. در کنار مرور آن‌ها، راه‌های دوری از هریک را بررسی کرده و محک بزنند. در واقع قطع ارتباط با عوامل شروع‌کننده از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان‌های شناختی اعتیاد است. بیماران برای دوری از شروع‌کننده‌های خود و تسلط بر شرایط درونی که خود شروع‌کننده هستند به راه‌حلی می‌رسند. فراموش نکنید که قرار نیست برای تمامی آن‌ها راه‌حل یا ابتکاری ابداع گردد و بالاخره برخی شروع‌کننده‌ها (به‌عنوان مثال بیکاری یا تنهایی یا اختلاف با اعضای خانواده) ممکن است مدت‌ها لاینحل بمانند. وظیفه درمان‌گر حل تمامی مشکلات بیمار و پیدا کردن راه‌حل برای همه آن‌ها نیست!

در ۳ جلسه مرتبط با وسوسه، درمان‌گر به بخشی از نیازهای بیمار درباره مقابله با وسوسه پاسخ می‌دهد. فراموش نکنید که بیمار در مراحل بعدی و با بهره‌گیری از تجارب این ۳ جلسه، توان خود در مهار وسوسه را گسترش داده و به تدریج بر آن مسلط خواهد شد. در جلسات بعدی از بازگشتن بیمار به محتوای این جلسات استقبال کنید و فهرست تکنیک‌های بیماران در مهار وسوسه را پررنگ‌تر سازید.

جلسه دوازدهم: افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف

تجربه و هم‌چنین مطالعات متعددی نشان داده‌اند که عود یک‌باره اتفاق

نمی‌افتد. قبل از آن که بیماران مجدداً به مصرف مواد مخدر رو آورند به‌طور تدریجی افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند و رفتارهایی را انجام می‌دهند. به‌عنوان مثال کم‌کم به این فکر می‌افتند که مگر مصرف مواد چه مشکلی ایجاد کرده بود که باید آن را قطع می‌کردند؟ چرا باید وقت خود را صرف درمان کنند؟ اگر در رشته دیگری تحصیل کرده بودند زندگی بهتری داشتند. اگر با شخص دیگری ازدواج کرده بودند، این قدر گرفتار نمی‌شدند. در واقع نوعی "چرا"ها، "اما"ها و "اگر"ها به بیمار هجوم می‌آورند. گاهی نیز حسرت گذشته یا کینه و خشم به دیگران زنده می‌شود. افسوس آن چه از دست داده‌اند یا ظلم‌هایی که به آن‌ها شده است، بیمار را می‌آزارد. با گذشت زمان تواتر (فرکانس) این افکار افزایش می‌یابد.

در کنار هجوم افکار خاص، احساسات خاصی نیز مانند حس خشم، یأس، حسد، بی‌تفاوتی در بیماران تجمع می‌یابد. بیماران هم‌چنین ارتباط واضحی بین افکار مورد اشاره و این احساسات هستند. مثلاً فکر آن چه از دست‌دادند و احساس سرزنش خود و خشم.

علاوه بر افکار و احساسات خاص، الگوهای رفتاری مجدداً زنده می‌شوند. به‌عنوان مثال بیمار کارهای خود را پشت گوش می‌اندازد، برنامه خواب وی نامنظم می‌شود، با تأخیر در محل کار خود حاضر می‌شود، بیشتر دروغ می‌گوید و موارد متعدد دیگری ظاهر می‌شوند. این رفتارها به‌نوعی با افکار و احساسات خاصی که به آن‌ها اشاره شد ارتباط دارند.

فراموش نکنید که این افکار، احساسات و رفتارها شروع‌کننده نیستند بلکه مجموعه‌ای از علایم هشداردهنده و پیش‌قراولان عود هستند. آن‌ها تغییراتی هستند که معمولاً چند هفته تا چند ماه قبل از عود بروز می‌کنند و حکایت از وجود فشار و تزلزل در ساختار روانی بیمار دارند. البته این مجموعه علایم به نوبه

خود به افت بیشتر بیمار منجر می‌شوند و زمینه‌ساز بازگشت به مصرف مواد مخدر هم هستند. بنابراین با توجه به نقش هشداردهنده این علائم مبنی بر قریب‌الوقوع بودن عود و هم‌چنین نقش مخرب آن‌ها در تسریع عود باعث می‌شود که (۱) شناخت به موقع (۲) مقابله با این علائم از اهمیت ویژه‌ای در برنامه‌های جلوگیری از عود برخوردار باشد.

این افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز عود برای هر بیمار اختصاصی هستند و نمی‌توان علائم هر فرد را به دیگران تعمیم داد. اما در هر حال برخی علائم شیوع بیشتری داشته و در عده زیادی دیده می‌شوند. در جدول ۲-۶ به برخی از موارد شایع این علائم اشاره شده است.

در جلسه دوازدهم بیمار با مشارکت درمان‌گر فهرستی از این علائم تهیه می‌کند. البته ممکن است که این فهرست در جلسات بعدی کامل‌تر گردد. بیمار تشویق می‌شود تا به رصد این علائم بنشیند و به محض برخورد با این الگوها، اقدامات پیش‌گیرانه را اعمال دارد. جالب است بدانید که رصد علائم پیش‌ساز و مداخله به موقع در کنترل آن‌ها مختص تکنیک‌های درمان اعتیاد نبوده و از سنگ‌بناهای درمان و کنترل بسیاری از بیماری‌های روانی به حساب می‌آید. به‌عنوان مثال در بیماری اسکیزوفرنی یا اختلال خلقی دوقطبی^۱، به‌هم‌خوردن عادت خوابیدن، ولخرج شدن و بهانه‌گیری از علائم پیش‌قراول عود است. تحقیقات نشان دادند که اگر بیماران و خانواده‌های آن‌ها را به شناسایی این علائم حساس کنیم و آن‌ها به سرعت بعد از مشاهده این علائم جهت تنظیم داروهای بیمار به روان‌پزشک خود مراجعه نمایند، عود این بیماری‌ها به‌خصوص اختلال دوقطبی بسیار کاهش می‌یابد و حملات این بیماری در مراحل اولیه مهار می‌شوند.

جدول ۲-۶: برخی افکار، احساس‌ها و رفتارهای پیش‌ساز عود

◀ برخی افکار	◀ اعتیاد درمان ندارد.
پیش‌ساز عود	◀ بی‌خود وقت خود را هدر می‌دهم.
	◀ درمان سودی برایم نداشته است.
	◀ زندگی‌ام تباه شده و دیگر درست نمی‌شود.
	◀ همه‌اش تقصیر مادر/پدر/همسر/برادرم بود. زندگی مرا خراب کردند.
	◀ خارج رفته بودم این‌طور نمی‌شد.
	◀ چه‌قدر بدبختم. من اصلاً در زندگی شانس نداشتم.
	◀ با این مادر و پدر من خوب نمی‌شم.
	◀ تا این‌قدر مواد در بازار هست، جوان‌ها که نمی‌توانند ترک کنند!
	◀ فکر کنم برگردم مواد بزنم، ارج و قریم بیشتر است.
	◀ والله معتاد می‌مانم زندگی‌ام راحت‌تر بود.
	◀ دیگران من را درک نمی‌کنند.
	◀ هیچ‌کس به من توجه ندارد.
	◀ مصرف کنترل‌شده مواد امکان دارد.
	◀ دوستان مصرف‌کننده من دوستان بسیار خوبی هستند.
	◀ بستگان هیچ‌وقت خوب مرا نخواسته‌اند.
◀ احساسات	◀ خشم
پیش‌ساز عود	◀ حسادت
	◀ تنفر
	◀ عصبانیت
	◀ شرم و گناه
	◀ دلتنگی
	◀ خودبزرگ بینی و اعتماد به‌نفس بیش از حد
◀ رفتارهای	◀ دیرخواهیدن
هشداردهنده	◀ پشت‌گوش انداختن کارها
عود	◀ پول قرض کردن

- ◀ بهانه‌گیری از کار اطرافیان
- ◀ جواب‌ندادن تلفن
- ◀ وقت‌کشی مقابل تلویزیون و ماهواره
- ◀ بیکار در خیابان ایستادن
- ◀ پرحرف‌شدن و جر و بحث بی‌مورد با دیگران
- ◀ ولخرج‌شدن یا برعکس خست در امور مالی
- ◀ گوشه‌گیری از جمع
- ◀ بد غذا خوردن (نامنظم‌شدن وعده‌ها، خوردن غذاهای در حجم‌های نامتناسب، چسبیدن به غذاهای خاص)
- ◀ به‌هم‌خوردن چرخه فعالیت روزانه
- ◀ غیبت از محل کار
- ◀ سرهم بندی کردن کارها و وظایف
- ◀ شوخی‌های بی‌مورد و زنده یا خسته‌کننده با اطرافیان
- ◀ مصرف الکل و افزایش مصرف سیگار
- ◀ دروغ‌گویی
- ◀ خیال‌پردازی
- ◀ تعریف بی‌مورد از خود
- ◀ مسخره کردن دیگران
- ◀ جمع کردن و بازی با آلات مصرف مواد مانند فندک، پایپ و...
افت نظافت
- ◀ لباس پوشیدن نامتناسب
- ◀ رانندگی بی‌هدف و بی‌محابا
- ◀ گوش دادن افراطی به موسیقی‌های خاص
- ◀ کُند شدن انجام امور
- ◀ عجول شدن و بی‌صبری
- ◀ تکرار برخی امور و به اصطلاح "پپله کردن" به مسایل
- ◀ درگیر ساختن خود در روابط جنسی و عشقی نامتناسب و غیر متعارف

هم‌چنین نکته مهم دیگری که در خور توجه است، توان بالای بستگان درجه یک بیماران برای شناسایی و رصد علائم پیش‌ساز عود است. بسیاری از مواقع خانواده بیماران به‌ویژه همسر یا مادر آن‌ها با مشاهده الگوی رفتاری یا سخنان بیمار عود آتی او را پیش‌بینی می‌کنند. به همین دلیل بهادادن به دیدگاه بستگان و آموزش محتوای جلسه دوازدهم به آن‌ها (البته در قالب جلسات مجزای مختص خانواده) در پیش‌گیری از عود بسیار کارساز است.

بصیرت بیماران به این علائم نیز کمک‌کننده است. به‌عنوان مثال گاهی بیمار احساس می‌کند که بهانه‌گیر شده و مرتب به چگونگی انجام امور منزل توسط همسر خود اعتراض می‌کند. اگر بیمار این بهانه‌گیری را هشدار دال بر زنده‌شدن تدریجی تمایلات مصرف مواد و نشانه عود نزدیک ببیند، این آگاهی او را در درک بهانه‌گیری و هم‌چنین کنترل آن به نیت و قصد متوقف‌ساختن عود یاری خواهد کرد. یکی از علائم پیش‌ساز و هشداردهنده "شک به فایده درمان" است. بیماران ممکن است به این نتیجه برسند که چرا وقت و پول خود را صرف روان‌درمانی می‌کنند؟ باید برای بیماران توضیح داد که همین فکر خود ممکن است از افکار خزنده زمینه‌ساز باشد. بیماران باید مترقب باشند تا به محض تجربه این فکر، به‌جای شک در توانایی درمان و درمان‌گر، به احتمال زنده شدن اعتیاد و زمزمه‌های عود هوشیار شوند.

جلسه سیزدهم: احساس بی‌حوصلگی و افسردگی

همان‌گونه که قبل‌تر - در مبحث سیر بهبودی - اشاره شد، معتادان به‌خصوص مصرف‌کنندگان مواد محرک، بعد از قطع مصرف ممکن است دچار حالات افسردگی و بی‌حوصلگی شدید شوند. افسردگی یک عامل قوی برای شروع مجدد مواد است. بیماران ابراز می‌دارند که به‌قدری بی‌حوصله و کسل می‌شوند که انجام امور ساده زندگی غیر ممکن می‌شود. این حالات با مشکل

کاهش انرژی که به آن اشاره شد نیز ربط پیدا می‌کند. افزایش خلق منفی و ناتوانی در انجام مسئولیت‌ها در عده‌ای به حس سیرشدن از زندگی و فکر خودکشی منجر می‌شود. بعضی نیز به اطراف خود بی تفاوت می‌شوند. جالب است که شدت غمگینی و افسردگی گاهی حس ترحم اطرافیان را نیز برمی‌انگیزد که "ای کاش ترک نمی‌کردی" و "آن موقع که بهتر بودی!".

در درمان مواد مخدر باید برای مسئله افسردگی بیمار نیز تمهیداتی اندیشیده شود. جلسه سیزدهم برنامه ماتریکس به این مطلب اختصاص دارد. بخش عمده علایم افسردگی مشکل ساز همان بخشی است که به صورت دیررس بعد از ترک ظاهر می‌شود. بیماران بعد از ترک ممکن است چند روز تا چند هفته دچار علایم افسردگی شوند. اما این حالت معمولاً به سرعت برطرف می‌شوند و بیمار به یک وضعیت خلق عادی می‌رسد. اما بعد از سپری شدن چند هفته تا چند ماه پرهیز، خلق پایین مجدداً ظاهر می‌گردد. در مبحث افسردگی و بی‌حوصلگی ارتباط افسردگی با اعتیاد به صورت کامل تر بحث شده است. برای مقابله با این افسردگی راهکارهایی وجود دارد که در بخش "راهکارهای مداخله در افسردگی" بیان شده است.

در جلسه سیزدهم، درمان گر مکانیسم‌های احتمالی خلق افسرده را به بحث می‌گذارد. سپس از بیمار می‌خواهد که وجود این حالات در خود را بیان کرده و درباره چگونگی آن‌ها صحبت کند. هم‌چنین فرضیه خود را درباره دلیل ابتلا به افسردگی توضیح دهد. " فکر می‌کنی حالت افسردگی و بی‌حوصلگی شما ناشی از چیست؟"

در ادامه درمان گر درباره گذرابودن افسردگی و این که با گذشت زمان برطرف خواهد شد، اطمینان لازم را ابراز می‌دارد. لازم است درمان گر برای درک دیدگاه بیمار درباره حالات خلقی، همدلی و تلاش خود را مبذول دارد. داشتن رویه غیر

قضاوتی، حمایت‌گر و پذیرش بدون شرط ناراحتی بیمار کمک‌کننده است. پس از این مراحل، درمان‌گر بر افزایش فعال‌سازی و پرداختن به امور مفرح توسط بیمار تأکید می‌کند. بیماران باید بتوانند امور لذت‌بخش و شادی‌زایی برای خود معین کنند و با هم‌فکری درمان‌گر برنامه‌ای برای پی‌گیری آن تدوین کنند.

اقدامات متعدد دیگری نیز در مبحث راهکارهای مداخله در افسردگی ذکر شده‌اند که در جلسه سیزدهم به‌طور کامل پوشش داده نمی‌شود. این اقدامات به تدریج و در طی جلسات بعد پی‌گیری می‌شوند. توجه داشته باشید که نه قرار است کل پدیده افسردگی در یک جلسه مطرح شود و نه تمام خلق پایین بیمار با یک جلسه اصلاح شود. جلسه سیزدهم تنها شروع به‌کاربردن این اقدامات استراتژیک است.

جلسه‌های چهاردهم و پانزدهم: جلوگیری از عود - فعالیت‌های جلوگیری از عود

عود به یک‌باره و ناگهانی اتفاق نمی‌افتد. برخلاف ظاهر آن که یک‌روز بیمار به مصرف باز می‌گردد، بازگشت به مصرف با مقدماتی همراه است. در جلسه دوازدهم درباره افکار و رفتارهای پیش‌ساز بحث شد. در جلسه‌های چهاردهم و پانزدهم به ۲ مفهوم نزدیک و مشابه اشاره می‌شود. مفهوم اول "فعالیت‌های جلوگیری از عود" است. در زندگی معتادان فعالیت‌هایی وجود دارد که ایجاد مصونیت کرده و انجام آن‌ها با کاهش عود و خطر آن همراه است. به‌عنوان مثال برخی بیماران ابراز می‌دارند، تا زمانی که مرتب به باشگاه می‌روند و ورزش می‌کنند احتمال عود اندک است. با جلسات ورزشی شارژ شده و اصلاً به فکر مواد نمی‌افتند. اما هنگامی که چند جلسه وقفه در تمرینات می‌افتد، کم‌کم بهانه‌گیر و بی‌حوصله شده و فکر مواد به ذهن آن‌ها می‌آید. این شرایط برای بیمار پرخطر شده و در انتها به عود منجر می‌شود. به بیان دیگر وقتی به عودهای قبلی یا

شرایط عود بیمار دقیق‌تر نگاه می‌کنیم، می‌بینیم که از هفته‌ها قبل از عود، فعالیت‌های جلوگیری کننده کم‌رنگ شده بودند.

فهرست فعالیت‌های جلوگیری کننده متنوع بوده و برای هر بیماری خاص وی است. برای برخی ورزش منظم، برای برخی شرکت در مهمانی خاص در جمع دوستان، در عده‌ای مطالعه روزانه و در عده‌ای ممکن است عبادت سر وقت باشد. سرزدن به بستگان در ایام خاص هفته، انجام کاری معین در هفته و حتی پی‌گیری سریال تلویزیونی می‌تواند اقدام جلوگیری کننده تلقی شود. بیماران بعد از قدری تأمل اغلب این امور را به یاد می‌آورند: وقتی فعالیت خاص هست، ریسک مصرف اندک است و برعکس! به این فعالیت‌ها گاهی "کمر بند ایمنی" یا "طناب اطمینان" نیز گفته می‌شود. زیرا در واقع مانند کمربندی هستند که مانع سقوط می‌شوند.

در جلسه چهاردهم، درمان‌گر ضمن توضیح مفهوم فعالیت‌های جلوگیری کننده، از بیمار می‌خواهد تا فهرستی از آن‌ها تهیه کند. اگر بیمار به راحتی قادر به این کار نبود، درمان‌گر با انجام مشاوره و مصاحبه انگیزشی او را یاری می‌کند. در ادامه از وی می‌خواهد در جدولی انجام مرتب این فعالیت‌ها را پی‌گیری کند. بیمار از جلسه چهاردهم به بعد، گزارش هفتگی از فعالیت‌های جلوگیری کننده خود تهیه می‌کند.

کاهش فعالیت‌های جلوگیری کننده با گذشت زمان علامت بدی است و حکایت از حرکت به سوی عود دارد. برعکس افزایش مرتب پرداختن به این فعالیت‌ها خبر خوبی است و عود قریب‌الوقوع را نامحتمل می‌کند. لازم است بیمار و درمان‌گر در هفته‌های بعد به جدول جلسه چهاردهم رجوع کرده و سیر تغییر آن را رصد کنند. در صورت نقصان فعالیت‌ها، باید متفقاً به راه‌حل‌هایی برای جبران آن بیندیشند. بیمار باید هشیار باشد و دلایل کاهش فعالیت‌ها و راه‌های مقابله با کاهش را بررسی کند.

در مقابل فعالیت‌های جلوگیری‌کننده، فعالیت‌هایی وجود دارند که انجام آن‌ها مستعدکننده عود بوده و برخلاف "جلوگیرنده‌ها" عمل می‌کنند. شب‌زنده‌داری و دیرخوابیدن، ماندن طولانی در منزل، پرخوری، پشت‌گوش انداختن کارها و مسئولیت‌ها، ولخرجی، مصرف مشروبات الکلی، قماربازی و رفتارهای جنسی مشکل‌آفرین می‌توانند برای برخی مستعدکننده به حساب آیند. ارتکاب مرتب و افزایش‌یابنده آن‌ها، بیمار را در معرض عود قرار می‌دهد. ممکن است بیمار نیز در تجارب قبلی خود متوجه این امر شده باشد که قبل از هربار عود، افزایش دفعات فعالیت‌های مستعدکننده وجود دارد.

در جریان جلسه پانزدهم، درمان‌گر ضمن بحث درباره نقش فعالیت‌های مستعدکننده در شروع عود، بیمار را در شناسایی این فعالیت‌ها در خود یاری می‌کند. بیمار بعد از تهیه فهرستی که ممکن است در جلسات بعدی تکمیل‌تر گردد، میزان اقدام به آن‌ها را در جدولی که به این منظور تهیه شده، ثبت می‌کند. در جلسات بعد، بیمار با همکاری درمان‌گر تواتر فعالیت‌های مستعدکننده را که بیمار در کتابچه خود ثبت کرده است بررسی می‌کند. پیدا کردن راه‌های احتمالی برای حذف و تقلیل آن‌ها نیز در جریان جلسه پانزدهم و هم‌چنین در جلسات بعد مورد توجه قرار می‌گیرد.

جلسه شانزدهم: کار و بهبودی

کارکردن یا نکردن؟ سؤالی است که برای خیلی از بیماران و خانواده‌های آن‌ها مطرح می‌شود. در اواسط ماه دوم درمان که برخی از عوارض اعتیاد برطرف شده‌اند و اغلب بیماران کم‌کم به اجتماع باز می‌گردند، این سؤال پیش می‌آید که "آیا سرکار برویم؟" یا اگر بیمار شاغل است، آیا کارکردن برای وی مفید است یا نه؟ این‌گونه سؤالات از درمان‌گر پرسیده شده و از وی می‌خواهند که نظر دهد. درمان‌گر باید بداند که این سؤال جواب مشخص و دقیق ندارد. برای برخی

بیماران کار نکردن و بیکار ماندن دارای عوارض مشکل آفرینی است به عنوان مثال ممکن است:

- ♦ وقت آزاد باعث وسوسه شود.
- ♦ بی پولی به شکل یک عامل استرس درآید.
- ♦ در منزل ماندن به افزایش مشاجره با خانواده منجر شود.
- ♦ احساس وابستگی و عدم استقلال روحیه بیمار را تحلیل برد.
- ♦ امکان و فرصت معاشرت با دیگران کم شده و بیمار نتواند دوستان یا سرگرمی‌های جدیدی پیدا کند.
- ♦ نبود فعالیت خاص بیرونی باعث می‌شود تا فعالیت‌های روزمره (خواب، تفریح، معاشرت، خوردن و حتی نظافت) بی‌نظم و به هم‌ریخته شوند.
- ♦ سبک زندگی آشوب‌گونه یک عامل عمده افسردگی و عود است.

اما کار کردن نیز لزوماً خالی از عارضه نیست. نباید فراموش کرد که هرگونه شغلی برای بیمار مفید نیست. به عنوان مثال:

- ♦ کار ممکن است باعث خسته‌شدن بیمار شود و خستگی در خیلی موارد یک شروع‌کننده است.
- ♦ درآمد ناشی از کار ممکن است امکان خرید مواد را فراهم سازد. در عده‌ای از بیماران، پول یک شروع‌کننده است.
- ♦ در محیط کار ممکن است افراد مصرف‌کننده حضور داشته باشند و بیمار را برای مصرف مواد مخدر اغوا کنند.
- ♦ استرس شغلی باعث افسردگی و وسوسه می‌شود.
- ♦ محل کار برای برخی از بیماران پاتوق مناسبی برای مصرف در می‌آید که خانواده نیز بر آن نظارت ندارند.
- ♦ حس استقلال و اعتماد به نفس زودرس باعث کم‌توجهی بیماران به

خطرات اعتیاد و عود شود.

♦ از همه مهم‌تر این که ممکن است ساعات کار با حضور در جلسات درمان تداخل کند.

با توجه با عوامل فوق در جلسه شانزدهم درمان‌گر و بیمار به مسئله اشتغال می‌پردازند. درمان‌گر برای بیمار توضیح می‌دهد که نفس کارکردن یا نکردن مهم نیست بلکه عوارض آن اهمیت دارد. اگر بیمار از اشتغال منتفع می‌شود، بهتر است به سر کار برود در غیر این صورت اگر عوارض کار به حدی است که ممکن است درمان را به مخاطره اندازد، بهتر است تا مدت زمان معینی از کار کردن خودداری کرد. درمان‌گر می‌تواند در جلسه درمان و مشاوره جدولی به شکل زیر تهیه کند و بیمار را تشویق کند که به صورت واقع‌بینانه آن را تکمیل نماید. بعد از تکمیل درباره مفیدبودن یا نبودن کار تصمیم بگیرد (جدول ۳-۶). نکته مهمی که باید همواره توسط درمان‌گر مورد اشاره قرار گیرد این است که سلامت و درمان در مقایسه با کار اولویت اول است.

جدول ۳-۶: جدولی برای مقایسه فواید و مضرات عود

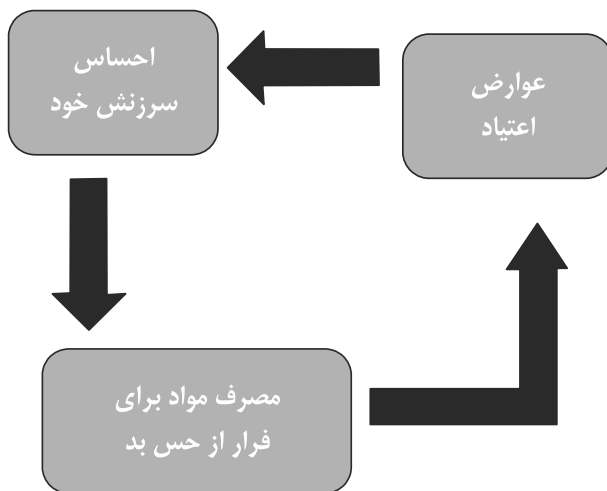
فواید کار: آن چه از کار کردن عاید می‌شود؟	مضار کار: کارکردن ممکن است چه مشکلاتی ایجاد کند؟
۱.	۱.
۲.	۲.
۳.	۳.
۴.	۴.
۵.	۵.

جلسه هفدهم: شرم و گناه

با فروکش کردن اثر مواد مخدر بر روی مغز و شفاف شدن اندیشه، افکار و فرایند تصمیم‌گیری در بیمار برخی احساسات ناراحت‌کننده هم زنده می‌شوند. یکی از این احساسات حس شرم و گناه و سرزنش خود است. بیماران وقتی به گذشته خود فکر می‌کنند و بعضی کارهای ناپسند خود را به یاد می‌آورند، از خود شرمگین می‌شوند. آن‌ها در طی سال‌ها مصرف مواد لطمات زیادی به بستگان زده، امور غیر اخلاقی برای تهیه مواد مخدر مرتکب شده‌اند و به‌خاطر بی‌توجهی که به عزیزان خود کرده‌اند دچار عذاب وجدان و سرافکنندگی می‌شوند. این‌که چرا قبل‌تر این حس را نداشته‌اند؟ جواب واضح است: در آن زمان تحت اثر مواد بوده‌اند. در واقع بیماران می‌توانند از چرخه‌ای یاد کنند که به‌صورت شکل ۴-۶ است.

در مرحله‌ای از اعتیاد، انگیزه ادامه مصرف، فرار از افکار شرم و سرزنش خود و حس بدی است که معتاد نسبت به خود دارد. طبیعی است که با قطع مصرف و هشیارشدن بیمار انبوه خاطرات بد و آسیب‌های خانوادگی و اقتصادی و اخلاقی به یاد آن‌ها می‌آیند. جالب است که یکی از شایع‌ترین مباحثی که معتادان در مصاحبه‌های بعد از ترک به آن اشاره می‌کنند و اصرار بر اعتراف به آن دارند، ظلمی است که به اطرافیان خود کرده‌اند.

در حین مصرف مواد مخدر به‌دلیل نشنگی و اثر تخدیری مواد، معتادان از توجه عاطفی به بستگان و احساس سرزنش خود به‌واسطه آسیبی که آن‌ها زده‌اند، در می‌مانند. به همین دلیل است که در بین مردم نگرش بسیار منفی به معتادان وجود داشته و آن‌ها را افرادی بی‌عاطفه، خودخواه و بی‌شرم می‌دانند. اما لازم است درمان‌گر بداند که این‌گونه رفتار معتادان نه به‌خاطر ذات آن‌ها بلکه به‌دلیل اثر تخدیری مواد است که توان همدلی و همدردی آن‌ها را مختل کرده



شکل ۴-۶: نقش احساس سرزنش خود در بازگشت به مصرف مواد مخدر در معتادان.

است. با بازگشت بیماران به جهان عادی، نیاز وافر برای مقابله با این افکار و تعدیل آن‌ها شکل می‌گیرد. راه‌هایی که برای تعدیل حس شرم و گناه وجود دارد و در جریان برنامه‌های روندرومانی استفاده می‌شوند به قرار زیر هستند:

۱. از بیمار بخواهید موارد احساس گناه را برشمارد و آن‌ها را به تفصیل بیان دارد. اعتراف به اشتباهات و صرف بیان زبانی آن‌ها برای عده‌ای آرام‌بخش است. در فرهنگ کشورهای غربی که اکثر برنامه‌های روان‌درمانی اعتیاد از آن‌جا منشأ گرفته‌اند - با اتکا به آموزه‌های مسیحیت - اعتراف^۱ به خطا و اقرار زبانی آن نقش مهمی دارد و در واقع این باور و سنت در گروه‌های خودیاری نیز مشاهده می‌شود. هرچند این امر ممکن است در فرهنگ

1. Confession

کشور ما به آن اندازه پررنگ نباشد، با این حال بیماران باید تشویق شوند تا مواردی را که آن‌ها را رنج می‌دهد و بابت آن‌ها خود را سرزنش می‌کنند، به زبان آورند و در کتابچه خود بنویسند.

۲. پذیرش بیمار توسط درمان‌گر و داشتن ارتباط غیر طردکننده توسط وی. مسئله پذیرش بیمار به‌عنوان یک انسان با تمام نواقص و خطاهای رفتاری که از او سر زده بخش مهمی از هسته مشاوره و روان‌درمانی مراجع محور را تشکیل می‌دهد. هر قدر هم رفتارهای بیمار از نظر اجتماع منفور و قابل سرزنش باشد، ذات بیمار و هویت وی باید مورد قبول درمان‌گر قرار گرفته و نباید مورد بی‌احترامی و تحقیر قرار گیرد. او به‌واسطه اعتیاد خطاهایی مرتکب شده است و می‌تواند آن‌ها را جبران کند. درمان‌گر محق نیست که کل وجود بیمار، شخصیت و وجود او را تخطئه کند. درمان‌گر باید به ذات بیمار "دید مثبت غیر مشروط" خود را حفظ کند. این امر به تقلیل حس شرم در بیمار کمک می‌کند و او را در فائق آمدن به اعتیاد یاری می‌کند.

۳. بیمار برای جبران مواردی که قابل جبران هستند برنامه‌ای در نظر بگیرد. درمان‌گر بیمار را ترغیب می‌کند تا آن‌چه می‌تواند بابت دلجویی و جبران خسارات انجام دهد به تفصیل توضیح دهد و بخشی از آن را در کتابچه خود مکتوب دارد. طبیعی است که بسیاری از آسیب‌ها و خسارات به راحتی ترمیم نمی‌شوند ولی احساس این‌که بیمار در این جهت گام‌هایی بردارد و خود را متعهد به آن ببیند، خود قدم بزرگی است. انتظار هم نیست که بیمار بتواند در قالب چند جلسه و چند هفته گذشته را جبران کند.

۴. در تکلیف جلسه ۱۷ خود را متعهد کند که تا هفته بعد دو مورد ساده از

آسیبها را جبران کند. این جبرانها باید ساده و شدنی باشد. به عنوان مثال عذرخواهی رسمی یا علنی از کسی که بیمار به وی بدی کرده، پس دادن وجهی که از کسی گرفته است، ملاقات و دلجویی از کسی که با وی قطع رابطه کرده است یا انجام خدمت یا دادن هدیه کوچک به کسی که بیمار خود را مدیون او می‌داند. این امر می‌تواند فرایند ترمیم را آغاز کند و بیمار با اتکا به مختصر حس خوبی که پیدا می‌کند به برداشتن گام‌های بعدی علاقه‌مند شود.

۵. رسیدن به این بصیرت که خیلی از کارهای ناشایستی که بیمار انجام داده است نه برخاسته از ذات بد وی بلکه مولود مصرف مواد مخدر و اثرات مواد بر روی مغز و رفتار بوده است. بیمار بهتر است بداند که او ذاتاً آدم بد یا خبیثی نبوده بلکه مُسخرشدن مراکز تصمیم‌گیری توسط مواد او را وادار به کارهای ناپسند کرده است. در این‌گونه موارد می‌توان به شعاری استناد کرد که در مراکز خودیاری تکرار می‌شود؛ "من مقصر کارهای زشتی که انجام دادم نیستم ولی مسئول جبران آن‌ها و پی‌گیری درمانم هستم." کارهای ناشایست در قالب بیماری قابل فهم است و بیماری‌دیدن این‌گونه رفتارها به بازگشتن بیمار به جامعه کمک می‌کند. اما از آنجایی که تماماً بیماری‌دیدن رفتار بیمار ممکن است باعث حس نوعی بی‌مسئولیتی در برابر آن شود، چنین گفته می‌شود که مسئولیت در بهبودی و جبران از بیمار ساقط نیست و فقط احساس شرم و گناه خردکننده است که از دوش وی برداشته می‌شود. فراموش نکنید که حس شرم وقتی از حد و اندازه خاصی می‌گذرد نه تنها سازنده نیست بلکه از آنجا که به یک استرس تبدیل می‌شود، بیمار را به عود و مصرف مجدد سوق می‌دهد. بیماران در می‌یابند که تنها راه اطفای حس سرزنش

پناه بردن مجدد به مواد مخدر و بی‌خیالی در پرتو مصرف است. به همین دلیل است که تلاش رسانه‌ها یا خانواده‌ها برای شرمگین ساختن معتادان به این امید که متنبه شده و از مصرف مجدد خجالت بکشند، اثر معکوس دارد.

لذا مهم است که بیماران به‌جای احساس شرم و گناه، احساس مسئولیت کرده و پی‌گیر درمان اعتیاد و جبران گذشته باشند تا آن‌که سر در لاک سرزنش خود فرو برند و بعد از مدتی مجدداً به مصرف رو آورند. به همین دلیل است که در اغلب برنامه‌های کوتاه‌مدت روان‌درمانی اعتیاد، از این رویکرد یا تفسیر که رفتارهای ناشایست را به بیماری نسبت می‌دهند تا به ذات بیمار، استقبال می‌شود و بیشتر تأکید بر بیمارگون دانستن تا اخلاقی کردن رفتار است.

جلسه هجدهم: مشغول ماندن

در مبحث "وجه بازدارنده و سازنده" درمان اعتیاد اشاره شده که برای رهایی موفق از مصرف مواد مخدر، علاوه بر متوقف‌سازی مصرف و وسوسه، لازم است که بیمار برای افزایش فعالیت روزمره، کسب درآمد، بازگشت به اجتماع و موارد سازنده دیگر اقدام کند. برای اطلاعات بیشتر به مبحث مذکور مراجعه کنید. در جلسه هجدهم درمان‌گر سعی دارد که بیمار را برای پرکردن اوقات فراغت خود و مشغول ماندن ترغیب نماید. ممکن است که بیماران بعد از ترک لزومی به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش زندگی نبینند. یا حتی ممکن است بر این باور باشند که حق تفریح یا لذت‌بردن بیشتر ندارند. "مگر نه این‌که سال‌ها در نشئگی و سرگرم مصرف مواد بوده‌اند". این باور به افزایش رخوت و افت بیمار و نهایتاً عود منجر می‌شود.

بیمار باید با هم‌فکری درمان‌گر سرگرمی‌های جدیدی را تعیین و به پرکردن اوقات فراغت خود به کمک آن‌ها اقدام کند. فهرست کردن فعالیت‌های روزمره و تهیه جدول روزانه بدین‌منظور کمک‌کننده است.

جلسه نوزدهم: انگیزه برای بهبودی

مسئله انگیزه و اراده برای درمان همواره یکی از اشتغالات فکری بیماران است. چنین به‌نظر می‌رسد که بیماران بها و ارزش زیادی به انگیزه روز اول می‌دهند. آن‌ها اکثر اوقات قید می‌کنند که اگر کسی "واقعاً" بخواهد و قصد وی ترک باشد موفق می‌شود. برعکس اگر انگیزه ترک کسی در روزهای اول خیلی جدی نباشد و بیمار به اصطلاح به ته خط نرسیده باشد، بعید است موفق شود.

هدف جلسه نوزدهم بر این محور است که دیدگاه استاتیک و منجمد درباره انگیزه تا حدی اصلاح شود و بیماران بتوانند به‌نوعی پویا و دینامیک به انگیزه و اهمیت آن نگاه کنند. یعنی انگیزه را نه ثابت بلکه سیال درک کنند که می‌تواند با گذشت زمان تقویت شود یا به قهقرا برود. در ضمن بدانند که بسیاری از درمان‌های موفق ممکن است از انگیزه‌های ساده شروع شوند ولی به‌دلیل پی‌گیری بیمار با گذشت زمان متعالی شده و به‌رهایی بیمار منجر شوند. به‌عنوان مثال در فردی ممکن است هدف از ورود به درمان رهاشدن از فشار خانواده باشد. اما در مرحله بعد بیمار از پاکی خود لذت برده و علاقه‌مند به ادامه‌دادن آن شود. در همین جهت ممکن است ادامه پرهیز برای بیمار مزایایی مثل افزایش اعتبار و درآمد ایجاد کرده و حتی بیمار را علاقه‌مندتر به درمان سازد. در انتها بعید نیست که استمرار پاکی باعث تغییر عمده در نگرش و جهان‌بینی بیمار شده و او را به‌نوعی حس متعالی و بیداری معنوی بکشد. این توضیحات همگی منطبق بر نگرش دینامیکی از انگیزه است. برای اطلاعات بیشتر به مبحث "دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه" مراجعه نمایید.

در جلسه نوزدهم درمان‌گر در ابتدا با اشاره به توضیحات فوق، بحث را آغاز می‌کند. سپس در ادامه از بیمار می‌خواهد مروری به انگیزه بدو ورود به درمان داشته باشد. این مطالب در جلسه اول - ترازوی تغییر - مورد بحث قرار گرفته‌اند و در جلسه نوزدهم مورد مرور اجمالی قرار می‌گیرند. در مرحله بعد درمان‌گر از بیمار می‌خواهد که انگیزه روزهای اول را با زمان حال خود مقایسه کند. آیا تحولی در انگیزه وی پیدا شده است؟ آیا بیمار دلایل جدیدی برای استمرار درمان پیدا کرده است؟ ماهیت فعلی انگیزه وی چیست؟ چه قدر تعالی یافته است؟ این‌ها مطالبی است که بحث درباره آن‌ها می‌تواند به غنای جلسه کمک کند. مهم این است که بیمار درک کند انگیزه روز اول نه تضمین موفقیت است نه لازمه آن و به‌جای تأکید بر آن باید انگیزه را در خود شکل دهد.

جلسه بیستم: راست‌گویی

این جلسه بر مسئله راست‌گویی تأکید دارد. البته بیشتر به‌نظر می‌رسد که راست‌گویی یک مقوله اخلاقی باشد تا روان‌شناختی. اما نقش آن در درمان اعتیاد به‌قدری پررنگ است که نظام‌های روان‌درمانی اعتیاد به آن می‌پردازند. به‌ویژه گروه‌های خودیاری مانند معتادان گمنام اهمیت زیادی به آن می‌دهند و آن را سرمنشأ پیش‌گیری از اعتیاد می‌دانند. باور آن‌ها بر این است که اگر فردی قرار باشد تنها و تنها یک کار کند که او را همواره دربرابر اعتیاد مصون دارد، آن راست‌گویی است. آن‌ها اشاره دارند که محال است فردی راست‌گو باشد و بتواند اعتیاد خود را ادامه دهد. اعتیاد و راست‌گویی با هم جمع‌شدنی نیستند. در ورای این باور اصول علمی قرار دارد. اعتیاد یک رفتار به شدت انگ‌دار است و انسان‌ها قادر به علنی‌کردن آن و مناسبات مرتبط با آن در همه جا نیستند. به همین دلیل برای فرار از انگ اعتیاد مجبورند که با دروغ‌گویی بخشی از آن را پنهان دارند.

به همین دلیل معتادان همواره در چرخه اعتیاد خود به کرات دروغ گفته‌اند. در جلسه بیستم درمان‌گر بیمار را تشویق می‌کند تا درباره موارد عمده دروغ‌گویی خود بدون ترس و شرم صحبت کند.

ترغیب‌سازی به بیان حقایق ادامه داشته و حتی از بیمار خواسته می‌شود مواردی را که به درمان‌گر نیز دروغ گفته است علنی سازد. جالب است بدانید که بسیاری از بیماران بعد از سپری‌شدن چندین جلسه در درمان و برقرارشدن ارتباط بین درمان‌گر و ایشان، می‌توانند و خیلی واهمه ندارند که موارد خلاف‌گویی خود را آشکار کنند. این امر به عمیق‌ترشدن ارتباط درمانی منجر می‌شود.

در انتهای جلسه، درمان‌گر از بیمار می‌خواهد که حوزه‌هایی از راست‌گویی را که هنوز دچار اشکال است و وی در بیان حقایق در آن‌ها تعلل می‌کند، برشمارد. به‌عنوان مثال ممکن است فردی بعد از ۳ ماه از درمان کماکان نتواند به همسر خود درباره اعتیاد راست بگوید یا ارتباط با دوستان خود را از والدین پنهان دارد. بهتر است بیمار این حوزه‌های خطرناک را آشکار کرده و در جلسات بعدی به کمک درمان‌گر به حل آن‌ها بپردازد.

جلسه بیست‌ویکم: پاک‌ی کامل

پاک‌ی کامل^۱ به این معنی است که بیماران باید علاوه بر پرهیز از مصرف مواد محرک، از مصرف سایر مواد مخدر و حتی حشیش و تریاک نیز خودداری نمایند. نمی‌توان مصرف مت‌آمفتامین را قطع کرد اما هنوز به مصرف مواد دیگر ادامه داد. این امر به معنی جایگزین‌سازی یک اعتیاد با یک اعتیاد دیگر است و دیر یا زود به عود بیمار منجر می‌شود. اما از آن‌جایی که گاهی قطع مصرف تمام مواد

1. Total abstinence

به طور یک جا و یک مرتبه دشوار است، در برنامه روان درمانی ساختاری فعلی اولویت در جلسات اولیه و تا قبل از جلسه بیست و یکم به مواد محرک (شیشه، کوکابین و سایر محرک‌ها) و مواد افیونی سنگین (کراک، هرویین و تریاک) داده شده است. یعنی از بیمار خواسته می‌شود تا این مواد را قطع کند. همان طور که می‌دانید، انجام آزمایش ادرار نیز بر روی دو دسته مذکور یعنی افیونی‌ها و محرک‌ها تمرکز داشته است. اما بعد از جلسه بیست و یکم، دامنه پرهیز گسترده شده و سعی می‌شود تمام مواد مخدر و الکل را نیز دربر گیرد. البته تا قبل از جلسه بیست و یکم، این گونه مواد تجویز نمی‌شدند یا درمان‌گر آن‌ها را مجاز نمی‌شمرد اما مدعی بود که فعلاً اولویت همان مواد محرک و افیونی است.

در جریان جلسه بیست و یکم از بیمار بخواهید درباره مصرف سایر مواد با شما صحبت کند. آیا مصرف این گونه مواد را داشته است؟ هدف وی از مصرف آن‌ها چه بوده است؟ آیا مصرف این گونه مواد کماکان ادامه دارد؟ اگر بلی، دلیل یا انگیزه بیمار چیست؟ چه قدر بیمار راغب است که مصرف آن‌ها را نیز متوقف سازد؟ موانع قطع مصرف آن‌ها را در چه می‌بیند؟

لازم است درمان‌گر بر سیاست پرهیز کامل اشاره نماید و یادآوری کند که مصرف این گونه مواد یا زمینه‌ساز عود می‌شود یا به دلیل آسیب‌های مستقیم سیر بهبودی به‌ویژه وجه سازنده را دچار مشکل می‌کند. در ادامه راه‌های رسیدن به پرهیز کامل و فواید آن با بیمار بررسی گردد.

با وجود تأکید بر پرهیز کامل و لزوم دوری از مصرف موادی چون حشیش و الکل، به دلیل لزوم عدم تحمیل هزینه بیشتر به بیمار - مگر در مواردی که مصرف سنگین و مشکل‌آفرین گردد - آزمایش مرتب و منظم این مواد توصیه نمی‌شود. نکته دیگری که در مورد پرهیز کامل لازم به ذکر است، مسئله مصرف نیکوتین (سیگار، توتون و تنباکو) است. استفاده از دخانیات عوارض ثابت‌شده

منفی بدنی و روانی در پی دارد و قطع و کاهش مصرف آن‌ها همواره بر سلامت بیمار اثر مطلوبی دارد. اما با توجه به میزان استرسی که بیماران در جریان قطع مصرف مواد مخدر متحمل می‌شوند و نیاز به تمرکز تلاش‌های درمانی بر روی توقف مصرف این مواد، تا انتهای روان‌درمانی ساختاری، قطع مصرف دخانیات به اولویت درمانی تبدیل نمی‌شود. درمان‌گر مصرف آن‌ها را تجویز نمی‌کند و به قطع آن نیز توصیه می‌کند، اما آن را دستور کار جلسات قرار نمی‌دهد.

جلسه بیست و دوم: روابط جنسی اعتیادگونه

شاید در ابتدا بعید به نظر برسد اما رفتارهای جنسی نیز در عده‌ای جنبه اعتیادی پیدا کرده و عملاً آن‌ها به مسایل جنسی معتاد می‌شوند. افراد با تناوب بالا اقدام به تکرار برخی فعالیت‌های خاص جنسی می‌نمایند یا ابراز می‌دارند که کنترل رفتار از دست آن‌ها خارج شده و همانند مصرف مواد مخدر اجبارگونه شده است. اجبار به ارتکاب اعمال جنسی ولو با وجود عوارض فردی و اجتماعی متعدد از نشانه‌های اعتیاد جنسی است. متأسفانه اعتیاد به مسایل جنسی در مصرف‌کنندگان مواد محرک بیشتر از افراد دیگر دیده می‌شود و درصد قابل توجهی از معتادان، آن را بسیار ناراحت‌کننده تلقی می‌کنند. بیماران وقت، توان و هزینه زیادی بابت انجام ارتباط یا حواشی آن صرف می‌کنند. تعهد به شریک جنسی کم شده و روابط جنبه گذرا، سطحی و حتی تصادفی پیدا می‌کنند.

در جریان جلسه بیست و دوم، درمان‌گر بیمار را با پدیده اعتیاد جنسی و رفتارهای اجبارگونه جنسی که اتفاقاً در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین شایع است، آشنا می‌کند. مقدمات صحبت در این زمینه را باز کرده و علایم آن را توضیح می‌دهد. در مرحله بعد از بیمار می‌خواهد درباره این اعتیاد و مواجهه با علایم آن چه در خود و چه در دیگران، بدون احساس شرم صحبت کند. گاهی برای بیماران دشوار است که به وجود این علایم در خود اعتراف کنند اما تجارب

عديده‌ای را که از ديگران شنیده‌اند یا در دوستان خود مشاهده کرده‌اند می‌تواند به هسته بحث جلسه بیست‌ودوم تبدیل گردد. در ادامه جلسه بیمار ترغیب می‌شود تا این‌گونه حالات را در خود بررسی کند. اثراتی که رفتارهای جنسی اعتیادگونه بر زندگی بیمار یا اطرافیان وی گذاشته است، می‌تواند دست مایه ادامه مشاوره و مصاحبه گردد. طبیعی است که اگر بیمار به واسطه مصرف مواد محرک، دچار حالات اعتیاد جنسی شده باشد، نمی‌توان در یک جلسه ۲۰ تا ۲۵ دقیقه‌ای تمام حالات وی را بررسی کرد، چه برسد به آن‌که راه‌حل‌های درمانی نیز ارائه کرد. اما برگزاری جلسه بیست‌ودوم باعث می‌شود که بیمار به این وجه از اعتیاد آگاه شده و ضمن هوشیاری در زمینه آن، در صورتی که دچار مشکلات اعتیاد جنسی شده است، به دنبال درمان‌های لازم برود. ایجاد حساسیت به جنبه اعتیادی رفتار جنسی و ترغیب بیمار به بررسی و ابراز این‌گونه حالات در خود، اهداف جلسه را تشکیل می‌دهند. در مبحث "اعتیادهای جنسی" این مسئله به‌طور کامل‌تری بحث شده است.

جلسه بیست‌وسوم: پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن

عود بدون مقدمه اتفاق نمی‌افتد و قبل از وقوع آن علایم و شرایط خاصی شکل می‌گیرد. هدف جلسه بیست‌وسوم بر روی پیش‌بینی عود احتمالی و اجرای تمهیداتی برای مقابله با آن است. بیمار باید سناریوهای احتمالی عود را در خود بشناسد. به‌عنوان مثال برخی بیماران مدعی هستند که ترک شغل یا تحصیل با امکان بالای عود همراه است. بعضی دیگر وقوع طلاق یا جداشدن از نامزد را سناریوی محتمل عود می‌بینند. در عده‌ای نیز پایان روان‌درمانی یا جداشدن از درمان‌گر عامل شروع مجدد مواد تلقی می‌شود. در هر حال، هر بیماری برای خود یک سناریو یا وضعیت خطر تعریف می‌کند که در آن شرایط امکان سقوط

به دامان مواد را قابل توجه می‌بیند. در ادامه، درمان گر بیمار را ترغیب می‌کند که به شرایط سناریوی پرخطر خود بیندیشد و راه‌های فرار از آن را مرور کند. به‌عنوان مثال چه کند که بیکار نشود یا چگونه نامزد خود را راضی نگهدارد. در مرحله بعد، نقشه‌ای برای مقابله با سناریوی پرخطر تدوین کند. "اگر نامزد راضی نشد و مرا ترک کرد چه کنم که عود نکنم؟" به مفهوم دیگر خود را برای روز واقعه آماده کند. اهداف این جلسه بر محورهای زیر است:

۱. اگر قرار باشد که عودی اتفاق بیفتد، آن عود در چه شرایطی خواهد بود (سناریوی پرخطر). علایم هشداردهنده قریب‌الوقوع بودن سناریو پرخطر کدامند؟

۲. برای پرهیز از آن سناریوی پرخطر چه می‌توان کرد؟

۳. در صورت وقوع سناریوی پرخطر، بهترین اقدامات برای تقلیل اثر آن چه خواهد بود؟

جلسه بیست و چهارم: زرتنگ باشید نه قوی

در جریان اعتیاد، اتکا داشتن به اراده و به اصطلاح قوی بودن شاید در نگاه اول بسیار موفق و پسندیده باشد. بیماران علاقه‌مند هستند که با اراده قوی از مصرف دوری کنند و حتی گاهی خود را در معرض مصرف مواد مخدر قرار می‌دهند تا با امتناع از مصرف، به اصطلاح اراده خود را محک بزنند. مفاهیم و عباراتی مانند این که "آدم باید خود قوی باشد"، "اصل آن است که مواد باشد و مصرف نکنی و الا اگر از آن فرار کنی که هنر نیست"، "وقتی اراده کردم نکنم، پس نمی‌کنم" به کرات شنیده می‌شود. اما متأسفانه اکثر آن‌هایی که به پشتوانه اراده خود قصد مقاومت در برابر مواد را داشته‌اند، بعد از چند موفقیت گذرا مجدداً در دام مواد می‌افتند. جالب این که گاهی آن‌ها حتی بعد از چند بار ناکامی سرانجام تسلیم شده و به این جمله می‌رسند که "هرقدر قوی باشی، مواد

از تو قوی تر است!"

بنابراین تلاش برای تقویت اراده ظاهراً روش موفق‌تری نیست و برای اجتناب از مواد باید چاره‌ای دیگر اندیشید. برعکس، عده‌ای با قبول این که اصولاً ولع و میل و به اصطلاح قدرت مصرف مواد بسیار قوی است، به جای رودررو شدن با آن، سعی می‌کنند با زرنگی و تدبیر از دست آن، شرایط مصرف و حالات پرخطر فرار کنند. مواردی مثل بهانه آوردن برای دوست مصرف‌کننده‌ای که به ایشان مواد تعارف می‌کند، فرار از جایی که احتمال مصرف مواد وجود دارد، به همراه نبردن پول در جایی که ممکن است امکان خریدن مواد باشد، عوض کردن مسیر هنگام دیدن فروشنده مواد و موارد بسیار دیگر.

این عده معتقدند که به جای اتکا به زور و تلاش برای قوی‌بودن در برابر مواد باید زرنگی و هوشیار بود. مقابله با مواد زرنگی و تدبیر می‌خواهد تا قدرت و سرسختی محض!

در جلسه بیست و چهارم درمان‌گر به بیمار کمک می‌کند تا تفاوت این دو رویکرد را درک کرده و در صورتی که اتکای تمام عیار به مفهوم قدرت و اراده دارد بتواند تدبیر، درایت و زرنگی را مکمل اقدامات خود نماید و راه‌های خلاقانه برای فرار از شرایط پر خطر ابداع نماید.

فصل ۷

خاتمه درمان

بیماران در جریان الگوی تغییر یافته ماتریکس حداقل ۲۴ جلسه ساختاری انفرادی را با درمان گر خود برگزار می کنند. همان طور که پیشتر اشاره شد، امکان تکرار شدن و برگزار کردن هر یک از جلسات در قالب دو یا چند جلسه وجود دارد و بیماران ممکن است برنامه را در قالب تعداد بیشتری جلسه و حتی تا ۵۰ جلسه اجرا کنند. این امر نه تنها نامناسب نیست بلکه استمرار ماندگاری بیماران در جلسات با اصلاح آسیب های مختلف در آنها همراه است و به خودی خود موفقیت تلقی می شود. درمان گر باید آگاه باشد که بیماران به ندرت از ابتدای جلسات به پرهیز کامل می رسند و از مواد مخدر دور می مانند. بسیار شایع است که مراجعان حتی تا میانه راه کماکان به مصرف ادامه دهند و حتی اکثریت آزمایش های ادرار مثبت بمانند. لغزش و مصرف بعد از شروع درمان طبیعی،

اجتناب ناپذیر و قابل انتظار است. وظیفه درمان‌گر آن است که به فرایند درمان ادامه داده و در جریان روان‌درمانی ساختاری با بازگشت به دستور جلسات قبلی به حل مشکلات بیمار برای رسیدن به پرهیز طولانی‌تر کمک کند. هیچ‌گاه نباید ادامه مصرف مواد توسط مراجعان دستاویزی برای اخراج آن‌ها از درمان باشد. حفظ نگرش مثبت بدون شرط به وجود بیمار و تلاش قدم به قدم برای افزایش مهارت‌های وی برای توقف مصرف رمز موفقیت در درمان است. در ذهن داشته باشید که هرچند ممکن است بعد از برگزاری چندین جلسه، مصرف مواد ادامه داشته باشد اما تغییراتی که در کنترل هیجانی، اتصال درمانی به درمان‌گر، بیان عاطفی و تغییر در انگیزه صورت می‌گیرد، بیماران به‌سوی سلامت حرکت می‌کنند.

با ادامه شرکت در جلسات و افزایش فواصل پرهیز بیمار، سایر شاخص‌ها نیز بهبودی نشان می‌دهند. انتظار بر این است که در حوالی جلسه دوازدهم به بعد اکثریت آزمایش‌ها منفی باشند. همان‌طور که از قالب الگوی جلسات بر می‌آید، نیمه اول دوره روان‌درمانی بیشتر بر تقویت وجه بازدارنده و رسیدن به پرهیز تأکید دارد و اموری چون شروع‌کننده‌ها، وسوسه، مشکلات عمده در سر راه پاک‌ی را مخاطب قرار می‌دهد. با ادامه درمان به تدریج وجه سازنده نیز پررنگ می‌شود و بر اموری چون مشغول‌ماندن، کار، تفریح و معاشرت تأکید بیشتر صورت می‌گیرد. یعنی ابتدا سعی می‌شود بیماران از مصرف مواد دست بردارند و بعد از آن بتوانند اوقات خود را پر کرده و به‌نوعی به آلترناتیوهای در زندگی دست یابند.

بعد از اتمام ۲۴ جلسه، بخش عمده‌ای از درمان ساختاری به اتمام می‌رسد اما این امر مطلقاً به معنی به پایان‌رسیدن درمان نیست. در این مرحله مصرف‌کنندگان هم‌چنان مستعد عود هستند و تحمل استرس و ناملایمات گاهی با افزایش خطر مصرف همراه است. به دلیل شدت آسیب‌های ناشی از مصرف

مت‌آمفتامین، بسیاری از معتادان کماکان قادر به بازگشت به زندگی قبل از اعتیاد نیستند و بیکاربودن، رنج بردن از خستگی، نبود انگیزه برای فعالیت تمام عیار دیده می‌شود. بسیاری از بیماران مدعی هستند که تا حد زیادی از فکر مواد و اثرات آن فارغ شده‌اند اما در نوعی سرگستگی هستند و نمی‌دانند برای ادامه زندگی خود باید چه کاری انجام دهند؟ احساس پوچی و بی‌تفاوتی هم‌چنان آزاردهنده هستند. در این زمان گاهی مشاجرات خانوادگی نیز برخلاف انتظار بیمار و درمان‌گر تشدید می‌شوند. شاید باور خانواده به این‌که بیمار از دام اعتیاد رها شده است و باید نقش کامل یک عضو سالم را بگیرد به افزایش انتظارات از وی منجر شده و باعث اختلاف می‌گردد.

در چنین شرایطی موارد زیر نیازهای مهم بیماران را تشکیل می‌دهد:

- ♦ نیاز به وجود فرد یا گروهی به‌عنوان پناهگاه روانی و ملجأ امن در زمان بروز بحران‌های روانی و بروز مشکلات. انتظار این است که بعد از ۳ ماه دوری از مواد و روان‌درمانی، تنها بخشی از مشکلات بیماران برطرف شده باشد. در این مرحله این افراد بسیار ضربه‌پذیر بوده و هنگام برخورد با استرس و ناملايمات، دچار وسوسه، سرخوردگی و افکار منفی و تمایل به بازگشت به مصرف می‌شوند. داشتن مرجعی که در شرایط بحرانی بیمار را دریافته و او را تا حد زیادی از اثرات منفی وقایع محافظت نماید، الزامی است. بسیاری از درمان‌گران معتقدند که اتصال به گروه کمک‌کننده بسیار مهم است. بیماران می‌توانند به تدریج از درمان‌گر خود منفک شده و بار اتصال عاطفی و هیجانی خود را به گروه منتقل نمایند. بر همین اساس است که درمان‌گران اعتیاد معتقدند که باید بیماران به محض رهاشدن از عوارض عمده مصرف و دستیابی به مهارت‌های پایه وارد انواع گروه‌درمانی اعم از ساختاری یا حمایتی شوند. در کشورهای غربی

فرهنگ گروه‌درمانی تا حد زیادی نهادینه شده است و نیروی درمان‌گر متخصص و باتجربه نیز تا حد قابل قبولی وجود دارد. به همین دلیل است که بیماران از ماه اول در نوعی از فعالیت درمانی گروهی وارد می‌شوند. در کشور ما به دلیل محدودیت درمان‌گران با تجربه در این حوزه، به ناچار ورود بیماران به گروه‌درمانی با تأخیر انجام شده و نمی‌توان انتظار داشت که تمام مراکز درمان اعتیاد به ارائه خدمات گروه درمانی اقدام نمایند.

♦ گروه جدیدی از معاشران که پرکننده تنهایی بیمار باشد و در عین حال یادآور رفتارهای اعتیاد نباشد. فراموش نکنیم که بیمار در این مرحله احتمالاً با دوستان مصرف‌کننده خود قطع رابطه کرده است اما از داشتن یاران غیرمصرف‌کننده محروم است. برخلاف نگاه اول، یافتن حلقه معاشران جدید چندان هم راحت نیست و برای گروه‌هایی که دارای انگ شدید اجتماعی هستند، کانون‌های معاشرت حتی بعد از ترک مصرف بسیار محدود است. نظام‌های درمانی موفق، سعی دارند با احداث باشگاه، شبکه‌های اجتماعی واقعی و مجازی و اماکن عمومی معاشرت این دسته از آسیب‌دیدگان اجتماعی را در بازگشت به حلقه معاشرت سالم یاری نمایند.

♦ تنظیم هیجانی و تقویت خویشتن‌داری. آموزش تنظیم هیجانی در سال‌های اخیر یکی از حوزه‌های موفق روان‌درمانی سوءمصرف مواد مخدر در آمده است. یافته‌ها حکایت از آن دارند که معتادان در تنظیم خلق و هیجانات خود دچار اشکال هستند و بدتنظیمی هیجانی زمینه‌ساز عود در آن‌ها است. روان‌درمانی‌هایی برای آموزش تنظیم هیجانی ابداع شده‌اند و شرکت معتادان به مواد، به‌ویژه مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین در این درمان‌ها با موفقیت قابل توجهی همراه بوده است. در بسیاری از این

اقدامات، از روش‌های ذهن آگاهی^۱ برای تقویت خویشتن‌داری استفاده می‌شوند.

- ♦ پیدا کردن نوعی دل‌خوشی و عامل گذران اوقات فراغت. متأسفانه بعد از تحمل چندین ماه پاکی و پرهیز از مواد خیلی از معتادان به‌نوعی با رکود یا "دیوار" عاطفی برخورد می‌کنند. این سؤال که "حالا چه باید کرد؟" سؤال مهم و نگران‌کننده‌ای است. شاید در ماه سوم تا ششم کلیدی‌ترین سؤالی که باید درمان‌گر از بیمار بپرسد این است که در "حال حاضر از چه چیزی لذت می‌بری؟" اگر بیمار پاسخی برای آن ندارد، باید نگران آینده او بود. نداشتن عامل لذت‌بخش در زندگی به معنی آن است که خلاء مصرف مواد مخدر توسط عامل دیگری پر نشده است و بیمار مستعد بازگشت به عادات قبلی خود است. در مقابل برخی بیماران موفق مدعی می‌شوند که لذت‌های کاملاً جدیدی را کشف کرده‌اند و آموخته‌اند تا از اموری دیگر لذت ببرند. عده‌ای از ورزش، برخی از کار هنری جدید، گروهی از تحصیل علم یا مهارتی نو و بعضی از متصل شدن به شبکه جدیدی از افراد لذت برده و آن را نوعی هدف زندگی جدید خود تلقی می‌کنند.
- ♦ بازگشت فیزیکی و عاطفی به محیط خانواده. اعتیاد بیماری انزوا و تنهایی است و مصرف‌کنندگان بعد از مدتی دچار انزوای عاطفی و حتی فیزیکی می‌شوند. در اواخر دوره مصرف معمولاً در قهر به سر می‌برند یا ارتباطات آن‌ها با تمام یا برخی اعضای خانواده گسیخته شده است. لازم است بعد از اتمام دوره روان‌درمانی سرپایی فشرده، فرایند بازگشت عاطفی و فیزیکی به خانواده تسریع گردد. اگر بیمار دور از خانواده زندگی می‌کند، توصیه می‌شود نزد ایشان نقل مکان کند. در این زمان سیستم درمانی

باید تلاش بیشتری برای بازگشت بیمار به خانواده مبذول دارد و بر حجم جلسات خانواده افزوده گردد. حتی شروع جلسات مشترک با خانواده در این مرحله قابل تصور است و می‌توان انواعی از خانواده درمانی را سرلوحه مداخلات آتی قرار داد. اگر به خاطر داشته باشید، در مراحل اولیه درمان سرپایی بر اساس الگوی ماتریکس تأکید زیادی بر بازگشت بیمار به خانواده و برگزاری جلسات خانواده‌درمانی صورت نگرفت. حتی در جلسه ششم بیشتر تأکید شد تا طرفین به تحمل یکدیگر و نوعی مصالحه موقت بسنده کنند. در اوایل درمان نابسامانی‌ها و عوارض اعتیاد به قدری درهم تنیده و متنوع هستند که تلاش برای مصالحه زودهنگام بین بیمار و خانواده به تشدید مسائل منجر می‌شود. بعد از آن‌که بیمار در جریان جلسات انفرادی به پرهیز و نوعی ثبات روانی رسید، فرصت برای مداخلات تکمیلی خانواده فراهم و مهیا است.

♦ تلاش برای تقویت مهارت‌های حرفه‌ای. سال‌ها مصرف مواد مخدر و دور بودن از چرخه فعالیت‌های روزمره، مصرف‌کنندگان را از توانایی‌های فنی و حرفه‌ای محروم می‌سازد. لازمه سلامت، بازگشت معتادان به چرخه فعالیت شغلی و اقتصادی است. آموزش حرفه‌ای^۱ جزء برجسته‌ای در بازتوانی مصرف‌کنندگان است و می‌تواند بعد از فروکش کردن مصرف و عوارض آن شروع شود.

♦ بازسازی شخصیتی. زیرساخت‌های مشکل‌آفرین شخصیتی و صفات ناکارآمد در عده قابل توجهی از معتادان وجود دارد. سبک‌های بیمارگون روابط بین فردی و به‌ویژه در بین بستگان درجه اول آن‌ها را می‌آزارد. در روان‌درمانی‌های فشرده سرپایی ساختاری کوتاه‌مدت که الگوی ماتریکس

در زمره آن‌ها قرار دارد، بازسازی شخصیتی کمتر مد نظر است و معمولاً در ۳ تا ۶ ماه اول به‌جای پرداختن به صفات پایدار فردی، سبک‌های ساده‌تر رفتاری به‌ویژه در برخورد با مواد مخدر و شرایط مصرف آن مورد بحث قرار می‌گیرد. منطق ورای این امر این است که در فاز اول درمان اعتیاد، یادگیری تکنیک‌هایی برای اجتناب از مصرف و کاهش فوری اثرات مواد بر ذهن و بدن، بر ترمیم صفاتی که تمام عمر همراه بیمار بوده‌اند، اولویت دارد و با هدف قراردادن آن‌ها در زمان اندک می‌توان حداکثر نتیجه را به دست آورد. در واقع ترمیم شخصیت هرچند از نظر بسیاری از مردم اهمیت بالایی دارد، اما در عمل زمان‌بر بوده و نیازمند مداخلات بسیار تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی است. در این‌باره روانکاو‌های عمیق و طولانی‌مدت مورد نیاز است.

بعد از اتمام موفقیت‌آمیز جلسات روان‌درمانی ساختاری، توصیه اکید می‌شود که درمان بیمار در قالب یکی از اقدامات فوق‌ادامه یابد. انتخاب شیوه و حوزه ادامه درمان تا حد زیادی وابسته نیازهای بعدی بیمار و موجودبودن امکانات درمانی است. متأسفانه تمامی درمان‌هایی که در بالا به آن‌ها اشاره شد، نیازمند نیروی درمان‌گر آموزش‌دیده است که در اکثر مراکز درمان اعتیاد موجود نمی‌باشد. شاید ساده‌ترین و عملی‌ترین الگوی درمانی استفاده از گروه‌های باز حمایتی غیر ساختاری است. در این‌گونه موارد توصیه می‌شود بیماران بعد از اتمام ۲۴ جلسه ماتریکس یا حتی در جریان آن - در صورت صلاح‌دید درمان‌گر - به این‌گونه جلسات گروهی وارد شوند. شرکت در این الگو تا یک‌سال بعد از اتمام روان‌درمانی فردی مورد تأکید است. توضیح درباره چگونگی اجرای گروه‌درمانی و فنون آن جز مباحث این کتاب نمی‌باشد و علاقه‌مندان می‌توانند به منابع تخصصی مراجعه نمایند.

فصل ۸

برخی مفاهیم نظری و نکات عملی در روان‌درمانی مصرف‌کنندگان مواد

آزمایش ادرار

آزمایش ادرار از نظر وجود مواد افیونی و مواد محرک یکی از حوزه‌هایی است که متأسفانه در برنامه‌های درمان اعتیاد در کشور تا چندی پیش مورد غفلت قرار گرفته بود. این درحالی است که استفاده از این امکان یکی از ارکان درمان بوده و ارائه یک درمان موفق بدون آن اگر غیر ممکن نباشد، بسیار دشوار است. در روان‌درمانی اعتیاد نیز دسترسی به آزمایش ادرار کلیدی است و هر درمان‌گری که قصد انجام روان‌درمانی ساختاری اعتیاد را دارد باید قادر باشد از بیماران آزمایش منظم به عمل آورد. در برنامه ماتریکس نیز مقرر است بیماران حداقل هفته‌ای یک‌بار و در شرایط ایده‌آل هفته‌ای دو بار تحت آزمایش ادرار قرار گیرد. یکی از مشکلات انجام آزمایش ادرار، نگرش منفی بیماران به آن است. بیماران آزمایش را نوعی ابزار تجسس و کنترل دانسته و ترجیح می‌دهند از زیر

آن شانه خالی کنند. در برخی مواقع نیز بیماران در برابر پاسخ آن مقاومت کرده و مدعی می‌شوند که نتایج مثبت اشتباه بوده یا در هر حال مصرف نداشته‌اند و نمی‌دانند که چرا مثبت شده است. این نگرش منفی تا حدی میراث استفاده ناب‌جا از آزمایش ادرار و هم‌چنین عدم توجه صحیح بیماران و حتی درمان‌گران است.

اعتیاد یک بیماری است و با وجود آن که بسیاری از بیماران مصمم هستند که از مصرف اجتناب کنند و به اصطلاح "اراده" کرده‌اند که مصرف خود را متوقف نمایند، با این وجود مصرف اتفاق می‌افتد. این لزوماً به معنی عدم انگیزه در بیمار یا غیر صادق بودن او با درمان‌گر نیست بلکه حکایت از ماهیت پیچیده و مرموز اعتیاد دارد. لذا بدون آن که مسئله اعتماد و بی‌اعتمادی بین بیمار و درمان‌گر مطرح باشد، باید برنامه سنجش ادرار از نظر مصرف مواد مخدر در برنامه درمانی گنجانده شود. استفاده از آزمایش ادرار جنبه‌های متعددی دارد و می‌تواند به منظور موارد زیر استفاده گردد:

۱. نقش پیش‌گیرانه در مصرف مواد مخدر: وجود برنامه منظم نظارت بر مصرف مواد مخدر در بیمار توسط آزمایش ادرار به خودی خودی به کاهش وسوسه و مصرف مواد مخدر در بیماران منجر می‌شود. این نقش زمانی که بیمار آزمایش را وراء یک ابزار تنبیه و مجازات دیده و بر سایر نقش‌های آن وقوف یابد پررنگ‌تر می‌شود. بسیاری از بیماران اظهار می‌دارند چون می‌دانستند آزمایشی در پیش است از مصرف خودداری کردند. هر قدر برنامه سنجش فشرده‌تر و منظم‌تر باشد این جنبه برجسته‌تر خواهد بود.
۲. آگاه‌سازی درمان‌گر از وضعیت بیمار: اعتیاد یک بیماری است بنابراین مانند سایر بیماری‌ها لازم است درمان‌گر از پیشرفت بیماری یا میزان اثربخشی درمان مطلع باشد. همان‌گونه که در طب عمومی، یک مداخله انجام می‌شود

و بعد ارزیابی صورت می‌گیرد و بر اساس نتایج ارزیابی میزان و شدت مداخله بعدی تعیین می‌شود، در طب اعتیاد نیز می‌توان این گونه به مقوله آزمایش ادرار نگریست. آزمایش ادرار مثبت نه به معنی دروغ و فریب یا بی‌انگیزگی در بیمار بلکه نشان از ناکافی بودن میزان یا نوع مداخله‌درمانی است.

هنگامی که بیماری به دلیل فشار خون نزد پزشک مراجعه می‌کند، روال بر این است که پزشک فشار را اندازه‌گیری کرده و سپس به تجویز دارو (ارائه درمان) اقدام می‌کند. سپس در جلسات بعدی مجدداً فشار خون را اندازه‌گیری می‌کند. اگر نتیجه رضایت‌بخش بود درمان ادامه می‌یابد اما اگر فشار کنترل نشده بود، تجویز دارو (ارائه درمان) تشدید می‌شود. اندازه‌گیری - ارائه درمان آن قدر ادامه می‌یابد تا نتیجه مناسب حاصل شود. بیمار نیز نه تنها از اندازه‌گیری‌های مکرر اعتراض ندارد بلکه از آن استقبال نیز می‌کند و نتایج را به‌خوبی می‌پذیرد. باید مشابه همین رویکرد در طب اعتیاد نهادینه شود. بیمار معتاد نیز باید چنین بیندیشد که مثل هر بیمار دیگری نزد طبیب آمده و به دلیل مشکلی (در این حالت اعتیاد) خواستار درمان است. درمان‌گر درمان را ارائه می‌کند و نتیجه درمان و پیشرفت آن را این بار با آزمایش ادرار می‌سنجد.

آزمایش منفی به معنی آن است که درمان به‌طور مناسب پیش رفته است اما آزمایش ادرار مثبت یعنی هنوز بیماری به خوبی مهار نشده و نیازمند درمان بیشتر (در این مورد ادامه جلسات روان‌درمانی و تشدید آن) است. بیمار نه تنها نباید از نتیجه مثبت سرخورده شود یا سعی کند که آن را کتمان دارد، باید به این فکر باشد که هنوز نیازمند درمان بیشتر است.

۳. **مواجهه‌سازی بیمار با مصرف مواد مخدر:** در بسیاری از مواقع بیماران از باور یا اعتراف به این که مصرف مواد داشته‌اند گریزانند. مجدداً یادآوری می‌نماییم

که این جنبه از انکار لزوماً برخواسته از فریب یا نیرنگ نیست. عواملی چون شرم، ترس از رودرروشدن با واقعیت یا خیالپردازی و تفکر آرزومند در این مورد دخیل هستند. آزمایش ادرار به شرط آن که به صورت صحیح انجام شده و با مشاوره و مداخلات روان‌شناختی لازم همراه باشد، ابزار بسیار مهم و عینی در شکستن انکار در بیماران است. مواجه‌شدن با صحنه نتیجه مثبت، به بیماران می‌قبولاند که هنوز نیازمند درمان هستند و باید اقدامات درمانی تشدید شوند. فراموش نکنید که به اعتقاد برخی صاحب‌نظران، بزرگ‌ترین توانایی بیماری اعتیاد این است که به مبتلایان می‌قبولاند که معتاد نیستند. گاهی نیز بیماران ضمن اعتراف به مصرف مواد مخدر و مثبت‌دانستن نتیجه احتمالی آزمایش، از انجام آن سرباز می‌زنند. در این گونه موارد نیز توصیه می‌شود با وجود اطمینان به مثبت‌بودن، آزمایش ادرار صورت پذیرد و بیمار نتیجه مثبت را ببیند. یادآوری می‌شود که هدف از آزمایش، تنها مچ‌گیری یا آشکارسازی مصرف نیست و جنبه‌های دیگری چون مواجه‌سازی بیماران با روند درمان وجود دارد.

۴. **ابزاری برای مشارکت خانواده‌ها:** در بسیاری از موارد درگیری بستگان در اعتیاد عزیزان خود جنبه افراطی و بیمارگونه گرفته و مداخله بیش از حد آنان به تشدید مشکل منجر می‌شود. آزمایش ادرار ابزار عینی و علمی برای ایجاد نوعی تعادل در میزان دخالت خانواده و تعیین قراردادهای درمانی است. خانواده‌ها می‌توانند با رضایت و توافق بیمار به نتایج آزمایش دسترسی پیدا کنند و آن را ملاک یا معیاری برای ادامه واکنش‌های خود قرار دهند. البته لازم به یادآوری است که نباید یک آزمایش ملاک و مبنا قرار گیرد و منظور مجموعه‌ای از آزمایشات است. به‌عنوان مثال خانواده‌ها می‌توانند به‌جای تجسس آزاردهنده در امور شخصی بیمار یا تداخل با رفت و آمدهای

وی، به نتایج آزمایش ادرار بسنده نمایند و از دخالت بیشتر امتناع کنند.

۵. ابزاری برای مداخلات پاداشی و تنبیهی: مطالعات عدیده‌ای ارائه پاداش حتی جایزه نقدی برای آزمایش منفی ادرار را اثربخش نشان داده‌اند. این نوع مداخلات در قالب "مدیریت مشروط"^۱ امروزه از روش‌های بسیار موفق ارتقاء کیفیت درمان اعتیاد شناخته شده‌اند و به طور جدی جهت درمان توصیه می‌شوند. در ضمن مطالعات نشان داده‌اند که جنبه‌های پاداش‌گونه بسیار موفق‌تر از تنبیه عمل می‌کنند. با این حال در برخی موارد درمان‌گر مجبور است برای موارد مکرر آزمایش مثبت مجازات‌هایی را در نظر بگیرد. البته باید در نظر داشت که محروم‌سازی از درمان در هیچ شرایطی نمی‌تواند مجازات آزمایش ادرار مثبت باشد. اگر نتیجه آزمایش مثبت باشد، درمان‌گر می‌تواند برخی مزایا و خدمات اضافی را از بیمار دریغ دارد. به‌عنوان مثال در درمان نگهدارنده با متادون، دوز منزل یا اجازه مراجعه به درمانگاه در تمامی ساعات یک مزیت یا امتیاز تلقی می‌شود. اما درمان‌گر مجاز نیست به دلیل آزمایش مثبت، تحت هیچ شرایطی اصل درمان را از بیماران دریغ دارد. بنابراین قطع سهمیه متادون یا محروم‌ساختن از جلسات مشاوره یا ویزیت جایز نیست. بر عکس در چنین شرایطی باید با افزایش خدمات درمانی به بیمار در رسیدن به آزمایش منفی ادرار کمک کرد.

لازم است درمان‌گر طی جلساتی با بیمار و خانواده وی کارکردهای فوق را توضیح دهد و تأکید کند که هدف از انجام آزمایش ادرار "مچ‌گیری" یا تنبیه بیمار نیست و کارکردهای درمانی متنوعی وجود دارد. با نهادینه‌شدن این کارکردها و توضیح مکرر آن‌ها برای بیماران، به تدریج نگرش منفی بیمار به آزمایش ادرار تعدیل شده و امید است همکاری وی به حداکثر برسد. وجود رابطه

درمانی صحیح و اتصال مناسب بیمار به درمان گر و وجود حس اعتماد در وی، به تسریع همکاری بیمار در این حوزه کمک می کند.

با توجه به نکات فوق، لازم است مراکز درمانی موارد زیر را رعایت نمایند:
۱. داشتن امکانات سنجش مواد مخدر در ادرار به صورت مستقیم (در مرکز) یا غیر مستقیم (در مراکز یا آزمایشگاه‌های وابسته) برای مراکز که قصد

نکات عملی در گرفتن نمونه ادرار:

- ◀ بیمار لباس‌های اضافی مانند کت، کاپشن و ژاکت خود را در آورد.
- ◀ با خود هیچ بسته، پاکت یا ساکی به داخل دست‌شویی نبرد.
- ◀ ظرف جمع‌آوری نمونه که اسم و مشخصات بیمار روی آن نوشته شده به وی داده شود.
- ◀ بیمار به تنهایی به داخل توالت برود.
- ◀ داخل توالت ظرف حاوی نمونه ادرار بیماران دیگر وجود نداشته باشد.
- ◀ بیمار حداقل ۳۰ میلی لیتر داخل ظرف ادرار نماید.
- ◀ ظرف نمونه ادرار را از توالت خارج کرده و به مسئول مربوطه بسپارد. از گذاشتن نمونه‌ها در توالت به این هدف که بعداً جمع‌آوری شوند خودداری گردد.
- ◀ بیمار می‌تواند بعد از تحویل نمونه دست‌ان خود را بشوید.
- ◀ توصیه شده در محفظه توالت، شیر دست‌شویی و حتی هرگونه شیر آب وجود نداشته باشد و تنها مجهز به سیفون باشد و بیمار تنها بعد از تحویل نمونه و خروج از توالت به شیر آب دسترسی داشته باشد. حتی می‌توانید آب داخل سیفون را با گذاشتن قرص‌های ضد عفونی‌کننده رنگی (معمولاً به رنگ آبی) نشان‌دار کنید.
- ◀ اگر امکانات اندازه‌گیری دمای ادرار وجود دارد، مانند ترمومتر الکترونیک، در لحظه دریافت نمونه، دمای آن اندازه‌گیری شود.
- ◀ محوطه جمع‌آوری نمونه را حتی‌الامکان خشک نگهدارید و تسهیلات شست‌وشو را به بیرون محوطه منتقل کنید.
- ◀ مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست.

ارائه درمان موفق دارند، الزامی است. در ضمن در حال حاضر با توجه به شیوع بالا، نگران کننده و مشکل آفرین مصرف توأم مواد محرک و مخدر افیونی، سنجش هم‌زمان مورفین و آمفتامین یا مت‌آمفتامین ادرار ضروری است.

۲. جنبه‌های پنج‌گانه فوق برای بیماران توضیح داده شود. لازم است درمان‌گر موارد فوق را دقیقاً توضیح دهد و بیمار واقف باشد که هدف از آزمایش ادرار صرفاً مجازات وی نیست.

۳. مراکز درمانی باید امکان انجام آزمایش ادرار را به صورت تحت نظارت و با احراز هویت صاحب نمونه ادرار در محل داشته باشند. چنان‌که مرکزی فاقد این امکانات باشد باید با مرکز درمانی دیگری یا آزمایشگاه تشخیصی در این باره به توافق رسیده باشد. منظور از تحت نظارت این است که مطمئن گردند بیمار به تنهایی و بدون همراه داشتن نمونه ادرار فرد دیگری به محل جمع‌آوری نمونه (دست‌شویی) رفته و نمونه ادرار را ارائه داده است. از این بابت مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست. اما باید از هویت وی و تعلق نمونه ادرار به وی اطمینان حاصل گردد.

۴. هرچند انجام آزمایش ادرار بر اساس روش کروماتوگرافی دقیق‌تر و اختصاصی‌تر است اما به دلیل سهولت و امکان اجرا در مراکز، استفاده از روش سریع به کمک کیت‌های یک‌بار مصرف مورد تأیید وزارت بهداشت بلامانع است. این کیت‌ها قادرند مصرف ماده مخدر مورد نظر را ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از مصرف نشان دهند. لازم به ذکر است که برخی درمان‌گران و بیماران نگران حساسیت و به‌ویژه اختصاصی‌بودن^۱ این کیت‌ها هستند و

- امکان موارد مثبت کاذب را یکی از محدودیت این روش می‌دانند. برای پاسخ خواهشمند است به بندهای بعد توجه فرمایید.
۵. لازم است امکانات آزمایشگاهی و نمونه‌گیری به گونه‌ای باشد که درمان گر بلافاصله از نتیجه آزمایش مطلع گردد. به بیان دیگر هنگام شروع جلسه روان‌درمانی درمان‌گر باید بداند که نتیجه آزمایش آن روز چه بوده (بیمار در ۷۲ ساعت قبل مصرف داشته یا نه) است.
۶. بیمار نیز محق است و باید از نتیجه آزمایش مطلع گردد. چنان‌که در قسمت بالا اشاره شد، آزمایش ادرار فقط برای پایش و اعمال اقدامات تنبیهی نبوده و کارکرد عمده درمانی و پیش‌گیرانه دارد. بهتر است پاسخ آزمایش ادرار توسط درمان‌گر (روان‌درمانگر در برنامه ماتریکس) به اطلاع بیمار برسد. ارائه پاسخ به بیمار توسط تکنیسین یا متصدی انجام آزمایش صلاح نیست.
۷. مرکز تحت هیچ شرایطی مجاز نیست بدون اطلاع و رضایت بیمار (به شرط آن‌که وی ۱۸ سال داشته و مهجور نباشد یعنی مبتلا به جنون، عقب‌ماندگی یا زوال عقلی نباشد) نتیجه آزمایش را به دیگران حتی بستگان درجه یک وی منتقل نماید. نتایج آزمایش بیماران جز اسرار آنان تلقی شده و باید محرمانه بمانند. البته بسیاری از بیماران منعی برای اطلاع‌رسانی به خانواده خود ندارند یا آن را اقدامی جهت ایجاد اعتماد در بستگان تلقی می‌کنند. بنابر لازم است از ابتدای شروع درمان و انجام آزمایشات ادراری، مرکز درمانی و بیمار درباره سیاست اطلاع‌رسانی نتایج آزمایش به خانواده به توافق برسند. بیماران ممکن است رضایت دهند که افراد خاصی از نتایج مطلع شوند. این‌گونه موارد باید از ابتدا مشخص شده و به صورت کتبی به تأیید بیمار برسد. البته بیمار می‌تواند در جریان

درمان، توافق قبلی را تغییر دهد که این مسئله هم باید به صورت مکتوب در مرکز درمانی مستند گردد.

۸. از آنجایی که مراکز درمانی مجاز به استفاده از روش‌های سریع هستند و این روش‌ها هنوز از نظر دقت و حساسیت کامل نیستند، نتایج آن‌ها فقط جنبه درمانی داشته و فاقد هرگونه ارزش قضایی و انتظامی است و نمی‌توانند مبنای تصمیم‌گیری حقوقی و کیفری قرار گیرند. در صورت استعلام مراجع ذی صلاح و قضایی، این امر باید به آن‌ها اطلاع داده شود. این مسئله باید به آگاهی خانواده بیماران نیز برسد.

۹. نتیجه یک‌بار آزمایش مبنای تصمیمات و اقدامات درمانی قرار نمی‌گیرد و بدین منظور باید به مجموعه نتایج یا چند آزمون پی‌درپی توجه گردد. آگاه‌نمودن بیمار از این سیاست به برطرف‌شدن بسیاری از نگرانی‌های آن‌ها منجر شده و از مجادلات بی‌مورد بر سر نتیجه یک مورد آزمایش خاص جلوگیری خواهد کرد.

۱۰. انجام آزمایش ادرار جهت بنزودیازپین‌ها، حشیش، کوکائین و سایر مواد مخدر برای تمامی بیماران الزامی نیست و درمان‌گر در شرایطی که احتمال بالا یا سوء مصرف مشکل‌آفرین آن‌ها را می‌دهد، با قضاوت خود می‌تواند این مواد را نیز مورد سنجش قرار دهد.

۱۱. داشتن آزمایشات مثبت ولو به صورت مکرر و پی‌درپی نیز نمی‌تواند مبنای قطع درمان یا حذف خدمات درمانی گردد اما می‌تواند باعث محرومیت بیمار از برخی مزایا به‌عنوان مثال دوز منزل متادون گردد.

برخورد با آزمایش مثبت

در مواردی پیش می‌آید که نتیجه آزمایش مثبت است اما بیمار معترض شده

و مدعی است مصرف هیچ‌گونه ماده مخدري نداشته است. ممکن است بیمار مثبت‌شدن را به مصرف داروهای مجاز یا احیاناً استفاده از کدیین نسبت دهد. در برخی موارد نیز بیمار صرفاً به انکار می‌پردازد. از طرفی نیز اشاره گردید که آزمون‌های سریع کامل نبوده و احتمال مثبت کاذب وجود دارد. برای حل این چالش رعایت نکات زیر کارگشاست:

- ♦ بدانید که نتیجه مثبت متأسفانه در اکثریت قریب به اتفاق موارد واقعی بوده و به معنی مصرف مواد توسط بیمار است.
- ♦ از برخورد هیجانی بپرهیزید. نه آزمایش منفی باید باعث شادی درمان‌گر شود و نه آزمایش مثبت او را مضطرب یا عصبانی سازد. درمان‌گر باید به پاسخ آزمایشات ادرار مانند سایر آزمایشات پزشکی بنگرد.
- ♦ از مجادله با بیمار و سرزنش و تهدید وی بپرهیزید. اعتیاد یک بیماری است. تصور نکنید که او شیاد، دروغگو یا بی‌انگیزه است. به او نیز یادآور شوید که نتیجه مثبت آزمایش ادرار باعث نگرش منفی درمان‌گر به بیمار نمی‌شود. تنها نشان می‌دهد هنوز اعتیاد مهار نشده و باید درمان را ادامه داد.
- ♦ به او یادآوری کنید که "یک آزمایش مبنای هیچ تصمیم‌گیری نیست". آن‌چه مهم است مجموعه‌ای از آزمایشات است.
- ♦ آزمایش مورد اختلاف را تجدید کنید. به بیمار متذکر شوید هرگاه نتیجه آزمایش برای ایشان غیر قابل قبول باشد، تکرار آن بلامانع است. در این حالت بهتر است تکرار به روز بعد موکول شود.
- ♦ در حالاتی که بیمار مدعی است ادرار برای نمونه ندارد، بهترین راه‌حل ارائه مقادیر فراوان مایعات و منتظر ماندن است. به جای مجادله با وی، او را به نوشیدن آب و ادرار کردن تشویق کنید!

- ♦ اعتبار آزمایشگاه و کیت درمانی خود را زیر سؤال نبرید و اصولاً احتمال اشتباه را مطرح نکنید. اگر اختلافی هست تکرار آزمایش بهترین سیاست است. برای بیمار توضیح دهید که در هر حال آزمایشگاه شما و کیت‌های مورد استفاده مبنای سنجش هستند و شما جواب آن‌ها را قبول دارید.
- ♦ شما در مقام افسر تجسس و بازجو نیستید لذا نیازی ندارد که بیمار را وادار به اعتراف به مصرف مواد نمایید. با وجود آن که آزمایش مثبت به احتمال بسیار زیاد حکایت از مصرف مواد دارد، اما نباید فرایند درمان را تا زمانی که بیمار اقرار به مصرف نماید، معلق دارید. بیمار ادعا دارد که مصرف نداشته ولی به نظر شما مصرف داشته است. او را برای اعتراف تحت فشار نگذارید.
- ♦ در بسیاری از موارد مشاهده می‌شود با وجود آن که بیمار منکر مصرف مواد مخدر است و علت مثبت‌بودن آزمایش را نمی‌داند، با برخورد حمایتی درمان‌گر و تأکید وی بر نیاز منفی‌شدن آزمایش قادر است به نتیجه منفی دست یابد. یعنی او مدعی است مصرف ندارد اما درمان‌گر از وی می‌خواهد تمام تلاش خود را انجام دهد تا نتیجه بعدی منفی شود. یک روش خوب این است که درمان‌گر با روشی حمایتی و غیرسرزنش‌آمیز ابراز دارد: "شما می‌گویید که مصرف نداشته‌اید اما با این حال جواب مثبت شده‌است. از آن جا که ما باید این نتایج را بپذیریم و مبنای قرار دهم، پس از شما می‌خواهم کاری کنید که حداقل دفعه بعد پاسخ منفی شود. تمام اقداماتی را که لازم است انجام دهید تا بتوانیم نوبت بعدی شاهد پاسخ منفی باشیم. شاید لازم است هر چه اعم از مواد متفرقه، کشیدنی‌ها یا داروهای را که خودسر می‌خورید متوقف کنید". جالب این که در بسیاری از موارد بیمار نیز به آزمایش منفی می‌رسد اما کماکان اعتراف

نمی‌کند که قبلاً مصرف داشته است. این هم شاهد دیگری از پارادوکس رفتاری اعتیاد است؛ بیمار مدعی است نمی‌داند که چرا آزمایش مثبت شده اما با تأکید شما و در قالب یک توافق کوتاه مدت، جلسه بعد آزمایش منفی به دست می‌آورد.

♦ سعی کنید حتی‌الامکان از مطرح‌سازی پدیده مثبت کاذب خودداری کنید. متأسفانه این مفهوم به سرعت در میان بیماران فراگیر شده و بعد از مدتی همه مدعی هستند که تداخل دارویی علت موارد مثبت است و آزمایش‌ها ارزش ندارند.

♦ هنگامی که به مسئله انکار پاسخ مثبت آزمایش برخورد می‌کنید به نقش شرم و گناه دقت کنید. برخی درمان‌گران به محض برخورد با انکار در بیماران درباره نتایج مثبت آزمایش، به این فکر می‌افتند که بیمار قصد فریب آن‌ها را دارد و هدف وی سودجویی و سوء استفاده است. هرچند این استدلال درباره برخی بیماران صحت دارد اما بیش از آن که انگیزه‌های بیرونی عامل انکار باشد، حس شرم و خجالت در بیمار است که او را وادار به قلب واقعیت می‌کند. رودربایستی، حفظ آبرو و به اصطلاح کم‌نیارودن در مقابل درمان‌گر و سایر بیماران می‌تواند انگیزه بسیاری از بیماران برای پاسخ انکارگونه باشد. این مطلب را با بیمار در میان بگذارید و از او بخواهید درباره این‌گونه احساساتش با شما صحبت کند. برای اطلاعات بیشتر در این باره به مبحث "مطلوب‌نمایی اجتماعی" مراجعه کنید.

♦ هنگامی که بیمار سرانجام به آزمایش منفی دست می‌یابد، از طریق بازخورد مثبت اقدام او را تقویت کنید. برای بیمار توضیح دهید که "بسیار خوب است که نتیجه آزمایش منفی شده است. تصور می‌کنم که با تلاش و سعی خود موفق شدی آن را منفی کنی. این جای تبریک دارد.

در ضمن متوجه می‌شوی که در صورت تلاش می‌توانی به پاسخ منفی برسی. شاید خوب است این هفته هم سعی کنی پاسخ منفی دیگری به دست آوری."

♦ منفی‌شدن آزمایش ادرار تنها هدف درمان نیست و شاید حتی هدف اول درمان نیز نباشد. افزایش فعالیت‌های بیمار، بازگشت به زندگی و اجتماع، بهبود کارکرد شغلی و تحصیلی و ترمیم روابط فردی به اندازه و شاید هم بیش از نتیجه آزمایش ادرار اهمیت داشته باشد. همواره به یاد داشته باش که بازگشت بیمار به سلامت و نه تعدادی پاسخ آزمایش منفی در کارنامه درمانی بیمار هدف است. برای اطلاعات بیشتر به مبحث "وجه بازدارنده و سازنده در درمان اعتیاد" مراجعه کنید.

مطلوب‌نمایی اجتماعی

انسان‌ها در جریان تعاملات اجتماعی، صرف نظر از وجود پاداش یا مجازات، علاقه‌مند هستند که از خود چهره‌ای مقبول، دوست‌داشتنی و مطلوب ارائه دهند. از این مسئله به‌عنوان "مطلوب‌نمایی" اجتماعی یاد می‌شود. مطلوب‌نمایی اجتماعی مترادف با فریب و نیرنگ نیست و فرد به‌واسطه آن سعی در سودجویی و بهره‌برداری مستقیم ندارد. در ارزیابی روانی و هم‌چنین روان‌درمانی، این پدیده می‌تواند مشکل‌آفرین شود. مراجعان و پرسش‌شوندگان سعی می‌کنند پاسخ‌های مطلوب درمان‌گر یا ارزیاب را ارائه دهند و در واقع او را راضی و خشنود سازند. مطلوب‌نمایی نوعی سبک رفتاری است که در نیاز به "مورد تأیید" قرارگرفتن ریشه دارد. آن‌ها دوست دارند که انسان‌هایی قوی، منطقی، اخلاقی، درستکار و سالم نشان داده شوند و "حفظ آبرو" و رودربایستی انگیزه اصلی آن‌ها در تحریف پاسخ‌ها است.

مطلوب‌نمایی در تمام انسان‌ها مشاهده می‌شود اما در برخی گروه‌های روانی و شخصیتی جنبه‌ای افراطی می‌یابد. برای محک و اندازه‌گیری آن آزمون‌ها و پرسش‌نامه‌هایی طراحی شده است که می‌توان به پرسش‌نامه معروف و کلاسیک کروان - مارلو^۱ و پرسش‌نامه فریب پاولهوس^۲ اشاره کرد. اساس این پرسش‌نامه‌ها، سؤال از شرکت‌کنندگان درباره رفتارهایی است که بسیار مطلوب بوده اما در عین حال نادر هستند. به‌عنوان مثال: من همواره راست‌گو هستم، به همه مردم احترام می‌گذارم، همواره به خطاهای خود اعتراف می‌کنم، از هیچ‌کس کینه به دل نمی‌گیرم، هیچ‌گاه کنترل خود را از دست نمی‌دهم، هیچ‌وقت به کسی حسودی‌ام نشده است و موارد مشابه مورد سؤال قرار می‌گیرد. طبیعی است که این صفات هر قدر هم پسندیده و مطلوب، در هیچ‌کس به‌صورت تمام عیار و کامل بروز نمی‌کنند و آن‌هایی که اصرار بر کامل‌بودن خود دارند، سعی در ارائه چهره‌ای مطلوب اما غیر واقعی و نشدنی از خود دارند.

بررسی‌های بیشتر نشان داد که مطلوب‌نمایی اجتماعی احتمالاً دارای دو جز یا رکن اصلی است:

۱. تقویت خودفریبانه^۳: ارائه پاسخ‌های اغراق‌آمیز از توانایی‌های خود که فرد ظاهراً به آن‌ها به‌طور صادقانه اعتقاد دارد. SDE تمایلی است در جهت مطلوب‌دیدن خود و توانایی‌های خود و تا حدی ریشه در خودشیفتگی^۴ انسان‌ها دارد. مثال‌هایی از آن عبارتند از: من به قضاوت‌های خودم کاملاً مطمئن هستم، حدس من درباره دیگران همواره درست از آب در می‌آید، هیچ‌گاه ناامید و افسرده نمی‌شوم، از پس همه مشکلات بر می‌آیم، در

1. Crowne-Marlowe Social Desirability Scale

2. Paulhus Deception Scale

3. Self-deceptive enhancement (SDE)

4. Narcissism

مقابل وسوسه بسیار مقاوم هستیم، به موفقیت خودم اطمینان دارم، غیرممکن است دیگر تسلیم مواد شوم و موارد مشابه دیگر. شاخص SDE بر اعتماد به نفس افراطی، قدرت اراده و ذهنی برتر، تحمل بالاتر در مقابل مصائب و آسیب‌ناپذیری تأکید دارد.

۲. مدیریت تأثیر^۱: عبارت است از گزارش رفتارها و باورها به گونه‌ای که بهترین تأثیر را بر شنونده گذارده و تصویر مطلوبی از رفتار فرد در ذهن دیگران شکل‌گیرد. فرد صفات اخلاقی و رفتارهای خود را در حد کمال مطلوب جامعه ارائه می‌دهد. مثال‌هایی از IM عبارتند از: من هیچ‌گاه در خیابان زباله نیانداختم، هیچ‌وقت مقررات راهنمایی و رانندگی را زیر پا نگذاشته‌ام، هرگز به کسی نارو نزده‌ام، محال است حق کسی را بخورم، هیچ‌کس را از خود نرنجانده‌ام و موارد مشابه آن. در این بخش از مطلوب‌نمایی اجتماعی، فرد خود را به‌نوعی تجلی اخلاق و صفات پسندیده بشری ارائه می‌دهد. برخلاف عامل SDE که هدف اولیه حفظ اعتماد به نفس و فریب خود است، شاخص IM بیشتر با مدیریت برداشت دیگران و دستکاری تصور اجتماعی فرد نزد دیگران مرتبط است.

ظاهراً این دو رکن تا حدی از هم جدا بوده و برخی انسان‌ها در یک شاخص و برخی در شاخص دیگر به‌طور افراطی عمل می‌کنند. هردو این اجزاء در فرایند درمان مشکل‌آفرین می‌شوند. در بخش اول، بیماران قدرت خود را در مقابله با مواد بیش از حد و نیاز به کمک و استیصال را حداقل نشان می‌دهند. در حالت دوم، سعی دارند خود را فردی بسیار اخلاقی، راست‌گو و مطیع به درمان‌گر معرفی نمایند.

پیشگامان تحقیق درباره مطلوب‌نمایی اجتماعی بر این باور بودند که این مسئله در فرهنگ‌های جمع‌گرا^۱ و مشرقی شایع‌تر از فرهنگ فردگرای^۲ غرب صنعتی است. به‌عنوان مثال هری تریاندیس^۳ از افراد شاخص مطالعات روان‌شناسی فرهنگی معتقد بود که در جوامع جمع‌گرا که خاور میانه نیز در زمره آن‌هاست، انسان‌ها در آزمون‌های روان‌شناختی و ارزشیابی‌های روانی بیشتر دروغ می‌گویند و به‌خاطر حفظ آبرو و رودربایستی اکثراً وقایع را قلب می‌کنند. برای آنان حفظ وجهه خود و ارائه تصویر مطلوب و تأثیرگذار بسیار مهم‌تر از ارائه پاسخ و احساسات واقعی است. او معتقد بود در فرهنگ‌های فردگرای مغرب‌زمینی که استقلال، خوداتکایی و فرد اهمیت بیشتری در مقایسه با نظر مردم و وابستگی به سایرین دارد، پاسخ‌ها قابل اعتمادتر هستند.

مطالعات بعدی نشان داد که دیدگاه‌های تریاندیس تا حد زیادی افراطی و سوگیرانه بوده است و برخلاف ادعای وی در جوامع فردگرا نیز از آن‌جایی که اعتماد به نفس و داشتن "خود نیرومند" و برتر یک ارزش است، ارائه تصویر نامعقول و اغراق‌شده از خود نیز بیش از برخی جوامع جمع‌گرا دیده می‌شود. این مطالعات نشان دادند که تفکیک مطلوب‌نمایی اجتماعی به ۲ رکن از این بابت نیز بسیار کمک‌کننده است. بر این اساس در فرهنگ‌های مشرقی و جمع‌گرا جز IM برجسته‌تر است ولی فرهنگ‌های فردگرا جوامع صنعتی آمریکای شمالی و اروپای غربی به اغراق در جز SDE منجر می‌شود.

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که مطلوب‌نمایی اجتماعی باعث می‌شود تا معتادان آسیب‌های ناشی از مواد، اصولاً مصرف مواد مخدر، و سوسه، رفتارهای پرخطر از جمله رفتارهای پرخطر جنسی، رفتارهای مجرمانه مرتبط با مواد، عجز

1. Collectivist
2. Individualist
3. Harry Triandis

خود درباره مواد مخدر و مشکلات خانوادگی و بین فردی را کمتر از آنچه بوده و هست و پیشرفت درمانی، توانایی درمان گر و شبکه حمایت اجتماعی را موفق تر از آنچه باور دارند، گزارش دهند. البته متأسفانه پژوهش ها در این باره بسیار اندک هستند و عمدتاً در جوامع غربی صورت گرفته اند.

با این وجود نکات بالینی زیر هنگام مواجه شدن با مطلوب نمایی قابل ذکر است:

۱. مطلوب نمایی پدیده ای فراگیر است و خود ما به عنوان درمان گر و متخصصین حوزه سلامت روان نیز ناخواسته بدان مبادرت می کنیم. درک این مسئله مهم است. در بسیاری موارد درمان گران به دلیل آن که بیانات اغراق شده یا نادرست معنادان را صرفاً به "دروغ گویی" آن ها نسبت می دهند و تصور دارند که بیمار جز به فریب آن ها به چیز دیگری نمی اندیشد، بعد از مدتی کار با آن ها دلسرد شده و حتی رویه خصمانه در پیش می گیرند. این نگرش منفی خود به تخریب رابطه درمانی و افت درمان منجر می شود. در عین حال خستگی شغلی^۱ زیادی نیز برای درمان گران به همراه دارد. بنابراین بخش عمده ای از ادعاهای نادرست بیماران را پدیده جالب مطلوب نمایی اجتماعی تلقی کنید.

۲. مطلوب نمایی اجتماعی می تواند تفسیر مثبتی نیز داشته باشد بدین صورت که اگر شما هدف تلاش های بیمار در این باره قرار گرفته اید به این معنی است که به حوزه افراد مهم وی وارد شده اید و دید مثبت و تأییدات شما برای بیمار با اهمیت شده است. این وضعیت بهتر از حالتی است که بیمار هیچ گونه احساس یا توجه هیجانی به شما ندارد و ظهور این تلاش ها می تواند علامتی دال بر شکل گیری و عمیق شدن ارتباط درمانی وی با

1. Burn out

شما باشد. پس از مطلوب‌نمایی نهراسید و به‌طور خودکار علیه آن جهت‌گیری نکنید. بیماران به‌ویژه معتادان که سال‌ها دچار تحقیر و سرزنش دیگران بوده‌اند مثل هر انسانی علاقه‌مند به گرفتن تأیید و نگاه مثبت دیگران هستند. با عمیق‌شدن اتصال بیمار به درمان‌گر، نیاز به حفظ نگرش مثبت درمان‌گر به‌صورت یک هدف جدی در می‌آید.

۳. تفسیر پدیده مطلوب‌نمایی و دادن بصیرت به بیمار کمک‌کننده است. برای او توضیح دهید که انسان‌ها عموماً علاقه‌مند به دریافت تأیید هستند و اگر آن‌ها نیز چنین احساس دارند طبیعی است و اتفاقاً نشانی از بهبودی و بازگشت به زندگی طبیعی است. رفتارهای او را به‌جای تفسیر در قالب فریب درمان‌گر و ریشه مجرمانه در قالب نیاز به تأیید تفسیر کنید. به‌تدریج بیماران وقوف می‌یابند که شما آن‌ها را شاید تلقی نمی‌کنید بلکه افرادی می‌بینید که علاقه‌مند به گرفتن تأیید هستند که برای گرفتن نظر مثبت شما به قلب واقعیت می‌پردازند.

۴. جهت‌جولوگیری از تقویت مطلوب‌نمایی اجتماعی به محتوای آن بازخورد مثبت ندهید و برعکس تأییدات خود را معطوف به ماندگاری بیمار در درمان و تلاش وی به نزدیکی هیجانی به حوزه درمان نمایید. به‌عنوان مثال بیماری مرتباً بر سلامت مالی و خوش‌قولی خود تأکید دارد و مدعی است در جهان رفاقت حاضر به هر فداکاری است. بهتر است به‌جای تأیید (یا احیاناً رد ادعاهای وی) به این مطلب بپردازید که چرا برای بیمار مهم است تا وجهه منزه و مثبتی از خود نزد درمان‌گر ترسیم نمایید؟ آیا تشنه تأیید است؟ آیا دوست دارد بعد از سال‌ها سرزنش مورد تشویق قرار گیرد؟ آیا دوست دارد بیمار "خوب" شما باشد؟ و اصولاً فکر می‌کند که شما در مسند قضاوت فضایل و صفات وی نشست‌اید؟ لازم است بدانند که

او تأییدات شما را دارد اما نه به خاطر فضایل ادعایی یا صرف آزمایش‌های ادرار منفی، بلکه در درجه اول به صرف انسان بودن (اصل اول و مهم روان‌درمانی‌های مراجع محور) و در درجه دوم به دلیل آن که تصمیم به تغییر گرفته و قصد دارد زندگی خود را تغییر دهد. به اعتقاد بنده در بسیاری از موارد که نتیجه آزمایش بیمار مثبت است ولی او مدعی است مصرف نداشته، بیش از آن که فریب و قصد سوء استفاده هدف مراجع باشد، نیاز افراطی به حفظ آبرو در مقابل درمان‌گر و ترس از دست‌دادن تأیید وی در میان است. از این جنبه غافل نشوید.

۵. گاهی مواقع دادن آزمون‌های استاندارد مطلوب‌نمایی مانند آزمون کراون مارلو به بیمار و تفسیر نتایج آن برای وی روشن‌گر بوده و او را از این جنبه از تمایلاتش آگاه می‌سازد. او متوجه خواهد شد که چه قدر در زندگی روزمره این رفتار شایع است و فقط در زمینه اعتیاد مشاهده نمی‌شود. لازم است بیمار بداند که پدیده‌ای به نام مطلوب‌نمایی در بشر وجود دارد و او نیز مستثنی نیست. در مرحله بعد بداند که ما نیز از این میل طبیعی و پدیده فراگیر آگاه هستیم و بسیاری رفتارها را در پرتو آن تفسیر می‌کنیم.

۶. اصراری نیست که بیمار به این پدیده به سرعت بصیرت یابد. گاهی هفته‌ها لازم است و درمان‌گر به تدریج به بحث درباره آن اقدام خواهد کرد. در جلسات ساختاری درمان ماتریکس نیز جلسات خاصی بر این پدیده تأکید دارند.

۷. در جریان زمان‌های غیر ساختاری مشاوره می‌توانید اوقاتی را به بحث درباره نیاز به مورد تأیید قرار گرفتن اختصاص دهید و از بیمار بخواهید این میل خود را به نقد و بحث بگذارد.

دارو محوری

سبک مقابله‌ای شیمیایی

- به حالات زیر توجه کنید. شاید بسیاری از آن‌ها را در بیماران مراجعه‌کننده به خود مشاهده کرده‌اید. گاهی با معتادانی مواجه می‌شوید که:
- ♦ اشتغال ذهنی با دارو و علاقه عجیبی به قرص، شربت، سرم و آمپول دارند.
 - ♦ مرتب در جست‌وجوی دارو هستند و به انحاء مختلف خواستار نسخه و تجویز دارو توسط درمان‌گر خود می‌باشند.
 - ♦ اطلاعات یا شاید شبه اطلاعات و دانش کاذبی در مورد مواد مختلف دارویی دارند. اسامی داروهای متعدد را ذکر می‌کنند. عوارض و خواص آن‌ها را برمی‌شمرند. از فورمولاسیون و انواع تجارتي^۱ داروها آگاه هستند و به گونه‌ای به بحث درباره آن می‌پردازند که گویا صاحب‌نظر رشته فارماکولوژی (داروشناسی) هستند. حتی در این‌باره درمان‌گر را به چالش می‌کشند.
 - ♦ مصرف دارو در آن‌ها بی‌رویه و بیش از حد تجویز شده است. روزانه چندین بار و از چندین دسته دارویی استفاده می‌کنند.
 - ♦ در بسیاری از موارد، بیمار هر از چندگاهی دچار مسمومیت و بیش مصرفی داروها شده و کار به پزشک و اورژانس کشیده می‌شود.
 - ♦ بیماران علاقه وافری به خوددرمانی^۲ دارند. برای انواع مشکلات، داروهایی را انتخاب می‌کنند و مستقل از پزشک به تهیه دارو و استفاده گسترده از

1. Brand

2. Self-treatment

آن مبادرت می‌کنند.

- ♦ بسیار سرخوشی طلب بوده و به دنبال خلسه، نشئگی، چُرت، لُختی و مستی هستند و از این‌گونه حالات استقبال می‌کنند. به گفته خود بیماران دنبال "نشئه بازی" هستند. انواع داروها را مخلوط کرده و به شیوه‌های مختلف استعمال می‌کنند تا بتوانند به این حالات برسند.
- ♦ بیمار از انواع ناراحتی‌های جسمی شاکی است. دردهای متعدد و غریب، احساس گرفتگی و اسپاسم عضلانی، ناراحتی‌های گوارشی و تنفسی، تنگی نفس، سرگیجه، ضعف و سستی، بی‌اشتهایی، خواب نامنظم و آشفته، لرزش بدن و اندام‌ها، احساس سوزش در انتهاها، احساس گرما و سرما، عرق‌ریزش و موارد بسیار متنوع و متعدد دیگر به کرات مشاهده می‌شوند. یکی از حالات شایع لرزش شدید و ناگهانی بدن به همراه لکنت و ناتوانی در پاسخ‌دهی است که بیماران لفظ "تشنج" را برای آن به‌کار می‌برند. الگوی این علائم به شکلی است که با بیماری‌های خاص جسمی منطبق یا متناسب نبوده و معمولاً در معاینات و آزمایش‌ها نکته‌ای دال بر گرفتاری عضوی و ارگانیک پیدا نمی‌شود. به بیان دیگر شکایات متعدد جسمی با ریشه روانی وجود دارد. از این حالت به‌عنوان جسمی‌سازی^۱ نیز یاد می‌شود. در این حالت، بیماران معمولاً رضایت‌مندی کمی از سلامت خود داشته و خود را بیمار می‌دانند.
- ♦ برخلاف شکایات عدیده جسمی، بیمار از تبیین دقیق حالات روانی درونی خود ناتوان است. او نمی‌تواند حالات ناخوشایند درونی خود را نامگذاری کند و بیشتر به عبارات کلی و مبهم مثل "حالم بد است"، "مریضم"، "اعصابم خرد است" یا "بی‌قرارم" بسنده می‌کند. وی در افتراق و تمایز

انواع حالاتی چون اضطراب، غم، اندوه، حسد، خشم، کینه، سرخوردگی، شرم، تحقیر، یأس و غیره دچار اشکال است. این حالت که بیمار نمی‌تواند احساسات منفی (و مثبت) خود را نامگذاری نماید و در واقع دچار نوعی "کوری هیجانی" است، در روان‌پزشکی "الکسی‌تایمی"^۱ نامیده می‌شود.

♦ بیمار تمایل زیادی دارد که در هنگام بروز مشکلات و برخورد با استرس‌ها، به مصرف انواع داروها پناه برد. در واقع شیوه مقابله و کنارآمدن وی با ناملایمات، استفاده از داروهای شیمیایی است. به این افراد به اصطلاح "مقابله‌کننده‌های شیمیایی"^۲ نیز گفته می‌شود. سبک مقابله یا کنارآمدن شیمیایی، سبکی است که اخیراً مورد توجه محققین قرار گرفته است و آن‌ها باور دارند که الگویی عجین با اعتیاد است. البته این الگو در اعتیاد به مواد مخدر بیش از اعتیاد به مواد محرک دیده می‌شود. ظاهراً نقش ضد درد و تسکین‌دهنده مواد افیونی و اتکای عمده بر استفاده از آن‌ها برای حل تمامی آلام جسمی و روانی در تقویت این سبک اهمیت دارد. در هر حال بیمار به جز دارو (و مواد) روش دیگری برای کنارآمدن^۳ با مشکلات ندارد و نمی‌شناسد. داروها مونس او در برخورد با مشکلات و ناکامی‌ها هستند.

♦ به درمان‌ها و مداخلات غیر دارویی بی‌تفاوت هستند و از روان‌درمانی و اصولاً درمانی که دارویی نباشد استقبال نمی‌کنند. درمان‌گر تنها در قالب پزشک نسخه‌نویس معنی دارد و سایر اقدامات را جدی نمی‌گیرند.

♦ درمان آن‌ها بسیار کند پیش می‌رود و حتی بعد از ماه‌ها حضور در درمان‌های دارویی، موفقیت کمی از نظر روانی - اجتماعی به دست می‌آید.

1. Alexithymia
2. Chemical copers
3. Coping

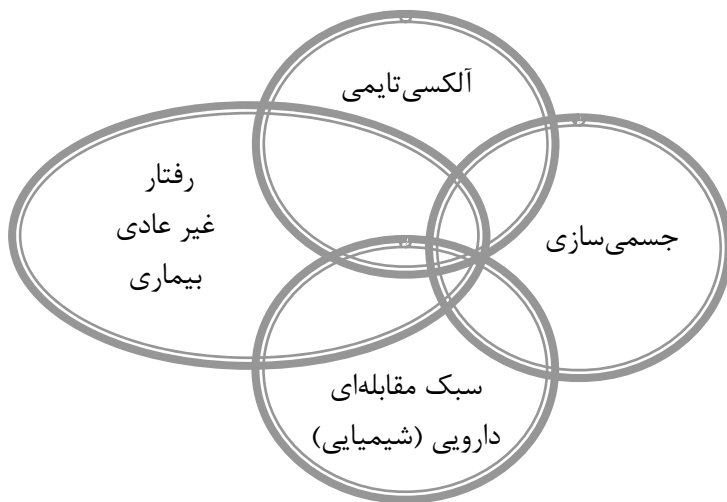
به عنوان مثال بیمار بعد از ماه‌ها حضور در درمان نگهدارنده، مانند گذشته با دوز متادون، نوع آن و طرز خوردن و عوارض آن اشتغال ذهنی دارد و توجه اندکی به اصلاح سبک زندگی، مشکلات خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی خود نشان می‌دهد. در خارج از حوزه دارو، امر دیگری جذابیت ندارد و وی در جهانی با محوریت ترکیبات شیمیایی مجاز و غیر مجاز رها شده است. به جای آن که با درمان‌گر خود نگرانی‌ها و مشکلات زندگی را مطرح نماید، محور بحث وی تمرکز بر داروها و عوارض آن‌ها است.

♦ این عده حتی با در نظر گرفتن وجود شکایات جسمی، علاقه کمتری به لذت بردن از فعالیت‌های مفرح و جذاب زندگی داشته و معاشرت‌ها و تفریحات خود را محدود می‌نمایند. هم‌چنین کارکرد اجتماعی آن‌ها نیز افت داشته و در انجام کارها و وظایف شغلی خود کوتاهی می‌کنند. استفاده از مرخصی‌های استعلاجی و از کارافتادگی در آن‌ها شایع‌تر است و بیش از دیگران مراجعات طبی و پزشکی دارند و از خدمات آن استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر نه تنها این دسته از بیماران بیش از آن‌چه باید، شکایات بدنی دارند، بلکه آن مقدار شکایات نیز بیش از آن‌چه که باید در زندگی بیمار اختلال ایجاد کرده و باعث افت کارکرد می‌شود. هم‌چنین مقدار مراجعه و اشتغال بیمار با دریافت درمان که عمدتاً دارویی است بیش از حد معمول است. به مجموع این پدیده به گفته پیلوسکی^۱ "رفتار غیرعادی بیماری"^۲ اطلاق می‌شود.

مجموعه یا بخشی از حالات فوق، نه تنها در معتادان بلکه در افراد غیر مصرف‌کننده مواد نیز دیده می‌شود و پزشکی و روان‌شناسی برای آن‌ها اسامی و اصطلاحات متعددی ابداع کرده است. هر یک از این اسامی دربرگیرنده بخشی از

1. Pilowsky

2. Abnormal illness behavior



شکل ۸-۱: آلکسی تایمی، جسمی سازی، سبک مقابله‌ای شیمیایی و رفتار غیر عادی بیماری همگی حالاتی هستند که در معتادان دیده می‌شوند. توجه به این حالات و برخورد صحیح با آنها لازمه درمان صحیح اعتیاد است.

شرایط فوق است و متأسفانه دیدگاه واحد و جامعی برای این حالات تعیین نشده است. شکل ۸-۱ نگاهی به ارتباط این حالات دارد.

لازم به یادآوری است که جسمی سازی در افراد غیر معتاد نیز دیده می‌شود و برخی انسان‌ها دارای این ویژگی هستند که ناراحتی‌های عاطفی، روانی و هیجانی را به علائم جسمی تبدیل کرده و اثر آنها را به صورت شکایات جسمی تجربه می‌نمایند. البته باید بین پدیده جسمی سازی و "اختلال جسمی سازی"^۱ تفاوت قائل شد. منظور از حالت اخیر، بیماری‌های روان پزشکی است با طول و شدت مشخص که برخی را مبتلا می‌نماید. به‌عنوان مثال بر اساس کتاب

1. Somatization disorder

راهنمای DSM-IV اگر فردی به مدت چند سال دچار چند علامت جسمی در حوزه‌های مختلف (۴ مورد درد، ۲ مورد علایم گوارشی، یک مورد علایم سیستم جنسی و یک مورد علایم کاذب نورولوژیک) باشد، به شرط آن که شروع علایم به قبل از ۳۰ سالگی برگشته و علایم یا شدت آن‌ها توسط بیماری‌های عضوی قابل توجیه نباشد، مبتلا به "اختلال جسمی‌سازی" است. در حال حاضر جسمی‌سازی شدید و پایدار به‌عنوان مثال آن‌چه که در DSM-IV به‌عنوان "اختلال جسمی‌سازی" آمده در کمتر از ۰/۲٪ جمعیت عادی غربی مشاهده می‌شود.

حالت‌های خفیف‌تر اختلال جسمی‌سازی که در آن برخلاف اختلال جسمی‌سازی DSM-IV، ممکن است بیمار تنها از ۱ یا چند علامت بدنی برای مدت کوتاه‌تری (به‌عنوان مثال ۶ ماه) شاکی باشد، طبیعتاً شایع‌تر هستند و بین ۵ تا ۱۰ درصد جمعیت عادی را در بر می‌گیرند. متأسفانه اطلاع دقیقی درباره شیوع اختلال جسمی‌سازی در معناتان وجود ندارد اما گزارشات شیوع آن را بالاتر از جمعیت عادی دانسته و حتی تا ۳۰٪ ذکر شده است.

آلکسی‌تایمی نیز حالتی است که علاوه بر سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر، در برخی اختلالات شخصیت، افراد مبتلا به اختلال استرس بعد از حادثه^۱، افرادی که در کودکی مورد آزار و اذیت فیزیکی و جنسی قرار گرفته‌اند و بسیاری بیماری‌های دیگر روان‌پزشکی دیده می‌شود. شناسایی و مداخله جهت حالات فوق در معناتان دارای اهمیت زیادی است و لازم است درمان‌گر اقدامات منسجمی را برای تقلیل این حالات به عمل آورد. به راحتی نمی‌توان معین کرد که چه مداخلاتی برای تقلیل این حالات مفید یا الزامی است اما فهرست زیر که باید با صلاح‌دید و توانایی‌های درمان‌گر و با در نظر گرفتن ویژگی‌های هر بیمار اعمال گردد، در بسیاری از مواقع کمک‌کننده و رهگشا است.

۱. زمان زیاد و قابل توجهی به مشاوره بیمار اختصاص دهید. درمان افرادی که از حالات فوق رنج می‌برند نیازمند زمان زیاد مشاوره و روان‌درمانی است و به ندرت می‌توان با ویزیت‌های چند دقیقه‌ای مشکلات آنان را حل کرد. بیماران باید از جلسات طولانی‌تر و با فواصل کوتاه‌تر بهره‌مند شوند. درمان‌گر باید بیماران را به این امر ترغیب نماید.
۲. توصیه می‌شود بستگان بیمار و به‌ویژه همسر آن‌ها نیز به‌نوعی درگیر درمان شوند. صرف وقت بیشتر برای بستگان و انجام جلسات مشترک یا مجزا با حضور آن‌ها بسیار کمک‌کننده است.
۳. هیچ‌گاه شکایات جسمی بیماران را "واهی" یا "بی‌اساس" یا خیالی ننمایید. برای بیماران این شکایات بدنی کاملاً آزاردهنده و ناراحت‌کننده هستند. حتی بیان این‌که این شکایات بی‌اهمیت هستند، در بیمار احساس منفی شدیدی ایجاد خواهد کرد. باید در انتخاب لغات در جریان مصاحبه دقت لازم معمول داشت و اشاره ولو غیر مستقیم به بی‌اهمیت یا ساختگی بودن علائم یا شک در صحت ادعای بیمار با مقاومت وی مواجه شده و او را به واکنش و مخالفت وا می‌دارد.
۴. از بیمار بخواهید به‌طور مبسوط درباره شکایات جسمی خود صحبت کند و از بیان آن‌ها احساس شرم یا خجالت نداشته باشد. سعی در درک علائم و شکایات بیمار داشته باشید و ضمن آن‌که با دقت به آن‌ها گوش می‌دهید، در جلسات بعدی پیگیر علائم باشید. در اولین برخورد، معاینه فیزیکی دقیق و تماس جسمی با مناطق مورد شکایت بیمار توسط پزشک جهت ارزیابی توصیه می‌شود. در برخورد اول نباید نسبت به علائم رویه‌ای بی‌تفاوت یا انکارگرانه داشت.
۵. در ابتدا بیمار را جهت بررسی ریشه ارگانیک علائم به متخصص مربوطه ارجاع دهید و بعد از آن‌که از نظر متخصص بیماری‌های مرتبط، ریشه عضوی

مردود اعلام گردید از ارجاع مکرر و تکرار فرایندهای تشخیصی بپرهیزید. به عنوان مثال اگر بیماری از درد قفسه سینه و تنگی نفس شاکی است و توسط پزشک مسلط به بیماری‌های قلبی و ریوی معاینه نشده است، لازم است ارجاع صورت گیرد اما بعد از آن که پزشک، مشکل خاص ریوی یا قلبی خاصی را مشاهده نکرد، به بیمار اطمینان داده و از تکرار آزمایشات و ارجاع او به پزشکان دیگر خودداری کنید.

۶. با وجود تأکید به عدم ارجاع به پزشکان دیگر و تکرار فرایندهای تشخیصی، توصیه می‌شود بیمار ویزیت‌های ثابت (به عنوان مثال) هر ماه یا هر ۲ ماه یکبار با پزشک خود داشته باشد و در واقع در فواصل معینی بتواند توسط ایشان معاینه گردد. این سیاست بسیار بهتر از "ارجاع در صورت نیاز" است. فرض کنید در همان بیماری که از مشکلات قلبی و ریوی شاکی است و توسط پزشک، ریشه عضوی شکایات وی مردود اعلام شده است، بهتر است هر ۲ ماه یکبار مورد ویزیت قرار گیرد و اطمینان‌دهی به وی تکرار شود تا این که هربار که بیمار مجدداً مضطرب شد یا خواهان ملاقات با پزشک گردید، به صورت موردی ارجاع داده شود.

۷. از تجویز بی‌مورد دارو برای شکایات بیمار خودداری شود. برخی پزشکان با وجود علم به نبود ریشه عضوی برای شکایات بیمار، با نیت استفاده از اثر دارونما به تجویز دارو اقدام می‌کنند. استفاده از پلاسبو در این مواقع به ضرر فرایند درمان بوده و بیماران را در قالب جسمی‌سازی یا مقابله‌کننده دارویی نگاه می‌دارد.

۸. تمامی گروه درمان‌گران اعم از پزشک، روان‌شناس، مددکار، مشاور و پرستار به اهمیت روان‌درمانی و مداخلات غیر دارویی برای مشکلات بیمار تأکید

نمایند. در برخی موارد که خوشبختانه در معتادان بسیار کمتر از جمعیت عادی است، بیمار حاضر به روان‌درمانی نبوده و اصرار دارد مشکلات وی جنبه تماماً عضوی دارند. به این‌گونه بیماران باید بصیرت داد و گفت که حتی اگر باور دارند که شکایات آن‌ها ریشه روانی ندارد، با این‌حال مشکلات روانی و فشارهای عصبی و تنش در تشدید علائم مؤثر است. پدیده‌ای که خود بیماران نیز به آن معترفند. به عبارت دیگر هر شکایتی حتی با منشاء عضوی، با فشار هیجانی و عصبی بدتر می‌شود. بنابراین، تقلیل استرس‌ها در جریان روان‌درمانی در هر حال کمک‌کننده است.

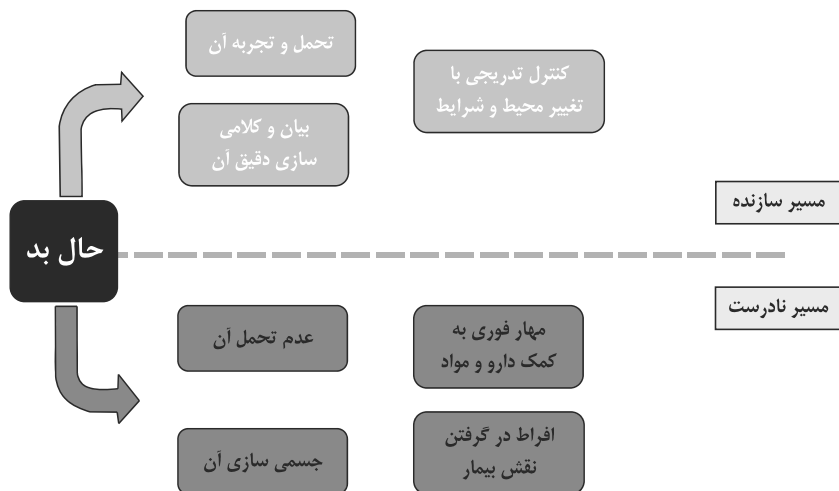
۹. درمان‌گر در جریان جلسات روان‌درمانی و مشاوره، به تدریج به ارتباط استرس و فشار عصبی و بروز علائم جسمی تأکید کند و بیمار را به سوی رسیدن به این آگاهی سوق دهد. جالب است که معتادان بیشتر از جمعیت غیر معتاد مبتلا به جسمی‌سازی، از این رویکرد استقبال می‌کنند و اکثراً به راحتی ارتباط بین مسایل روانی و مشکلات خود را آشکار می‌نمایند. آن‌ها معمولاً از انبوه ناراحتی‌های روانی، هیجانی و خانوادگی رنج می‌برند و به تجربه دریافته‌اند که شکایات جسمی آنان متغیری وابسته به مشکلات روانی — اجتماعی آن‌ها است.

۱۰. درمان‌گر بیمار را به بیان هیجانات و مشکلات روانی ترغیب نماید. بیمار باید در جریان جلسات مشاوره که همان‌طور که اشاره شد، لازم است از ساعات زیادی برخوردار باشد، ناراحتی‌های درونی خود را آشکار و کلامی^۱ نماید. تخلیه هیجانی از ارکان درمان این‌گونه شکایات است. از آن‌جایی که در معتادان سبک مقابله دارویی و شیمیایی شایع است، در مراحل ابتدایی بیان هیجانات دشوار می‌نماید و حتی به‌خاطر حالت آلکسی‌تایمی، نامگذاری

حالات درونی با مشکل مواجه می‌شود. درمان‌گر بیمار را ترغیب می‌کند تا به تدریج و در کنار اصطلاحات جسمی، سعی کند حالات هیجانی خود را آشکار و شناسایی کند. مبحث شروع‌کننده‌های درونی در سلسله جلسات ماتریکس می‌تواند شروع خوبی برای این اقدام باشد.

۱۱. میان‌برهای دارویی بی‌فایده حذف شوند. همان‌طور که اشاره شد - در سبک مقابله‌ای دارویی و شیمیایی - بیماران به‌جای تحمل و بروز هیجانات، ترجیح می‌دهند که آن‌ها را با قرص، آمپول و مواد سرکوب کنند. باید این مسیر میان‌بر مخرب بسته شود. سیاست قطع مصرف دارو برای "راحت‌شدن" یا "آرام‌شدن" باید متوقف شده و هیجانات تجربه شوند. آستانه تحمل هیجانات باید افزایش یابد و بیمار احساسات منفی خود را هرچه‌قدر هم که دردناک باشند به خود آگاه بکشاند. خیلی از بیماران بر این باور هستند که "نباید" بدحال باشند. اما درمان‌گر آن‌ها را به این امر آگاه می‌سازد که "بدحال" بودن جزئی از زندگی طبیعی است و هر حالت بدی را نباید سریع مهار کرد. انسان‌ها باید ظرفیت و گنجایش تحملی بدحالی را داشته باشند و اگر ندارند به تدریج آن را کسب کنند. بدحال بودن و بیان آن نه تنها بد نیست بلکه باید تجربه و کلامی شود و میان‌برهای حذف آن (یعنی جسمی‌سازی، مهار دارویی - شیمیایی و ناآگاهی - آلکسی‌تایمی) مسدود شوند. قرار نیست بیمار سریع خوب شود. بهبودی آهسته حاصل می‌شود و نیازمند صبر و حوصله و زمان است و درمان‌گر در جریان مشاوره بر خواسته‌های بیمار مبنی بر بهبودی سریع ترمز می‌گذارد. به شکل (۲-۸) مراجعه کنید.

۱۲. کنترل استرس و محدودسازی آن به‌عنوان ابزاری موفق در تقلیل علائم جسمی معرفی شود و بیمار بیاموزد که در صورت اجتناب از استرس یا مدیریت آن، شکایات جسمی وی نیز تقلیل خواهد یافت.



شکل ۲-۸: مسیر سازنده و مخرب در هنگام برخورد با حال بد. تفاوت جسمی‌سازها با افراد سالم

درمان مجموعه مخرب جسمی‌سازی / آلکسی‌تایمی / سبک مقابله‌ای دارویی - شیمیایی دشوار و زمان‌بر است و بسیاری از درمان‌گران در جریان مواجه شدن با آن احساس عجز و درماندگی شدید می‌کنند. باید اعتراف کرد که این سبک معیوب، یکی از مشکلات ریشه‌دار در بسیاری از معتادان بوده و میراث سال‌ها رفتار اعتیادی است. بخشی از آن نیز قبل از اعتیاد وجود داشته و در واقع در شکل‌گیری اعتیاد نقش علیتی ایفا کرده است. متأسفانه بدرستی نیز نمی‌توان گفت چه مقدار ناشی از و چه مقدار علت اعتیاد است. اما در هر حال، رفع آن در جریان دوره درمان بسیار ضروری است.

در جریان روان‌درمانی ساختاری مواد محرک در الگوی ماتریکس، ضمن آن که جلساتی به‌صورت مستقیم به این پدیده اشاره دارند (مانند جلسات ۵ و ۷) لازم است درمان‌گر در خلال کل درمان، با به‌کار بردن تکنیک‌ها و اقداماتی که

پیش‌تر بدان‌ها اشاره شد به اصلاح این مجموعه رفتاری مخرب بپردازد.

استفاده از اثر دارونمایی در درمان وابستگی به مواد محرک

در مبحث دارودرمانی به کارایی یا عدم کارایی بسیاری از داروها در درمان علایم وابستگی به مواد محرک و پیش‌گیری از عود در آن‌ها اشاره شد. همان‌طور که مشاهده نمودید اثربخشی بسیاری از این داروها تفاوت محسوسی با دارونما نداشته و عملاً کارایی آن‌ها در قالب پدیده پلاسمو قابل فهم است. حال این سؤال برای درمان‌گر مطرح می‌شود که اصولاً چه قدر بهره‌گرفتن از این پدیده مجاز، علمی، اخلاقی یا صلاح است؟ ضمناً موارد زیر را به‌خاطر داشته باشید:

۱. این که ماده یا دارویی تنها دارای اثر پلاسمو است، به این معنی نیست که فاقد اثر است و هیچ تأثیری بر بیمار ندارد. برعکس برخی اثرهای پلاسمویی بسیار شدید و قابل توجه هستند. بلکه به این معنی است که اثر مشاهده‌شده اختصاصی برای آن دارو نیست و ترکیبات شیمیایی دارو ارتباط چندانی با خواص ایجاد شده ندارد و باور و اعتقاد و زمینه‌های فکری بیمار است که اثرات یا عوارض را شکل می‌دهد. بنابراین بین دادن یک دارو که اثر پلاسمویی دارد و ندادن همان دارو تفاوت زیادی وجود دارد. تصور کنید تجویز دارویی به میزان ۶۰ درصد در کاهش درد مؤثر باشد. اما اگر دارونمایی حاوی ماده‌ای خنثی (به‌عنوان مثال نشاسته) با ظاهر همان دارو تجویز شود بیمار کاهش درد ۴۰ درصدی را گزارش نماید. در این صورت گفته می‌شود ۴۰ درصد کاهش درد اثر پلاسمو و ۲۰ درصد کاهش درد اثر اختصاصی دارو است. اما فراموش نکنید اگر بیمار همان پلاسمو را دریافت نمی‌داشت از کاهش درد ۴۰ درصدی بهره‌مند نمی‌شد. بین دادن دارو ولو به نیت پلاسمو با ندادن دارو یا عدم انجام

مداخله فاصله زیادی است که اغلب در متون علمی مورد غفلت قرار می‌گیرد. البته فراموش نکنید که اثر پلاسبو محدود به داروها نیست و در انواع مداخلات حتی اعمال جراحی، تجویز خوراکی‌ها، انجام فعالیت‌ها و حتی مشاوره و روان‌درمانی نیز دیده می‌شود.

۲. اثر پلاسبو در حوزه مشکلات روانی و ناراحتی‌هایی چون خلق افسرده، بی‌قراری، کاهش انرژی، اختلالات جنسی و دردهای بدنی نسبتاً برجسته بوده و گاهی بیش از نیمی از کل اثر دارو را شامل می‌شود. به همین دلیل محروم‌ساختن بیمار از دارو به صرف این‌که اثر پلاسبویی است معقول به نظر نمی‌آید. در ضمن بسیاری از درمان‌گران معترض هستند زمانی که به دلیل پلاسبودانستن اثر دارویی، از تجویز آن برای بیماران امتناع می‌کنند، آن‌چه در عمل اتفاق می‌افتد این است که بیمار به درمان‌گر دیگری مراجعه کرده یا خودسر همان دارو را مصرف می‌کند. در چنین حالتی وقتی وی از اثر دارونمایی دارو سود می‌برد به درمان‌گر جدید ایمان آورده و درمان‌گر قبلی را بی‌کفایت قلمداد می‌کند. این معضل هنگامی که درمان‌گر از تجویز داروها امتناع می‌کند و بیمار به معجون‌ها و کپسول‌های دست‌ساز و انواع ترکیباتی که واضحاً دارونما هستند رو می‌آورد و سود می‌برد حتی برجسته‌تر می‌شود. پس از منظر حرفه‌ای و شغلی و حفظ اعتماد بیماران نیز که شده باید از اثر دارونمایی حداکثر استفاده را کرد.

۳. همان‌طور که قبل‌تر اشاره شد، شیوع جسمی‌سازی و سبک مقابله‌ای دارویی - شیمیایی در گروه مصرف‌کنندگان مواد مخدر بیشتر از جمعیت عادی است. به همین دلیل انتظار می‌رود که اشتغال ذهنی آنان با دارو بیشتر بوده و نقش دارونماها حتی پررنگ‌تر از دیگران باشد. درمان‌گران

به تجربه دریافته‌اند و مدعی هستند که معنادان مرتب تقاضای دارو داشته و با دریافت داروهای خاصی احساس رضایت می‌کنند. با توجه به نکات فوق آیا منطقی است که بیماران را از دارونما محروم سازیم؟ از نظر اخلاقی چطور؟ فراموش نکنید که به وی دارویی تجویز می‌کنید که می‌دانید به احتمال زیاد اثر اختصاصی ندارد و بیشتر اعتقاد بیمار مبنی بر اثربخشی آن دخیل است. اگر بیمار خود مُصِر به دریافت داروی خاصی است و شما را برای تجویز آن تحت فشار قرار می‌دهد، اما می‌دانید که اثربخشی آن در حد دارونماست چه طور؟ جدول ۸-۱ به مقایسه فواید و مضرات استفاده از دارونما پرداخته است:

از مجموع بحث‌های فوق چنین برمی‌آید که نمی‌توان درباره استفاده از داروهایی که خواص اختصاصی یا اثبات‌شده در درمان اعتیاد ندارند، حکم قطعی و فراگیر صادر کرد. به همین دلیل گروه درمان‌گران باید با بررسی تمامی جوانب و بهره‌گیری از تجارب خود و هم‌چنین ویژگی‌ها و زمینه‌های شخصیتی، اجتماعی و اعتقادی بیمار از خواص غیراختصاصی داروها استفاده کنند.

جدول ۸-۱: مقایسه فواید و مضار استفاده از دارونماها در درمان وابستگی به مواد محرک

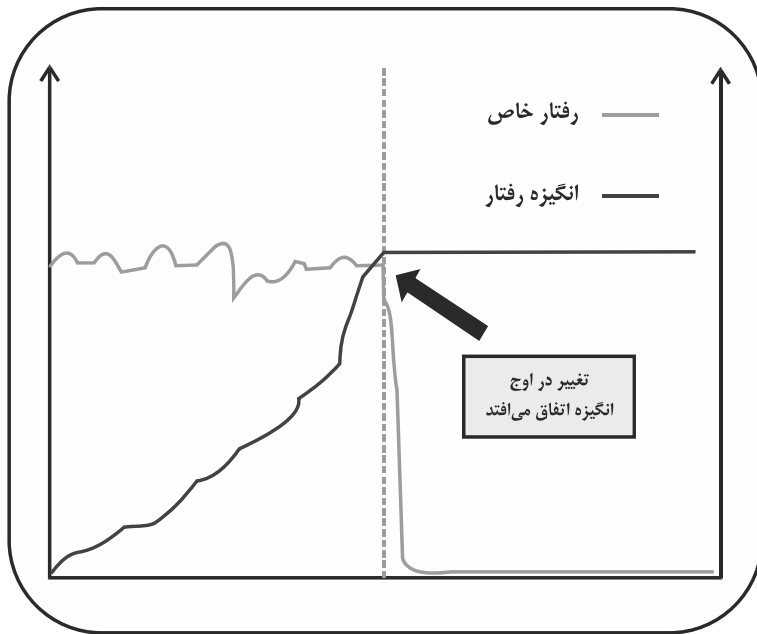
فواید و نکات مثبت	مضرات و نکات منفی
◀ تأثیری در حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد در کنترل علائم بعد از ترک: نقش پلاسبو در بسیاری علائم روانی برجسته است.	◀ تقویت سبک مقابله‌ای دارویی - شیمیایی در بیمار: بالاخره باید برای هر شکایتی دارو مصرف کرد.
◀ تحکیم ارتباط با درمان‌گر به‌ویژه پزشک معالج نسخه‌کننده	◀ دورشدن منابع فکری و توجه بیمار از مداخلات غیر دارویی به سوی داروهای کم اثر

- ◀ دریافت دارو در نتیجه اقعاع احساس نیاز به شبهه اخلاقی در صورتی که پزشک صرف آن داروهای تجویز شده را مؤثرتر از آنچه هستند معرفی نماید.
- ◀ استمرار مراجعه به درمان گر برای تجدید نسخه و استمرار دریافت دارو و استمیل هزینه دارو به بیمار
- ◀ وجود ابزاری برای تقلیل حس درماندگی بیمار و حتی درمان گر! (بالاخره مداخله‌ای صورت گرفته است)
- ◀ جلب نظر و همکاری بیماران مبتلا به سبک‌های مقابله‌ای شیمیایی شروع نوعی مسابقه برای دستیابی به داروهای به‌ظاهر مؤثرتر و گران‌تر و معروف‌تر از جانب بیمار و حتی درمان گر
- ◀ درمان علامتی برخی شکایات: در هر حال بخشی از علایم بیمار مانند بی‌خوابی، اضطراب، بی‌اشتهایی توسط اثرات غیر اختصاصی داروها درمان می‌شوند.
- ◀ امکان وجود نوعی اثربخشی و خواص مفید ناشناخته: فراموش نکنید که ممکن است برخی داروها در برخی افراد اثرات اختصاصی داشته باشند که توسط مطالعات بالینی مورد غفلت قرار گرفته باشند.
- ◀ امکان وجود نوعی اثربخشی ناشناخته و اثبات‌نشده: در کنار مطالعاتی که به عدم تفاوت دارو و دارونما اشاره دارند، برخی مطالعات نیز کماکان به اثربخشی اشاره دارند. به دلیل نقصان یا ناکافی بودن شواهد علمی، نباید بیمار را از شانس وجود دارویی مؤثر محروم ساخت.

اگر در بیماری، تجویز داروهایی با اثر اختصاصی ضعیف یا اثبات‌نشده به کاهش علاقه بیمار به مداخلات غیر دارویی منجر شود یا سبک مقابله دارویی - شیمیایی را در وی تقویت نماید بهتر است از دادن دارو پرهیز شود. اما در صورتی که فکر می‌کنید تجویز دارو به تقویت ارتباط درمانی منجر شده و بیمار را از حس درماندگی در مقابل اعتیاد می‌رهاند و او را در پی‌گیری درمان خود به‌ویژه مداخلات روان‌شناختی مصرتر می‌کند، باید این امکان در نظر گرفته شود. در چنین حالتی باید از داروهایی استفاده کرد که حداقل عوارض را داشته باشند و به‌نوعی برخی علائم بیمار را پوشش دهند. ضمناً برای بیمار نیز توضیح داده شود که اثربخشی داروها قطعی نیست ولی شما امیدوارید در هر حال مصرف دارو به کاهش رنج و مشکلات بیمار منجر شود. نبود عوارض جدی بسیار مهم است و نباید مورد غفلت قرار گیرد. به‌عنوان مثال استفاده از داروهای مخدردی چون بوپرنورفین و متادون برای درمان معتادانی که تنها دچار اعتیاد به مواد محرک هستند - ولو به نیت تشویق بیماران به پی‌گیری درمان و تقویت ارتباط درمانی - یک خطای فاحش و غیرقابل قبول تلقی می‌شود.

دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه

بحث انگیزه، یکی از پیچیده‌ترین مباحث درمان اعتیاد است. شما احتمالاً به کرات عباراتی مانند این جملات را شنیده‌اید: "انگیزه‌ام برای ترک قوی است."، این بار خیلی انگیزه دارم که مواد را کنار بگذارم."، "دفعه قبل چون واقعاً نمی‌خواستم (یعنی انگیزه قوی نداشتم!) موفق نشدم که مواد را کنار بگذارم." یا خانواده بیمار مدعی می‌شوند که عزیز آنها واقعاً نمی‌خواهد ترک کند و الا موفق می‌شد. "اگر واقعاً بخواهی موفق خواهی شد." و آن‌هایی که موفق نمی‌شوند آن‌هایی هستند که در دل خود هنوز تصمیم قطعی به ترک مواد



شکل ۳-۸: دیدگاهی ثابت و استاتیک درباره انگیزه و تأثیر آن بر پرهیز از مصرف مواد.

نگرفته‌اند و به همین دلیل نیز وقت خود را هدر می‌دهند و موفق نخواهند شد. سؤال این جاست که این عبارات چه قدر صحیح هستند و اصولاً بین انگیزه بیمار و موفقیت ترک چه ارتباطی وجود دارد؟

در دیدگاه اول که سنتی‌تر و به‌نوعی باور به آن فراگیرتر است گزاره‌ها یا باورهای زیر دیده می‌شود (شکل ۳-۸):

- ♦ انگیزه شرط اصلی موفقیت است. اگر کسی واقعاً (یا واقعاً واقعاً) بخواهد می‌تواند ترک کند.
- ♦ اگر کسی موفق به ترک نمی‌شود لابد به اندازه کافی نمی‌خواهد که ترک

کند. دلیل شکست درمان این است که بیمار از ته دل یا با تمام توان علاقه‌مند به درمان نبوده‌است.

♦ اگر کسی به‌صورت کامل و تمام‌عیار نخواهد که ترک کند، قادر به ترک نبوده و موفق نخواهد شد. افراد باید به منتهای انگیزه برسند (و کاملاً مستأصل شوند) تا قادر به ترک باشند.

♦ تنها وقتی انگیزه به حداکثر خود رسید باید اقدام به ترک کرد. هنگام مراجعه باید از بیماران درباره شدت انگیزه آن‌ها پرس‌وجو کرد و تنها بیمارانی که به انگیزه بالا رسیده‌اند را انتخاب کرد.

♦ افرادی که انگیزه ناقص دارند یا در شروع درمان دودل هستند، نباید وارد درمان شوند چون موفق نمی‌شوند و وقت درمان‌گر را نیز می‌گیرند.

♦ بعد از روز موعود یعنی روزی که بیمار ترک را شروع کرده‌است دیگر عقب‌گردی متصور نیست و هرگونه عقب‌گرد (یعنی گریز) حکایت از ضعف و تردید در بیمار دارد. باید به نشانه‌های ضعف انگیزه یا بروز تردید در بیمار بسیار حساس بود زیرا به عود منجر خواهند شد.

♦ "اگر اراده کنی و واقعاً بخواهی، موفق می‌شوی پس سعی کن که از ته دل بخواهی!"

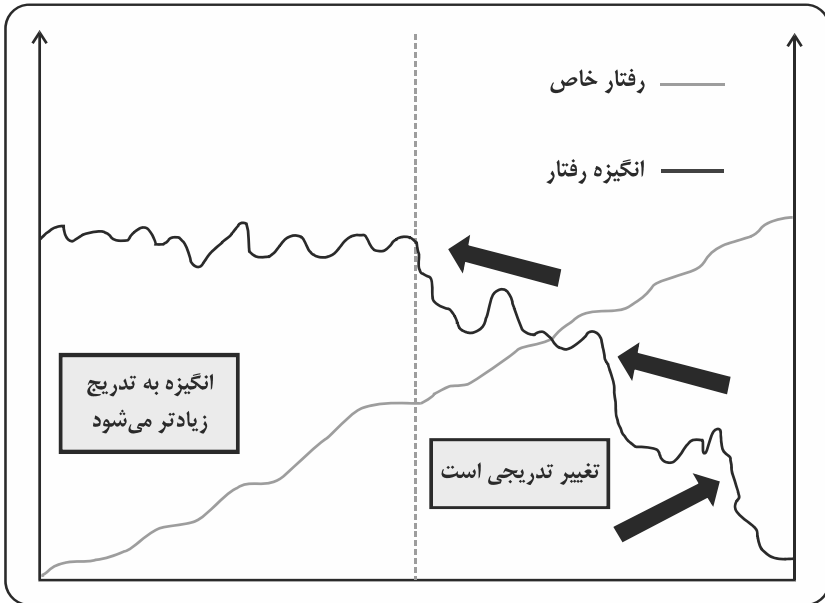
♦ در بیمارانی که هنوز انگیزه کامل نشده‌است، باید شروع درمان را به تأخیر انداخت تا بیمار به نقطه قطعیت برسد. "برو فکرهایت را بکن، هر وقت مطمئن شدی می‌خواهی ترک کنی بیا"

♦ محک‌زدن انگیزه بیمار مهم است و باید به دقت مشخص شود که چرا بیمار برای درمان آمده و چه قدر حاضر به تحمل ناملایمات است.

این دیدگاه ارزش زیادی برای مسئله خواستن و اراده و انگیزه قائل است و به‌خصوص انگیزه روز اول را عامل کلیدی موفقیت می‌داند. انگیزه‌پایین‌ها مردود

می‌شوند و انگیزه‌بالاها موفق. ما در زندگی روزمره درباره بسیاری از امور این‌گونه می‌اندیشیم. برای استخدام، پذیرفتن دعوت ازدواج، شراکت در برنامه‌های اقتصادی، پذیرش دستیار حرفه‌ای و ده‌ها موارد مشابه از الگوی استدلالی فوق پیروی می‌کنیم. شما طبیعتاً دوست ندارید به خواستگاری که دودل است و خیلی نمی‌داند که چه قدر به ازدواج تمایل دارد، جواب مثبت بدهید. کارفرمایی هم که قصد استخدام کارمندان خود را دارد، سعی می‌کند آن‌هایی را که دارای حداکثر انگیزه و علاقه به کار بوده و حاضرند هرگونه مشقت شغلی را تحمل کنند، انتخاب نماید. علاقه‌مندان به اشتغال یا ازدواج هم حداکثر سعی خود را دارند که خود را با انگیزه و مصمم نشان دهند و هرگونه نشان تزلزل را کتمان دارند.

با این حال موفقیت و درستی الگوی فوق، آن قدر هم که در نگاه اول منطقی و اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد، نیست. ازدواج بسیاری از زوج‌هایی که در ابتدا انگیزه شدید برای زناشویی دارند و انگیزه خود را خیلی بالا می‌بینند، متأسفانه دوام نمی‌یابد. دانشجویان و کارمندان با انگیزه نیز بعد از ورود به تحصیل یا اشتغال با افت انگیزه مواجه می‌شوند. جالب آن که بسیاری از افراد موفق که به درجات بالای شغلی، اقتصادی، علمی و قدرتی می‌رسند، بنا به شواهد و اعتراف خودشان در ابتدای کار شاید علاقه زیادی به فعالیت خود نداشته و انگیزه خود را معمولی می‌دانند. ظاهراً بین انگیزه اولیه انسان‌ها برای تحصیل، کار، کسب درآمد، ازدواج، ورود به عرصه هنر و ورزش و ترقی در پلکان قدرت و میزان موفقیت درازمدت آن‌ها ارتباط قوی وجود ندارد. در اموری که نیازمند زمان طولانی است حفظ و ارتقا انگیزه بسیار مهم‌تر از میزان اولیه آن است. در مقابل در دیدگاهی که انگیزه را پویا^۱ و متکامل می‌بیند گزاره‌ها و باورهای



شکل ۴-۸: دیدگاهی پویا و دینامیک درباره انگیزه و تأثیر آن بر پرهیز از مصرف مواد مخدر.

زیر بیشتر مطرح هستند (شکل ۴-۸).

- ♦ وجود انگیزه قوی در ابتدای درمان کمک‌کننده و مثبت است اما الزامی نیست.
- ♦ افرادی که انگیزه بسیار قوی برای ورود به درمان دارند، لزوماً موفق‌تر از دیگران نیستند.
- ♦ نیازی نیست که انگیزه به حداکثر خود برسد تا فرد درمان شود.
- ♦ افراد با انگیزه متوسط و گاهی دو دل وارد درمان می‌شوند اما به تدریج انگیزه آن‌ها تکامل یافته و قوی‌تر می‌شود.

- ♦ محک زدن انگیزه اولیه افراد چندان کمک کننده نیست. داشتن حد متوسطی از انگیزه کافی است.
- ♦ باید انگیزه در جریان درمان و به کمک تکنیک‌های درمانی افزایش یابد.
- ♦ افزایش انگیزه نیازمند مداخلات هوشمندانه‌ای است که درمان خوب را از درمان معمولی و غیر مؤثر جدا می‌کند. درمان‌های خوب، مداخلاتی هستند که در جریان آن‌ها انگیزه بیماران رشد می‌کند.
- ♦ در درازمدت حفظ انگیزه و بالابردن آن است که عامل تعیین کننده موفقیت درمان تلقی می‌شود.
- ♦ رشد انگیزه وابسته به متغیرهایی چون شرایط محیط و تأثیر اطرافیان است.
- ♦ در جریان بهبودی، انگیزه بیمار نوسان می‌کند و کاهش آن در برخی مراحل طبیعی است. در مراحل ممکن است بیماران عقب‌گرد نمایند و مصرف مواد صورت گیرد اما **روند کلی و عمومی** به سوی موفقیت است.
- ♦ عقب‌گردهای موقت چندان تعیین کننده نیستند و به همین دلیل تأکید افراطی برای پیدا کردن یا تشخیص آن‌ها چندان مهم نیست. به‌عنوان مثال اصرار برای انجام آزمایش‌های ادرار با حساسیت بسیار بالا و ضریب خطای صفر یا تلاش بی‌وقفه برای پیدا کردن حتی یک‌بار لغزش. در این الگوی انگیزشی، یک یا چند بار لغزش به معنی بی‌انگیزه یا فریبکار بودن بیمار نیست و نمی‌تواند پیش‌بینی کننده حتمی شکست باشد. فراموش نکنید که در الگوی قبلی، لغزش بیشتر به این تعبیر می‌شد که بیمار "دیگر نمی‌خواهد" یا از روز اول "واقعاً" قصد بهبودی نداشته است!
- ♦ زیر ذره‌بین گذاشتن انگیزه اولیه بیمار و محک شدت آن، کار چندان مفیدی نیست.

- ♦ حس دودلی و تردید اتفاقاً منطقی است و بسیاری از افرادی که سرانجام موفق می‌شوند، آن را تجربه می‌کنند.
- ♦ حتی افراد با انگیزه پایین نیز کاندیدای ترک هستند و باید بر روی انگیزه آن‌ها کار شود.
- ♦ انگیزه ثابت و استاتیک^۱ نیست و حفظ آن فرایند انرژی بر و فعالانه است.

دیدگاه فوق بهتر از دیدگاه اول، رفتار معتادان را توضیح می‌دهد و با فرایند درمان منطبق تر است. این دیدگاه با نظریات مشتری محور یا مراجع محور نیز منطبق تر است و باور بر این است که مشتری کم انگیزه معنی ندارد. وظیفه نظام عرضه خدمات است که انگیزه را در مشتری یا مراجع پرورش دهد. الگوی اول شباهتی به رفتار اجسام بالستیک دارد. هر قدر انرژی یا نیروی پرتاب اولیه بیشتر باشد، مسافتی که جسم طی می‌کند بیشتر خواهد بود. گلوله‌ای که با سرعت ۱۰۰۰ متر بر ثانیه شلیک می‌شود دارای بُرد بیشتر و قدرت بالاتری در مقایسه با گلوله‌ای است که با سرعت ۲۰۰ متر بر ثانیه، دهانه تفنگ را ترک می‌کند. اگر گلوله‌ای قادر به رسیدن به هدف نیست یا از زرهی عبور نمی‌کند باید سرعت پرتاب اولیه آن (یعنی انگیزه اولیه آن) را افزایش داد. با گلوله کم سرعت موفقیت حاصل نمی‌شود. اگر هم بیماری موفق نشد باید بار دیگر با انگیزه بیشتر و تصمیم قاطع تر اقدام کند. اگر باز هم موفق نشد، کماکان بار دیگر باز با انگیزه بیشتر بخت خود را بیازماید. مانند پرتابه‌ای که بالاخره آن قدر سریع تر و پر قدرت تر شلیک می‌شود تا به هدف بخورد.

جالب است که این استدلال یا طرز فکر در بسیاری از بیماران و خانواده آن‌ها مشاهده می‌شود. حتماً بیماران زیادی را دیده‌اید که نزد شما می‌آیند و ابراز می‌دارند که قصد ترک دارند. شما مداخلات درمانی خاصی انجام می‌دهید

(به‌عنوان مثال سم‌زدایی) ولی بیمار عود کرده بعد از چند ماه مجدداً برای درمان مراجعه می‌کند. در دفعه بعد به شما می‌گوید که این دفعه حتماً موفق خواهد شد زیرا برخلاف دفعه قبل، این بار قصد وی واقعاً ترک کردن است و انگیزه وی کامل است. اگر شما به اندازه کافی در نظام درمانی اعتیاد تجربه داشته و مدت طولانی با معتادان در تماس بوده باشید، این‌گونه بیماران را برای دفعات سوم، چهارم و حتی پنجم خواهید دید. آن‌ها مرتب عود کرده و هر بار که نزد شما می‌آیند، معتقدند که برخلاف نوبت قبل در دفعه آخر حتماً موفق خواهند شد. چرا؟ چون این دفعه واقعاً واقعاً تصمیم خود را گرفته‌اند و انگیزه کامل دارند. اگر هم آن‌ها را به‌نوعی با گفته‌های خود مواجه‌سازید که "دفعه قبل هم شما همین حرف را می‌زدید یعنی می‌گفتید که انگیزه‌تان کامل است" بیماران واکنش نشان داده و ادعای دفع قبل خود را انکار می‌کنند. از آن‌ها احتمالاً خواهید شنید که "خیر، نوبت قبل واقعاً نمی‌خواستم، به‌خاطر مادرم، همسرم، دوستم، فرزندم ... وانمود می‌کردم اما این دفعه آن‌گونه نیست بلکه واقعاً می‌خواهم".

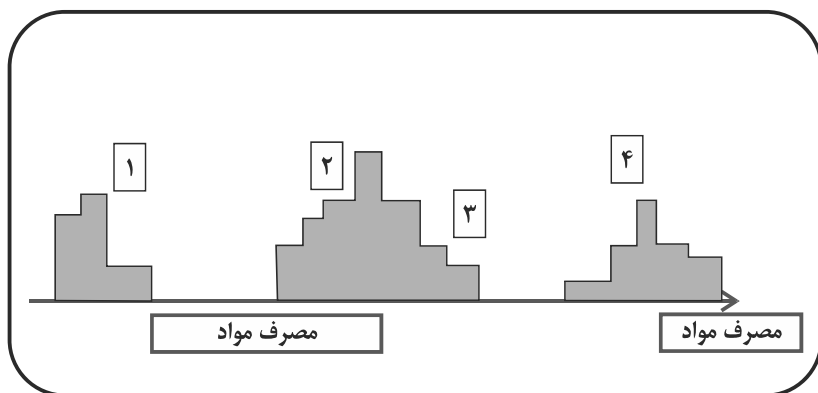
به‌نظر ما بیماران اکثراً دروغ نمی‌گویند و هنگامی که با این‌گونه سخنان مواجه می‌شوید تصور نکنید که "معتاد جماعت ذاتاً دروغ‌گو است!" یا "حرف آن‌ها ارزشی ندارد" و ... این گفته‌ها از باورهای آن‌ها و خانواده‌های‌شان درباره مسئله انگیزش و موفقیت نشأت می‌گیرد. باور مشکل‌آفرین در اعتیاد این است که "اگر واقعاً بخواهی می‌شود و اگر موفق نمی‌شوی چون واقعاً نمی‌خواهی" یا خواستن و داشتن انگیزه شرط لازم و کافی موفقیت است. این استدلال به زمان گذشته نیز سرایت پیدا می‌کند. اگر بیماری در ترک موفق نبوده است تصور می‌کند که لابد به اندازه کافی "نخواست" است. در حال حاضر نیز باور دارد واقعاً می‌خواهد پس موفق خواهد شد. اما از آن‌جایی که اعتیاد به‌عنوان یک بیماری پیچیده روانی فراتر از صرف خواستن بیماران است، بنابراین در نوبت فعلی هم به

احتمال موفق نخواهد شد. در این صورت در آینده، گذشته را به نفع باورهای خود تغییر داده و بعداً که شکست می‌خورد، درباره این نوبت هم خواهد گفت که "واقعاً" نمی‌خواسته و الا خُب موفق می‌شد!

این تفکر با وجود آن که به ظاهر کودکانه است اما نه تنها نادر نیست بلکه در غیر معتادان نیز شیوع زیادی دارد. شاید نقص آن به مفاهیم بنیادی تری چون مفهوم اراده باز می‌گردد. درمان‌گر باید در جریان درمان به تدریج باور بیمار به جایگاه خاص "اراده، خواستن و انگیزه به‌عنوان شرط لازم و کافی موفقیت" پایان داده و مفاهیم پویاتری را جایگزین آن سازد. مفاهیمی چون: "اراده و انگیزه از وسط ابرها یا آسمان نمی‌آیند"، "هنر پروراندن انگیزه است"، "انگیزه را باید خلق کرد و آن را رشد داد"، "قوی‌ترین انگیزه‌ها بدون اقدامات درست تحلیل می‌روند"، "تکنیک‌ها و قدم‌های درمانی درست هستند که انگیزه شما را تقویت کرده و زنده نگاه می‌دارند نه صرف خواستن شما". برنامه‌ریزی، ایجاد شبکه حمایتی، فعال‌سازی رفتاری، استفاده از بازخورد مثبت اطرافیان، تقسیم وظایف، مدیریت استرس، اتصال عاطفی به دیگران و دوری از شرایط پرخطری همگی مثال‌هایی از تکنیک‌های درمانی هستند که به رشد و زنده ماندن انگیزه کمک می‌کنند.

افسردگی و بی‌حوصلگی

افسردگی در جریان سوء مصرف مواد مخدر به کرات مشاهده می‌شود. حتی این احتمال مطرح است که شیوع افسردگی در اعتیاد به مواد محرک، بیش از سایر مواد باشد. به همین دلیل مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین در مراحل مختلفی از اعتیاد یا بهبودی از خلق افسرده و علایم همراه آن مانند کاهش انرژی، بی‌تفاوتی، عدم توان لذت‌بردن از زندگی و حتی افکار مرگ و خودکشی رنج



شکل ۵-۸: ارتباط افسردگی با سوءمصرف مواد مخدر.

می‌برند. از نظر زمانی، افسردگی به ۴ حالت با اعتیاد به مواد مخدر مرتبط می‌شود (شکل ۵-۸):

۱. قبل از شروع اعتیاد: بیماران قبل از آن که با مصرف مواد آشنا شوند یا مصرف جدی را تجربه کنند، از علایم افسردگی شاکی هستند. آن‌ها یادآور می‌شوند که در دوره نوجوانی بسیار افسرده‌حال بوده و حتی ممکن است برای درمان افسردگی به روان‌پزشک نیز مراجعه کرده باشند. سابقه اقدام به خودکشی نیز در برخی وجود دارد. از آنجایی که به‌طور معمول شروع مصرف مواد مخدر به اوایل دوره جوانی باز می‌گردد، بنابراین حالت افسردگی باید شروعی قبل از آن و در دوره نوجوانی داشته باشد. در این موارد بیمار به شما خواهد گفت که نوجوانی وی با افسردگی شدید همراه بوده‌است. احتمالاً نشانه‌های اختلال شخصیت نیز وجود داشته‌است. اما بیمار متذکر می‌شود که با کشف مواد مخدر تحولی در زندگی او به وجود می‌آید: او یاد می‌گیرد که به کمک مواد مخدر افسردگی خود را مهار کند

و مانند بقیه انسان‌ها از زندگی خود لذت ببرد. به واقع او اعتیاد را نوعی "خوددرمانی"^۱ برای خلق افسرده قلمداد می‌کند. طبیعی است که اثرات خوددرمانی دائمی نبوده و بعد از چند ماه تا چند سال بهره‌بردن از مواد، اثر ضدافسردگی آن مستهلک شده و بیمار مجدداً در حالت افسردگی فرومی‌رود. این نظر که اعتیاد دفاعی در برابر بیماری‌های زمینه‌ای روانی به‌ویژه افسردگی است به فرضیه خوددرمانی اعتیاد معروف است که توسط فردی به نام ادوارد خانتسیان^۲ به‌طور مبسوط توضیح داده شده است. به اعتقاد او اکثر معتادان قبل از اعتیاد مبتلا به بیماری‌های روانی به‌خصوص بیماری‌های خلقی بوده‌اند. به‌دلیل عدم درمان صحیح و به موقع این اختلالات، بیماران مواد مخدر را به‌عنوان ابزاری درمانی به‌کار می‌برند. خانتسیان معتقد بود افرادی که از پرخاشگری و خشم کنترل نشده رنج می‌برند به مصرف مواد افیونی و آن‌هایی که دچار اضطراب و مهارهای درونی هستند به مصرف الکل و مواد آرام‌بخش رو آورده و به آن‌ها معتاد می‌شوند. او هم‌چنین معتقد بوده که افراد افسرده به مصرف کوکائین و مت‌آمفتامین و سایر مواد محرک رومی‌آورند. فرضیه خوددرمانی اعتیاد می‌تواند به‌راحتی شیوع بالای اختلالات روانی و به‌ویژه افسردگی را در معتادان توضیح دهد. در واقع آن‌ها قبل از اعتیاد افسرده بوده‌اند و مصرف مواد تنها افسردگی آن‌ها را برای مدتی پنهان کرده‌است. با قطع مصرف مواد، طبیعی است که خلق افسرده دوباره آشکار می‌شود. این فرضیه با خاطرات بسیاری از بیماران مبنی بر این‌که قبل از اعتیاد دچار افسردگی بودند هم‌خوانی دارد.

1. Self-medication
2. Khantzian

۲. افسردگی در اوج مصرف مواد مخدر: هنگامی که مصرف مواد تشدید می‌شود و وابستگی بیماران به مواد مخدر به اوج خود می‌رسد، برخی از بیماران دچار افسردگی می‌شوند. آن‌ها ابراز می‌دارند که مصرف نه تنها لذت‌بخش نیست بلکه نیاز به استفاده بی‌وقفه و عدم توان کنترل ولع باعث ایجاد دلزدگی، کسلی و بی‌حوصلگی می‌شوند. در این مرحله بیماران یک حس دوگانه و کاملاً متضاد به مواد مخدر پیدا می‌کنند. از یک سو از آن سرخورده شده و علاقه‌مند هستند که دیگر مصرف نداشته باشند. از سوی دیگر فشار ادامه مصرف آن‌ها را به مرز پریشانی می‌کشاند. در این چنین شرایطی است که بیماران از فرط درماندگی و سرزنش خود و خلق ناپایدار دست به خودزنی و حتی خودکشی می‌زنند. عده‌ای از دانشمندان، افسردگی این مرحله را پدیده‌ای بیولوژیک تلقی می‌کنند و مدعی هستند که مصرف عنان‌گسیخته مواد و به‌هم‌خوردن تعادل شیمیایی مغز و ناقل‌های عصبی دلیل بروز این حالات افسردگی و بی‌حوصلگی است. عده‌ای دیگر نیز تفاسیر روان‌شناختی و اجتماعی ارائه می‌دهند و بروز حس درماندگی و استیصال در برابر مواد و عدم توان تحمل نگرش متضاد و تناقض درونی را عامل شکل‌گیری افسردگی می‌دانند. به اعتقاد آن‌ها شرایطی که بیمار از یک سو می‌خواهد مواد را قطع کند و دیگر لذتی از آن نمی‌برد ولی از سوی دیگر توان و قدرت جدا شدن از آن را ندارد، وضعیتی ناپایدار، آزاردهنده و افسردگی‌زاست. شاید هم افسردگی در عمل میراث مخلوطی از عوامل فوق باشد. در هر حال عامل شکل‌گیری خلق افسرده در این مرحله هرچه که باشد، برای بیماران خطر آفرین است و بخش عمده‌ای از اورژانس‌های روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد.

۳. افسردگی بعد از ترک: در عده‌ای از بیماران به محض کنار گذاشتن مواد، علائم افسردگی بروز می‌کند. بیماران مدعی می‌شوند که کاهش انرژی، ناامیدی و گریستن شدید را بعد از ترک مواد تجربه کرده‌اند. این حالات هم بعد از ترک مواد افیونی و هم بعد از ترک مواد محرک مشاهده می‌شود. گاهی علت شکست درمان است. در عده‌ای از بیماران نیز این حالات استمرار وضعیت ۲ یعنی افسردگی در اوج مصرف است. یعنی بیمار در اوج مصرف به حالت افسردگی دچار می‌شود و بعد از ترک هم یا بهبود نمی‌یابد یا آن‌که علائم وی تشدید می‌شوند.

۴. افسردگی دیررس بعد از ترک: این حالت هم در بیماران بسیار شایع است. بیمار بعد از ترک مواد مخدر و پرهیز از مصرف مواد، با سپری شدن چند هفته یا چند ماه، حالات افسردگی را تجربه می‌کنند. بسیاری متذکر می‌شوند که بعد از ترک و در هفته‌های اول از روحیه خوب و وضعیت مساعدی برخوردار بودند اما این دوره خوش‌حالی (در واقع همان ماه غسل) دوام نیاورده و به افسردگی تبدیل می‌شود. بیمار به ادامه درمان بدبین می‌شود و کاهش انرژی، از دست دادن تمایلات و بی‌تفاوتی به اطرافیان را تجربه می‌کند. در این زمان ممکن است از ادامه درمان پشیمان شود و علاقه به مصرف مواد برای رهایی از خلق افسرده پیدا کند. در این حالت یادآوری زندگی گذشته به خصوص دوره قبل از اعتیاد بسیار دردناک بوده و با حس نوعی دلتنگی^۱ برای ایام خوش گذشته همراه است.

با توجه به توضیحات فوق، افسردگی همراه اعتیاد در ۴ قالب وجود دارد. البته مهم است به یاد داشته باشیم که آن‌چه در عمل مشاهده می‌شود مخلوطی

از حالات مذکور است و نمی‌توان همواره بین این قالب‌ها مرزهای دقیقی رسم کرد. در عده‌ای نیز عملاً هر ۴ حالت دیده می‌شود. برای آن که به مکانیسم ایجاد افسردگی در گروه معتادان پی‌ببریم، توجه به موارد زیر بی‌فایده نیست. شاید بتوان آن‌چه در ادامه آمده است را توضیحی برای شکل‌گیری افسردگی در معتادان تلقی کرد:

استفاده از مواد مخدر با احساس سرخوشی و نشئگی همراه است. سبک زندگی مبتنی بر مواد مخدر نیز با مرور زمان مخلوطی از زندگی عادی و سرخوشی‌های افراطی و ناگهانی ناشی از مواد می‌شود. در اوایل مصرف، هر بار استفاده از مواد به بیمار لذت زایدالوصفی می‌دهد که بیمار تا مدت‌ها و گاهی تا آخر عمر آن تجارب را فراموش نمی‌کند. تجربه حالات شدید لذت به افزایش آستانه تحمل به لذت و اثربخشی آن منجر می‌شود. به عبارت ساده‌تر، تجربه کردن لذت شدید باعث می‌شود که استاندارد لذتی بیمار بالا رفته و هر بار انتظار و نیاز به سرخوشی بیشتری داشته باشد. برخی درمان‌گران از این پدیده به‌عنوان افزایش نقطه تعادل "ترموستات" لذت در مغز یاد می‌کنند. بیماری برای حفظ به تعادل لذتی^۱ خود مجبور است یا مصرف مواد را افزایش دهد یا الگوی آن را به روش‌های لذت‌بخش‌تری چون تزریق یا مصرف هم‌زمان چند ماده تبدیل کند. اما این تلاش نیز ابدی نیست و با مرور زمان، بیمار به نقطه‌ای می‌رسد که امکان افزایش اثر لذت‌بخشی مواد وجود ندارد و به گفته آن‌ها "مواد دیگر جواب نمی‌دهد!". در این حالت بیمار مصرف را رها می‌سازد. اما از آن‌جا که نقطه ترموستات بسیار بالاتر از انسان‌های عادی تنظیم شده است، بعد از ترک، بسیاری از اموری که برای مردم عادی، لذت‌بخش است، برای آن‌ها بی‌معنی و بی‌خاصیت است. به همین دلیل بعد از ترک، از زندگی و خوشی‌های معمول در

1. Hedonic equilibrium

آن لذت نمی‌برند و مرتب از کسالت و بی‌حوصلگی شاکی هستند. آن‌ها مشاهده می‌کنند دیگرانی که سابقه اعتیاد نداشته‌اند از معاشرت، گردش در هوای آزاد، رفت و آمد با عزیزان خود، غذاهای معمول و حتی برنامه‌های پیش‌پا افتاده مشغوف می‌شوند اما برای معتادان اموری به مراتب لذت‌بخش‌تر، کاملاً بی‌اهمیت و کسل‌کننده می‌نماید.

افزایش نقطه تعادل ترموستات لذتی، آن‌ها را از بسیاری لذت‌های معمول محروم می‌کند. بنابراین بخش عمده آن‌چه به‌عنوان افسردگی بعد از ترک می‌بینیم در اصل "عدم لذت"^۱ است و نباید آن را با حالاتی چون بیماری‌های خلقی مانند افسردگی ماژور اشتباه کرد. این حالت عدم لذت با مرور زمان و پاک‌ماندن برطرف می‌شود، البته منوط به این‌که بیمار مجدداً به مصرف ماده مخدر رو نیاورد. بعد از مدتی تحمل خلق افسرده و بی‌حوصلگی، نقطه تعادل پایین آمده و کم‌کم امور ساده زندگی جذاب و خوشایند می‌شوند. بیمار نیز از انزوا در آمده و به محیط و جهان بیرون باز می‌گردد. اما متأسفانه، حتی در صورت حفظ پاک‌ی و عدم مصرف مواد مخدر از هر نوع، این فرایند کند بوده و ماه‌ها به طول می‌انجامد. این دیدگاه به "تنظیم لذتی"^۲ نیز مشهور است و می‌تواند قسمت عمده‌ای از حالات افسردگی بیماران را توضیح دهد.

مکانیسم دیگری که در تفسیر علایم افسردگی مورد توجه قرار دارد پدیده "سوگ"^۳ است. بخشی مهمی از خلق پایین، علامت افسردگی نیست بلکه سوگواری به فقدان^۴ است؛ سوگواری به از دست‌دادن زندگی، دوستان، عمر، جوانی و فرصت‌ها. آگاهی بیمار به شرایط، بعد از ترک مواد و رسیدن به حالت

-
1. Anhedonia
 2. Hedonic homeostasis
 3. Grief
 4. Loss

عاری از آن به تدریج افزایش می‌یابد. وی که سابقاً تحت تأثیر مواد بوده و به کمک تخدیر و نشئگی مواد برداشت درستی از محیط و وضعیت خود نداشته است با رسیدن به پاک‌ی، عوارض فردی، خانوادگی و اقتصادی سال‌ها مصرف را درک می‌کند و در واکنش به آن افسرده و غمگین می‌شود. جالب است بیماران خود به این مسئله اشاره می‌کنند. آن‌ها می‌گویند که بعد از پاک‌ی، به‌ویژه اگر اعتیاد سال‌های زیادی طول کشیده باشد، ناگهان به خود آمده و متوجه می‌شوند که زندگی خود را از دست داده‌اند و بعد از سال‌ها نه از بستگان و نه از منابع مالی خبری هست. درحالی‌که هم‌سن‌های ایشان همگی زندگی مشخص و موفق‌تری دارند. البته بیماران خواهند گفت که از سال‌ها قبل این احساس سرخوردگی و سوگ را داشتند اما به محض آن‌که این افکار به سراغ آن‌ها می‌آمد، به کمک دوز اضافه مواد مخدر آن را مهار و سرکوب می‌کردند. حال که دیگر از مواد استفاده نمی‌کنند، عریان و بی‌دفاع در برابر دردهای زندگی قرار دارند!

برای توجیه شکل‌گیری افسردگی، مکانیسم دیگری که مطرح است، تغییر شبکه اجتماعی^۱ بیمار است. با مرور زمان و اثر مخرب اعتیاد، شبکه اطرافیان بیمار تغییر ماهیت می‌دهند و افراد فعال و سالم جای خود را به مجموعه معاشران معتاد و افسرده می‌دهند. بیماران مدعی هستند که دیگر دوست و همکار سالم و غیر معتاد ندارند و بیشتر دوستان آنان معتادان شدیدی هستند که حتی سابقه خودکشی و خودزنی در آن‌ها به کرات دیده می‌شود. از طرفی امروزه این فرضیه طرفداران زیادی پیدا کرده که افسردگی و خلق پایین تا حد زیادی مسری است و وضعیت روانی اطرافیان نقش به‌سزایی در شکل‌گیری آن دارند. با این حساب بخشی از مشکلات روانی معتادان را باید به حساب شبکه

اطراف آن‌ها گذاشت. بدتر این‌که بیماران مدعی هستند که بعد از ترک، به جز شبکه مشکل‌دار سابق، شبکه معاشرتی دیگری سراغ ندارند یا باید در انزوای کامل بمانند یا مجدداً به سوی شبکه سابق خود برگردند. واضح است که هر دو اقدام مخرب است. به همین دلیل است که برخی مطالعات حکایت از آن دارند که بازگشت به اجتماع^۱ مهم‌ترین اقدام در درمان اعتیاد و افسردگی آن است. علاوه بر شبکه اجتماعی، سبک زندگی^۲ نیز در بروز و حفظ حالت افسرده تأثیر دارد. نبود فعالیت‌های مفرح، عدم اشتغال به کار، بی‌هدفی روزمره، چرخه خواب و بیداری به هم‌ریخته^۳، کم‌حرکی و یکنواختی باعث افت خلق در معتادان می‌شود. به همین دلیل برخی مکاتب درمانی معتقدند که اصلاح سبک زندگی و فعال‌سازی رفتاری، سنگ اصلی درمان معتادان است و آن‌چه به‌عنوان افسردگی مشاهده می‌شود نتیجه سبک معیوب فعالیت آن‌ها است. به‌عنوان مثال تنها تنظیم میزان خواب و ساعات به خواب‌رفتن و بیدارشدن اثر معجزه‌آسایی در کاهش علائم افسردگی معتادان دارد. البته این یافته‌ها مختص معتادان نبوده و یکی از روش‌های اصلاح خلق در بیماری دوقطبی، اصلاح سبک زندگی شناخته شده است.

در نهایت بخشی از افسردگی معتادان شباهت زیادی به بیماری افسردگی ماژور و افسردگی دوقطبی دارد و از سبب‌شناسی مشابه آن پیروی می‌کند. البته به نظر می‌آید، شیوع و بروز بیماری افسردگی چه از نوع تک قطبی و چه از طیف چند قطبی در معتادان بیش از جمعیت عادی است. در قسمت فوق مکانیسم‌هایی برای توضیح افسردگی در معتادان ارائه شد. آن‌چه مهم است بدانید این است که هر علامت افسردگی به معنی بیماری

1. Social integration
2. Lifestyle
3. Chaotic

افسردگی نبوده و نیازمند داروی ضدافسردگی نیست. در واقع بخش عمده خلق افسرده، واکنشی و انطباقی است و نه نیازمند درمان دارویی ضدافسردگی است و نه بدان پاسخ می‌دهد. این که کدام افسردگی از دارودرمانی سود خواهد برد و این که برای کدام بهتر است دارو داده نشود از مباحث عمده و تخصصی درمان اعتیاد است.

در هر حال صرف نظر از ماهیت افسردگی، درمان و مقابله با آن یکی از خواست‌های مهم بیماران است و از درمان‌گر می‌خواهند که به آن‌ها کمک کند. این را هم بدانید که متأسفانه درمان و مداخله در این‌گونه حالات خلقی چندان راحت نیست و مراجع علمی نیز در این‌باره متفق‌القول نیستند. به‌ویژه آن‌که یافته‌های علمی محدود بوده و اکثریت آن‌ها از بررسی افراد غیر معتاد استخراج شده‌اند. در این‌گونه مواقع درمان‌گر با سردرگمی مواجه می‌شود. با وجود آن‌که آلگوریتم قاطع و بلامنازعی در مورد درمان افسردگی همراه در اعتیاد وجود ندارد، توجه به گزاره‌های زیر کمک‌کننده است.

۱. مراقب تأکید افراطی و اغراق‌شده در مورد وجود افسردگی قبل از اعتیاد باشید. ضمن آن‌که باید اعتراف کرد که بیماری‌های روانی چون افسردگی سرمنشأ بسیاری از اعتیادها است، اما ظاهراً درباره فرضیه خوددرمانی اعتیاد (فرضیه خانتسیان) تا حدی اغراق شده است. مطالعات دقیق‌تر و به‌ویژه بررسی‌های آینده‌نگر نشان دادند که برخلاف ادعای فرضیه خوددرمانی اعتیاد، بسیاری از معتادان قبل از شروع اعتیاد مبتلا به افسردگی نبوده‌اند یا اگر هم افسرده بوده‌اند، در حد تشخیص بیماری افسردگی و اختلال بالینی نبوده و جنبه شکایت از خلقِ گه‌گاه افسرده داشته است. تمایزات سه‌گانه خانتسیان مبنی بر این‌که افراد پرخاشگر به سمت مواد افیونی، افراد مضطرب به سوی الکل و آرام‌بخش‌ها و افراد

افسرده به سوی مواد محرک می‌روند نیز از بوته آزمایش، چندان سربلند بیرون نیامد و تنها همبستگی متوسطی بین حالات اضطرابی و مصرف الکل و آرام‌بخش‌ها در خانم‌ها مشاهده شد. در واقع مطالعات بعدی نشان دادند که آنچه باعث تمایل افراد به مصرف مواد مخدر (اعم از افیونی، محرک یا آرام‌بخش) می‌شود، بیشتر وجود حالتی فراگیر و عمومی به نام "بدتنظیمی عاطفی"^۱ یا "هیجانی"^۲ است.

۲. در جریان برخورد با معتادان با موارد زیادی مواجه خواهید شد که مراجع اصرار دارد که حالات افسردگی مشوق و انگیزه مصرف مواد بوده است. آن‌ها در شرح حال خود واضحاً، افسردگی و اضطراب را مقدم بر شروع اعتیاد می‌دانند و درمان‌گر با مشاهده این بیماران به فرضیه "خوددرمانی" بیش از پیش ایمان می‌آورد. در این گونه موارد لطفاً قدری هشیار باشید؛ بسیاری از بیماران تقدم و تأخر افسردگی و اعتیاد را اشتباه می‌کنند و در یادآوری ترتیب آن‌ها دچار "خطای یادآوری"^۳ می‌شوند. یعنی در اغلب موارد افسردگی را پررنگ‌تر و زودرس‌تر از آنچه بوده گزارش می‌کنند. مطالعات آینده‌نگر - یعنی مطالعاتی که به بررسی این دو پدیده قبل از بروز در بیماران می‌پردازند - نشان داده‌اند که در بسیاری از موارد که بیمار افسردگی را قبل از اعتیاد می‌داند، درست نبوده یا افسردگی بعد از اعتیاد ظاهر شده یا این که قبل از اعتیاد با آن شدتی نبوده که مشکل جدی تلقی شود. شاید یکی از دلایل این سوگیری به انگ اجتماعی و احساس سرزنش خود برگردد. احساس این که فردی افسرده و اصولاً بیمار بوده و به خاطر اطفاء مشکلات روانی به مصرف رو

1. Affective dysregulation
2. Emotional dysregulation
3. Recall bias

آورده است هم برای بیمار و هم برای خانواده و جامعه مقبول‌تر است و بار سرنش کمتر می‌دارد. بالاخره فرق است بین لذت‌طلبی و جنگیدن با افسردگی! حتی دولتمردان نیز به پررنگ‌شدن نقش فرضیه خوددرمانی علاقه دارند زیرا به کمک آن راحت‌تر می‌شود اعتیاد را بیماری و نه مشکل اخلاقی قلمداد کرد. در هر حال صرف نظر از مبانی نظری، در فعالیت بالینی باید مراقب بود که فرضیه خوددرمانی بیش از آن‌چه که هست، پررنگ نشود. اتکای بیش از حد به مفهوم خوددرمانی و افسردگی زمینه‌ای باعث می‌شود که بیماران در برخورد و مقابله با افسردگی کمتر به نقش اعتیاد و مصرف مواد در ایجاد علایم توجه نمایند و به دنبال ریشه مشکلات خود در زمان‌های دوردست و قبل از مصرف مواد بگردند. آن‌ها ممکن است تصور کنند تا ریشه افسردگی آن‌ها شناسایی و درمان نشود، خلق منفی را تجربه خواهند کرد. این باعث می‌شود تا درمان افسردگی را پیش‌شرط درمان اعتیاد بدانند. این درحالی است که بسیاری از موارد افسردگی برخلاف تصور بیمار الگوی ۱ (افسردگی قبل از اعتیاد) نبوده و در اصل الگوی ۲ (افسردگی ناشی از اعتیاد) هستند. در بندهای بعدی به نقش مصرف مواد در شکل‌گیری افسردگی اشاره می‌شود.

۳. افسردگی حین مصرف با قطع مصرف مواد مخدر (یا در مورد مواد افیونی با قرارگرفتن بر روی درمان نگهدارنده) به سرعت برطرف می‌شود. این یافته به قدری چشمگیر است که باعث تعجب درمان‌گران می‌شود. بیمارانی که با افسردگی شدید و احياناً اقدام به خودکشی به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند، بعد از چند روز پرهیز از مصرف مواد بهبود یافته و به حالت طبیعی می‌رسند. بنابراین در حالات افسردگی توأم با مصرف عنان‌گسیخته و شدید مواد مخدر بهترین راه درمان افسردگی قطع ماده

مخدر است. انتظار می‌رود حداکثر طی یک ماه و در عمل معمولاً طی ۱ یا ۲ هفته علائم خلقی حتی بدون درمان ضدافسردگی برطرف شوند.

۴. افسردگی بعد از ترک در اغلب موارد همان علائم محرومیت یا علائم قطع مصرف است. چه در مصرف مواد افیونی و چه در مواد محرک، قطع ناگهانی مصرف می‌تواند به بروز حالات غمگینی، ناامیدی، کاهش انرژی، گریه کردن، افکار مرگ و سیرشدن از زندگی منجر گردد. این علائم بیماری افسردگی نبوده و واکنشی هستند. با گذشت ۱ یا ۲ هفته به سرعت برطرف شده و بیمار به حالت عادی باز می‌گردد. به ندرت ممکن است این حالات بیش از یک ماه طول بکشند. اما در برخی موارد علائم برطرف نشده یا بعد از مدتی بهبودی در قالب الگوی ۴ افسردگی (دیررس) ظاهر می‌شوند.

۵. افسردگی دیررس اغلب ناشی از سبک زندگی معیوب، عدم فعال‌سازی رفتاری، فقدان شبکه اجتماعی نامناسب و واکنش سوگ به گذشته است. طبیعی است که در هیچ‌یک از موارد مذکور، دارودرمانی ضدافسردگی جایگاه اول را ندارد و مداخلات روانی - اجتماعی در اولویت هستند. شاید به همین دلیل است که مشاهده می‌شود بیمار از گروه‌های خودیاری که مخالف استفاده از هر نوع دارو در دوره پرهیز و بهبودی هستند، نتیجه بهتری می‌گیرد. زیرا از یک طرف آن‌چه وجود دارد در اصل افسردگی

افسردگی حین اوج مصرف یا بعد از ترک (نوع ۲ و ۳) با قطع مصرف مواد مخدر یا ثابت شدن بر روی آگونیسست در درمان نگهدارنده، به سرعت برطرف می‌شود.

نیست بلکه واکنش است و این گروه‌ها در ایجاد شبکه جدید معاشران، اصلاح سبک رفتاری، همدردی با بیمار و تشویق فعال‌سازی وی موفق عمل می‌کنند.

۶. در صورتی که کلیه موارد فوق رد شوند، در این صورت این امکان وجود دارد که بیماری افسردگی (چه ماژور و چه دوقطبی) در کار باشد. در این صورت باید مانند موارد افسردگی در روان‌پزشکی عمومی با این حالات برخورد کرد و به مداخلات معمول درمانی پرداخت. استفاده از داروهای ضدافسردگی و تثبیت‌کننده خلق مانند لیتیوم و والپروات سدیم توجیه پیدا می‌کند. وجود افسردگی شدید و به‌خصوص دوقطبی در بستگان درجه یک، وجود حالات افسردگی مستند و جدی قبل از شروع اعتیاد در بیمار و همچنین بقای علائم افسردگی با وجود ترک مصرف مواد مخدر و شرکت فعال در برنامه‌های روان‌درمانی باید ظن درمان‌گر را به وجود بیماری افسردگی (چه تک قطبی و چه دو قطبی) برانگیزد.

۷. آیا استفاده از داروهای ضد افسردگی در مواردی غیر از بند ۶ توجیه دارد؟ اگر بیمار از افسردگی حین اوج مصرف یا بعد از ترک رنج می‌برد چه قدر صحیح است که برای وی دارو تجویز شود؟ جدول ۲-۸ به مقایسه فواید و مضار استفاده از درمان‌های متعارف ضد افسردگی در این‌گونه حالات اشاره دارد. بدیهی است که درمان‌گر باید تنها بعد از در نظر گرفتن شرایط بیمار، باورها و نیازهای خاص وی، شدت افسردگی، سابقه درمان‌های قبلی و میزان فعال‌سازی و سبک زندگی استفاده از دارو را در نظر بگیرد. استفاده نابه‌جا از دارو بی‌ضرر نیست.

۸. توجه داشته باشید که افکار جدی خودکشی و اقدام به آن، یک اولویت درمانی است و صرف نظر از ماهیت افسردگی باید در اولویت قرار گیرند.

اگر ماهیت افسردگی از نوع علائم محرومیت بعد از ترک یا خلق افسرده اوج مصرف باشد که اشاره شد با توقف مصرف مواد مخدر به سرعت برطرف می‌شود، بازهم خطر خودکشی می‌تواند جدی باشد. به همین دلیل در صورت وجود شواهد و قرائن باید مداخلات درمانی از جمله بستری، استفاده از الکتروشوک و دارودرمانی فشرده و سنگین مد نظر قرار گیرد.

جدول ۲-۸: فواید و مضرات دارودرمانی افسردگی در سوء مصرف مواد مخدر

مضرات درمان دارویی	فواید درمان دارویی
	◀ درمان بخشی از علائم (مانند بی‌خوابی، بی‌اثری دارو اضطراب، بی‌اشتهایی ...)
	◀ امکان درمان خلق افسرده در برخی بیماران
	◀ تحمل عوارض داروها
	◀ بهره‌مندی از اثر قابل توجه دارونما (پلاسبو)
	◀ تحمل هزینه دارو
	◀ ابزاری برای تقویت ارتباط پزشک و بیمار
	◀ امکان تبدیل (شیفت) به حالات مانیا در افراد مستعد (دو قطبی)
	◀ نیاز به نوعی مداخله در افرادی که در معرض خطر خودکشی هستند
	◀ سرخوردگی بیمار و سلب اعتماد از پزشک در صورت بی‌اثر بودن دارو
	◀ امکان افزایش ماندگاری و کاهش وسوسه تقویت "سبک مقابله دارویی - شیمیایی" در برخی بیماران توسط برخی داروها (بوپروپیون، SSRIs)
	◀ امکان غفلت از روان‌درمانی و معطوف شدن توجه به سوی دارودرمانی کم‌اثر
	◀ امکان سوء مصرف برخی داروهای تجویز شده (آمی‌تریپتیلین، ایمی‌پرامین)

راهکارهای مداخله در افسردگی

در مبحث "افسردگی و بی‌حوصلگی" اشاره شد که ابتلا به حالات افسردگی در اعتیاد می‌تواند در قالب ۴ الگوی زمانی خاص بروز کند. در ضمن چنان‌که به یاد داشته باشید، متذکر شدیم که اکثریت این حالات بیماری افسردگی نبوده و واکنشی با مصرف مواد، قطع آن یا عوارض روانی - اجتماعی آن است. حالات حین یا اوایل ترک با قطع مصرف مواد مخدر یا استقرار بر روی آگونیست (در مورد مصرف مواد افیونی) در زمان کوتاهی (کمتر از یک‌ماه) برطرف می‌شود. اما الگوی ۴ - یعنی دیررس بعد از ترک - مقاوم‌تر بوده و گاهی ماه‌ها به‌طول می‌انجامد. در واقع این نوع افسردگی اتفاقاً بعد از ماه‌ها پرهیز یا استقرار بر روی آگونیست ظاهر می‌شود و نتیجه مصرف مستقیم یا محرومیت از قطع ناگهانی نیست. درمان‌گران نیز اشاره دارند که این حالت مقاوم بوده و موجب آزار بیمار می‌شود. بیماران نیز ممکن است برای فرار از این حالات بی‌حوصلگی و افسردگی دیررس به سوی مصرف مواد مخدر باز گردند. بنابراین برای حذف این الگو (نوع ۴) صرف دوربودن از مواد، اثر فوری ندارد. برای کمک به این الگو مداخلات و راهکارهای زیر توصیه می‌شود. رعایت و به‌کاربردن مجموعه‌ای از آن‌ها، تا حد زیادی به کاهش و محدودشدن افسردگی منجر می‌شود. برخی از مداخلات نیز باید قبل از بروز افسردگی مورد استفاده قرار گیرند تا بروز خلق افسرده به تأخیر افتد یا تقلیل یابد. یعنی نقش پیشگیرانه دارند.

۱. **تقویت حس حمایت درمان‌گر و اتصال بیمار به وی:** اعتیاد مشکلی است که باعث طرد بیمار توسط بستگان و دوستان می‌شود. یکی از ابر استرس‌های مصرف مواد این است که بیمار جایگاه و اعتبار خود را نزد دیگران از دست می‌دهد. بیماران بی‌احترامی و بی‌اعتمادی خانواده و عدم توجه دیگران به گفته‌ها و ادعاهای خود را بسیار دردناک می‌دانند و حالات مذکور در واقع

یکی از انگیزه‌های درمان ذکر می‌کنند. مطالعات عصب‌شناختی نیز نشان داده‌اند که طردشدن یک عامل ناپایدارکننده در مغز معتادان بوده و با ایجاد اختلال در تصمیم‌گیری، خویشتن‌داری و تنظیم خلق در آن‌ها همراه است. شاید همه شما این تجربه را داشته باشید که بعد از آن که مورد سرزنش قرار می‌گیرید ناگهان احساس "وارفتن"، سستی و کاهش انرژی می‌کنید و ساعت‌ها طول می‌کشد تا توان خود را باز یابید و به خلق نرمال بازگردید. این همان واکنش به طردشدگی است. جالب است که حمایت یا بازخورد مثبت دیگران به افزایش ناگهانی روحیه شما منجر می‌شود. اگر مردم عادی به "نه" شنیدن، سرزنش و رهاشدن توسط عزیزان حساس هستند، معتادان بعد از کنار گذاشتن مواد مخدر از مردم عادی نیز به مراتب از این منظر آسیب‌پذیرترند. روان‌درمانی و مشاوره به بیمار این فرصت را می‌دهد که با درمان‌گر خود یک رابطه غیر طردکننده، غیر قضاوتی با ثبات برقرار کند. درمان‌گر با پذیرش^۱ بیمار و هویت او، قسمت عمده‌ای از خلق منفی ناشی از طردشدگی را برطرف می‌سازد. بیماران ابراز می‌دارند که تماس با مشاور و این که او در دسترس است و به مشکلات آن‌ها توجه دارد بسیار امیدبخش بوده و خلق آن‌ها را بالا می‌برد. این جمله که هر بار جلسه مشاوره می‌روم تا مدتی "شارژ" هستم و روحیه‌ام خوب است به دفعات شنیده می‌شود. درمان‌گر با نگرش مثبت غیر مشروط^۲ خود به تثبیت خلق بیمار کمک می‌کند.

۲. طبیعی و گذرادانستن افسردگی: راهکار دیگری که درمان‌گر در برخورد با افسردگی بیماران در پیش می‌گیرد، روشن‌سازی این مطلب است که خلق افسرده کاملاً طبیعی بوده و قرار نیست که تا ابد باقی بماند. این خلق بخشی

1. Acceptance

2. Unconditional positive regard

از فرایند بهبودی است و نه تنها نباید از آن ترسید بلکه از آن به‌عنوان راهنمایی برای تغییر سبک زندگی و رهاکردن گذشته‌ای ناموفق استفاده کرد. علائم افسردگی سوگواری برای گذشته، آن‌چه داشته و آن‌چه از دست داده، سال‌های مغالزه با مواد و اعتیاد و سرانجام دردناک آن است. مانند هر فرایند سوگ باید آن را سپری کرد. این‌جاست که ممکن است تلاش درمان‌گر یا بیمار برای مرتبط‌دانستن افسردگی الگوی ۴ با الگوی ۱ مخرب بوده و به ضرر بیمار تمام می‌شود. بهتر است بیمار افسردگی را علت و عارضه سال‌ها تخریب بداند تا زمینه‌ای که از قبل بوده و بعد از سال‌ها اعتیاد دوباره زنده شده است.

۳. اصلاح سبک زندگی: سبک زندگی آشوب‌گونه و بی‌نظم معتادان به تداوم علائم خلق منجر می‌شود. بیماران باید به فعالیت‌های روزمره خود شامل خواب، ورزش، کار و استراحت نظم بدهند. شب‌زنده‌داری‌های متعدد، دیر بیدارشدن‌ها، کار افراطی و فعالیت فیزیکی نامنظم بر خلق اثر مخرب می‌گذارد. این‌که فرد یک‌روز چند شیفت کار کند، تمام روز دیگر را به ورزش بپردازد و ۲ روز بعد را در خواب سپری کند به خلق وی کمکی نخواهد کرد. درمان‌گر سعی می‌کند فعالیت‌های بیمار را نظم داده و از تغییرات ناگهانی و آشوب‌گونه آن بکاهد.

۴. بازسازی شبکه اجتماعی: چنان‌که از مباحث قبلی به یاد داشته باشید، شبکه اجتماعی^۱ اطراف ما در تنظیم خلق و رضایت‌مندی ما از زندگی نقش عمده‌ای دارد. شبکه اجتماعی معتادان یا از مصرف‌کنندگان دیگر و انبوه مشکلات خلقی و رفتاری آن‌ها تشکیل شده است یا اصولاً وجود خارجی ندارد. در هر صورت بعد از ترک مصرف، بیماران خود را در خلایبی از شبکه

دوستان و همکاران می‌یابند. هیچ حمایت، انرژی یا بازخورد مناسبی از شبکه دریافت نمی‌شود. وظیفه درمان‌گر ترغیب بیمار به سوی بازسازی سریع شبکه اجتماعی به دور خود است. این مطلب هم بهتر است قبل از بروز افسردگی صورت گیرد. زمانی که افسردگی و بی‌حوصلگی آن شکل می‌گیرد بعید است بیمار بتواند به جست‌وجوی انسان‌ها رفته و با خلق افسرده خود، شبکه‌ای شاد و انرژی‌زا بسازد. در دوره ماه غسل درمان و بهبودی هفته‌های اول، بیمار باید دست به کار شده و به تقویت این شبکه اقدام کند. یافتن دوستان جدید، پاتوق‌هایی برای گردآمدن، یارانی برای فعالیت‌های تفریحی و سپری‌سازی اوقات فراغت و افرادی برای رجوع در هنگام کسلی و استرس از جمله این موارد هستند. چنین به نظر می‌رسد که یکی از رموز موفقیت گروه‌های خودیاری چون معتادان گمنام و کنگره ۶۰ کمک در به وجود آوردن شبکه‌ای بزرگ و جدید در اطراف بیمار تازه ترک کرده است. متأسفانه یکی از مشکلات درمان معتادان در ایران نبود کلوپ، پاتوق و محل تجمع برای فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی معتادان بعد از ترک است.

۵. فعال‌سازی رفتاری: فعالیت پایه روزمره شامل کار و تحرک بدنی و همچنین انجام امور مفرح و روح‌بخش در تنظیم خلق بسیار بااهمیت است. برخی بیماران بعد از قطع مصرف مواد مخدر به باور یا بهانه این‌که مواد را کنار گذاشته‌اند ممکن است تصور کنند اقدام دیگری برای سلامت لازم نیست. یعنی اگر مواد را کنار گذاشتی و طرف آن نرفتی، اتفاق دیگری لازم نیست بیفتد و موفق شده‌ای. برای همین است که مفهوم پاکی و آزمایش ادرار منفی در ذهن آن‌ها و خانواده‌شان بسیار پررنگ می‌شود. به این جنبه از درمان جنبه "بازدارنده" هم گفته می‌شود. اما طب اعتیاد نشان داده که برای جداسدن از اعتیاد و بهبود آن فقط جنبه بازدارنده و موفقیت در آن کافی

نیست. بلکه جنبه دیگری وجود دارد که از آن به عنوان وجه سازنده یاد می‌شود به این صورت که علاوه بر دوری از مواد و منفی شدن آزمایش‌ها لازم است کار، تفریح، معاشرت و سایر امور زندگی نیز به حالت طبیعی برگردد. به عبارت دیگر بیماران به جامعه خود بازگردند^۱. به اعتقاد ما این وجه نه تنها به اندازه وجه بازدارنده اهمیت دارد که شاید از آن هم مهم‌تر باشد. بیماری که بعد از درمان موفق شده مرتب سرکار برود، ورزش را از سرگیرد، برای خود سرگرمی و تفریح مناسب دست و پا کند و با عده‌ای رفقای غیر معتاد ساعات خوشی را سپری کند بسیار موفق‌تر از کسی است که ماه‌ها است لب به مواد زده ولی اوقات خود را تنها پای تلویزیون در منزل سپری می‌کند. بیمار اخیر دیر یا زود افسرده شده (الگوی ۴) و مجدداً به فکر مواد خواهد افتاد. بنابراین خانواده‌هایی هم که صرفاً آرزو دارند معتادشان مواد را کنار بگذارد و هیچ چیز دیگری برای آن‌ها مهم نیست، سخت در اشتباه هستند. آن‌ها همان قدر و شاید هم بیشتر از آن‌که به جواب آزمایش حساس هستند و گاهی درمان‌گر را برای نتیجه آن تحت فشار می‌گذارند باید به میزان فعال‌سازی بیمار هم حساس باشند. چرا بیمار تفریح ندارد؟ اوقات او چگونه می‌گذرد؟ آیا سرگرمی جدید یا دوست مناسبی پیدا کرده است؟ تحرک بدنی چه‌طور است؟

۶. دوری از کنترل و مهار وسوسه: کنترل و مهار وسوسه منجر به بهبود خلق و انرژی در بیماران می‌شود. در صورتی که بیماران با استفاده از تکنیک‌های مهار وسوسه بتوانند میل به مصرف مواد را خنثی کنند کمتر دچار افسردگی می‌شوند. ظاهراً تحمل مداوم وسوسه اثر تخریبی بر روحیه بیماران داشته و نوعی استهلاک روانی^۲ ایجاد می‌کند. نیاز مکرر به سرکوب یک میل و حس

1. Social integration

2. Burnout

درماندگی به هنگام هجوم نیاز به مصرف باعث تضعیف قوای اجرایی مغز می‌شود. در سلسله پژوهش‌هایی، محققان نشان دادند که اگر از انسان‌ها خواسته شود میل خود را مهار کنند (مانند میل به مصرف شکلاتی که در مقابل آن‌ها قرار داده شده‌است) سریع‌تر خسته شده و زودتر دست از کار می‌کشند. به این پدیده خستگی یا تخلیه اگو^۱ نیز گفته می‌شود. برای مغز مهار وسوسه و سرکوب امیال، انرژی‌بر و خسته‌کننده است. حال تصور کنید بیماری در طی روز ساعت‌ها در معرض وسوسه شدید قرار گیرد و در عین حال نتواند از طریق مصرف میل خود را اطفاء نماید. اگر بیماران از راه اجتناب از شروع‌کننده و تکنیک‌های آنی مهار وسوسه (مانند استحمام، انجام حرکات ورزشی، کمک‌گرفتن از راهنما و ...) از میزان وسوسه روزانه خود بکاهند به تدریج از خلق بهتری برخوردار خواهند شد.

۷. کنترل و تقلیل استرس‌ها: بسیاری از آن‌چه افسردگی نامیده می‌شود در اصل اشکال در انطباق است و بیماران ناتوان از کنار آمدن و حل استرس‌ها دچار واکنش افسردگی می‌شوند. در این شرایط، افزودن توانایی‌ها و مهارت‌های بیمار در حل مسئله و تقلیل استرس‌های وی بهترین مداخله در درمان علایم افسردگی است.

۸. روان‌درمانی شناختی و اصلاح باورها: احساس درماندگی در مقابل مواد مخدر، نگرش منفی درباره خود، ناامیدی درباره آینده، بدبینی به اطرافیان و عدم احساس تسلط بر مشکلات باعث می‌شود که بیماران در برخورد با وقایع بعد از ترک دچار افکار منفی و خلق افسرده شوند. مداخلات شناختی که در برنامه‌های روان‌درمانی دنبال می‌شوند بسیار کمک‌کننده هستند.

وجه بازدارنده و سازنده در درمان اعتیاد

درمان وابستگی به مواد مخدر دارای دو جنبه است. یکی جنبه بازدارنده به این معنی که بیمار مصرف مواد مخدر خود را متوقف دارد. آزمایش‌های ادرار وی منفی شود و حالت وسوسه و اشتیاق به مصرف در ایشان برطرف شود. این وجه در افکار عمومی، بیماران و خانواده آن‌ها بسیار پررنگ است و اصولاً در گفتمان عام وقتی صحبت از درمان اعتیاد می‌شود منظور این است که "دیگر مصرف مواد صورت نگیرد". درمانی نیز موفق تلقی می‌شود که بهتر از بقیه بتواند جلوی مصرف مواد مخدر و رفتارهای مرتبط با آن را در بیمار بگیرد یا به اصطلاح او را بازدارد. از آن‌جا که مصرف مواد در این وجه نشانی از شکست درمان است، افرادی که این جنبه از درمان را خیلی برجسته می‌کنند تأکید افراطی بر آزمایش ادرار، پاک‌ی و اجتناب از هرگونه مصرف دارند.

سال‌ها بررسی و تجربه در حوزه درمان اعتیاد نشان داد که قطع مصرف و دورماندن از مواد هرچند لازمه موفقیت است اما به تنهایی نمی‌تواند تضمین‌کننده بوده و ظاهراً کافی نیست. بیماران مدتی به‌عنوان مثال ۳ یا ۴ ماه از مصرف مواد دور می‌شوند اما سرانجام مجدداً به مصرف رو می‌آورند. این بازگشت به قدری واضح و شایع است که عده‌ای را به این فکر بدبینانه رسانده که اعتیاد درمان ندارد و افراد حتی بعد از مدتی پاک‌ی موفق و حذف وسوسه و هرگونه میل به مصرف، باز هم عود می‌کنند. این جاست که باید در کنار وجه بازدارنده به وجه دیگری از درمان اعتیاد اشاره کرد. وجهی که در آن دیگر شاخص‌های موفقیت آزمایش ادرار منفی، نبود وسوسه و پرهیز نیست. به این وجه، وجه سازنده گفته می‌شود. این بُعد از درمان به میزان بازسازی آسیب‌های روانی اعتیاد و بازگشت به کارکرد طبیعی اشاره دارد. این که بیمار علاوه بر پرهیز یا حتی فارغ از پرهیز از مواد مخدر، چه‌قدر در بازگشت به زندگی معمول،

بازگشت به کارکرد طبیعی، زندگی نرمال، یافتن دوستان جدید و سرگرمی‌های سالم و در یک کلام بازگشت به اجتماع از عدم مصرف مواد مخدر مهم‌تر است اما متأسفانه مورد غفلت قرار می‌گیرد.

معاشرت سالم، تفریح، ورزش، کسب درآمد، ادامه تحصیل، مقبولیت در حلقه دوستان، کسب موقعیت اجتماعی و ورود به شبکه سالم اطرافیان موفق بوده است. به بیان دیگر چه قدر زندگی خود را بازسازی کرده است. بخشی از فعالیت‌های سازنده در قالب مداخله‌ای به نام بازتوانی^۱ صورت می‌گیرد. گاهی نیز این لغت مترادف فعالیت‌های سازنده به کار می‌رود.

مطالعات نشان داده‌اند که وجه دوم به‌طور خودبه‌خود از موفقیت در وجه اول به دست نمی‌آید و صرف دورماندن از مواد مخدر برای بازسازی زندگی کافی نیست. هردو وجه باید پوشش داده شوند. جالب است که این دوگانه‌نگری شباهتی به مقوله‌های مشابه در سایر بیماری‌های روانی دارد. به‌عنوان مثال در درمان علایم بیماری اسکیزوفرنی، علاوه بر این که بیمار باید از علایم مثبت پسیکوز یعنی توهم و هذیان عاری شود باید بر علایم منفی بیماری چون بی‌انگیزگی، بی‌تفاوتی، کاهش انرژی، گوشه‌گیری و کم‌حرکی نیز غلبه کند. اما اصولاً حساسیت عوام به علایم دسته اول بیشتر است و مداخله جهت دسته دوم یا دست کم گرفته می‌شوند یا کلاً ضروری دیده نمی‌شوند.

در طب اعتیاد با افزایش تجربه و تبحر درمان‌گران، وقوف به جنبه‌های سازنده و نیاز به اعمال آن‌ها نیز بیشتر می‌شود. گاهی اوقات درمان‌گر این احساس را دارد که پیش‌آگهی بیماری که ماه‌ها هیچ آزمایش مثبتی از نظر مواد

مخدر نداشته است اما از تفریح ساده، پیدا کردن دوست جدید یا رفتن به سرکار عاجز است به مراتب بدتر از بیماری است که در کارهای اخیر موفق بوده ولی چند آزمایش مثبت را در کارنامه خود ثبت کرده است.

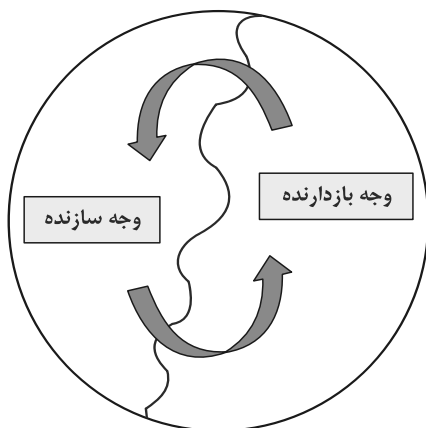
متأسفانه بخش سازنده درمان مورد غفلت قرار می‌گیرد. به همین دلیل در برنامه‌های ساختاری درمان اعتیاد، بعد از تأکید بر توقف مصرف و مقابله با وسوسه، جلسات درمانی به تدریج بر روی جنبه‌های فعال‌سازی و بازگشت به اجتماع متمرکز می‌شوند. دیگر صحبت بر این نیست که هفته گذشته مصرف مواد وجود داشته یا نه، بلکه این است که در هفته گذشته چه قدر بیمار تفریح کرده؟ چند دوست جدید پیدا کرده؟ توانسته است چیزی تازه و دل‌انگیز تجربه کند؟ مطلب جدیدی آموخته یا معاشرتی سودمند انجام داده است؟ آیا بیمار توانسته مهارت‌هایی فردی برای ورود به بازار کار و ارتقا جایگاه اجتماعی خود کسب کند؟ نکته مهمی که لازم است ذکر شود این است که دو جنبه اثر متقابل بر یکدیگر نیز دارند.

بیمارانی که تنها از مصرف مواد خودداری می‌کنند اما در حوزه بازگشت به اجتماع فعال نیستند، دیر یا زود در حوزه بازدارنده نیز دچار اشکال می‌شوند و با گذشت زمان وسوسه و مصرف مواد مخدر مجدداً به سراغ آن‌ها می‌آید. این همان پدیده‌ای است که درمان‌گران به کرات شاهد آن هستند؛ بیمار بعد از ۶ ماه حضور به ظاهر موفق در برنامه متادون که با آزمایش‌های منفی مورد تأیید قرار گرفته است، بنای ناسازگاری گذاشته و به مصرف شیشه یا گریز از برنامه متادون رو می‌آورد^۱. بیماری که ۸ ماه پاکي را در گروه معتادان گمنام تجربه

۱. این پدیده یکی از شکایات عمده درمان‌گران مراکز درمان نگهدارنده است. بیماران ظاهراً به یک دیوار می‌رسند و بهبودی متوقف می‌شود. اقدام نادرستی که درمان‌گران - به احتمال زیاد از روی ناچاری انجام می‌دهند - افزودن دوز آگونیست است. اقدامی که هیچ کمکی نکرده و حتی ممکن است رونده سازنده را نیز به دلیل اثرات جانبی متادون زیاد مختل‌تر سازد.

کرده، به یکباره عود می‌کند. بیمار دیگر ۴ ماه روان‌درمانی را با موفقیت طی می‌کند اما چون به اجتماع و کارکرد طبیعی بازنگشته است، بعد از قطع روان‌درمانی عود می‌کند. شاید معمای درمان‌های ناموفق در مراکز اقامتی و نگهداری نیز این‌گونه قابل توجیه باشد. بیمار با حضور در کمپ، بازداشتگاه یا مرکز درمانی از مصرف مواد باز می‌ماند و این جنبه تکمیل می‌شود اما از آن‌جا که در مراکز نگهداری به ندرت بر روی جنبه سازنده اقدامی صورت می‌گیرد، بیمار به محض مرخصی، آسیب‌پذیر شده و سریعاً عود می‌کند. عکس این مطلب نیز صحت دارد. استمرار حس وسوسه و مصرف کنترل‌نشده مواد مخدر بر روحیه و انگیزه بیمار برای بازگشت به اجتماع اثر منفی دارد. بیمارانی که نمی‌توانند مصرف خود را متوقف کنند و کماکان به مواد و نشنگی به‌عنوان پدیده‌ای جذاب می‌نگرند یا تکنیک‌های مهار وسوسه را به‌درستی به‌کار نبسته و ولع مواد آن‌ها را آزار می‌دهد، در یافتن دوستان جدید، سرمایه‌گذاری روانی بر روی فعالیت‌های جایگزین و فعال‌سازی دچار مشکل می‌شوند (شکل ۶-۸).

برنامه مدون درمان وابستگی به مواد افیونی - ماتریکس - سعی دارد در قالب جلساتی این نقص را پوشش دهد. در جلسات مختلفی جنبه‌های بازگشت به زندگی و فعال‌سازی مورد تأکید قرار می‌گیرد. بیمار تشویق می‌شود تا اقداماتی را به عمل آورد و نتایج آن را با درمان‌گر خود به بحث بگذارد. اقدامات سازنده‌ای که در جلسات ماتریکس مورد توجه قرار می‌گیرند در جدول ۳-۸ قید شده‌اند. لازم است که درمان‌گر اهمیت جنبه سازنده درمان اعتیاد را برای بیمار و خانواده وی توضیح دهد و آن‌ها را ترغیب کند که این بُعد را مد نظر قرار دهند. پیروی از دستور جلسات برنامه‌های روان‌درمانی ساختاری به این مطلب کمک می‌کند.



شکل ۶-۸: دو وجه بازدارنده و سازنده مکمل یکدیگر در درمان اعتیاد هستند.

جدول ۳-۸: اقدامات سازنده مورد توجه در جلسات ماتریکس

جلسه مربوطه	اقدام سازنده
۱۳	◀ تلاش برای تقلیل بی‌حوصلگی عمدتاً از راه افزایش فعال‌سازی رفتاری
۱۴	◀ تأکید بر فعالیت‌های پیش‌گیرنده که به‌طور عمده فعالیت‌های سازنده هستند.
۱۵	◀ اجتناب از فعالیت‌های مستعدکننده که در اکثریت موارد نشان از رفتار منفعل و غیر سازنده هستند.
۱۶	◀ تلاش برای بازگشت به کار و فعالیت شغلی
۱۸	◀ تلاش برای پرکردن اوقات فراغت، یافتن سرگرمی جدید و تفریح



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دقت سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

الگوی تغییر یافته ماتریکس

کتابچه شماره ۱

نویسنده: دکتر آذرخش مکرری



فهرست مطالب

- جلسه ۱: چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)..... ۴
- جلسه ۲: شروع‌کننده‌ها (برانگیزاننده‌ها، تلنگرها و ...)..... ۸
- تکلیف جلسه دوم..... ۱۰
- جلسه ۳: سیر بهبودی..... ۱۱
- جلسه ۴: شروع‌کننده‌های بیرونی..... ۱۴
- تکلیف جلسه چهارم..... ۱۷
- جلسه ۵: شروع‌کننده‌های درونی..... ۱۸
- جلسه ۶: مشکلات عمده در بهبودی: (۱) بی‌اعتمادی خانواده..... ۲۲
- تکلیف جلسه ششم..... ۲۴
- جلسه ۷: مشکلات عمده در بهبودی: (۲) کاهش انرژی و توان..... ۲۵
- تکلیف جلسه هفتم..... ۲۷
- جلسه ۸: مشکلات عمده در بهبودی: (۳) مصرف نابه‌جای دارو و مواد دیگر
- به‌عنوان جایگزین..... ۲۸
- تکلیف جلسه هشتم..... ۳۱
- جلسه ۹: وسوسه..... ۳۲
- تکلیف جلسه نهم..... ۳۴
- جلسه ۱۰: با وسوسه چه باید کرد؟..... ۳۵
- تکلیف جلسه دهم..... ۳۷
- جلسه ۱۱: راه‌های نادرست برخورد با وسوسه..... ۳۸

- جلسه ۱۲: افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف..... ۴۰
- جلسه ۱۳: احساس بی‌حوصلگی و افسردگی..... ۴۳
- تکلیف جلسه سیزدهم..... ۴۵
- جلسه ۱۴: جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری از عود..... ۴۶
- جلسه ۱۵: جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعدکننده عود..... ۴۹
- جلسه ۱۶: کار و بهبودی..... ۵۲
- جلسه ۱۷: شرم و گناه..... ۵۵
- تکلیف جلسه هفدهم..... ۵۷
- جلسه ۱۸: مشغول ماندن..... ۵۸
- تکلیف جلسه هجدهم..... ۶۰
- جلسه ۱۹: انگیزه برای بهبودی..... ۶۱
- جلسه ۲۰: راستگویی..... ۶۴
- جلسه ۲۱: پاکی کامل..... ۶۷
- جلسه ۲۲: روابط جنسی اعتیادگونه..... ۷۰
- جلسه ۲۳: پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن..... ۷۲
- جلسه ۲۴: زرنگ باشید نه قوی..... ۷۵

چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)

مصرف مواد برای بسیاری از مصرف‌کنندگان در ابتدا خوشایند بوده و برای آن‌ها جنبه‌های به ظاهر مثبتی دارد. در واقع اگر اثرات مثبت اولیه نمی‌بود، اکثر افراد مصرف مواد را ادامه نمی‌دادند. اثراتی مثل افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، بیشتر شدن اعتماد به نفس، بهبود روحیه و پنهان شدن برخی صفات اذیت‌کننده (مثل کم‌رویی، گوشه‌گیری) از جمله اثرات مهمی هستند که بسیاری از مصرف‌کنندگان به آن‌ها اشاره دارند. در جریان درمان شما نباید از بیان و ذکر این اثرات خجالت کشیده یا آن‌ها را پنهان کنید. در هر حال در ابتدای امر، شاید باور شما بر این بوده که مواد مخدر فوایدی نیز دارد و به شما کمک می‌کرده است.

اما نکته مهم این است که این اثرات خوشایند سریعاً مستهلک شده و عوارض منفی ظاهر می‌شوند. به احتمال بسیار زیاد شما هم این مسئله را تجربه کرده‌اید.

آنچه از مصرف مواد که در ابتدا برای شما این اثرات خوشایند چه قدر دوام خوشایند بوده است: داشتند؟

۱

۲

۳

۴

۵

با گذشت زمان و ادامه مصرف، کم‌کم اثرات منفی ظاهر می‌شوند و مصرف‌کنندگان فرصت‌ها و منابعی را از دست می‌دهند. عده‌ای از رفتن اعتبار شکایت دارند. برخی خسته‌شدن از تهیه مواد را عامل ناراحت‌کننده می‌دانند. برای عده‌ای فشار مالی تهیه مواد و ورشکستگی از عوارض ناراحت‌کننده مصرف است.

آنچه مصرف مواد از شما گرفته است یا باعث آزار شما شده است:

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

۶-

- ۷-
- ۸-
- ۹-
- ۱۰-

بعد از قطع مصرف، بسیاری از عوارض اعتیاد برطرف می‌شوند. مثلاً ظاهر شما بهبود می‌یابد و از فشار مالی تهیه مواد راحت می‌شوید. اما هم‌زمان ممکن است ولو به صورت کوتاه مدت مشکلاتی نیز ظاهر شود. مثلاً خواب و اشتهای شما به هم بخورد، گوشه‌گیر یا عصبی شوید و از خستگی و ضعف رنج ببرید. بنابراین شما با قطع مصرف مواردی را به دست می‌آورید و احتمالاً برخی چیزها را از دست می‌دهید.

امیدوار هستید با قطع مصرف مواد مخدر به چه چیزهایی برسید؟	چه چیزهایی را از دست خواهید داد؟
۱.	۱.
۲.	۲.
۳.	۳.
۴.	۴.
۵.	۵.

در حال حاضر مهم‌ترین دلیل ترک شما چیست؟

مهم‌ترین دلیل ترک

با توجه به مجموعه آن چه به دست می‌آورید و آن چه موقتاً از دست می‌دهید، چه قدر علاقمند به ادامه راه هستید؟ محل مربوطه را بین دو پرانتز علامت بزنید. لطفاً توجه داشته باشید که باور و احساس واقعی شما مهم است.

(کاملاً بی‌میل

بسیار راغب)

شروع‌کننده‌ها (برانگیزاننده‌ها، تلنگرها و ...)

شروع‌کننده‌ها عبارتند از محل‌ها، اشخاص، اشیاء، موقعیت‌ها و یا شرایط درونی یا بیرونی هستند که میل و وسوسه را در شما زنده می‌کنند. به‌عنوان مثال اگر شما معمولاً عصر روزهای جمعه با پسرعموی‌تان در زیرزمین منزل عمو مواد استفاده می‌کردید، منزل عمو، عصرها به‌ویژه عصر جمعه، ملاقات پسر عمو یا حتی ورود به زیر زمین برای شما می‌تواند یک شروع‌کننده باشد. در مغز شما هنگام مصرف مواد، بین مواد و شروع‌کننده‌ها ارتباطی نزدیک شکل می‌گیرد. در نتیجه شروع‌کننده‌ها می‌توانند باعث فکر به مواد و وسوسه در شما شده و شما را به سوی مصرف بکشند.

بیماران می‌گویند جریان ذیل بسیار نیرومند است و مقاومت در مقابل آن‌را دشوار می‌یابند:

شروع کننده ←←← فکر مواد ←←← وسوسه ←←← مصرف مواد

متوقف کردن وسوسه اقدام مهمی در ترک اعتیاد به مواد است. بدین منظور لازم است:

۱. شروع کننده‌های خود را بشناسید.
۲. تا می‌توانید از آن‌ها دوری کنید (مثلاً دیگر به زیرزمین منزل عمومی‌تان نروید)
۳. روش‌های جدید برای مقابله با شروع کننده‌ها بیابید (مثلاً عصر جمعه‌ها خود را با کار خاصی مشغول کنید)

فراموش نکنید که حتی اگر شما واقعاً تصمیم به ترک گرفته‌اید، کماکان در معرض حمله شروع کننده‌ها و وسوسه خواهید بود. برخی بر این تصور هستند که چون نیت کرده‌اند مواد مصرف نکنند و تصمیم جدی برای درمان گرفته‌اند، دیگر نباید وسوسه شوند و به مواد فکر کنند. این مطلب صحیح نیست و شروع کننده‌ها اصولاً فکر مواد را در ذهن شما شعله‌ور می‌سازند.

قدری فکر کنید و با تجربه‌ای که از مصرف مواد و وسوسه دارید، چند شروع کننده نیرومند برای خود را نام ببرید:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

فکر می‌کنید در جریان این نوبت ترک مصرف مواد چه شروع‌کننده‌هایی
برای شما مسئله‌ساز باشند؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

حتی اگر "واقعاً تصمیم به ترک گرفته‌اید"

باز هم از نقش شروع‌کننده‌ها و وسوسه در امان نیستید!

تکلیف جلسه دوم

امروز جلسه دوم شماست. تا جلسه بعد در قسمت زیر چند عامل
برانگیزاننده یا شروع‌کننده‌ای که تجربه کردید را بیان کنید و بگویید کجا و
چگونه بوده است:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

سیر بهبودی

شما در جریان بهبودی از مراحل مختلفی می‌گذرید که شاید بتوان آن را به ۴ مرحله تقسیم کرد:

۱. مرحله علایم جسمانی: در این مرحله غلبه با علایم بدنی است و بیماران از حالاتی چون ضعف و سستی، پرخوابی، احساس خستگی مفرط، روحیه افسرده و گریان، اختلال در اشتها و کاهش میل جنسی رنج می‌برند. جالب این‌که در این مرحله گاهی بیماران ابراز می‌دارند که هیچ‌گونه میلی به مواد نداشته و حتی از آن متنفرند.

۲. مرحله پرهیز اولیه یا مقدماتی: این مرحله معمولاً ۴ هفته طول می‌کشد و گاهی از آن به‌عنوان ماه غسل درمان نیز یاد می‌شود. در آن علایم جسمانی دیگر وجود ندارد و در بعضی بیماران حس وسوسه نیز مشکل‌ساز نبوده و بیمار از جریان بهبودی راضی است. متأسفانه برخی

بیماران در این مرحله به تصور این که بهبودی کامل یافته‌اند، درمان را رها می‌کنند یا به آن بی‌توجه می‌شوند.

۳. مرحله پرهیز طولانی: این مرحله از ۶ هفته بعد از ترک آغاز می‌شود و ۳ تا ۶ ماه طول می‌کشد. این مرحله برای بسیاری از بیماران دشوار است. در جریان آن حالاتی چون افسردگی، ناامیدی، بی‌تفاوتی، بی‌حالی، عصبانیت و پرخاشگری، کاهش انرژی و اشکال در تفکر و حافظه پیدا می‌شود. در این مرحله بیماران گاهی وسوسه‌های شدیدی را تجربه می‌کنند و تمایل به مصرف مواد مجدداً ظاهر می‌شود. بعضی از بیماران نگران، ناامید و سرخورده می‌شوند چون بعد از یک دوره بهبودی انتظار پیداشدن این علایم را نداشته‌اند.

۴. مرحله بازگشت به زندگی روزمره: در این مرحله که بعد از مرحله پرهیز طولانی دیده می‌شود، بیماران علاقه‌مند می‌شوند تا به زندگی روزمره بازگردند اما متوجه مشکلات جهان واقعی می‌شوند. اکنون زمان برخورد با مشکلات بیرونی و انجام و گاهی جبران عقب افتادگی‌های گذشته است. استرس‌های کاری، خانوادگی، اقتصادی، قانونی برجسته‌تر می‌شوند. استرس‌ها گاهی نیز حس وسوسه را در بیمار بیدار می‌کنند.

تجارب خود را از مرحله (۱) چه در این دوره و چه در دوره‌های قبلی به بحث بگذارید و علامت‌های عمده خود را بنویسید:

.....

.....

.....

.....

آیا در حال حاضر یا قبلاً تجربه مرحله (۲) را دارید یا داشته‌اید؟ توضیح دهید:

.....
.....
.....
.....

آیا نشانه‌ای از بروز مرحله (۳) در خود می‌بینید؟ در درمان‌های قبلی چطور؟ آیا آن را تجربه کرده‌اید؟

.....
.....
.....
.....

فراموش نکنید بسیاری از حالات فوق ناشی از تغییرات شیمیایی مغز شماست و ربطی به این که اراده کرده‌اید دیگر مواد مصرف نکنید ندارد و سراغ شما خواهند آمد. اما می‌توانید با تلاش خود و شرکت در برنامه درمانی آن‌ها را خنثی کنید.

شروع‌کننده‌های بیرونی

از جلسه قبل تا امروز احتمالاً درباره شروع‌کننده‌ها فکر کردید. شاید متوجه شده باشید که برخی از شروع‌کننده‌های مصرف‌مواد، شرایط یا موقعیت‌ها یا مکان‌های خاصی بوده است. در قسمت زیر مثال‌هایی از این موارد را می‌بینید. به آن‌ها نگاه کنید و اگر برای شما شروع‌کننده هستند با زدن علامت آن‌ها را مشخص کنید. ممکن است برعکس، برخی از آن‌ها نه تنها شروع‌کننده نباشند، بلکه فکر مصرف‌مواد را مهار نیز بکنند. یعنی برعکس شروع‌کننده، یک مهار‌کننده فکر مصرف باشند، اگر هم در چنین شرایطی هیچ‌گاه وسوسه نمی‌شوید و مصرف نمی‌کنید علامت (-) قرار دهید.

تنهایی در خانه

در خانه با دوستان و آشنایان

- منزل دوستان
- پارتی و مهمانی‌ها
- خانه مجردی
- مسافرت
- محل کار
- قبل از رابطه جنسی
- به همراه دوست جنس مخالف
- در اتومبیل و حین رانندگی
- وقتی که پول به دست‌تان می‌رسد
- هنگام عبور از محل خاصی
- در پارک عمومی
- هنگام غروب و تاریکی
- روزهای تعطیل
- در مراسم شادی
- در مراسم غم و سوگواری
- بعد از کار روزانه

سایر موارد و موقعیت‌های شروع‌کننده مصرف که در فهرست بالا نبود ولی
برای شما تأثیرگذار است را بنویسید:

.....

.....

.....

.....

برعکس سایر مواردی را که در آن‌ها اصلاً مصرف مواد ندارید ولی در فهرست فوق نبود را نیز نام ببرید.

.....
.....
.....
.....

با چه کسانی بیشتر ممکن است مصرف داشته باشید؟

.....
.....
.....
.....

در کنار چه کسانی اصلاً مصرف مواد ندارید؟

.....
.....
.....
.....

برخی شروع‌کننده‌ها بسیار جدی هستند و بیماران ابراز می‌دارند که مواجه شدن با آن‌ها بسیار خطرناک است. ۳ مورد از پرخطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن قطعی است و ۳ مورد از کم‌خطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن محال است را فهرست کنید.

شروع‌کننده‌های درونی

لازم نیست شروع‌کننده‌ها حتماً اشخاص یا موقعیت‌های بیرونی باشند. در جریان بهبودی، برخی احساسات و هیجانات و حالات درونی نیز به‌عنوان شروع‌کننده عمل کرده و مغز شما را به یاد مواد و مصرف آن می‌اندازند. برخی افراد وقتی عصبانی هستند به فکر مواد می‌افتند. برخی هنگامی که احساس تحقیر و سرزنش می‌کنند به شدت وسوسه می‌شوند. عده‌ای نیز هنگام غمگینی و افسردگی به یاد مواد می‌افتند. موارد زیر را بخوانید و در مقابل آن حالات و احساساتی که شما را به فکر مصرف مواد انداخته و وسوسه می‌کنند، علامت قرار دهید. گاهی نیز یک حالت نه تنها شما را تحریک نمی‌کند بلکه کاملاً از یاد مواد به دور می‌سازد. اگر حالتی هیچ‌گاه شما را به فکر مواد نمی‌اندازد و یا فکر شما را از آن دور می‌کند، در مقابل آن علامت (-) قرار دهید.

- خشم
- اضطراب
- شرم و گناه
- عصبی بودن
- ترس
- افسردگی
- حسادت
- کسل شدن و سررفتن حوصله
- خستگی
- بدبینی و سوءظن به دیگران
- نگرانی
- حس طرد شدن
- حس تحقیر شدن
- درماندگی
- هیجان زدگی
- تحریک جنسی
- بی‌اعتمادی به شما
- بی‌خوابی

چه شرایط دیگر روحی و درونی به غیر از موارد فوق شما را ترغیب به مصرف مواد می‌کنند؟

.....

.....

.....
 برای برخی بیماران حالات درونی مهم‌تر از شرایط بیرونی است. عده‌ای نیز مدعی هستند که شرایط بیرونی اثر مهم‌تری در بروز وسوسه دارد. برای شما کدام یک نقش پررنگ‌تری دارد؟

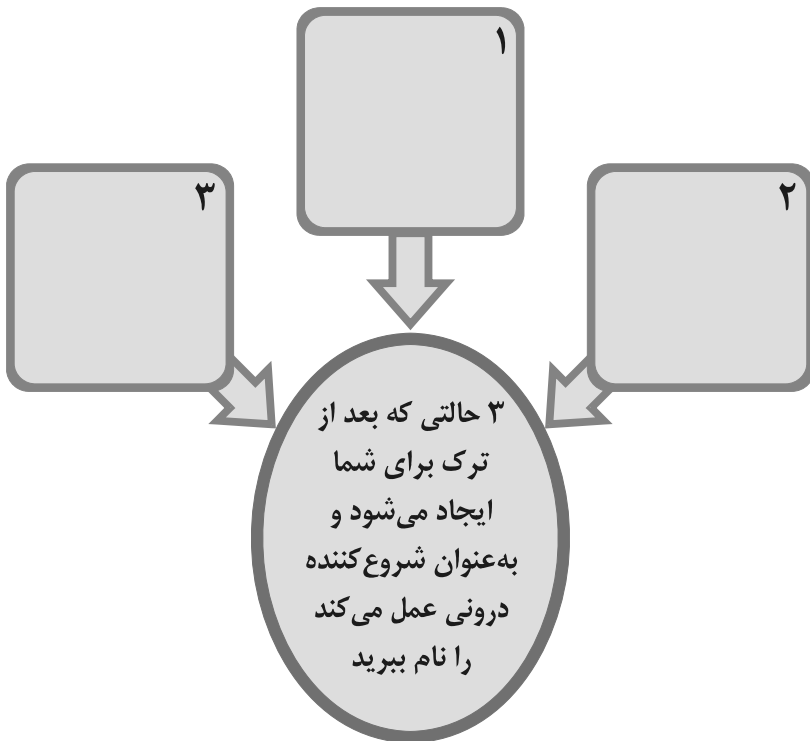
.....
 ۵ مورد از پرخطرترین احساسات و حالات روحی یعنی شرایطی که مصرف شما در آن قطعی است و ۵ مورد از کم‌خطرترین احساسات و حالات روحی یعنی شرایطی که مصرف شما در آن محال است را به ترتیب اهمیت و قدرت ایجاد یا مهار وسوسه فهرست کنید.

پرخطرترین	کم‌خطرترین
۱.	۱.
۲.	۲.
۳.	۳.
۴.	۴.
۵.	۵.

گاهی اوقات بعد از ترک، حالات درونی خاصی به سراغ بیماران می‌آیند و خود به‌عنوان شروع‌کننده عمل می‌کنند. مثلاً برخی بیماران می‌گویند که حس افسردگی و بی‌حالی بعد از ترک برای آن‌ها عامل وسوسه و سوق به سوی

مصرف است. بعضی ممکن است حس خشم که در دوره‌ی ترک ایجاد می‌شود را عامل وسوسه و شروع‌کننده‌ی مصرف بدانند.

آیا چنین تجربه‌ای داشته‌اید که سعی کنید مواد را کنار بگذارید اما حالت درونی خاصی بعد از ترک به سراغ شما آمده و شما را به مصرف وادار کرده باشد؟ برای شما چه حالات درونی خطرناکی بعد از ترک یا ناشی از آن ایجاد می‌شود؟ ۳ مورد از عمده‌ترین حالات درونی بعد از ترک که شما را به مصرف مواد وادار می‌سازد را در شکل زیر مشخص کنید.



مشکلات عمده در بهبودی: (۱) بی‌اعتمادی خانواده

در جریان درمان اکثراً وقایع یا حالات خاصی وجود دارند که در سیر بهبودی شما خلل ایجاد می‌کنند. یکی از این موارد مشکل و اختلاف با خانواده است. بسیاری از بیماران ذکر می‌کنند که بی‌اعتمادی خانواده برای آن‌ها آزاردهنده است. خانواده به بهبودی بیمار مشکوک بوده و گاهی او را متهم به عدم پرهیز و مصرف پنهان مواد می‌کنند. این مسئله خود به احساس فشار و استرس، خشم و عصبانیت بیمار منجر می‌شود. برخی بیماران در چنین شرایطی اقدام به استفاده مواد کرده و عملاً ناباوری خانواده را اثبات می‌کنند.

مواردی از بی‌اعتمادی خانواده را که قبلاً یا در جریان درمان فعلی تجربه کرده‌اید به بحث بگذارید و توضیح دهید:

بی‌اعتمادی خانواده در شما چه احساسی ایجاد کرده یا می‌کند؟

ریشه بی‌اعتمادی خانواده را در چه وقایعی می‌بینید؟ خانواده نگران چه هستند؟ فکر می‌کنید چه شده که این میزان نگران هستند؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

شرایط ایده‌آل از نظر شما چگونه است؟ دوست دارید چه مسایلی اصلاح می‌شد؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. بدین معنی که حتی اگر شما تصمیم قاطع به ترک گرفته‌اید، باز به سراغ شما آمده و شما را تشویق به ادامه مصرف می‌کند. لذا تصمیم جدی شما لازم ولی تضمین کافی نیست. شما و

خانواده باید این نکته را بدانید. شاید همان طور که شما در خلاص شدن از فکر مواد دچار مشکل هستید، خانواده هم در رها شدن از حس بی‌اعتمادی دچار مشکل هستند.

شعار اول: بی‌اعتمادی و اعتیاد با یکدیگر آمیخته‌اند. همان طور که رهایی از اعتیاد دشوار است، دور شدن از بی‌اعتمادی نیز سخت است.

تکلیف جلسه ششم

از این جلسه تا جلسه بعد مواردی از بی‌اعتمادی را که تجربه کردید بنویسید و بگویید چگونه ایجاد شد، چه احساسی در شما به وجود آورد و شما در پاسخ چه کردید.

شعار دوم: توجه داشته باشید هدف فعلاً رفع حس بی‌اعتمادی خانواده نیست، بلکه کنار آمدن با آن است.

بی‌اعتمادی و چگونگی ایجاد آن احساس ایجاد شده در شما پاسخ شما

مشکلات عمده در بهبودی:
(۲) کاهش انرژی و توان

در جریان بهبودی متوجه خواهید شد که ممکن است گاهی مانند سابق انرژی و توان کار و فعالیت نداشته باشید. احساس کنید که انگیزه، توان جسمانی یا استقامت کار مانند قبل از ترک را ندارید. برخی بیماران اصطلاحاتی چون "کم آوردن" یا "تخلیه شدن" یا مشابه آن را به کار می‌برند.

شما از این بابت چه حالاتی را تجربه کرده‌اید؟

.....
.....
.....
.....

این مسئله در درمان مواد محرک کاملاً شناخته شده است. در زمان مصرف مواد محرک، بیماران از انرژی کاذب برخوردار می‌شوند که می‌تواند موقتا انگیزه کار و فعالیت در آن‌ها را افزایش دهد. اما با گذشت مصرف مواد، انرژی کاذب سریعاً تخلیه شده و احساس ضعف و خستگی غالب می‌شود. اگر بعد از قطع مصرف احساس ضعف و سستی و کاهش انرژی دارید، کاملاً طبیعی است و مطلقاً نباید نگران آن باشید. البته این حالات هفته‌ها و گاهی ماه‌ها به طول می‌انجامد.

متأسفانه در جریان تجربه این حالات، بیماران دچار افکار غیرسازنده می‌شوند: این که این علایم بدون مصرف مواد مخدر حذف نخواهد شد، باید برای علاج آن‌ها حتماً دارو مصرف کرد، با گذشت زمان این علایم بدتر خواهد شد و ...

باورهای خود درباره سرنوشت این حالات را به بحث بگذارید.

.....

.....

.....

.....

هنگام برخورد با این علایم چه راه‌ها و افکار سازنده‌ای به شما کمک خواهد کرد؟

.....

.....

.....

.....

تکلیف جلسه هفتم

میزان انرژی روزانه خود را برای یک هفته ثبت کنید. یعنی از امروز به مدت یک هفته، در پایان هرروز به میزان انرژی روزانه خود از ۱ تا ۱۰ امتیاز دهید: ۱ یعنی بسیار کم انرژی و ۱۰ یعنی کاملاً پر انرژی.

امروز	روز ۲	روز ۳	روز ۴	روز ۵	روز ۶	روز ۷
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

میزان انرژی روزانه (۱ تا ۱۰)

مشکلات عمده در بهبودی: (۳) مصرف نابه‌جای دارو و مواد دیگر به‌عنوان جایگزین

در جریان ترک مواد، بسیاری از بیماران بر این باور قرار می‌گیرند که برای رفع علائم روانی و جسمانی بعد از ترک لازم است یا بهتر است از داروهای مختلف استفاده کنند. دارو برای رفع بی‌خوابی، خستگی، بی‌حوصلگی، بی‌قراری، وسوسه و کلیه حالات منفی بعد از ترک.

سابقه مصرف خودسر چه داروهایی را دارید؟

.....

.....

.....

.....

انگیزه شما از مصرف این مواد چه بوده است؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

آیا فکر می‌کنید لازم است برای عوارض ترک یا جلوگیری از عود مصرف دارو داشته باشید؟ اگر بله، کدام علامت را می‌خواهید به کمک دارو کنترل کنید؟

-
-
-
-

این نکات درباره مصرف داروها بعد از ترک مهم است:

۱. مصرف خودسر داروها برای ترک و بهبودی شما بسیار مخرب است.
۲. عمده علایم ترک نیاز به مصرف دارو ندارند و با گذشت زمان خودبه‌خود برطرف می‌شوند.
۳. مصرف دارو تنها در شرایط خاص و با نظر پزشک کمک‌کننده است.
۴. اصولاً برای بسیاری از علایم دارویی وجود ندارد و افزایش فعالیت، تلاش و پشتکار تنها راه‌هایی از آن‌هاست.
۵. چه بسا ماده‌ای که علایم شما را حذف می‌کند، خود اعتیادآور باشد.

در این میان ماده‌ای که گاهی استفاده می‌شود الکل است. چه تصویرهایی درباره استفاده از الکل بعد از ترک وجود دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا شما برای کاهش علایم خود از الکل استفاده کرده‌اید؟

.....

.....

.....

.....

اگر بله، استفاده از الکل چه اثراتی برای شما داشته است؟

.....

.....

.....

.....

فکر می‌کنید که مصرف الکل چگونه بر جریان ترک اثر منفی می‌گذارد؟

.....

.....

.....

.....

برای احساس شادابی، سلامت و روحیه بهتر، نیازی نیست به ماده شیمیایی
چه قانونی و چه غیر مجاز متوسل شوید

تکلیف جلسه هشتم

از امروز به مدت یک هفته مصرف تمام داروهای خود را ثبت کنید. ضمناً
مشخص کنید از چه دارویی و به چه نیتی استفاده کردید.

امروز روز ۲ روز ۳ روز ۴ روز ۵ روز ۶ روز ۷

داروهایی که استفاده

کردم

هدف من از استفاده از

آنها

وسوسه

یکی از مسائلی که بیماران را در هنگام درمان آزار می‌دهد مسئله وسوسه است. بیماران از هجوم وسوسه شاکی بوده و اکثراً آن را آزاردهنده و ناتوان‌کننده می‌دانند. وسوسه گاهی در شرایط و به واسطه شروع‌کننده‌های معین ایجاد می‌شود. گاهی نیز ظاهراً بی‌هیچ دلیل خاصی بروز می‌کند.

آیا در هفته گذشته وسوسه شده‌اید؟ کی، کجا و چگونه؟

.....

.....

.....

.....

هنگام بروز وسوسه بعضی بیماران عصبانی، ناامید یا شرم زده می شوند. آن‌ها یا به این تصور می‌رسند که بهبودی میسر نیست یا آن‌که به دلیل احساس وسوسه خود را سرزنش می‌کنند و از خود و اطرافیان خجالت می‌کشند. در برخی نیز حس وسوسه با احساس عصبانیت، سرخوردگی و افسردگی همراه می‌گردد.

هنگام بروز وسوسه شما چه حالات روحی را تجربه می‌کنید؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

در کنار حالات روحی و احساسات ناراحت کننده در هنگام وسوسه، بسیاری از بیماران باورهای خاصی درباره آن دارند. مثلاً این‌که وسوسه تنها با مصرف مواد برطرف خواهد شد یا برای کاهش آن حتماً باید دارو مصرف کرد. برخی تصور می‌کنند وسوسه با گذشت زمان بدتر خواهد شد یا نهایتاً آن‌ها را از پای در خواهد آورد. شما هم حتماً در اطرافیان و دوستان مصرف کننده خود با این افکار برخورد داشته‌اید. درباره وسوسه چه باورهای نادرستی در دیگران دیده‌اید؟

-
-
-
-

تکلیف جلسه نهم

موارد و سوسه خود تا جلسه آینده را یادداشت کنید

کی بود؟	کجا بود؟	چگونه ایجاد شد؟	شما چه کردید؟

با وسوسه چه باید کرد؟

- احیاناً شما نیز از جلسه قبل تاکنون حالات وسوسه را تجربه کرده‌اید. هم‌چنین برای برخورد با وسوسه اقداماتی نیز انجام داده‌اید. برخی هنگام وسوسه از مصرف مواد خودداری می‌کنند، برخی نیز بیان می‌دارند به دلیل آن به مصرف اقدام کرده‌اند. به هنگام تجربه وسوسه موارد زیر کمک‌کننده است:
۱. راجع به وسوسه خود به راحتی صحبت کنید. تجربه وسوسه در هنگام ترک طبیعی است و اصولاً جزء فرایند بهبودی است.
 ۲. احساسات منفی ناشی از وسوسه در خود را بررسی کنید. آیا احساس شرم، ناامیدی یا سرخوردگی داشتید؟

.....

.....

.....
.....
۳. افکاری که سازنده هستند و در برخورد با وسوسه به شما کمک می‌کنند کدامند؟
.....
.....
.....

۴. برای مهار وسوسه روش‌های آنی مؤثری وجود دارد. برخی از روش‌هایی مانند: حمام آب گرم یا سرد، تمرکز و تنفس آهسته، تلفن زدن به آشنایان، پرداختن به عبادت و دعا، خارج شدن از منزل... استفاده می‌کنند. روش‌هایی که به شما کمک می‌کنند یا کرده‌اند را در جدول زیر فهرست کنید. توجه داشته باشید این جدول با افزایش تجربه شما به تدریج پرتر خواهد شد.

روش‌هایی که به شما کمک می‌کنند

۵. شروع‌کننده‌های وسوسه را در خود بشناسید و از آن‌ها دوری کنید.

در جلسه دوم و چهارم و پنجم درباره شروع کننده‌ها بحث شد. بسیاری از موارد وسوسه به واسطه یک شروع کننده یا برانگیزاننده خاص بروز می‌کنند. برانگیزاننده‌های فعلی شما کدامند و برای مقابله با آن‌ها چه راه‌هایی در نظر دارید؟

برانگیزاننده یا شروع کننده‌ها	راه‌های مقابله شما با آن‌ها

این جدول را نیز به تدریج و با افزایش تجارب خود تکمیل کنید.

تکلیف جلسه دهم

موارد وسوسه خود تا جلسه آینده را یادداشت کنید و راه‌های مؤثر یا غیر مؤثر خود در مقابله با آن را ذکر کنید.

کی و کجا و چگونه بود؟	شما چه کردید؟

راه‌های نادرست برخورد با وسوسه

لزوماً تمامی اقدامات برای کاهش وسوسه یا فرار از آن سازنده نیستند. بعضی اقدامات شما ممکن است به قصد کاهش وسوسه صورت گیرند اما نتیجه عکس داشته باشند. به‌عنوان مثال برخی تصور دارند که برای حذف وسوسه می‌توان مقدار بسیار کمی مواد مصرف کرد و یا به مصرف خودسر داروها و نوشیدن الکل اقدام می‌کنند. عده‌ای نیز رفتارهای پرخاشگرانه با آسیب به خودسر می‌زند مثلاً خودزنی می‌کنند تا آرام شوند. بعضی بیماران نیز برای آرام شدن به یادآوری و مرور خاطرات مصرف مواد مخدر می‌پردازند. مثلاً صحنه‌های مصرف یا دوستان مصرف‌کننده را به ذهن می‌آورند. بازی با ادوات مصرف مثل فندک، پایپ و سرنگ نیز به ظاهر برای بعضی تکنیک مهار وسوسه است.

اما متأسفانه این اقدامات به جای مهار میل به مصرف، باعث زیاد شدن آن می‌شوند.

شما چه رفتارهای نامتناسبی در برخورد با وسوسه در دیگران سراغ دارید؟

.....

.....

.....

.....

آیا خود نیز این‌گونه رفتارها را تجربه کرده‌اید؟ اگر بله، درباره چند موردی را که به یاد دارید بحث کنید و نتیجه آن را نیز بگویید.

.....

.....

.....

.....

در جلسه نهم و دهم با روش‌های مقابله با وسوسه آشنا شدید. تمرین جلسه خود را به بحث بگذارید. طی روزهای گذشته چه قدر از آن‌ها استفاده کردید.

افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف

بسیاری از بیماران بر این باورند که عود آن‌ها جنبه غیر مترقبه و ناگهانی دارد و تلاش آن‌ها برای کنترل آن بیهوده است. نگاه دقیق‌تر به این افراد نشان می‌دهد، قبل از آن‌که عود اتفاق افتد و به ظاهر "غیرقابل کنترل" گردد مجموعه متنوعی از افکار، احساسات و رفتار شکل می‌گیرد که سرانجام به مصرف منجر می‌گردد. این مجموعه پیشقراولان عود هستند و خبر از رشد خزنده میل به مواد دارند. هنگامی که با آن‌ها مواجه می‌شوید، لحظه‌ای فکر کنید. آیا این افکار اصیل و به جا هستند یا تلاش اعتیاد مرموز و مودی برای برگشتن است؟

مثلاً افکاری چون: من چه قدر بدبختم. خیلی بد شانس‌م. مادر و پدر همیشه زندگی مرا خراب کرده‌اند. باز مادر من دخالت‌هایش شروع شد. باز پدرم مرا مسخره می‌کند. یاد بی‌مهری‌های همسرم می‌افتم.....

بیماران شروع به تأمل و تمرکز (مرور و نشخوار) روی این افکار می‌کنند. در مرحله بعد این افکار، احساسات ناخوشایند و دردناک را به دنبال می‌آورند. مثلاً احساس خشم، تنفر، بی‌حوصلگی، کلافه‌شدن، بی‌تفاوتی و ... در مرحله بعد رفتارهای مخرب شکل می‌گیرند که به ظاهر ربطی به مصرف مواد ندارند اما زمینه‌ساز مصرف می‌شوند. رفتارهایی مثل: بی‌تفاوتی به نظم، کاهش توجه به نظافت، بی‌مسئولیتی، تأخیر در انجام کارها، به هم خوردن چرخه خواب، دروغ‌گویی، بی‌تفاوتی به اطراف، تمایل به تنهایی، دیرکردن و یا نرفتن به جلسات درمان، رفتارهای اجبارگونه‌ای چون پرخوری، خریدکردن بی‌مورد، ولخرجی، رانندگی بی‌محابا و

بیماران هرچند در ابتدا ارتباطی بین این رفتارها و اعتیاد نمی‌بینند اما این رفتارها سریعاً به مصرف مواد و عود منجر می‌شوند. آن‌ها علایم هشدار عود قریب‌الوقوع هستند.

افکار منفی را که معمولاً قبل از عود به سراغ شما می‌آیند فهرست کنید:

.....

.....

.....

.....

یکی از فکرهای پیش‌سازِ عود، شک در لزوم درمان و فایده آن است. اگر فکر "می‌کنید چرا باید وقت و انرژی خود را صرف درمان کنم؟" هوشیار باشید. این یک فکر هشداردهنده و پیش‌سازِ عود است.

آیا این افکار برای شما احساسات منفی ایجاد می‌کنند؟ مثلاً از دست کسی عصبانی شوید یا خود را سرزنش کنید؟
احساساتی را که متعاقب این افکار منفی احساس می‌کنید بیان دارید:

.....
.....
.....
.....

چه رفتارهایی در شما شکل می‌گیرد و ممکن است زمینه‌ساز مصرف مواد مخدر در شما گردد؟

.....
.....
.....
.....

تا جلسه بعد درباره افکار، احساسات و رفتارهای هشداردهنده و پیش‌ساز عود که در خودسراغ دارید، فکر کنید و فهرست فوق را کامل کنید.

احساس بی حوصلگی و افسردگی

با قطع مصرف مواد مخدر برخی از بیماران دچار حالت بی حوصلگی می‌شوند. آن‌ها احساس می‌کنند که زندگی بسیار یکنواخت و کسل‌کننده شده‌است و حوصله‌شان از بیشتر چیزها سر می‌رود. این مسئله می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. مثلاً:

- ♦ زندگی متعارف که بر مبنای مواد مخدر نباشد طبعاً با زندگی همراه مواد متفاوت است. برخی هیجانات و رفتارها در زندگی بعد از مواد وجود ندارند و نمایی کسل‌کننده ایجاد می‌شود.
- ♦ مواد مخدر بر ترکیبات شیمیایی مغز و سلول‌ها اثر می‌گذارند و در بسیاری موارد قطع آن‌ها با حالت کسلی موقت همراه است.
- ♦ اصولاً حالات هیجانی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر بیش از سایر مردم است و هیجانات معمول گاهی برای آن‌ها کسل‌کننده هستند.

♦ گاهی بیماران بعد از بهبودی به یاد گذشته خود و آنچه از دست داده‌اند، می‌افتند. خاطرات گذشته و یادآوری آن‌ها برای برخی افراد ناراحت‌کننده است.

آیا شما بعد از قطع مواد دچار حالات افسردگی و بی‌حوصلگی شدید؟ اگر بله، کدام‌یک از موارد فوق بیشترین اثر را داشته است؟
فکر می‌کنم حالت افسردگی و بی‌حوصلگی من ناشی از:

.....
.....
.....

در هر حال علت افسردگی، بی‌حوصلگی و احساس کسلی بعد از قطع مواد هرچه باشد، نکته بسیار مهم این است که:

"این حالات با گذشت زمان و پرهیز از مصرف برطرف می‌شوند."

با وجود گذرابودن این حالات، داشتن فعالیت‌های تفریحی و نشاط‌بخش در سیر بهبودی بسیار کمک‌کننده است.

پنج فعالیت خاص تفریحی را که قصد دارید انجام دهید بنویسید:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

بعد از ترک کم کم فعالیت‌هایی که برای مدت‌ها از آن‌ها لذت نمی‌بردید، مجدداً لذت‌بخش می‌شوند. بسیاری از بیماران این حالت زنده‌شدن علایق را بسیار جالب و شادی‌آور می‌بینند. برای عده‌ای این اتفاق خیلی سریع رخ می‌هد اما عده‌ای زمان بیشتری در حالت کسلی و گونه‌ای بهت می‌مانند. آیا فعالیت‌هایی وجود دارد که بعد از ترک به انجام آن‌ها علاقمند شده باشید؟ چه کارهایی؟

.....

.....

.....

.....

زنده‌شدن علایق را به جهان بیرون چگونه تجربه می‌کنید؟ مراقب باشید که برخی بیماران به واسطه احساس کسلی و بی‌حوصلگی متأسفانه به مصرف مجدد مواد رو می‌آورند. مهم است تلاش کنید تا این حالات را با فعالیت‌های نشاط‌آور جایگزین کنید.

تکلیف جلسه سیزدهم

تا جلسه بعد فکر کنید و بگویید چه فعالیت‌هایی برای شما مجدداً لذت‌بخش شده است؟ کارهایی که تا چندی پیش از آن‌ها غافل بودید؟

.....

.....

.....

.....

جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری از عود

عود یک دفعه و بی‌مقدمه اتفاق نمی‌افتد. انسان‌ها از برخی امور ساده و به ظاهر بی‌اهمیت آهسته‌آهسته غافل می‌شوند و بدون آن‌که هشیار باشند آن‌ها را رها می‌کنند تا آن‌که به مصرف مواد رو می‌آورند. در چنین حالتی اکثراً باور دارند که عود ناگهانی و بی‌مقدمه بوده‌است اما نگاه دقیق‌تر نشان می‌دهد غفلت و بی‌تفاوتی از مدت‌ها پیش شکل گرفته است.

فعالیت‌های منظم خاصی برای هر کس وجود دارد که مانع حرکت او به سوی عود می‌شود. به‌عنوان مثال برای عده‌ای این فعالیت‌ها ورزش کردن منظم است. برای عده‌ای می‌تواند معاشرت با بستگان، دیدار برخی دوستان، سرگرمی هفتگی، رفتن به محلی خاص و ... باشد.

این فعالیت‌ها مانند "طناب اطمینان" یا "کمر بند ایمنی" عمل می‌کنند. تا زمانی که فرد بدن‌ها مشغول است کمتر در خطر عود است اما وقتی از آن‌ها غافل می‌شود ریسک عود بسیار بالا می‌رود. مثلاً شخصی می‌گوید تا "جلسه مهمانی خانوادگی هفته‌ای یک بارمان به پاست، خیالم راحت است که عود نمی‌کنم". شناسایی این طناب‌های اطمینان و پی‌گیری مرتب آن‌ها بسیار مهم است.

پنج فعالیت خاص که نقش کمر بند ایمنی یا طناب اطمینان را برای شما دارند نام ببرید:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

اگر نمی‌توانید چنین فعالیت‌هایی را نام ببرید، هشیار باشید زیرا در خطر جدی عود هستید. سریعاً آن‌ها را پیدا و اجرا کنید.

توجه داشته باشید که گاهی به واسطه شرایط اورژانس مانند بیماری یا گرفتاری غیر منتظره خود یا عزیزان‌تان، از این فعالیت‌ها غافل می‌شوید. در چنین شرایطی در خطر عود قرار دارید.

مهم است استمرار این فعالیت‌ها را ثبت و پی‌گیری نمایید. بدین منظور از جدول زیر استفاده کنید:

جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعدکننده عود

در جلسه قبل اشاره شد که فعالیت‌های خاصی وجود دارد که شما را در برابر عود مصون می‌سازد. در مقابل فعالیت‌هایی نیز ممکن است شما را بیش از پیش در معرض عود قرار دهند. این فعالیت‌ها به "مستعدکننده‌های" عود معروفند. برای هر کس فعالیت‌های به‌خصوصی وجود دارد. برای برخی ممکن است تا دیر وقت بیدارماندن، برای برخی با خانواده بر سر مسایل معینی جرو بحث کردن و درعه‌ای بیش از حد و تا دیروقت کارکردن باشد. مهم است شما فعالیت‌های مستعدکننده خود را بشناسید. پنج فعالیت خاص که برای شما نقش مستعدکننده را دارند نام ببرید:

- ۱-
- ۲-
- ۳-

۴-

۵-

اگر نمی‌توانید این فعالیت‌ها را نام ببرید متأسفانه به معنای مصونیت شما در برابر عود نیست. بلکه بیشتر به این نکته باز می‌گردد که نیازمند تفکر بیشتر درباره فعالیت‌های مستعدکننده‌های در خود هستید.

قبل از عود معمولاً بر میزان فعالیت‌های مستعدکننده افزوده می‌شود و از دفعات انجام فعالیت‌های جلوگیری کننده کاسته می‌شود. در این حالت بیماران اصطلاحاً به سوی عود می‌لغزند. این "لغزش به عود" می‌تواند بسیار آرام و نامحسوس اتفاق افتد. مثالی که در این باره زده می‌شود ملوانی است که قایق را محکم بسته است و قایق در زمان خواب وی آهسته از ساحل دور شده و در دریا رها می‌شود و هنگامی که او از خواب بیدار می‌شود خود را در میان دریا (عود کرده) می‌یابد.

در ضمن با کمی فکر و تأمل می‌توانید ارتباط این فعالیت‌ها با عود را دریابید. یک بحث به ظاهر بی‌آزار با پدر و مادر گاهی به کلافه شدن شما، بی‌قرار شدن، پیش کشیدن مشاجرات قبل و در نهایت عصبانیت و خشم منجر می‌شود. خشم شما را وسوسه کرده و به سوی عود می‌کشاند.

پس دفعات انجام فعالیت‌های مستعدکننده خود را نیز رصد کنید. بدین منظور از جدول زیر استفاده کنید:

کار و بهبودی

سؤالی که خیلی از بیماران و خانواده‌های آنها مطرح می‌کنند این است که سر کار بروند یا نروند؟ برای شما نیز احتمالاً این سؤال پیش آمده است. اگر هم سرکار می‌روید شاید به فکر شما آمده که ادامه دهید یا مدتی استراحت کنید؟ شاغل بودن و بیکار بودن هر دو ممکن است بر روند درمان شما اثر بگذارند. وقتی شما شغلی ندارید ممکن است:

- ♦ یافتن کار به یک اولویت تبدیل شود و درمان را در مرحله ۲ قرار دهد.
- ♦ وقت آزاد فراوان باعث کسلی و بی‌حوصلگی شود.
- ♦ بیکاری و وقت آزاد شما را بی‌برنامه و سبک زندگی شما را درهم و برهم سازد.
- ♦ نبود درآمد و مشکلات مالی به شما فشار آورد.

چنان که شما شاغل نیستید کدامیک از موارد فوق شما را آزار می‌دهند؟
دیگر چه مواردی از اثرات سوء بیکاری برای شما آزاردهنده است؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

از طرفی اشتغال لزوماً به نفع سلامت شما نیست.

♦ درمان نیازمند توجه ۱۰۰ درصد شماسست و نمی‌تواند اولویت بعد از کار باشد.

♦ ساعات کار با ساعات درمان گاهی تداخل دارند.

♦ گاهی استرس کار به قدری زیاد است که شما را در معرض عود قرار می‌دهد.

♦ ممکن است در محل کار شما تعدادی مصرف‌کننده وجود داشته باشند و شما را تحت تأثیر قرار دهند.

♦ گاهی محل کار مکانی برای مصرف است.

♦ ممکن است پولی که به واسطه کار در می‌آورید شما را به خرید مواد وسوسه کند.

برای شما کدامیک از موارد فوق مصداق داشته‌اند؟ دیگر چه مواردی درباره کار شما وجود دارد که ممکن است بر درمان اثر سوء گذارد؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-

۴-
در هر حال به خودی خودی نمی‌توان گفت که کار کردن یا نکردن کدامیک بهتر است؟ باید با توجه به نکاتی که در قسمت فوق به آنها اشاره کردید تصمیم بگیرید. مهم آن است که بین کار و درمان برای خود تعادلی برقرار سازید. در بسیاری از موارد نیز ایجاد این تعادل و رفع تداخل دشوار است و شما باید بدان آگاه باشید.

مهم است بدانید که:

درمقایسه با کار، درمان شما همواره در اولویت است.

شرم و گناه

شرم و گناه همان احساس بدی است که انسان به واسطه اشتباه‌هایی که انجام داده‌است به وی دست می‌دهد. از این که مدت‌ها مواد مصرف کرده‌است، خانواده را آزار داده‌است، از دیگران غافل بوده‌است و به دیگران آسیب مالی زده‌است. حال که مدتی است از مواد دور شده‌اید، ممکن است شما هم دچار این احساس‌های منفی شده باشید. مهم است راحت و بدون نگرانی درباره این حالات خود صحبت کنید.

شما درباره چه کارهایی که قبلاً انجام داده‌اید، در حال حاضر احساس گناه

می‌کنید؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

احساس گناه پدیده‌ای طبیعی است و معمولاً بدین معناست که کارهایی انجام داده‌اید که با اعتقادات و ارزش‌های شما هم‌خوانی ندارد. انجام کارهایی که انسان‌ها از بابت آن‌ها احساس گناه می‌کنند غیرمعمول نیست. شما زمانی تحت اثر مواد بودید و مواد شما را به برخی کارهای ناشایست وادار کرده است. گذشته را نمی‌توان تغییر داد. مهم آن است که با آن کنار بیایید.

بسیاری از کارهای ناشایست که معتادان در زمان اعتیاد انجام داده‌اند،

معلول اثر مواد بر روی مغز بوده تا ذات آن‌ها.

اما با وجود آن که مواد بوده که شما را به کارهایی واداشته، شما هستید که باید تا می‌توانید در جهت جبران آن‌چه که گفته‌اید یا انجام داده‌اید، بکوشید. بنا به قولی، شاید معتادان مسئول بیماری خود نبودند اما مسئول درمان و جبران خسارت‌ها و عوارض آن هستند. احتمالاً شما هم به فکر جبران برخی امور افتاده‌اید. البته بدانید که توان شما محدود است و همه چیز را به سرعت نمی‌توان ترمیم کرد. شما در حال حاضر بیشتر علاقمند به جبران چه چیزهایی هستید؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

برای جبران آن‌چه که ذکر کردید چه اقداماتی در نظر دارید؟

..... ۱-

..... ۲-

شرم در مقایسه احساس متفاوتی است. یعنی احساس بد و بی‌ارزش بودن و از وجود خود خجالت کشیدن. آیا شما به واسطه مصرف مواد چنین احساسی در خود دارید؟ مصرف مواد چه احساس‌های شرم‌گونه‌ای در شما ایجاد کرده است؟ بی‌ارزش بودن؟ نادان بودن؟ ضعیف بودن؟ اصولاً بد بودن؟

وابسته بودن به مواد بدین معنی نیست که شما ضعیف، بی‌ارزش یا بد هستید. شما ارزش خود را دارید اما به واسطه مواد آسیب دیده‌اید. در حال حاضر آن چه مهم است، تلاش شما برای بهبودی است.

تکلیف جلسه هفدهم

طی هفته آینده درباره انسان‌هایی که احساس می‌کنید لازم است از آن‌ها طلب بخشش کنید و آسیب‌هایی را که به آن‌ها زده‌اید، جبران کنید فکر کنید. اما تا جلسه بعد تنها دو اقدام جبرانی کوچک و قابل اجرایی را در نظر بگیرید. مانند تلفن زدن به یکی از بستگانی که مدت‌ها پی‌گیر حالش نبودید یا عذرخواهی از کسی که او را رنجاندید. این دو اقدام چیست؟

دو اقدام ساده جبرانی که تا جلسه بعد مطمئن هستید، جلسه بعد بگویید نتیجه چه انجام می‌دهید:

شده؟

مشغول ماندن

با مردم در تماس بودن و انجام کارهای متنوع، زندگی را جالب و جذاب می‌سازد. گاهی زندگی بدون مواد مخدر یک‌نواخت به نظر می‌آید. ممکن است شما به این فکر بیفتید که مصرف مواد هیجان‌انگیز و پرهیز از آن کسل‌کننده است. برای این که پرهیز هم لذت‌بخش و جذاب شود، تلاش بسیار لازم است. شاید هم در زمان مصرف، سرگرمی‌های متعددی داشتید که به‌نوعی با مواد مربوط می‌شدند. به‌عنوان مثال دوستان مصرف‌کننده‌ای که اوقات خود را با آن‌ها پر می‌کردید. اما حال که مواد را کنار گذاشتید با خلایی مواجه شده‌اید. به جدول زیر نگاه کنید و بگویید ۳ روز گذشته شما چه‌طور سپری شد؟

دیروز	پریروز	روز قبل از پریروز
-------	--------	-------------------

۱۰:۰۰ صبح تا ظهر
ظهر تا ۲:۰۰ بعد از ظهر
۲:۰۰ تا ۴:۰۰ بعد از ظهر
۴:۰۰ بعد از ظهر تا ۶:۰۰
۶:۰۰ تا ۸:۰۰ شب
۸:۰۰ تا ۱۰:۰۰ شب
۱۰:۰۰ تا ۱۲:۰۰ شب

شما اخیراً (یعنی ۲ یا ۳ هفته گذشته) جهت لذت و به منظور تفریح و ایجاد تنوع چه فعالیت‌هایی انجام داده‌اید؟

.....

.....

.....

وقتی انسان‌ها درگیر مصرف مواد مخدر می‌شوند، بسیاری از فعالیت‌های مفرح خود و هم‌چنین اشخاصی را که با آن‌ها سرگرم بوده‌اند به فراموشی می‌سپارند. بازسازی این روابط و ساختن یک زندگی غنی بدون مواد مخدر برای بهبودی الزامی است. اگر بیمار از جذاب‌ساختن زندگی خود بدون مواد غافل ماند احتمال عود وی به سوی مصرف مواد مخدر تقریباً حتمی است. شما بعد از ترک چگونه سعی در بازسازی و مفرح‌سازی زندگی خود نمودید؟ چگونه با آشنایان قدیم ارتباط برقرار کردید؟

.....

.....

.....
.....

اگر تاکنون به سوی فعالیت‌های جذاب و مفرح نرفتید و با کسی یا آشنایی
ارتباط برقرار نکردید، برنامه شما برای آینده چیست؟

..... ۱-
..... ۲-
..... ۳-
..... ۴-

تکلیف جلسه هجدهم

برنامه فعالیت روزانه خود را برای ۳ روز آینده به یادداشت کنید. فکر
می‌کنید چه راه‌هایی برای بهبود کیفیت روزهای خود دارید؟

فردا (تاریخ):	پس فردا (تاریخ):	روز بعد (تاریخ):
۸:۰۰ تا ۱۰:۰۰ صبح		
۱۰:۰۰ صبح تا ظهر		
ظهر تا ۲:۰۰ بعد از ظهر		
۲:۰۰ تا ۴:۰۰ بعد از ظهر		
۴:۰۰ بعد از ظهر تا ۶:۰۰		
۶:۰۰ تا ۸:۰۰ شب		
۸:۰۰ تا ۱۰:۰۰ شب		
۱۰:۰۰ تا ۱۲:۰۰ شب		

انگیزه برای بهبودی

اگر درباره انگیزه ترک از بیماران سؤال کنیم، پاسخ‌های متفاوتی دریافت خواهند داد:

- ♦ خانواده‌ام متوجه شدند و مجبور به ترک شدم.
 - ♦ زندان افتادم و مشکل قانونی پیدا کردم.
 - ♦ ۲۰ سال است که استفاده کردم و حالا دیگر خسته شده‌ام.
 - ♦ قیافه‌ام کلی آسیب دیده و ظاهرم داغان شده است.
 - ♦ پولم تمام شد و دیگر مواد نداشتم.
 - ♦ مواد اثر نمی‌کرد و فکر کردم مدتی وقفه بیاندازم.
 - ♦ خواستم ثابت کنم می‌توانم ترک کنم!
- به‌نظر شما کدام‌یک از انگیزه‌های فوق امکان موفقیت بیشتری دارد؟ در نگاه اول ممکن است این‌گونه تصور شود که اگر کسی به‌خاطر خودش تصمیم

گرفته یا واقعاً واقعاً واقعاً! به ته خط رسیده است، حتماً موفق تر از کسی است که تحت اصرار و فشار دیگران ترک کرده است. اما این مطلب همیشه درست نیست. تجربه و علم نشان داده اند که انگیزه روز اول افراد، خیلی دقیق موفقیت آن ها را پیش بینی نمی کند.

آنچه که مهم است این است که افراد مدت کافی و آن قدر در ترک بمانند که بتوانند لذت و مزایای زندگی بدون مواد را بچشند. انگیزه روز اول هر قدر هم ساده و ناچیز باید کم کم رشد کند و جدی تر شود. وقتی سلامت جسمی باز می گردد، روابط با دیگران لذت بخش می شود، بدهی ها پرداخت می شوند و فعالیت های مفرح زندگی از سر گرفته می شوند، بیماران نیز علاقمندتر می شوند تا پاک بمانند.

چند دلیل خود را برای شروع درمان قید کنید (یعنی انگیزه ای که روز اول داشتید):

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

انگیزه روز اول نه تضمین موفقیت و نه لازمه آن است.

مهم است که انگیزه خود را شکل دهید.

آیا هم اکنون، این دلایل تنها عوامل ادامه درمان در شما هستند یا انگیزه های دیگری نیز پیدا کرده اید؟ انگیزه های جدید کدامند؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

انگیزه روز اول درمان مهم است

اما مهم‌تر از آن پرورش انگیزه و رشد دادن آن است.

راستگویی

دروغ‌گویی بدون تعارف و رودربایستی جز لاینفک اعتیاد به مواد مخدر است. انجام امور معمول زندگی و مصرف مواد مخدر به صورت هم‌زمان اگر غیر ممکن نباشد، بسیار دشوار است. با افزایش مصرف مواد مخدر، تأمین و تهیه آن، زمان و امکانات مصرف آن، و پنهان‌سازی اثرات آن بر روی ذهن و بدن دشوار و دشوارتر می‌شوند. به همین دلیل نگهداشتن زندگی در مسیر خود هر روز سخت‌تر می‌شود و بیماران جهت اجتناب از مشکلات شروع به دروغ‌گویی می‌کنند. در این زمان راستگویی امکان‌پذیر نیست.

شما هم در زمان مصرف و به‌واسطه نفوذ آن بر روی مغزتان دروغ گفته‌اید و سعی در فریب دیگران داشتید. اکنون با چندین هفته شرکت فعال در درمان زمان آن است که صادقانه به دروغ‌های خود اعتراف کنید.

در زمانی که مصرف مواد مخدر داشتید چگونه راستگویی در شما آسیب دیده بود؟ چه دورغ‌های عمده‌ای گفتید؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

در جریان بهبودی، راستگویی و صادق بودن با خود و دیگران بسیار مهم است. البته بعضی وقت‌ها حفظ صداقت بسیار دشوار نیز هست. ممکن است شما از مطالبی خجالت بکشید یا فکر کنید دیگران دلخور شوند. گاهی نیز ممکن است نگران شماطت و سرزنش دیگران باشید. یا ممکن است شما اصلاً از گفتن حقیقت بترسید و واهمه داشته باشید.

در جریان بهبودی چه مواردی را با درمانگر خود صادق نبودید؟ چند مورد را نام ببرید. این موارد حتماً وجود دارند. اگر مدعی هستید که وجود ندارند، خود یک دروغ دیگر است!

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

اگر می‌خواهید فقط و فقط یک کار کنید که هیچ‌وقت عود نکنید:

همیشه راست بگویید!!

علاوه بر آن که در طی دوره درمان مواردی را صادق نبوده‌اید، در ادامه نیز در برخی حوزه‌ها حتماً دچار اشکال هستید. یعنی برای شما راست گفتن درباره آن‌ها کماکان دشوار است. به عنوان مثال شاید هنوز نمی‌توانید به همسر تان راجع به کار تان یا گذشته تان راست بگویید یا به خانواده خود درباره دوستان تان دروغ می‌گویید. این مشکلات همگی جزئی از چرخه اعتیاد است. به جای آن که از آن‌ها خجالت بکشید، بهتر است آن‌ها را با درمان‌گر خود در میان بگذارید.

در حال حاضر درباره چه چیزهایی هنوز راستگویی برای شما دشوار است؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

..... ۴-

پاکی کامل

آیا تاکنون به خود گفته‌اید که:

- ♦ مشکل من با شیشه بوده است و من با حشیش یا تریاک مشکل ندارم.
- ♦ الکل اصلاً مشکل ایجاد نمی‌کند و برای من خطری ندارد.
- ♦ مصرف گه‌گاه تریاک که ایرادی ندارد.
- ♦ گاهی برای رهایی از مشکل شیشه کمی حشیش یا تریاک می‌کشم.

وقتی شما وارد برنامه درمان آمفتامین‌ها شدید، از شما خواسته‌اند که به‌غیر از شیشه از مصرف تریاک، حشیش، الکل و حتی قرص‌های آرام‌بخش (بدون نظر پزشک) خودداری کنید. در چنین شرایطی ممکن است شما با خود گفته باشید که مشکل من فقط با شیشه است چرا باید این‌قدر درباره سایر مواد سخت‌گیری کرد؟ برخی دلایل آن به قرار زیر است:

- ♦ تحقیقات نشان داده‌اند که در بیماران (معتادان) تحت درمان برای شیشه، در صورت مصرف الکل امکان عود ۸ برابر می‌شود. میزان عود در صورت مصرف حشیش نیز ۳ برابر است. شما با عدم مصرف الکل و حشیش میزان عود را به شدت کاهش خواهید داد.
- ♦ محل‌های مصرف سایر مواد مخدر و هم‌چنین افرادی که ممکن است با آن‌ها حشیش یا الکل یا تریاک مصرف کنید معمولاً شروع‌کننده‌های جدی هستند.
- ♦ وقتی شما در درمان مواد محرک هستید، اصولاً یاد می‌گیرید که مشکلات خود را بدون کمک شیشه و سایر مواد محرک حل کنید. اما وقتی به مصرف سایر مواد رو می‌آورید، طبعاً این یادگیری مختل می‌شود و شما یک ماده را با ماده‌ای دیگر جابه‌جا می‌کنید.

برای رهایی از مواد محرک پرهیز کامل از کلیه مواد لازم است.

به یاد داشته باشید که بعد از رهایی از مصرف مواد محرک، امکان گرفتار شدن در دام سایر مواد بسیار بالاست. اکنون که قسمت عمده‌ای از جلسات درمانی خود را پشت سر گذاشته‌اید باید به سیاست پرهیز کامل به صورت جدی فکر کنید.

آیا شما برای رعایت پاکی کامل مشکلی دارید؟ مثلاً احساس می‌کنید یا باور دارید که باید ماده دیگری مصرف کنید؟ اگر جواب شما مثبت است، دلیل آن چیست؟ به چه دلیل ماده دیگری نیاز دارید؟ موانع پاکی کامل و دلایل احتمالی مصرف سایر مواد را فهرست کنید:

..... ۲-

..... ۳-

..... ۴-

روابط جنسی اعتیادگونه

رابطه جنسی معمولاً با اشخاصی است که به آن‌ها عشق و علاقه شدید داریم و آن‌ها در زندگی ما بسیار مهم هستند. در چنین شرایطی رابطه جنسی به استحکام علاقه و ارتباط منجر شده و باعث می‌شود که طرفین به میزان بیشتری با هم احساس صمیمیت و نزدیکی نمایند.

اما گاهی رابطه جنسی نیز مانند مصرف مواد مخدر جنبه اعتیادگونه پیدا می‌کند. در چنین شرایطی معمولاً شخص یا طرف مقابل اهمیت خاصی ندارد و می‌تواند به راحتی تغییر کند. او فقط وسیله‌ای در دسترس برای ارضاء میل است. بیماران احساس می‌کنند همان‌طور که مصرف مواد باعث آرامش لحظه‌ای و فراموشی مشکلات می‌گردد، رابطه جنسی نیز نقش مشابهی (آن هم به صورت اجباری) در آن‌ها ایفا می‌کند. رابطه جنسی اعتیادگونه شباهت زیادی به اعتیاد مواد مخدر دارد: برای بیمار جنبه اجبار دارد، می‌خواهد آن‌را متوقف

کند اما نمی‌شود، با عود همراه است، فرد از آن نگران است و به‌خاطر آن خود را سرزنش می‌کند...

شما چه مواردی را نشانه روابط جنسی اعتیادگونه می‌دانید؟ و یا در دیگران مشاهده کرده‌اید؟

.....

.....

.....

.....

آیا شخصاً چنین مشکلاتی را تجربه کرده‌اید؟

.....

.....

.....

.....

مصرف مواد مخدر با روابط جنسی چه ارتباطی داشته‌است؟

.....

.....

.....

.....

رفتارهای جنسی اعتیادگونه هم مانند مصرف سایر مواد مخدر می‌تواند به بهبودی شما آسیب زده و زمینه‌ساز عود گردد.

پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن

درمان اعتیاد چیزی بیش از قطع مصرف است! قدم اول مسلماً متوقف کردن استفاده از مواد است. اما این کافی نیست. قدم بعدی شروع نکردن مجدد است. جلوگیری از استفاده از مواد مخدر بعد از یک دوره قطع موفق همان چیزی است که بدان جلوگیری از عود می‌گوییم. عود یعنی دوباره به سراغ مواد رفتن و همه رفتارها و عادت‌های قبلی را دوباره شروع کردن. اعتیاد هیچ‌گاه محدود به مصرف مواد مخدر نیست و مجموعه‌ای از رفتارها را با خود به همراه دارد که به آن‌ها رفتارهای مرتبط با اعتیاد می‌گوییم. رفتارهایی برای پوشاندن مصرف، به‌دست‌آوردن مواد، پنهان‌کردن عوارض از دید دیگران و ...

چند رفتار مرتبط با اعتیاد را در خود به یاد دارید؟ (بنویسید)

.....
.....
.....

جالب است بدانید که هنگام عود، رفتارها و عادت‌های همراه اعتیاد معمولاً زودتر ظاهر می‌شوند. شناختن و هوشیاری نسبت به این عادات و رفتارها قبل از شروع مصرف مواد مخدر به شما کمک می‌کند تا در مراحل اولیه از عود جلوگیری کنید.

چه رفتارهایی را در طی دوره بعد از ترک در خود مشاهده کرده‌اید که مرتبط با اعتیاد هستند؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

اعتیاد فقط با رفتارهای خاص خود همراه نیست بلکه افکار خاصی را نیز به همراه دارد. افکاری مثل: یک‌بار که اشکال ندارد، حالا که مردم یا خانواده فکر می‌کنند من مصرف می‌کنم خوب دیگه چه فرقی داره مصرف کنم یا نکنم، بعد کلی تحمل پاکی و سختی حق یک‌بار مرخصی (مصرف مواد) را دارم، آخرش که عوده دیگه چرا زحمت بکشم، بعد ترک به‌جای آن‌که بهتر شوم دارم روز به روز عقب می‌روم! اصلاً که چی بشه؟

چه افکار مرتبط با اعتیادی در خود سراغ دارید؟

.....
.....

.....
.....
این افکار نیز به همراه اعتیاد شکل می‌گیرند و ظهور آن‌ها بعد از ترک علامت خطری است که عود در راه است.

اخیراً کدام یک از فکرهای مرتبط با اعتیاد به سراغ شما آمده‌اند؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-

قبل از عود نه تنها افکار خاصی به سراغ بیماران می‌آید، بلکه گاهی احساسات خاصی مانند افسردگی، عصبی شدن، کسلی، کلافگی، بی‌حوصلگی و احساس فشار یا سرخوردگی جنسی ممکن است ظاهر شوند. هوشیار باشید که این حالات نیز ممکن است مانند رفتارها یا فکرهای مرتبط با اعتیاد جز پیشقراولان عود باشند.

آیا شما نیز تجمع چنین احساساتی را تجربه کرده‌اید؟

.....
.....
.....
.....

زرنگ باشید نه قوی

در جریان اعتیاد، اتکاد داشتن به اراده و به اصطلاح قوی بودن شاید در نگاه اول بسیار موفق و پسندیده باشد. بیماران علاقمند هستند که با اراده قوی از مصرف دوری کنند و حتی گاهی خود را در معرض مصرف مواد مخدر قرار می‌دهند تا با امتناع از مصرف، به اصطلاح اراده خود را محک بزنند. مفاهیم و عباراتی مانند این که "آدم باید خود قوی باشد"، "اصل آن است که مواد باشد و مصرف نکنی و الا اگر از آن فرار کنی که هنر نیست"، "وقتی اراده کردم نکنم پس نمی‌کنم" به کرات شنیده می‌شود. اما متأسفانه اکثر آنهایی که به پشتوانه اراده خود قصد مقاومت در برابر مواد را داشته‌اند، بعد از چند موفقیت گذرا مجدداً در دام مواد افتاده‌اند. آن‌ها حتی بعد از چند بار ناکامی سرانجام تسلیم شده و به این جمله رسیده‌اند که "هر قدر قوی باشی، مواد از تو قوی‌تر است!"

بنابراین تلاش برای تقویت اراده ظاهراً روش موفق‌تری نیست و برای اجتناب از مواد باید چاره‌ای دیگر اندیشید.

شما هم در جریان درمان احتمالاً در خود و یا دوستان‌تان مواردی را سراغ دارید که فقط به اتکای اراده می‌خواستید یا می‌خواستند در برابر مواد مقاومت کنند. چند مورد از آن‌چه را به‌خاطر دارید بنویسید:

.....

.....

.....

.....

سرنوشت این اقدامات چه بود؟

.....

.....

.....

.....

برعکس، عده‌ای با قبول این‌که اصولاً ولع و میل و به اصطلاح قدرت مصرف مواد بسیار قوی است، به‌جای رودررو شدن با آن، سعی می‌کنند با زرنگی و تدبیر از دست آن، شرایط مصرف و حالات پرخطر فرار کنند. مواردی مثل بهانه آوردن برای دوست مصرف‌کننده‌ای که به همراه شما مواد مصرف می‌کند، در رفتن از جایی که احتمال مصرف مواد وجود دارد، به همراه‌نبردن پول در جایی که ممکن است امکان خریدن مواد باشد، عوض کردن مسیر هنگام دیدن فروشنده مواد و موارد بسیار دیگر. این عده معتقدند که به‌جای اتکا به زور و تلاش برای قوی‌بودن در برابر مواد باید زرنگ و هوشیار بود. مقابله با مواد

زرنگی می‌خواهد تا قدرت. شما چه مواردی را به‌خاطر دارید که اقدام به موقع و به اصطلاح زرنگی باعث فرار شما یا آشنایان‌تان از مصرف مواد مخدر شده باشد؟

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-