



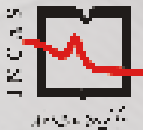
راهنمای خانواده

درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین



آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین

راهنمای خانواده‌ها



نام کتاب: آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین: راهنمای خانواده‌ها

نام انگلیسی: Family's Guide to Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment

مؤلفان: رابرت فرنام و علی فرهودیان،

مهرداد احترامی، رامین رادفر، ستاره محسنی‌فر، بهروز مشکینی، آدرخش مکری، علیرضا نوروزی (به ترتیب حروف الفبا).
(کمیتة تأمین منابع آموزشی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد)

ویراستار ادبی: نرگس هدایتی فرد

صفحه آرای: نادر بهادران

تصویرگر: علی میرایی

شابک:

نشانی: تهران، کد پستی: ۱۶۳۵۷-۱۳۳۶۶، میدان قزوین، خیابان کارگر جنوبی، پلاک ۴۸۶ -تلفن: ۵۵۴۱۵۲۲۵، دورنگار: ۵۵۴۱۲۲۳۲

پایگاه اینترنتی: <http://incas.tums.ac.ir> **پست الکترونیک:** incas@tums.ac.ir

ناشر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران

نوبت چاپ: اول **شمارگان:** ۳۰۰۰ نسخه

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

فهرست مطالب

درباره کتاب

آیا این کتاب برای من نوشته شده است؟
در این کتاب چه مطالبی را مطالعه می‌نمایید؟

بخش اوّل: مفاهیم کلی بیماری اعتیاد و درمان آن

فصل اوّل: مفاهیم کلی اعتیاد

مواد مخدر چه عوارض و اثراتی دارد؟
ویژگی‌های بیماری اعتیاد چیست؟

فصل دوّم: مفاهیم کلی درمان اعتیاد

چه زمانی بیمار من بهبود می‌یابد؟
درمان تا کی ادامه دارد و بیمار من تا چه وقت باید دارو مصرف کند؟
چرا درمان اعتیاد بیمار من چنین طولانی است؟
چرا بیمار من مرتباً عود می‌کند؟

فصل سوّم: مفاهیم درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده چیست؟
داروهای متادون و بوپرنورفین چگونه تأثیر می‌کنند؟
درمان نگهدارنده چگونه اجرا می‌شود؟

بخش دوّم: خانواده و اعتیاد

فصل چهارم: نقش خانواده‌ها در بیماری اعتیاد

خانواده‌ها چه نقشی در درمان اعتیاد دارند؟

چرا مهم است که رفتار خانواده تغییر کند؟
چگونه جایگاه خانوادگی و اجتماعی بیمار مبتلا به اعتیاد را بازسازی نماییم؟

فصل پنجم: نکات عملی برای اصلاح رفتار خانواده‌ها

چرا من در برخورد با معتاد اشتباه می‌کنم؟
رفتارهای اشتباه خانواده کدامند؟
باورها و اعتقادات اشتباه در خانواده کدامند؟
چگونه بدانم که رفتارم نادرست است؟
در هنگام بحث و مشاجرات چه باید کرد؟
چگونه با خشم خود برخورد کنم؟

فصل ششم: نحوه برخورد صحیح با بیماران برای ورود به درمان
چگونه با بیماری اعتیاد در یک عضو خانواده برخورد نماییم؟
در چه زمانی بیمار من برای درمان آماده است؟

بخش سوّم: خانواده‌ها و بیماران درون درمان

فصل هفتم: فصل ۷: نحوه‌ی برخورد صحیح با بیماران تحت درمان نگهدارنده

بخشی از مسئولیت بیماری معتاد خود را بر عهده بگیرید.
مشخص کنید که قرار است چه کمک‌هایی به بیمار خود بدهید؟
نحوه صحیح برخورد با بیمار معتاد چیست؟
در برخورد با بیمار چه کارهایی را نباید انجام دهم و چه کارهایی را باید انجام دهم؟
از کی باید به بیمار اعتماد کنیم؟
تا چه حدی باید بیمار را کنترل کنیم؟

فصل هشتم: نقش خانواده‌ها در اجرای صحیح درمان نگهدارنده

تا چه حد توجه به جواب آزمایشات بیمار دارای اهمیت است؟
آیا باید در نگهداری داروی بیمار به نکات خاصی توجه نمود؟
مسمومیت در بیماران تحت درمان چه اهمیتی دارد؟
آیا بیمار من درحین درمان نگه دارنده مجاز به رانندگی است؟

فصل نهم: نقش خانواده‌ها در کنترل ولع مصرف مواد و جلوگیری از لغزش و عود

چه کارهایی می‌توانیم بکنیم تا معتاد خود را از مواد دور نگه داریم؟
برای کاهش وسوسه در بیمار چه می‌توانم بکنم؟
نقش شروع‌کننده‌ها در درمان اعتیاد چیست؟
چگونه می‌توانم در شناخت برانگیزاننده‌های بیرونی و برخورد با آنها، به بیمار خود کمک کنم؟
الف) کمک به بیمار در شناخت برانگیزاننده‌های بیرونی
ب) کمک به بیمار در دوری از برانگیزاننده‌های بیرونی
چگونه می‌توانم در شناخت برانگیزاننده‌های درونی و برخورد با آنها به بیمار خود کمک کنم؟
الف) کمک به بیمار در شناخت برانگیزاننده‌های درونی
ب) کمک به بیمار در دوری از برانگیزاننده‌های درونی
وقتی روحیه بیمار شما نامناسب است چه می‌کنید؟

فصل دهم: نقش خانواده‌ها در تداوم درمان موفق

علل کاهش انگیزه بیمار من در طول دوره درمان چه می‌تواند باشد؟
بیمار من در ابتدای درمان خوب بود، چرا دوباره رفتارش عوض شد؟
نقش بیماری‌های همراه در اعتیاد چیست؟
بیمارم چه وظایفی در مقابل خانواده دارد؟
چه موقع باید سریعاً به مشاور مراجعه کنم؟
آیا من مجاز به دستکاری در درمان بیمار خود هستم؟

پیشگفتار

«انجمن کاهش آسیب خاورمیانه و شمال آفریقا»^۱ به منظور ارتقای برنامه‌های کاهش آسیب در منطقه تشکیل شده است. این انجمن، مجموعه فعالیت‌هایی برای ارتقای کاهش آسیب در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا پیش‌بینی کرده که مجری آن دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی^۲ سازمان جهانی بهداشت است. هدف از این فعالیت‌ها آن است که با کمک سازمانهای غیردولتی فعال در زمینه اعتیاد، مداخلات کاهش آسیب همانند توزیع سرنگ و سوزن و درمان‌های جایگزینی با مواد اپیویدی، در کشورهای این منطقه راه‌اندازی شود یا در صورتی که از قبل وجود دارد، ارتقاء یابد. این برنامه دارای سه قطب آموزشی در ایران، لبنان، و مراکش است. «مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران»، قطب آموزشی این برنامه در ایران است. از شروع این برنامه در سال ۱۳۸۶ تا به امروز، این مرکز، چندین کارگاه آموزشی برای شرکت‌کنندگان ایرانی و غیرایرانی در زمینه‌های مختلف کاهش آسیب برگزار کرده است. اقدام مهم دیگر این مرکز، تهیه کتابچه‌های آموزشی برای درمانگران و مراجعان مراکز درمان سوء مصرف مواد است. کتاب حاضر یکی از این کتابچه‌ها، و هدف آن آرایه اطلاعات پایه به خانواده بیماران معتاد، قبل و بعد از ورود به درمان نگهدارنده با داروهای متادون یا بوپرنورفین می‌باشد.

1-MENAHRA: Middle East and North Africa Harm Reduction Association

2-WHO-EMRO

درباره کتاب

آیا این کتاب برای من نوشته شده است؟

این کتاب یکی از مجموعه کتاب‌های معرفی درمان نگهدارنده است که برای اعضای خانواده افراد وابسته به مواد مخدر خارج از درمان و بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین نوشته شده است. امید است خانواده‌های محترم بیماران وابسته به مواد افیونی، با مطالعه این کتاب بتوانند اصول اولیه برخورد با بیمار معتاد، پیش از ورود به درمان و سپس بعد از ورود به درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین را فراگیرند تا بتوانند در بهبود بیمار خود مؤثرتر عمل نمایند. کتابچه دیگری نیز در این مجموعه از کتاب‌ها، اختصاصاً برای بیماران تحت درمان نگهدارنده نوشته شده است که مطالعه آن به بیماران توصیه می‌شود.

در این کتاب چه مطالبی را مطالعه می‌نمایید؟

در این کتاب، نخست تصویری کلی از اعتیاد و نقش درمان نگهدارنده با متادون ارائه شده است. سپس نقش مثبت خانواده در درمان اعتیاد، قبل و بعد از ورود به درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه «بایدها» و «نبایدها» در رفتار با بیمار تحت درمان اعتیاد و مراقبت‌های لازم توضیح داده می‌شود. گمان می‌کنیم مطالعه کامل این کتاب، موجب آگاهی دقیق‌تر خانواده مصرف‌کنندگان مواد خواهد شد و در نهایت باعث می‌گردد تا خانواده‌ها نقش بهتر و مؤثرتری در درمان این بیماران ایفا نمایند.

فصل ۱: مفاهیم کلی بیماری اعتیاد

مصرف مواد مخدر چه عوارض و اثراتی دارد؟

با اولین دفعات مصرف ماده مخدر، فرایند اعتیاد آغاز می‌گردد؛ با ادامه مصرف، رخوت، سستی و فراموشی تشدید شده و تغییرات ظاهری بتدریج در فرد بیمار ایجاد می‌شوند. در سیر پیشرفت بیماری، شخص از نظر روانی نیز ضعیف شده و در بسیاری از مواقع دچار افسردگی و سایر اختلالات روانپزشکی می‌گردد. در این مرحله، او دیگر حتی نسبت به حتی عزیزترین افراد زندگی خود بی تفاوت است. در مورد بهداشت شخصی و حتی وضعیت تغذیه، بی‌توجه می‌گردد و این موجب می‌گردد بروز مشکلات و بیماری‌های جسمی در او افزایش یابد. در این شرایط، تنها در رابطه با تهیه و مصرف مواد می‌توان انگیزه و تلاش را در شخص بیمار مشاهده نمود. اغلب معتادان احساس می‌کنند از جانب اجتماع طرد شده‌اند.

از دیگر خصوصیات فرد مصرف کننده، تغییرات شخصیتی است که بصورت پرخاشگری، پرتوقعی و تملق بروز می‌یابد. از آنجایی که فرد مصرف کننده برای تأمین هزینه گزاف مصرف نیاز به پول دارد، و از طرفی به دلیل مشکلات حاصل از مصرف مواد، قادر به انجام فعالیت شغلی مناسب نیست ممکن است آنقدر به استیصال و بی‌چارگی برسد که ناگزیر مرتکب اعمال خلاف قانون مانند دزدی، تکلدی، خودفروشی یا حتی رفتارهای جنایتکارانه گردد و برای مخفی کردن اعتیاد خود به راحتی دروغ بگوید. بتدریج رابطه شخص با بستگان و نزدیکان کم می‌گردد و بیش از پیش به دوستان مصرف کننده خود و فروشندگان مواد نزدیک می‌شود؛ فرد مصرف کننده، بتدریج به سمت مواد خطرناک‌تر پیش می‌رود و ممکن است اقدام به انجام رفتارهای پرخطر نماید مانند تزریق، استفاده از سرنگ و وسایل مشترک تزریق و روابط جنسی پرخطر و محافظت نشده با افراد آلوده به عفونت‌هایی مانند ایدز و هپاتیت. فرد بیمار دائماً در معرض دستگیری، حبس، و درگیری با قانون قرار می‌گیرد. فرد بیمار ممکن است اعتیاد، عفونت، یا سایر مشکلات مربوط به اعتیاد را به



سایر اعضای خانواده و بستگان سالم نیز انتقال دهد. عوارض و خطرات جسمی، روانی و اجتماعی ذکر شده در بالا به طور عمده مربوط به مواد مخدر خالص می‌باشد؛ از آنجایی که عرضه مواد بصورت قاچاق و بدون نظارت می‌باشد، عموماً این مواد دارای ناخالصی‌های متفاوتی نیز هستند که گاهی عوارض آنها بسیار بیشتر و خطرناک‌تر از عوارض خود مواد مخدر بدون ناخالصی است. موادی که به مخدرها اضافه می‌گردد کاملاً سلیقه‌ای و بسته به میل قاچاقچی است. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که این مواد می‌توانند خون لخته‌شده، فیلم رادیولوژی، جگر سوخته، شاخ، پارافین، مدفوع انسان و پرندگان، داروهای مختلف روانگردان، کینین، خاک آجر، پودر تالک و استریکنین، سرب، جیوه، یا هر چیز دیگری باشند که بسیاری از آنها کاملاً سمی بوده و می‌توانند موجب بروز عوارض غیرقابل بازگشت گردند.

اما آنچه مهم است بدانید:

اعتیاد یک بیماری مزمن و طولانی است و بهبودی آن نیازمند درمانی مستمر، مناسب و همه جانبه است.

بخش اول: مفاهیم کلی بیماری اعتیاد و درمان آن

فصل ۲: مفاهیم کلی درمان اعتیاد

اعتیاد یک بیماری قابل درمان است، اما بهبودی آن، نیازمند اطلاع خانواده‌ها و بیماران معتاد از ویژگی‌های خاص درمان و بهبودی در این بیماری مزمن است. در این فصل از کتاب، به بررسی اصول کلی درمان اعتیاد و سئوالات شایع خانواده‌ها در این رابطه می‌پردازیم.

چه زمانی بیمار من بهبود می‌یابد؟

تعریف مفهوم «خوب شدن» از نظر بسیاری از افراد و حتی متخصصان متفاوت است: بعضی بهبودی را به معنی عدم مصرف مواد مخدر غیرقانونی می‌دانند؛ گروهی آن را به معنی تغییر رفتار بیمار و تبدیل اخلاق و روحیات او به وضعیت دوره قبل از مصرف تلقی می‌کنند؛ بعضی حتی توقع دارند رفتار بیمار آنان از قبل شروع سوء مصرف هم، بهتر باشد. بسیاری از خانواده‌ها نیز با وجود اینکه رفتار حال حاضر فرد بیمار را نمی‌پسندند، ولی معمولاً تعریف دقیقی از رفتار ایده‌آل هم در ذهن ندارند.

برای مثال همسران بعضی از مصرف‌کنندگان از آنجایی که از ابتدای زندگی با رفتارهای غیرعادی بیمار معتاد مواجه شده‌اند. معمولاً حتی نمی‌دانند که رفتار یک همسر غیرمصرف‌کننده چگونه است و فقط احساس می‌کنند که رفتار فعلی همسر بیمار خود را دوست ندارند.

از نظر علمی، بهبودی فرایندی است که از زمانی که فرد مصرف‌کننده این واقعیت را می‌پذیرد که سالم ماندن او با تداوم مصرف و ادامه وضع موجود امکان‌پذیر نیست، شروع می‌شود و با ادامه دوره پرهیز، گسترش و تعمیق می‌یابد؛ در گذر زمان تغییراتی در خود فرد و روابط بین فردی‌اش ایجاد می‌گردد و بیمار به تدریج به وضعیت ایده‌آل بهبودی و زندگی عادی و سالم نزدیک می‌گردد.

انتظار یک بهبودی ایده‌آل در اوایل درمان، انتظاری غیرواقعی است و فقط به فرایند درمان و آرامش خانواده آسیب می‌رساند.



درمان تا کی ادامه دارد و بیمار من تا چه وقت باید دارو بخورد؟

در ابتدا سعی کنید به این سؤالات جواب دهید.

الف) چرا تا این حد نگران مصرف دارو توسط بیمار خود هستید؟

ب) به نظر شما چقدر از مشکلات بیمار شما به خاطر مصرف دارو و چقدر به خاطر عوارض بیماری اعتیاد است؟



ج) به نظر شما نقش متادون یا بوپرنورفین در درمان بیمار شما چیست؟
واقعیت این است که اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن و عود کننده نیاز به درمان طولانی مدت، پیگیری منظم و مراجعه مداوم دارد. طول مدت درمان از فرد به فرد دیگر متفاوت است و برای تعیین زمان دقیق آن باید با تیم درمانی مشاوره نمایید.
در اکثر مواقع، مصرف طولانی‌تر دارو به مفهوم احتمال بیشتر موفقیت در درمان اعتیاد است.

چرا درمان اعتیاد بیمار من تا این حد طولانی است؟

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. یعنی بهبودی آن مانند بیماری دیابت (قند خون) یا فشار خون ممکن است سال‌ها طول بکشد. در این شرایط، هرگاه درمان را جدی نگیریم احتمال بازگشت بیماری وجود دارد. نکته دیگری که لازم است به آن توجه کنید وجود مشکلات همراه با اعتیاد مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات شخصیتی و کاهش اعتمادبنفس است که معمولاً باعث پیچیده‌تر شدن درمان می‌گردند. در واقع بیمار شما بعد از کنار گذاشتن مصرف مواد، باید با عوارض جسمی و روانی اعتیاد هم کنار بیاید و آنها را نیز درمان کند که انجام این مجموعه از درمان‌ها، نیازمند زمان است.

آسیب‌های اعتیاد صرفاً به دلیل مصرف مواد نیستند، بلکه دوره‌ای که فرد به مصرف مواد اشتغال داشته از یادگیری و رشد روانی و شخصیتی بازمانده است و باید بعد از درمان، این عقب‌افتادگی‌ها را نیز جبران کند. بسیاری از خانواده‌ها در طی درمان به وضوح متوجه می‌شوند که با وجود کنار گذاشتن مصرف مواد، در بسیاری از اوقات، معتاد آنان در برخورد با استرس‌های زندگی، حتی در نوع خفیف آن، عصبی شده و نمی‌داند چه کند. معمولاً پرخاشگری می‌کند، به سمت مصرف مواد می‌رود و یا کنترل خود را از دست داده و رفتارهای غیرمعمول نشان می‌دهد.

بسیاری از این اختلالات رفتاری، جزو عوارض مستقیم مصرف مواد نیستند، بلکه در واقع نوعی ناتوانی هستند که یک بیمار معتاد به علت بیماری طولانی اعتیاد کسب کرده است. مسلماً به همین دلایل، دوره درمان از مهم‌ترین زمان‌هایی که بیمار معتاد نیازمند درک، همراهی، کمک و حمایت شما است.

چرا بیمار من مرتباً لغزش و عود می‌کند؟

شروع به مصرف مواد در نهایت با تصمیم خود فرد معتاد، عملی می‌گردد، بنابراین همواره این تصور وجود دارد که مسئولیت کامل این رفتار به عهده خود است و او هر زمان که بخواهد باید بتواند اراده کرده و به راحتی از این نوع رفتارهای اعتیادی و مصرف مواد اجتناب نماید.

اما واقعیت این است که موضوع به این سادگی نیست. حقیقت این است که اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن و آسیب‌رسان، موجب بروز عوارض متعدد جسمی، روانی و اجتماعی در فرد مصرف کننده می‌شود. آسیب‌های مختلف ناشی از مصرف مواد، موجب می‌گردد که فرد بیمار بسیاری از مهارت‌های خود را برای تطابق با مشکلات اجتماعی از دست بدهد، از تفریحات معمولی لذت کافی نبرد، روابط اجتماعی سالم را از دست بدهد و در برابر هر مشکلی، مصرف مواد را به عنوان تنها راه فرار از آن، به ذهن آورد.



در نتیجه این بیماری، میل و وسوسه غیرقابل‌کنترلی، برای مصرف مواد را در شرایط مختلف در بیمار بروز می‌کند. این موضوع موجب می‌گردد که علیرغم این که بیمار، تصمیم به ترک و بهبودی گرفته است، ممکن است چند بار در فرایند درمان، دچار لغزش یا عود گردد.

هرچند لغزش و مصرف مواد و عود مجدد بیماری، پدیده‌های ناراحت‌کننده‌ای هستند و موجب شکل‌گیری احساس سرخوردگی در بیمار و خانواده او می‌گردند، اما نباید فراموش نمود که در صورتی که این لغزش‌ها در طول دوره درمان و زیر نظر تیم درمانگر روی دهند، خود می‌توانند فرصتی باشند تا بیمار و اعضای خانواده، مشکلات و خطاهای موجود در مسیر درمان را شناسایی کنند و از این فرصت برای آموزش روش‌های مناسب برای مقابله با اتفاقات و شرایط ایجادکننده لغزش استفاده نمایند.

بهبودی از اعتیاد نیاز به زمانی طولانی و توجه به این نکته دارد که وسوسه جزئی از بیماری و مسیر بهبودی است و مدتی نسبتاً طولانی زمان می‌برد تا بیمار روش‌های عملی مقابله با وسوسه را بیاموزد.

بخش اوّل: مفاهیم کلی بیماری اعتیاد و درمان آن

فصل ۳: مفاهیم کلی درمان نگهدارنده

در این فصل از کتاب، به معرفی اصول، اهداف و روش درمان اعتیاد به شیوه نگهدارنده با داروی متادون و بوپرنورفین می پردازیم.

درمان نگهدارنده چیست؟

با توجه به سیر مزمن اعتیاد و احتمال زیاد عود و لغزش، درمان اعتیاد باید طولانی مدت و همه جانبه باشد. درمان نگهدارنده یکی از روش های اصلی درمان اعتیاد به مواد افیونی (تریاک، هروئین، شیره و کراک) است. در طول این درمان، بیمار مجموعه ای از درمان های طبی و دارویی و روان درمانی دریافت می نماید. در حال حاضر در ایران دو داروی متادون و بوپرنورفین به منظور درمان نگهدارنده استفاده می شوند. این دو دارو، خواصی مشابه با مواد مخدر بر روی بیمار دارند، با این تفاوت که:

۱. شروع تأثیر و ناپدید شدن اثر آنها، آهسته و ملایم است؛ در نتیجه با مصرف این مواد، وضعیت جسمی بیمار معتاد در حالت متعادل مانده و از کمتر نظر روحی کمتر دچار نوسانات خواهد شد. این در حالیست که مواد مخدر غیرمجاز گاهی بیمار را بسیار سرخوش، و گاهی او را دچار خماری می‌کند. این نوسانات بر روحیه بیمار اثر مخرب گذاشته و قسمت زیادی از عوارض اعتیاد را سبب می‌شود. تعادل رفتاری به وجود آمده باعث خواهد شد که بیمار، کمتر خشمگین و یا بدون کنترل شود و به دنبال آن، دچار مشکلات خانوادگی، شغلی و حقوقی کمتری گردد.



۲. این داروها از طریق کاملاً بهداشتی تهیه شده‌اند، لذا فاقد هرگونه ناخالصی بوده و عوارض آنها بر بدن معتاد به ویژه کلیه، کبد و دستگاه گوارش در حداقل ممکن است.
۳. با درمان نگهدارنده، علائم جسمانی و وسوسه به میزان زیادی کنترل می‌شود. نداشتن وسوسه و کنترل علائم جسمانی، بر روحیه بیمار و خانواده، اثر بسیار مثبتی دارد و تمایل به مصرف مواد را تا حد زیادی متوقف می‌کند. با توقف مصرف مواد مخدر و کاهش وسوسه، فرصت بازگشت بیمار به زندگی عادی فراهم می‌شود.

۴. عدم نیاز به تهیه ماده مخدر غیرقانونی، باعث می‌شود بیمار نیازی به تماس با قاچاقچیان و فروشندگان مواد نداشته باشد؛ این مسئله موجب می‌گردد خطر دستگیری کاهش یابد و نیاز به پرداخت هزینه برای تهیه ماده مخدر نیز از بین برود.



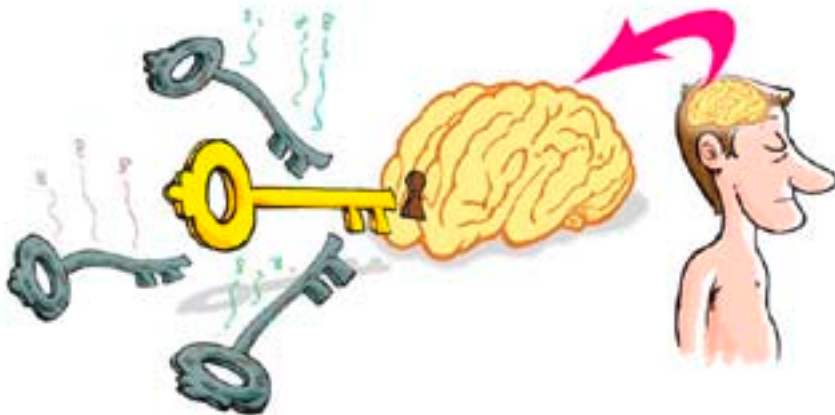
۵. با استفاده از این روش درمانی، شبکه دوستان فرد تغییر می‌کند و بیمار زمان، انگیزه و شرایط مناسبی برای تماس با افراد سالم خواهد داشت.
۶. داروهای درمان نگهدارنده، خوراکی هستند. بنابراین اگر بیمار قبلاً مواد مخدر را تزریق می‌کرده است، این درمان، مصرف تزریقی را در او کاهش خواهد داد. برای بسیاری از بیماران، تزریق منجر به ایجاد زخمهای وسیعی در سطح بدن می‌شود و با انهدام رگها همراه است. در درمان نگهدارنده، این عوارض از بین می‌رود. با توقف تزریق، احتمال سرایت بسیاری از بیماری‌های عفونی (به ویژه هپاتیت و ایدز) برطرف می‌شود.
۷. یکی از دلایل مرگ و میر در معتادان، مصرف ناگهانی و بیش از حد ماده مخدر است. با استفاده صحیح از درمان نگهدارنده، امکان مسمومیت یا بیش مصرف^۱ مواد مخدر به مقدار زیادی کاهش می‌یابد.



داروهای متادون و بوپرنورفین، چگونه اثر می‌کنند؟

داروهای متادون و بوپرنورفین، بر مکان‌های مشخصی در بدن اثر می‌کنند که «گیرنده» نام دارند؛ تماس مواد یا داروهای افیونی یا شبه افیونی (موادی که از تریاک و مشتقات آن تولید شوند (مانند خود تریاک، شیره، هروئین و کراک) به مواد افیونی یا اپیوئیدی معروف هستند) با این گیرنده‌ها و تحریک آنها، موجب بروز کلیه اثرات مربوط به ماده مخدر می‌گردد. مصرف طولانی مدت مواد افیونی یا شبه افیونی، موجب کاهش تعداد و میزان حساسیت گیرنده‌های اپیوئیدی می‌گردد و به همین علت در فرد معتاد، نسبت به اثر مواد اپیوئیدی، مقاومت و تحمل حاصل می‌گردد. خود بدن انسان به صورت طبیعی، مقدار کمی مواد افیونی تولید می‌کند که این مواد افیونی تولید شده در بدن، برای کارکرد صحیح آن لازم هستند. وقتی فرد معتاد شروع به مصرف مواد مخدر و وارد کردن آنها به بدن می‌کند دیگر خود بدن انسان تولید مواد افیونی را قطع می‌کند در نتیجه در فرد معتاد شده، اگر بدن بخواهد عملکرد طبیعی خود را حفظ کند، باید این مواد به صورت مداوم از خارج به بدن وارد شود و به علت کاهش تدریجی حساسیت بدن به اثرات این مواد خارجی، باید میزان ماده یا داروی مخدر وارد شده به بدن، پله پله افزایش پیدا کند.

اثر انواع داروها و مواد مخدر افیونی و همچنین مواد افیونی ساخته شده در داخل بدن بر روی بر روی این گیرنده‌ها، شباهت زیادی به عملکرد کلید و قفل دارد. به این صورت که برای بازکردن هر قفل باید کلید اختصاصی آن وارد آن شود؛ فرقی نمی‌کند کلید از چه جنسی باشد، مهم آن است که به قفل بخورد. از طرفی، وقتی کلید مناسب در قفل قرار گرفت، عموماً کلید دیگری، قابلیت بازکردن آن قفل را ندارد.



متادون و بوپرنورفین دقیقاً مانند کلیدی هستند که می‌تواند قفل‌های مربوط به مواد افیونی (گیرنده‌ها) داخل بدن را باز کند. هریک از مواد یا داروهای مخدر مانند کلیدی برای یک قفل واحد عمل می‌کنند. در بیمار شما که روزانه مقدار ثابت و مناسبی متادون یا بوپرنورفین مصرف می‌کند، این گیرنده‌ها مانند قفلی که دائماً کلید مناسب خود را در اختیار دارد، با نظم مشخص و دقیقی مشغول فعالیتند و به همین دلیل، فرد دائماً نشئه یا خمار نمی‌شود و در وضعیت طبیعی بسر می‌برد. به همین دلیل است که شخص تحت درمان با این داروها، حتی وسوسه مصرف مواد مخدر را نیز احساس نمی‌کند. حال حتی اگر فرد تحت درمان، به هر دلیلی اقدام به مصرف مواد مخدر نماید، از آنجایی که گیرنده‌ها از داروی مخدر پر هستند، این مواد بدون آن که بر بدن اثر قابل توجهی داشته باشند از بدن دفع می‌گردند، دقیقاً مانند زمانی است که در قفل، کلیدی وجود دارد و کلید دوم دیگر کارایی ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان نگهدارنده با دوزهای مناسب و کافی متادون و یا بوپرنورفین می‌تواند موجب اثرات ذیل شود:

- شخص علائم محرومیت یا خماری را، بسیار کمتر تجربه می‌کند،
- وسوسه و میل به مصرف مواد مخدر در فرد بیمار از بین می‌رود، و
- در صورت استفاده همزمان از مواد مخدر، اثر لذتبخش آنها احساس نمی‌شود.

این سه اثر درمانی داروهایی مانند متادون و بوپرنورفین، موجب می‌گردند که این داروها با قطع یا کاهش قابل توجه مصرف مواد در فرد معتاد، نقش بسیار ارزشمندی در درمان او ایفاء نمایند.

درمان نگهدارنده روشی درمانی است که بر اساس آن با قرار دادن بیمار در یک شرایط درمانی قانونمند، منظم و پایدار، از داروی متادون یا بوپرنورفین، جهت کاهش آسیب و کنترل وسوسه بیمار استفاده می‌شود.

درمان نگهدارنده چگونه اجرا می‌شود؟

این درمان نیازمند مراجعه روزانه و مداوم، به خصوص در ماه‌های اول درمان می‌باشد. بیمار شما باید تقریباً در تمامی روزهای هفته برای دریافت و مصرف دارو، و شرکت در جلسات درمانی به مرکز درمانی خود مراجعه کند. پس از طی ماه‌های اول درمان، با صلاح‌دید پزشک معالج و بر اساس شرایط خاص بیمار شما، متادون مورد نیاز را می‌توان برای دوره کوتاهی در اختیار یکی از اعضای خانواده یا خود بیمار قرار داد. توجه داشته باشید که مراکز درمان نگهدارنده با متادون به دلایل قانونی و پزشکی از تحویل دارو به همراهان بیمار به خصوص در ماه‌های نخست درمان معذور می‌باشند.

در اوایل درمان، تست‌های ادراری بصورت منظم از بیمار شما گرفته خواهد شد و پس از چند ماه ممکن است فاصله این تست‌ها بیشتر گردد؛ ولی بیمار باید در تمام مراجعات، آمادگی انجام تست را در صورت صلاح‌دید پزشک داشته باشد. طبیعتاً در صورتی که نتیجه تست بیمار شما، نشان‌دهنده مصرف مواد باشد، پزشک، دوز منزل بیمار را قطع کرده و محدودیت‌هایی برای درمان او در نظر می‌گیرد.

قوانین و مقررات مرکز درمانی در زمان شروع درمان برای بیمار توضیح داده می‌شود و نقض آنها ممکن است منجر به قطع درمان بیمار شما شود. از کلیه مراجعان مرکز درمانی انتظار می‌رود که برای ویزیت پزشک و جلسات مشاوره، سروقت حاضر شده، و قوانین و مقررات مرکز درمانی را رعایت کنند.

بررسی‌های علمی نشان می‌دهد عامل اصلی موفقیت در درمان نگهدارنده با متادون، باقی ماندن طولانی مدت در درمان است. البته مانند هر داروی دیگر، داروهای متادون و بوپرنورفین نیز می‌توانند عوارضی داشته باشند.

عوارض این داروها شامل تعریق، یبوست، سردرد، سرگیجه، تهوع، استفراغ، بیقراری، مشکلات خواب، کاهش میل جنسی، رخوت و احساس سستی است. در صورت ظاهر شدن این عوارض، بیمار می‌تواند پزشک خود را در جریان گذاشته و توصیه‌های مورد نیاز را دریافت کند.

باید بدانید که **مصرف متادون به تنهایی برای درمان کافی نیست**. برای کاهش مشکلات روانشناختی و محیطی بیمار، روش‌های مختلف آموزشی، مشاوره‌ای، رواندرمانی، حمایتی و مددکاری، هم به صورت انفرادی و هم به شکل گروهی، برای شما و بیمارتان در اکثر مراکز درمان اعتیاد وجود دارند. توصیه می‌شود بیمار حتماً از این خدمات درمانی استفاده نماید و هرگونه مشکل خود را در طول دوره درمان، با درمانگر خود و سایر اعضای تیم درمانی در میان گذارد.



فصل ۴: نقش خانواده‌ها در بیماری اعتیاد

در این فصل از کتاب به بررسی نقش مثبت یا منفی خانواده در درمان اعتیاد می‌پردازیم.

خانواده‌ها چه نقشی در درمان اعتیاد دارند؟

واقعیت این است که برخلاف تصورات ما، بسیاری از معتادان، حداقل با بعضی از اعضای خانواده خود، رابطه نزدیکی دارند. خانواده‌ها بر روی مصرف‌کنندگان مواد، تأثیرگذاری منحصر بفردی دارند. این توانایی تأثیرگذاری در رابطه با بهبودی بیماران، بسیار تعیین‌کننده است. مثلاً نشان داده شده است، افرادی که یکی از اعضای خانواده، آنان را در طول درمان همراهی می‌کند؛ در درمان موفق‌تر هستند. اعضای خانواده می‌توانند با حمایت صحیح یا غلط خود از رفتارهای مغایر با اعتیاد، موفقیت‌های بیمار را تقویت و یا تخریب کنند. آنها می‌توانند تغییرات مناسب و مورد نظر درمانگران را ایجاد کرده و یا تقویت نمایند. خانواده‌ها همچنین می‌توانند درمان را تخریب کرده و پیشرفت آن را تبدیل به شکست نمایند.

البته این کار مشکلی است که همه اعضای خانواده را برای درمان، همراه نمود. مثلاً گاهی پدران نوجوانان معتاد، نسبت به درمان، بدبین هستند و ممکن است مانند مادران، در درمان فعالانه شرکت نکنند؛ در بعضی از موارد، اعضای خانواده اگر خود، مصرف‌کننده مواد باشند، نگرانند تا در مراکز درمانی، مصرف خود آنان نیز مورد سؤال قرار گیرد و یا گاهی اعضای خانواده فکر می‌کنند که ممکن است به دلیل مصرف مواد توسط فرزندشان، مورد سرزنش قرار گیرند.

خانواده‌ها باید بدانند که اغلب معتادانی که قادر به ترک مستمر شده‌اند از حمایت خانوادگی خوبی برخوردار بوده‌اند. خانواده بیماران مصرف‌کننده مواد همچنین باید بدانند که در این اقدام ارزشمند، تنها نیستند و تیم درمانی با آنها همراه خواهد بود.

خانواده‌ها عموماً در ماه‌های اول درمان، مشکلات بیشتری را تجربه می‌نمایند، زیرا خانواده دقیقاً نمی‌داند که باید چه نقشی ایفا کند و از درمان چه توقعی داشته باشد. در واقع اعضای خانواده در این زمان، درگیر احساساتی از جمله سردرگمی، خوشحالی، ترس، و خشم نسبت به فرد مصرف‌کننده هستند.

خانواده‌ها می‌دانند فرد مصرف‌کننده در حال تغییر است، ولی دقیقاً نمی‌دانند چه تغییری در چه زمانی درست و قابل انتظار است. در مراحل اولیه درمان، اعضای خانواده هنوز آرامش خود را پیدا نکرده‌اند. خانواده در مورد مصرف مواد و احتمال مصرف مجدد نگران هستند و ممکن است بحران‌هایی اتفاق بیافتد. گاهی اعضاء خانواده نمی‌توانند با تغییری که در روش زندگی فرد معتاد پیش آمده، کنار بیایند و در نتیجه دچار بحران می‌گردند. خانواده بیمار، خود نیز نیاز به تغییری در رفتار با فرد معتاد دارد؛ ادامه عملکردهای نادرست



خانواده باعث می‌شود که بیمار معتاد نتواند ماهیت ویرانگر رفتارهای قبلی خود را درک کند و انگیزه خود را برای تغییر رفتار از دست بدهد.

چرا مهم است که رفتار خانواده تغییر کند؟

در طی درمان، نوع ارتباط فرد مصرف‌کننده با خانواده تغییر می‌کند و در صورتی که سایر اعضای خانواده با تغییر فرد سازگار نشوند یا آن را حمایت نکنند، احتمال شکست فرد در درمان افزایش می‌یابد. گاهی نظام خانواده دارای مشکلاتی است که بدون آنکه بخواهد امکان بازگشت فرد را به مصرف مجدد مواد فراهم می‌کند. یک خانواده توانمند باید بداند که با هریک از رفتارهای بیمار معتاد، چگونه برخورد کند، اصلاح و بهبود روابط درون خانواده در بسیاری از اوقات باعث کاهش مصرف مواد می‌شود.



بسیاری از خانواده‌ها عقیده دارند که علت تمام مشکلات خانواده، فرد معتاد است، ولی واقعاً اگر کسی به شما بگوید که شما علت همه بدبختی‌های خانواده هستید چه احساسی پیدا می‌کنید؟ و این احساس چه تأثیری روی برخورد شما با دیگران، انگیزه شما برای ایجاد تغییر در رفتار خود و حتی دیدگاه شما بر دنیا می‌گذارد؟

چگونه جایگاه خانوادگی و اجتماعی بیمار مبتلا به اعتیاد را بازسازی نماییم؟

بسیاری از معتادان در زمان مصرف، اهمیت چندانی به عوارض اجتماعی، خانوادگی بیماری خود نمی‌دهند، ولی وقتی اقدام به درمان می‌کنند، گویی برای اولین بار متوجه برخوردهای متفاوت دیگران با خود می‌شوند. در این زمان، بسیاری از آنان از نوع برخورد دیگران، بی‌اعتمادی اعضای خانواده، سایر مشکلات موجود مانند مشکلات اقتصادی به شدت آزرده شده و گاهی این موضوع عاملی می‌شود تا برای تسکین آلام خود دوباره به طرف مصرف مواد بروند.



کمک به معتاد برای بهبودی، نیاز به حوصله و دقت فراوان خانواده دارد. در ابتدای درمان، دادن آرامش به بیمار، شنیدن صحبت‌ها و همدلی با بیمار کمک می‌کند، ولی با گذشت زمان، روش کمک به شخص، اندکی متفاوت می‌گردد و خانواده بهتر است در جهت **بازسازی اعتمادبنفس** بیمار حرکت نماید. بسیار مهم است که خانواده، سعی کند نگرانی‌های صحیحی را که به خصوص در زمینه بی‌اعتمادی به بیمار دارد با درمانگران در میان گذارد. اما خانواده باید کاملاً مراقب رفتارهای نادرست ناشی از این نگرانی‌ها باشد که معمولاً به صورت

چک کردن وسایل، اتاق، تلفن همراه، و...؛ کنترل بیش از حد رفت‌وآمد بیمار؛ عصبی شدن و پرخاشگری؛ باج دادن و... بروز می‌کنند.

خانواده باید اعتیاد را بعنوان یک مشکل خانوادگی بشناسد و بهتر است مطرح کردن مشکلات و مسایل قبلی را تا زمان رسیدن بیمار به یک ثبات نسبی و بعد از مشورت و تأیید تیم درمان به تعویق بیندازد. بنابراین مهم‌ترین اصل برای خانواده باید **درمان صحیح اعتیاد** باشد. نقش حمایتگر خانواده بسیار اساسی است بطوریکه اغلب بیماران به وضوح اشاره می‌کنند که بعد از ترک، احساس تنهایی و بی‌کسی به آنها فشار می‌آورد. حضور هر چه بیشتر اعضاء خانواده به عنوان حامی، در بهبودی مشکل تنهایی که یکی از قوی‌ترین برانگیزاننده‌های درونی برای عود و مصرف مجدد است، ارزشمند می‌باشد.

بنابراین، اولین و مهم‌ترین نقش خانواده می‌تواند کمک به بازسازی ارتباط فرد معتاد با سایرین (اعضای خانواده، دوستان غیرمصرف‌کننده و...) باشد؛ دقت کنید که بازسازی ارتباط سایر اعضای خانواده با یکدیگر نیز در فرایند درمان بسیار مهم است.

یکی از کارهای مهم خانواده این است که نگذارند بیمار، تنها و بیکار بماند. اعضای خانواده باید در این حین کمک کنند تا فرد بیمار بتواند شناخت بیشتری از تجربیات لذتبخش غیر مرتبط با مصرف مواد بدست آورد، این تفریحات را مجدداً کشف کند، به بازسازی تجربیات لذتبخش غیر مرتبط با مصرف مواد بپردازد، و خود را برای حضور در موقعیت‌های اجتماعی غیر مرتبط به مصرف مواد آماده نماید.



به هیچ عنوان بجز در موارد خیلی خاص، نباید تمام مسئولیت درمان معتاد را تنها یک نفر از اعضای خانواده به تنهایی به عهده بگیرد، بلکه باید سعی شود ضمن جلب حمایت حداکثر اعضای خانواده و دوستان، وظایف و مسئولیت‌های هر عضو مشخص شود؛ برای مثال یکی از اعضای خانواده مسئولیت همراهی بیمار تا کلینیک، یکی مسئولیت تماس با تیم درمان، و یکی مسئولیت رسیدگی به هزینه‌های درمان را به عهده بگیرد.



فصل ۵: نکات عملی برای اصلاح رفتار خانواده‌ها

در این فصل از کتاب به بررسی رفتارهای غلط خانواده با بیمار معتاد و نحوه اصلاح آنها می‌پردازیم.

چرا من در برخورد با معتاد اشتباه می‌کنم؟
به این باورها و تفکرات غلط توجه کنید:

- اگر فقط می‌توانستم او را تغییر دهم دیگر هیچ مشکلی نداشتم.
- اگر فقط بتوانم کاری کنم که او تصمیم به ترک بگیرد، همه چیز خوب خواهد شد.
- من مشکلی ندارم، بلکه این معتاد است که قابل کنترل نیست.
- اگر من نتوانم او را نجات بدهم، ناتوان و بی‌ارزش هستم.



حال از خود پرسید:

- در طی روز، چقدر بعثت رفتار بیمار معتاد خود، دچار اضطراب شده و نگران عدم موفقیت درمان می‌گردید؟ این مسایل چقدر از وقت شما را می‌گیرند؟
 - چقدر وقت گذاشته‌اید تا او را به کلینیک درمانی ببرید؟
 - چند بار بعثت غیبت از محل کار و یا مراجعه نامنظم به کلینیک، به جای معتاد دروغ گفته‌اید؟
 - چند بار تاکنون، بدهی معتاد را به جای او پرداخت کرده‌اید؟
- و حالا:

- آیا می‌دانید چه کارهایی را باید برای بهبودی معتاد خود انجام دهید؟ برای کسب اطلاعات در این رابطه چقدر زمان گذاشته‌اید؟
 - آیا می‌دانید چه موقع باید مراقبت بیمار را با روش صحیح به عهده بگیرید؟ و انجام چه کارهایی در این رابطه نادرست است؟
- برای درک صحیح از نحوه برخورد با این موضوعات دو مشکل شایع را با توضیحات بیشتر برای شما مطرح می‌کنیم:

۱- نگرانی از اینکه سایرین بفهمند، یکی از اعضاء خانواده من بیمار است:

اعضاء خانواده فرد معتاد خیلی از اوقات ترجیح می‌دهند با وجود اینکه بارها تجربه کرده‌اند رفتارهایی مانند پوشاندن مصرف، باج دادن برای ساکت شدن معتاد و یا حل مشکلات مالی هیچ کمکی به درمان اعتیاد نمی‌کند برای حفظ آبرو و یا به علت ترس از مصرف مجدد، این کارها را انجام دهند. واقعیت این است که رفتارهای فوق، کمکی به تغییر رفتار معتاد یا بهبودی او نمی‌کنند و وضعیت را بدتر می‌سازند.

۲- احساس تقصیر و گناه از معتاد شدن یکی از اعضاء خانواده:

احتمالاً بارها و بارها این سؤالات به ذهن شما خطور کرده است که:

- معتاد من چه کمبوهایی داشته که به سمت مصرف مواد رفته است؟
- آیا ما در شکل‌گیری اعتیاد مقصر بوده‌ایم؟
- آیا اعتیاد فرزند من ارثی است، چون برای مثال عمو یا پدرش مواد مصرف کرده‌اند؟

- ما برای تربیت فرزندانمان از یک الگوی تربیتی یکسانی استفاده کرده‌ایم، چرا فقط این یکی معتاد شد؟ این افکار نشان‌دهنده این موضوع هستند که بسیاری از والدین، خود را در اعتیاد فرزندانشان مقصر می‌دانند. البته شاید شما اشتباهاتی در طی رشد فرزند خود مرتکب شده باشید، ولی توجه داشته باشید که: اولاً بسیاری از والدین دیگر اشتباهاتی به مراتب بیشتر از شما مرتکب شده ولی فرزندانشان معتاد نشده‌اند. ثانیاً آیا این احساس در شما کمکی به درمان معتاد می‌کند؟ ثالثاً آیا تا به حال فکر کرده‌اید که کنترل این احساسات، چقدر به درمان اعتیاد کمک می‌کند؟ وقتی احساس تقصیر و گناه در خانواده وجود داشته باشد سعی می‌کنیم به هر شکل برای کم کردن احساس گناه خود، با زور، خواهش، تمنا، تهدید و موجبات ترک بیمار را فراهم آوریم که این موضوع مسلماً وضع موجود را بدتر می‌کند. اصل مهم این است که:

خانواده، بیمار معتاد را مجبور نکرده است که اولین مصرف را تجربه کند و علت ایجاد خیلی از مشکلات از جمله بروز بیماری نیست، بسیاری از اعمال و رفتار و عواقب کارهای بیمار معتاد به خانواده ارتباط ندارد. مسلماً در طول زندگی، رفتار نامناسب معتاد به شما آسیب زده است، اما برای بهبودی و سلامت فرد معتاد، نباید او را رها کنید. اگر می‌خواهیم زندگی مفیدتر و شادتری داشته باشیم، در ابتدا باید اداره و کنترل احساس، افکار و زندگی خود را به عهده بگیریم.

رفتارهای اشتباه خانواده کدامند؟

در بسیاری از موارد دیده می‌شود که خانواده افراد مصرف‌کننده مواد در دوره درمان دقیقاً نمی‌دانند باید چه برخوردی با فرد داشته باشند. نمونه‌هایی از برخوردهای نامناسب با بیمار عبارتند از:

۱. **معامله**، برای مثال قول دهند که به شرط ترک مصرف، ماشین، خانه، ... برای بیمار تهیه کنند.



۲. **تعیین مقصر**، برای مثال در مورد نقش بیمار، دوستان، و یا نزدیکان او در شروع مصرف مواد با او صحبت کنند.



۳. **باچ دادن**، برای مثال شرط کنند که تنها در صورت ترک، کار خاصی برای بیمار انجام می‌دهند.
۴. **سرزنش**، برای مثال به بیمار بابت وسوسه یا مشکلات رفتاری سرکوفت بزنند.
۵. **تحقیر و مقایسه**، مانند اینکه فرد را با سایر فرزندان یا دوستانش بسنجند و او را ناتوان یا مقصر جلوه دهند.



۶. پرخاشگری و خشم، برای مثال بیمار معتاد را از منزل اخراج کنند و یا با او درگیری فیزیکی پیدا کنند.



۷. تمسخر برای مثال به فرد بیمار بگویند "خیلی آدم بااراده‌ای است، چون تا حالا صد دفعه برای درمان اراده کرد"



۸. **تهدیدهای تو خالی**، مثل آنکه بگویند «اگر ترک نکنی تو را می‌کشم»، یا «می‌خواهم از تو طلاق بگیرم» و در حالی که این قصد را ندارند. بسیار مهم است که در برخورد با بیمار نکات زیر مراعات گردد:

- گله و شکایت‌های گذشته زنده نشود؛ اعضای خانواده، درمانگر بیمار خود نیستند و نباید سعی کنند نقش یک روانشناس را بازی کنند؛



- از تعمیم اشتباهات بیمار یا برچسب‌زدن به او اجتناب شود؛
- از قضاوت کردن بیش از حد، سرزنش، موعظه کردن، ارائه راه حل بدون اطلاعات کافی، تمجید بی اساس و انتقاد بی مورد از اطرافیان و یا خود شخص پرهیز کنند؛



- از دلیل تراشی، منطقی جلوه دادن و اطمینان‌دهی بیهوده پرهیز شود؛ هرگز پای شخص سوم وارد ماجرا نشود؛
 - از شوخ‌طبعی بیش از حد پرهیز گردد؛
 - و همچنین از کوچک نشان دادن خود یا دعوت طرف مقابل به انتقاد از خانواده یا تلافی کردن پرهیز شود.
- از سه رفتار ممنوع یعنی «تهدید»، «تطمیع» و «التماس» دوری کنید.



باورها و رفتارهای اشتباه در خانواده کدامند؟

در بسیاری از مواقع اطلاعات ناکافی و باورهای غلط خانواده، منشاء مشکلات مختلفی می‌گردد. برای مثال می‌توان به چند مورد زیر اشاره نمود:

۱. **انکار مشکلات توسط خانواده:** بعضی از اوقات، اعتیاد نه فقط توسط فرد مصرف کننده، بلکه توسط خانواده وی نیز انکار شده یا اهمیت آن کمتر از آنچه هست، نشان داده می‌شود.
۲. **شناخت نادرست از اعتیاد:** اعضای خانواده، بسیاری از اوقات به اعتیاد به صورت یک بیماری طولانی مدت نمی‌نگرند و بدون اینکه کار مشخصی انجام شده باشد، توقع دارند که با یک سم‌زدائی ساده، بهبودی کامل (جسمی، روانی و رفتاری) ظاهر شود. شناخت نادرست از ماهیت بیماری اعتیاد ممکن است موجب گردد که خانواده همواره فشار بیاورند تا دوره درمان نگهدارنده را کوتاه نماید.
۳. **انتظارات زیاد یا زودرس از بیمار:** توقعات زیاد و یا زودتر از موقع افراد خانواده از فرد بیمار، اغلب وضع را بدتر می‌کند برای مثال می‌گویند که وقتی مصرف می‌کرد خوش اخلاق‌تر بود. این رفتار، بیمار را دچار استرس کرده و خود عاملی برای شکست درمان می‌گردد.

۴. **دخالت در درمان:** گاهی خانواده از سر دلسوزی و ناآگاهی اقدام به دستکاری درمان می‌کند. مثلاً ممکن است دارو را کم یا زیاد کند، تعداد وعده‌های دارو را افزایش دهد و یا بصورت خودسرانه، داروهای کمکی را به بیمار پیشنهاد نماید. استفاده بیش از حد از متادون، استفاده کمتر از متادون، مصرف نامنظم داروها یا متادون، استفاده خودسرانه و همزمان از سایر داروها، نمونه‌هایی از این اشتباهات است.



۵. **نگرانی بیش از حد:** گاهی اوقات ترس و نگرانی خانواده در مورد بیمار آنقدر زیاد است که منجر به کنجکاوای بیش از حد در مورد جزئیات درمان، فشار به پزشک برای کسب اطلاعات خصوصی بیمار و زیر پا گذاشتن رازداری، و به تخریب و تهدید رابطه درمانی بین پزشک و بیمار می‌گردد.
۶. **واکنش مستقیم به رفتارهای بیمار:** باید پذیرفت که رفتار فرد مصرف‌کننده مواد به واسطه آسیب‌های ناشی از دوره اعتیاد، ممکن است با بقیه افراد فرق داشته باشد؛ مثلاً شاید تا مدت‌ها نتواند درست فکر کند و درک دقیقی از مهربانی و حمایت افراد خانواده داشته باشد. عدم آگاهی خانواده نسبت به این موضوع ممکن است موجب گردد که رفتارها و احساسات اعضای خانواده کاملاً به رفتار بیمار معنادار وابسته شود و بازتابی از رفتارهای بی‌ثبات بیمار گردد؛ مثلاً اگر فرد، مواد مصرف کند، خانواده ناراحت شده و اگر مصرف نکند خوشحال شود، یا اگر فرد بیمار دزدی کند، خانواده سریعاً ناامید گردد، یا اگر بیمار دچار مشکلات قانونی شود، خانواده به سرعت احساس کند که وضع اعتیاد بیمار بدتر شده است. این نوع واکنش‌های احساسی سریع، مستقیم و بدون تحلیل از وضعیت بیماری فرد تحت درمان، صحیح نمی‌باشد و سیر بهبودی فرد را دچار مشکل می‌سازد.

چگونه بدانم که رفتارم با بیمار معتاد نادرست است؟

ممکن است اعضای خانواده فرد مصرف کننده به دلایل مختلف (استرس‌های ناشی از مصرف مواد در فرد و یا اصولاً قبل از ابتلا فرد به اعتیاد) عملکرد مناسبی نداشته باشند و اقدام به رفتارهایی کنند که به ظاهر در جهت کمک به بیمار است، ولی در عمل به تداوم اعتیاد در فرد کمک می‌نماید. نمونه‌هایی از این رفتارها که نشان‌دهنده بروز مشکل در اعضای خانواده است، عبارتند از:

- بخشش و چشم‌پوشی در مورد رفتارهای پرخطر معتاد مانند مخفی کردن رفتارهای غلط بیمار (برای مثال با رفتار شخص مانند یک راز برخورد می‌شود).
- در اختیار گذاشتن منابع مالی بدون حساب در حالی که ممکن است بیمار آن را صرف خرید مواد نماید.



- اعضای خانواده ممکن است از روبروشدن معتاد با مشکلاتش جلوگیری کنند و یا کمک کنند فرد بیمار از عوارض، آسیب‌ها و مشکلات حاصل از مصرف مواد (مانند مشکلات شغلی، اقتصادی، قانونی و...) خلاص گردد. گاهی این رسیدگی بیش از حد به بیمار تا اندازه‌ای افراطی می‌گردد که خانواده ممکن است هر کاری را که شخص باید انجام دهد برایش انجام دهد یا حتی به جای معتاد اقدام به تهیه مواد برای او نماید.
- خانواده ممکن است در زمان‌هایی برای مصرف خودسرانه سایر مواد و یا دارو توسط معتاد دلیل تراشی کند یا آن را توجیه نماید. مثلاً بعضی از اعضای خانواده ممکن است به غلط عقیده داشته باشند که زمان‌هایی وجود دارد که مصرف اجتناب‌ناپذیر است، یا بالآخره بعضی اوقات باید اجازه داد تا فرد معتاد با مصرف مواد جشن بگیرد و یا عقیده داشته باشند که در زمان استرس و عصبانیت، بیمار برای تسکین، نیاز به مصرف مواد دارد.



- در بعضی از مواقع خانواده ممکن است حتی مصرف کنترل شده را تأیید نمایند.
- افراط و تفریط در حمایت از بیمار مانند حمایت افراطی در مقابل رهاکردن ناگهانی و در نهایت خسته شدن. گاهی دیده شده است که اعضای خانواده به جای نظارت مناسب بر بیمار و کمک به او در رفع مشکلاتی که در درمان ایجاد شده وقت خود را برای سرزنش دیگران هدر می‌دهند. لازم است ضمن پذیرش غیر مؤثر بودن رفتارهای نادرست خود، سعی کنیم از واکنش‌های احساسی و حمایت‌های غلط پرهیز کرده و در جهت انجام رفتارهای صحیح تلاش نماییم.

در هنگام بحث‌ها و مشاجرات، چه باید کرد؟

یکی از بزرگ‌ترین آفات درمان اعتیاد، مشاجرات و بحث‌های موجود در خانواده است که موجب افزایش استرس و لجبازی در معتاد شده و در نهایت به عود او منجر می‌گردد. خانواده بیماران وابسته به مواد باید رفتارهایی را که در ارتباط خانوادگی می‌توانند باعث استرس شوند، شناسایی کنند. برای مثال باید مشخص شود که:



۱- بیشترین بحث‌ها و تعارضات درون خانواده در چه زمان‌هایی اتفاق می‌افتد؟ (زمان بیدارشدن از خواب، وقت به خواب رفتن، بعد از کار، بعد از میهمانی، هنگام غروب و تاریکی، روزهای تعطیل، یا ...).

۲- مشخص شود در چه موقعیت‌هایی، تعارضات با احتمال بیشتری روی می‌دهند. (در خانه با خانواده (پدر، همسر، فرزند)، در خانه با آشنایان، در منزل دوستان، در پارکی و میهمانی‌ها، در زمان مسافرت، در محل کار، یا ...).

۲- کسانی که بیمار با آنها بیشتر دچار اختلاف و تعارض می‌شود مشخص کردند (پدر، برادر، دوست، همکار، همسایه، یا ...). یک کار بسیار مؤثر، جذب این اشخاص و متقاعد کردن آنها برای مراجعه و درگیر شدن آنان در برنامه‌های درمانی بیمار معنادار است.

۴- شما معمولاً چه نقشی را در تعارضات و اختلالات بر عهده می‌گیرید؟ (تحریک‌کننده تعارض، قربانی، میانجی و حل‌کننده، رهایی‌بخش، مدافع، یا ...)

واضح است که شیوه نادرست برخورد خانواده با مشکلات، می‌تواند موجب تشدید مشکلات گردد و آسیب‌های زیادی به بیمار و فرایند درمان وارد کند. برای آن که بتوان نقش مؤثر و مثبتی در جهت حل جر و بحث‌ها برداشت اقدامات زیر کمک‌کننده خواهد بود:

- **ابتدا مشکلی که باید حل شود را مشخص نمایید.** در این مرحله مهم است که اول به نحوه برقراری یک ارتباط صحیح و مناسب فکر کنید و بعد به نگرانی‌های طرف مقابل با حوصله و توجه زیاد گوش داده و اجازه دهید معنادار شما و یا سایر اعضای خانواده به راحتی در مورد مشکل خود صحبت کنند.
- **در نهایت سعی کنید که سریع به دنبال جوابی برای ارائه نگردید.** ترجیحاً کمتر قضاوت نمایید، توهین نکنید و یا انگ (برچسب) نزنید (مثلاً از گفتن عبارات توهین‌آمیز مانند «دزد»، «بی مسئولیت»، «تنبل»، «بی‌کاره»، «سربار» و... اکیداً پرهیز کنید). بزرگ‌ترین اشتباه این است که سعی شود در اوج بحران، شخص بیمار را با رفتارهای غلط خود روبرو نمود. نباید وقت خود را به سرزنش خانواده، گذشته، ارتباط و شرایط گذشته و حال حاضر تلف نمایید. در ضمن سعی نمایید تا حد امکان طرفین را نصیحت نکنید. دقت کنید که قرار است در نهایت مذاکرات به یک سازش و یا مصالحه منجر شود.

چگونه با خشم خود برخورد کنم؟

اعضای خانواده معتادان در بسیاری از مواقع بعلت رفتارهای بیمارشان شدیداً خشمگین می‌شوند. این خشم یکی از مخرب‌ترین احساساتی است که می‌تواند بهبودی بیمار را دچار مشکل سازد. وقتی هرکدام از اعضای خانواده نتوانند با خشم خود کنار بیایند، به شدت آسیب می‌بینند و تمام رفتارهای از قبل برنامه‌ریزی شده را فراموش می‌کنند، روحیه بدتری پیدا می‌کنند و خسته‌تر می‌شوند. پس هم لازم و هم بسیار مهم است که خانواده‌ها بتواند خشم خود را کنترل نمایند.

راهکارهای متفاوتی در مورد کنترل خشم وجود دارد که بعضی از آنها نیاز به آموزش حضوری توسط روانشناس یا اعضای دیگر تیم درمانی دارد. بسیار مهم است که اعضای خانواده، مراقب تفکراتی باشد که موجب عصبانیت آنها می‌گردد. نمونه‌هایی از این تفکرات عبارتند از:

- باور خاص درباره معتاد (چرا بیمار من نمی‌خواهد تغییر کند، جامعه در حق او بی‌عدالتی کرده است و...).
 - چرا کسی به من کمک نمی‌کند.
 - من چه گناهی دارم که باید با این موضوعات کنار بیایم.
 - چقدر من مقصرم.
- باید مراقب بود که بعضی رفتارها مانند بلندکردن صدا، معتاد را عصبی‌تر می‌کند. برای آرام نمودن خود در زمان عصبانیت از راهکارهای زیر استفاده کنید:
- چند نفس عمیق بکشید و به آرامش حاصل از آن توجه کنید.
 - انرژی خود را با روش مناسبی تخلیه کنید (مثلاً چند دقیقه قدم بزنید و...)، آب بنوشید یا چیزی بخورید.
 - گاهی روش‌هایی که موجب توقف افکار می‌گردند، می‌توانند توجه را از موضوع ناراحت‌کننده برگردانند و موجب کاهش عصبانیت گردند.

- مثلاً برای این کار می‌توان یک کش به دور دست خود بست و در موقع عصبانیت با کشیدن و ضربه زدن به دست بوسیله آن کش باعث توقف فکر ناراحت‌کننده شد یا در مواقع عصبانیت سعی کرد یک محاسبه ریاضی را بصورت ذهنی انجام داد، مثلاً از عدد ۱۰۰، ۷ تا ۷ کم کرد.
- اگر با استفاده از روش‌های فوق، خشم قابل کنترل نبود، بهتر است ادامه بحث را تا زمان مناسب‌تری به تعویق انداخت و از محیط دوری نمود. در صورت شدید بودن علایم باید حتماً با مشاور مشورت گردد.



فصل ۶: نحوه برخورد صحیح با بیماران برای ورود به درمان

در این فصل از کتاب، در گام اول، نحوه‌ی برخورد صحیح خانواده با اولین خبر و اطلاع از ابتلای فرزندشان به اعتیاد را بررسی می‌نماییم. چگونگی تشویق و وادار ساختن بیماران برای ورود به درمان در ادامه فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت. در فصل‌های بعدی، نحوه‌ی برخورد خانواده‌ها با بیماران پس از ورود به درمان مورد بحث قرار خواهد گرفت.

چگونه با اولین خبر از بیماری یک عضو خانواده خود برخورد نماییم؟

واقعیت این است که برای تقریباً هیچ خانواده‌ای، در هیچ جای دنیا، خبر اعتیاد فرزند یا همسر خبر خوبی نیست و از آنجایی که قبول و باور این واقعیت تلخ، بسیار دشوار است، بسیاری از خانواده‌ها حاضرند تا مدت‌ها چشم به روی این واقعیت ببندند. طبیعی است که شما نمی‌توانید در چنین موردی سکوت کنید تا بیماری اعتیاد، روند رو به زوال خود را طی کند و عوارض بیشتری ایجاد نماید. پس لازم است که این موضوع را با فرد مصرف‌کننده مطرح کنید.

باید بدانیم، اگر برخورد اولیه، ما بدون برنامه و از روی خشم باشد ممکن است عواقب بدتری به همراه داشته باشد. در نتیجه، لازم است که در ابتدا، آرامش خود و خانواده را حفظ کنید. می‌توانید قبل از مطرح کردن این مشکل با فرد دچار بیماری، به یک مشاور مراجعه کنید و در مورد چیزهایی که دیده‌اید صحبت کنید و بپرسید که چه کارهایی می‌توانید انجام دهید. برای اینکه برخورد مناسبی داشته باشید، بایستی درباره اعتیاد بیشتر بدانید.

اگر اعتیاد را به جای بیماری، یک مشکل اخلاقی تصور کنید، ممکن است که همسران یا فرزندان را در خانه حبس کنید، تحقیرش کنید یا انواع برخوردهای خشونت‌آمیز دیگر را بر روی او تجربه نمایید. این رفتارها تقریباً هیچ وقت نتیجه‌بخش نیستند و موجب می‌گردند بیمار از دست ما فرار کند و یا رابطه بین ما و او که یکی از اجزای لازم برای موفقیت در درمان است، به شدت تخریب گردد.

گاهی نیز به اشتباه، به جای اینکه به رفتار بیمار معتاد، واکنش نشان دهید. خودتان را تحقیر و تنبیه می‌نمایید و عملاً اعتیاد فرزند را به موضوعی برای تسویه حساب بین مادر و پدر تبدیل می‌نمایید.

در این شرایط گاه طرفین به گونه‌ای از معتاد حمایت می‌کنند که باعث می‌شوند آن بیمار دیگر به سراغ درمان نرود و فکر کند که می‌تواند اطرافیان خود را بازی بدهد و در شرایطی که می‌خواهد بماند. یادمان باشد در هر شرایطی که هستیم، هم ما و هم بیماران از دست همدیگر عصبانی هستیم و دلمان می‌خواهد که مسئولیت‌ها را به گردن یکدیگر بیندازیم و مقصر پیدا کنیم. این وضعیت، موقعیت شایعی است که در بسیاری از اوقات در ابتدای شروع درمان وجود دارد و مانعی بزرگ بر سر راه درمان به شمار می‌رود. در چنین مواردی باید از یک مشاور یا درمانگر اعتیاد کمک بگیرید، خوشبختانه، در حال حاضر، تقریباً هیچ نوع اعتیادی وجود ندارد که نشود کاری برای آن انجام داد.

از چه زمانی بیمار من آماده دریافت درمان است؟

عموماً برای شروع درمان، مشکلاتی وجود دارد با شرایطی پیش می‌آید که نیازمند دریافت مشاوره از افراد متخصص در این زمینه است.

لازم به ذکر است که در این مورد، دیدگاه‌های مختلفی در بین خانواده‌ها وجود دارد. یکی از این نظرها، دیدگاه «ته خط» است که حتی در بین عده‌ای از درمانگران و به خصوص گروه‌های خودیاری، طرفدارانی دارد. طرفداران این عقیده، بیان می‌کنند تا بیمار به ته خط نرسیده باشد نمی‌توان به درمان اقدام کرد و باید خود بیمار آسیب‌های اعتیاد را با گوشت و پوست خود احساس کند تا به درمان متمایل شود. این دیدگاه و اعتقاد در گذشته طرفداران بیشتری داشته است اما در حال حاضر، با تکنیک‌های موجود، بیشتر درمانگران معتقدند که نباید لزوماً عوارض اعتیاد به حدی شدید شده باشد که نتوان آنها را تحمل کرد تا بیمار راضی شود به درمان اقدام کند. بیمار هر چه سریع‌تر برای درمان مراجعه کند دچار صدمات روحی و جسمی کمتری می‌شود و بنابراین درمان او می‌تواند موفق‌تر باشد.

اولین مسأله این است که خانواده اصرار دارد که بیمار، درمان لازم دارد ولی نمی‌داند چگونه باید او را وارد درمان نماید و احتمالاً این مسئله شایع‌ترین عامل اختلاف و درگیری در خانواده‌ها می‌باشد. حالت‌های مختلف این مشکل را می‌توان بر اساس پاسخ به این سؤال طبقه‌بندی کرد: که آیا اصولاً معتاد شما می‌داند که شما از اعتیادش اطلاع دارید یا خیر؟

حالت اول این است که فرد معتاد فکر می‌کند که شما اطلاعی از اعتیاد وی ندارید، شرم و خجالت داشته و طبیعی است که آمادگی دریافت درمان را نداشته باشد. در چنین حالتی خیلی مهم است که چگونه به بیمار بگویید از اعتیادش با خبرید، تا معتاد مخالفت نکرده و جبهه‌گیری نکند. همانگونه که گفته شد در این حالت، ساده‌ترین کار و احتمالاً بهترین انتخاب این است که شما، اول خشم و نگرانی خود را کاهش داده و اگر نیاز هست از مشاور کمک بخواهید و صحبت‌های قاطعانه و شفاف را تمرین کنید و سپس در یک محیط آرام و به دور از احساسات و خشم به او بگویید از این مسئله اطلاع دارید. صحبت با بیمار حتماً باید در شرایطی باشد که اطمینان دارید او اخیراً مواد مصرف نکرده است و به عبارتی بیمار باید در وضعیت تقریباً طبیعی بوده یا اصطلاحاً نشئه نباشد.

آنچه در اینجا تأکید می‌شود این است که در این مواقع مهم است که بدانید چه نباید بکنید. برای مثال همانطور که در فصل‌های قبل اشاره شد از تحقیر، تهدید، بزرگنمایی بی‌مورد، مقایسه بیمار، ترساندن و تمسخر یا نظم‌ی (گول زدن او با وعده وعیدهای گوناگون) او خودداری کنید و با کسب اطلاعات صحیح از مراجع ذی‌صلاح مثل پزشک یا مشاور، به وی اشاره کنید که شیوه‌های مختلفی برای درمان موفق وجود دارد. به او بگویید که از درمان او حمایت می‌کنید و تا زمانی که او علاقه‌مند به درمان باشد در کنار او هستید. برای او یادآور شوید که درمان عیب نیست و خیلی‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند و در این رابطه، امید جدی وجود دارد. به او تأکید کنید که هرگز او را به خاطر درمانش، سرزنش نخواهید کرد و تا هر زمانی که خودش ابراز تمایل کند با درمان او همراه خواهید بود.

سؤال دیگر این است که آیا باید محدودیت‌هایی را نیز برای فرد معتاد قائل شوید یا خیر؟ و باید به او فشار بیاورید که به سمت درمان حرکت کند یا خیر؟ در اینجا یک اشتباه شایع که قطعاً باید از آن دوری کنید، **درمان به اجبار** است، ولی خیلی از درمانگران معتقدند که باید فشار معقولی به فرد معتاد برای ورود به درمان وارد کرد. برای مثال بهتر است اگر پولی یا منابعی که در اختیار او بوده است مانند اتاق خالی یا ماشین صرف مصرف یا کمک به مصرف می‌شود آنها را از این به بعد از او دریغ دارید. حتی اصطلاحی در بین درمانگران دنیا وجود دارد به نام «تعویض قفل‌ها» بدین معنی که اگر بیمار اتاق خود را برای مصرف مواد استفاده می‌کند.



یا اگر از اتاقکی یا زیرزمین به این منظور سود می‌جوید قفل این مکان را عوض کنید تا نتواند از آن استفاده کند. گرفتن ابزارآلاتی که او را در مصرف مواد توانا می‌سازد کاملاً مجاز است. می‌توان با ایجاد محدودیت و با اعمال فشار به معتاد در یک محیط حمایت‌گرانه و همراه با همدلی، انگیزه او را برای درمان بالا برد. برای مثال، ممکن است پول توجیبی به معتاد را قطع کنید؛ و برای او کاملاً توضیح بدهید که دلیل این کار این است که فکر می‌کنید او این پول را صرف خرید مواد می‌کند،



یا اگر تا به حال به محیط کارش تلفن می‌کردید و برایش مرخصی می‌گرفتید دیگر این کار را نکنید؛ در واقع شرایط را به گونه‌ای تغییر دهید که برای معتاد مصرف مواد به صرفه نباشد و علاقه به مراجعه و درمان پیدا کند. **دومین حالت** این است که معتاد می‌داند که خانواده‌اش اطلاع دارند و حتی ممکن است جلوی خانواده نیز مواد مصرف کند. این گروه از بیماران احتمالاً اعتقاد دارند که یا معتاد نیستند (مثلاً تفریحی و تحت کنترل مصرف می‌کنند) و یا اینکه اگر لازم باشد خودشان بلد هستند که چگونه خود را درمان کنند. دقت کنید که حتماً از مشاور خبره کمک بگیرید و همچنین خودتان سعی کنید بتوانید با درک شرایط بیمار از کلمات انگیزشی استفاده کنید و دلیل اصلی این عدم پذیرش درمان را بدانید. بعضی از مصرف‌کنندگان دارای مشکلات رفتاری هستند مانند پرخاشگری، بی‌حوصلگی و... که توصیه می‌شود برای این گروه حتماً از راهنمایی روانپزشک و مشاور مطلع بهره ببرید.



بعضی دیگر از معتادان باور دارند که برای کار، رفع مشکلات جسمی یا جنسی و حتی ارتباطی، به مصرف مواد نیاز دارند برای این افراد باید به صراحت روشن کرد که مصرف مواد، حتی اگر باعث موفقیت در کار می‌شود، توسط شما و تمام افراد، خانواده پذیرفتنی نیست.

بعضی فکر می‌کنند که خودشان، شیوه درمان خود را بلد هستند، در مورد این افراد، خانواده‌ها باید ضمن اظهار خوشحالی از تمایل بیمار به درمان، تأکید نمایند، که انتخاب درمان صحیح و مناسب، یک کار تخصصی است که باید با توافق بیمار، خانواده و درمانگر صورت پذیرد و به هیچ عنوان اجازه ندهید که معتاد خودش (بدون مراجعه به درمانگر)، شیوه درمانش (نوع دارو، روش مصرف، محیط درمان و...) را انتخاب کند.



گاهی اوقات بیمار در مرحله تصمیم‌گیری از رفتارهایی مانند تهدید (اگر قرار نپاشد درمان خودم را انچهام دهم پس به درمانگر مراجعه نخواهم کرد، اگر پا درد داشتم درمان را قطع می‌کنم)، باج‌گیری (من فقط در صورت حضور درمانگر در منزل درمان می‌کنم)، توجیح (من آدم سرشناسی هستم و همه مرا می‌شناسند پس به کلینیک نمی‌آیم) و... استفاده می‌کند. در این شرایط، که ضمن عدم پذیرش این توجیحات، باید از مشاوره با کارشناسان با تجربه، در این مرحله سود جست.

سومین حالت، بیمارانی هستند که اگر چه می‌دانند شما از مصرف آنها اطلاع دارید و خود آنها نیز از بیمار بودن خود و نیاز به درمان، آگاه هستند اما به علت‌هایی حاضر به پذیرش درمان نیستند مثلاً باج می‌خواهند (خرید ماشین،...) یا به دنبال گرفتن امتیازی از شما هستند یا اینکه از دست شما خشمگین هستند و می‌خواهند با عدم ورود به درمان، از شما انتقام بگیرند. در مورد این گروه، ضمن توجه به این نکته که به هیچ عنوان قرار نیست باجی بدهید، بهترین کار، وارد کردن یک مشاور و یا فرد مناسب از اعضاء مورد قبول طرفین در خانواده برای کمک به حل تعارضات و هر چه منطقی‌تر کردن توقعات است.

سؤال مهم بعدی این است که اگر کسی به هیچ عنوان حاضر به پذیرش درمان نبود چه باید کرد؟ واقعیت این است که نمی‌توان هیچ کس را به اجبار وارد درمان کرد. پس از انجام مراحل فوق و در نظر گرفتن همه شرایط، در نهایت این بیمار است که باید برای ورود به درمان تصمیم بگیرد و اگر بیماری به این نتیجه برسد که هیچ درمانی نمی‌خواهد و با توجه به اینکه شما منابع را از او دریغ کرده و او را در راه درمان تشویق کرده‌اید، باز هم هیچ تمایلی به درمان ندارد، در این مرحله نمی‌توان توقع نتیجه‌گیری سریع داشت. دقت کنید که ناامید نشوید، و مراقب احساس سرخوردگی خود باشید. اشتباه‌ترین کاری که در این مرحله می‌توانید انجام دهید قطع ارتباط با روان‌پزشکان و مشاوران و باج‌دادن (مالی، احساسی و رفتاری) به بیمار است.



البته لازم است بدانیم در بعضی شرایط خاص که مشکل فقط اعتیاد نیست و فرد به سمت خودکشی، جنون، پرخاشگری، حالت مسمومیت مواد و آسیب به دیگران پیش می‌رود، درمان اجباری انتخاب صحیحی به شمار می‌رود. در این موارد، باید بر خلاف میل بیمار، او را بستری نمود. در مورد بیمارانی که مایل نیستند برای درمان مراجعه کنند دو وضعیت خاص نیز وجود دارد که دقت در مورد نحوه برخورد با آنها حائز اهمیت است:

۱- بیمار، آمدن خود را منوط به وقایع یا امتیازاتی می‌کند. پذیرش این شرایط درست نیست. پس درمان معتاد خود را وابسته به انجام کاری برای او نکنید.

۲- گاهی بیمار شدیداً اصرار برای درمان ناگهانی و سریع دارد. اغلب این افراد باور دارند که اگر من الآن درمان نگیرم فرصت از دست می‌رود. دقت کنید این مطلب از نظر علمی صحت ندارد. به عبارتی لحظه طلایی برای درمان وجود ندارد؛ تصمیم برای درمان، بتدریج خلق می‌شود. مطمئن باشید که درمان اورژانسی وجود ندارد. البته به هر حال، این فرصتی است که بیمار را به تیم درمان ارجاع دهیم و درمان او را با هر انگیزه‌ای که باشد، شروع کنیم.

فصل ۷: نحوه‌ی برخورد صحیح با بیماران تحت درمان نگهدارنده

اکنون که بیمار وارد درمان نگهدارنده شده است، برخورد صحیح شما با او از نیازهای اولیه برای موفقیت او در درمان است. در این فصل به بررسی رفتارهای درست و نادرست خانواده با بیمار تحت درمان می‌پردازیم.

بخشی از مسئولیت‌های درمان بیمار خود را بر عهده بگیرید.

اطرافیان معتاد شاید قادر نباشند وقتی فجاج ناشی از مصرف مواد را می‌بینند خود را در مسئولیت قسمتی از کارهای بیمار معتاد شریک بدانند. اما واقعیت این است که این پذیرش نسبی مسئولیت به نفع بیمار شماس است. مواظب باشید عصبی یا گیج نشوید. هدف این است که خانواده به معتاد نشان دهد که اطرافیان نمی‌خواهند فقط او را سرزنش کنند، بلکه برعکس مایل هستند که نقش خود را برای حل مشکل معتاد به خوبی ایفا نمایند. این کار انگیزه بیمار شما را برای پیگیری درمان افزایش می‌دهد. دقت کنید که حتماً از سایر افراد هم بخواهید درباره رفع بخشی از مشکلات بیمار احساس مسئولیت کنند.

مشکلات بیمار خود را لیست نمایید.

سعی کنید که توجه دقیقی به مشکلات معتاد داشته باشید تا ببینید آیا امکانش هست که شما بتوانید بخشی از مسئولیت این مشکلات (مثلاً سر کار نرفتن در حین درمان) را بپذیرید.

کمک‌هایی را که قرار است به بیمار خود کنید، تعیین نمایید. در ابتدا ضمن توافق با بیمار با اطرافیان صحبت کنید تا راهی برای کمک به حل مشکلات او پیدا کنید. بیمار معتاد گرایش دارد که پیشنهاد کمکی را تجربه کند که به دور از سرزنش بوده و حمایت‌گرانه باشد. از جمله این کمک‌ها می‌توان به همراهی بیمار جهت آم‌دورفت به جلسات، نظارت بر تبعیت بیمار از دارو درمانی، تلفن زدن به افراد حمایت‌گر، شرکت منظم در جلسات درمانی مخصوص خانواده، همراهی در اجرای برنامه‌های درمانی بر اساس مهارت‌ها (کنترل خشم، کاهش استرس و...)، کمک به اجرای برنامه‌های درمانی مورد نظر، با هم دعا خواندن، و ... اشاره کرد.



مهم‌ترین نکته در اینگونه برخوردها این است که تمام اعضای خانواده باید صحبت و رفتار یکسان و مداخلات فعال داشته باشند تا بیمار دریابد که هم نیازش به مشاوره و درمان و هم حمایت ارایه شده توسط خانواده‌اش هر دو در کنار هم، لازمه بازگشت وی به یک زندگی بدون اعتیاد است.

نحوه صحیح برخورد با بیمار معتاد در حال درمان چیست؟

قبل از برخورد با بیمار، لازم است تا اعضای خانواده، خود آرام باشند و سعی کنند عصبانیت‌های خود از دوران مصرف، آسیب‌های حاصل از مصرف مواد، رفتارهای نابهنجار قبلی را بشناسد و ضمن در میان گذاشتن آن با مشاور و درمانگر (نه با معتاد)، سعی کنند آرامش خود را بازیابند. بسیار مهم است که از ابتدا جبهه نگیرید و به صحبت‌های بیمار، خوب گوش دهید. بهترین روش گفتگو با معتاد، گفتگوی قاطعانه، صریح، دوستانه و مستقیم است و باید اجازه داد فرد بیمار در مورد موضوعاتی که لازم و مرتبط می‌داند، آزادانه صحبت کند. ارتباط قاطعانه یعنی بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم، صادقانه و مناسب.

در عمل، قاطعیت هم باعث کاهش تعارض و فشار روانی بر خانواده می‌شود و هم به نتیجه‌گیری سریع‌تر و صحیح‌تر خانواده از وضعیت معتاد می‌انجامد. اعضای خانواده باید به بیمار کمک کنند تا بتواند احساس عشق به فرزند، همسر، و سایر اعضای خانواده خود را دوباره بازسازی نماید. البته سعی نمایید با رفتارهای منطقی، قانونمند و قاطعانه خود اجازه ندهید بیمار، بیش از حد تحت تأثیر احساسات واقع گردد.

اعضاء خانواده چه کارهایی را نباید انجام دهند و چه کارهایی را باید انجام دهند؟

یکی از وظایف افراد خانواده، کسب مهارت‌های ارتباطی مثبت است. این مهارت‌ها ضمن این که برای برقراری ارتباط صحیح با هر فردی دارای ارزش می‌باشند، برای تقویت موفقیت در درمان اعتیاد، ارزش دو چندانی خواهند داشت. افراد خانواده باید مراقب احساسات خود (مانند: دادزدن، بی‌اعتنایی، نازسزا گفتن، تحقیر و توهین‌کردن و ترساندن) و تأثیر آن بر رفتار فرد معتاد باشند. لازمه این کنترل رفتاری این است که خانواده در ابتدا از اثرات بروز کنترل‌نشده احساسات و عوارض آن بر دیگران اطلاع داشته و با بیان وجود این مشکل آن برای کارشناسان و درخواست کمک از تیم درمان، جلوی تأثیر منفی آن را بر رفتار خود و بیمار معتاد بگیرند.



الف. در ارتباط با بیمار تحت درمان، چه کارهایی

نکنیم:

۱. زیاد امر و نهی نکنید: دستورات زیاد و تکراری، اغلب طرف مقابل را می‌ترساند، در او احساس ناکامی ایجاد می‌کند و باعث عصبانیتش می‌شود.

۲. زیاد کنترل نکنید: اگر اطرافیان معتاد فقط مراقب باشند که معتاد تمام مدت، برخی کارها را نکند، در آن صورت مشخص نخواهد شد که آیا خود بیمار در قبال

کارهایی که نباید انجام دهد، نقشی داشته است یا خیر. اگر رفتاری نهی می‌شود باید با کمک خود بیمار، رفتاری جایگزین را برای آن انتخاب کرد. در بسیاری از مواقع دیده می‌شود که خود بیمار ایده‌های بهتری برای رفتارهای جدیدش دارد و می‌تواند آنها را جایگزین رفتارهای نامناسب قدیمی‌اش نماید.

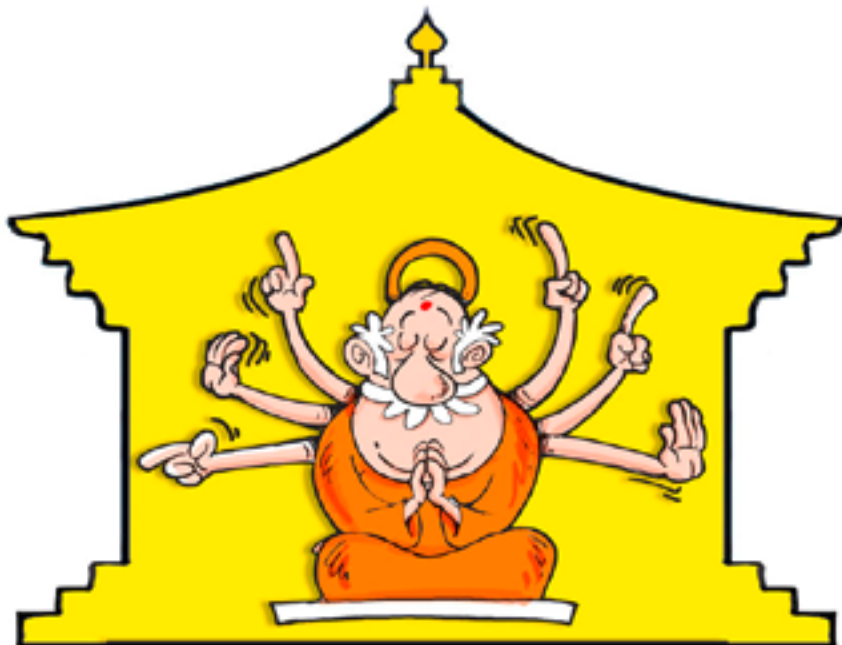


ب. در ارتباط با بیمار معتاد تحت درمان، چه کارهایی بکنیم:

۱. در ابتدا و در حین صحبت از نکات مثبت رفتار معتاد یاد کنید: سرزنش، تهدید و یا اتهام زدن به معتاد باعث ایجاد حالت دفاعی و مقاومت در او شده و معمولاً به بحث و جدل می‌انجامد. برای ارتباط بهتر و مؤثرتر با بیمار لازم است در ابتدا نکته‌ای مثبت در شخص پیدا کرده و با تأکید بر آن سعی کنید از کلمات مثبت استفاده نمایید. برخورد منفی با معتاد، مقاومت وی در مقابل شما را بر می‌انگیزد، ولی درخواست کردن به کمک جملات مثبت، باعث افزایش همکاری در بیمار می‌گردد.
۲. مختصر و کوتاه صحبت کنید: معمولاً معتادان، قدرت تمرکز حواس خوبی ندارند و صحبت طولانی باعث می‌شود که روند گوش دادن در آنها کم کم مختل شده و در نهایت معتاد، فقط بخشی از اطلاعات را درک کرده و از اصل موضوع منحرف شود؛ در ضمن، صحبت طولانی باعث ایجاد خستگی و کلافگی شده جز عصبی شدن بیمار و بروز حالت دفاعی از سوی او، حاصل دیگری ندارد.



۳. از درخواست‌های مبهم پرهیز کنید: بسیاری از مراجعان حتی در بهترین شرایط روحی و جسمی هم دچار تردید و دو دلی هستند و این موضوع در اعتیاد تا حدی طبیعی است. پس دقت کنید که وقتی صحبت‌ها و درخواست‌ها مبهم هستند، غالباً بدون پاسخ می‌مانند.



از کی باید به بیمار اعتماد کنیم؟

به علت رفتارهای نادرست دوران مصرف (مانند مخفی کردن مصرف مواد، مسائل مالی مرتبط با مصرف و بدهکاری) تقریباً در تمام مواقع، اعضای خانواده به فرد مصرف کننده بی‌اعتماد می‌شوند. هرچند شدت این بی‌اعتمادی، به طول مدت مصرف، میزان آسیب‌های روانی و اجتماعی، وجود مشکلات خانوادگی، و مسائل باقی‌مانده از دوران مصرف (مثل: بدهی، تعهدات مالی یا حقوقی قبلی و...) بستگی دارد، ولی مسلماً حتی در موارد خفیف نیز خانواده نمی‌تواند به محض شروع درمان، به بیمار اعتماد کامل پیدا کند و نیاز به زمان دارد تا تغییرات رفتاری بیمار خود را ارزیابی کرده و تصمیم بگیرد. مسلماً سرعت، شکل و میزان تغییر بیماران مختلف با هم متفاوت است؛ بعضی‌ها تغییرات رفتاری سریع‌تری را تجربه می‌کنند و بسیاری از بیماران ممکن است مدتی طول بکشد تا کنترل رفتارهای خود را بدست آورند.

نکته دیگری که در اینجا اهمیت دارد میزان تلاشی است که فرد معتاد جهت جلب اعتماد شما خواهد کرد. مسلماً معتاد از نداشتن اعتماد شما تا حدی شاکی است، ولی با این وجود، معمولاً سعی در جلب اعتماد شما، اولین اولویت بیمار نخواهد بود. نکته مهم این است که: بیمار باید مقداری اعتماد را از طرف شما تجربه کند تا به تقویت این اعتماد تشویق شود، البته این که روز اول به بیمار بگویید که به او اعتماد کامل دارید کاملاً نادرست است.

تاکی باید به بیمار اعتماد کنیم؟

مسلماً با شروع درمان و شکل‌گیری تدریجی اعتماد باید دقت کرد که هر حادثه‌ای (مانند بوی لباس، رنگ چشم، بی‌خوابی، و...) فوراً باعث تخریب این اعتماد نگردد. بسیار مناسب است که قبل از هر کاری با مشاور مرکز صحبت کنیم.

تا چه حدی باید بیمار را کنترل کنید؟

اغلب خانواده‌ها در طول مدت مصرف، سعی زیادی در حل مشکل بیمار معتاد خود به وسیله کنترل، نظارت سختگیرانه، چانه‌زدن و پرخاشگری داشته‌اند، ولی موفق نشده‌اند. بسیار مهم است که خانواده بدانند که مفهوم کنترل از نظر بیمار، یعنی در دست گرفتن اختیارات و سلب حق انتخاب او؛ واقعیت این است که این موضوع در نهایت و در طول زمان، کمکی به روند بهبودی نمی‌کند. البته مسلماً، مراقبت، حمایت صحیح و همکاری با تیم درمان، به بیمار شما برای موفقیت بیشتر در درمان کمک می‌کند.



نکته مهم این است که میزان، نوع و نحوه حمایت شما، لازم است با توافق درمانگر و اطلاع بیمار باشد.

باید توجه داشت که در بعضی از موارد، نگرانی از مصرف مجدد، ممکن است این دیدگاه را در شما تقویت کند که باید کنترل، نظارت و مراقبت بیشتری برای بیمار خود داشته باشید. توصیه می‌گردد که هرگاه این فکر در شما شکل گرفت با درمانگران تماس بگیرید و از آنها در این رابطه کمک بخواهید.

علیرغم این حقیقت که کنترل مستقیم در اکثر موارد مخرب است ولی این حق خانواده است که از فرایند درمان آگاهی داشته باشد. در نهایت بهترین توصیه ما این است، در صورتی که خانواده دوست دارد از روند بهبودی بیمار خود مطمئن شود، نظارت، پیگیری و کنترل به صورت غیرمستقیم، بخصوص از طریق تیم درمان (روانشناس، پزشک، پرستار و...) و ابزارهای درمانی (آزمایش ادرار، تعهد به مصرف دارو، ارزیابی انگیزه جهت شرکت در جلسات و...) انجام پذیرد. نظارت در طی درمان نگهدارنده باید از رفتار کنترل‌گر خانواده، تفکیک شده و تبدیل به یک قرارداد درمانی مبتنی بر اعتماد متقابل شود.

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین دارای پایه‌ها و ویژگی‌هایی است که حضور فعال خانواده را برای اجرای صحیح درمان ضروری می‌سازد. در این فصل از کتاب، به این اصول پرداخته و نقش خانواده را در درمان نگهدارنده بررسی می‌نماییم.

بخش سوّم: خانواده ها و بیماران درون درمان

فصل ۸: نقش خانواده‌ها در اجرای صحیح درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین دارای پایه‌ها و ویژگی‌هایی است که حضور فعال خانواده را برای اجرای صحیح درمان ضروری می‌سازد. در این فصل از کتاب، به این اصول پرداخته و نقش اختصاصی خانواده را در درمان نگهدارنده بررسی می‌نماییم.

تا چه حد توجه به جواب آزمایشات بیمار دارای اهمیت است؟

یکی از پایه‌های مهم درمان نگهدارنده انجام مکرر و تصادفی آزمایشاتی نظیر تست ادرار، جهت بررسی احتمال مصرف مواد توسط بیمار تحت درمان است. شاید یکی از اشتباهات خانواده‌ها اهمیت ندادن به عدم انجام این آزمایش‌ها در زمان مناسب و یا بی‌توجهی به نتایج تست‌ها می‌باشد. انجام منظم تست‌ها توسط درمانگر دارای چند جنبه مثبت است:

- درمانگر می‌تواند در جریان پیشرفت درمان و لغزش‌های احتمالی بیمار قرار گیرد و بر اساس نتیجه تست، بهترین روش درمان را متناسب با شرایط موجود در طول درمان انتخاب نماید. اعضای خانواده با مشاهده نتایج رضایت‌بخش، تست‌ها، آرامش بیشتری کسب می‌کنند و تنش و کنترل آزار دهنده بیمار کاهش می‌یابد.

- وقتی بیمار می‌داند که نتیجه لغزش او در تست‌ها مشخص گردیده و موجب سرافکندگی او و کاهش اعتماد درمانگر و خانواده به او می‌گردد، تمایل و وسوسه کمتری برای مصرف مواد مخدر پیدا خواهد کرد.



- داروهای مخدر فقط میل و وسوسه مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد و برای درمان سایر مواد مانند حشیش و شیشه مؤثر نیستند. در صورتی که بیمار در طول مدت درمان نگهدارنده از سایر مواد غیرقانونی مانند شیشه استفاده نماید، انجام تست‌ها می‌تواند مصرف این مواد را در مراحل اولیه مصرف، شناسایی کند تا قبل از بروز اعتیاد به این مواد، اقدامات لازم برای درمان صورت گیرد. پس انجام تست‌ها و حساس بودن به نتیجه آنها توسط اعضای خانواده بیمار، کمک قابل توجهی در فرایند درمان است و ضرورت دارد اعضای محترم خانواده بیماران به این نتایج توجه کرده و نسبت به آنها بسیار حساس باشند.

آیا باید در نگهداری داروی بیمار به نکات خاصی توجه نمود؟

داروی متادون هر چند برای درمان بیماری اعتیاد، یک داروی مؤثر است، ولی مصرف آن به عنوان یک داروی قوی که دارای اثرات مخدر می‌باشد، می‌تواند در افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر را ندارند، بسیار خطرناک بوده و موجب بروز مسمومیت گردد. بنابراین توصیه می‌گردد که داروی متادون در محیطی امن و دارای قفل و نیز، دور از دسترس اطفال نگه داشته شود. خوب است که خانواده بیمار بر مکان نگهداری دارو نظارت کند و از فرد مصرف کننده بخواهد روی کمد یا محل نگهداری متادون واژه «خطرناک» را بنویسد، به خصوص اگر در خانواده افراد مسن، نوجوانان و... زندگی می‌کنند این موضوع اهمیت بیشتری دارد.



مسمومیت در بیماران تحت درمان چه اهمیتی دارد؟

متادون داروی قوی و موثری است که مصرف ناصحیح آن می‌تواند موجب بروز مسمومیت در بیمار تحت درمان نگهدارنده شود. با توجه به اینکه در بسیاری اوقات، بخصوص در چند هفته اول شروع درمان نگهدارنده، هنوز علائم ترک و مشکلات رفتاری فرد به نقطه تعادلی نرسیده است، افراد خانواده و سایر اطرافیان دقت کافی برای شناسایی علائم مسمومیت که عبارت از خواب‌آلودگی، گیجی، شل صحبت کردن، مردمک‌های تنگ و یا عدم تعادل در راه رفتن است، به خرج نمی‌دهند.

گاهی به جای اینکه به علائم مسمومیت و خطرات آن توجه شود، به دلیل اینکه خانواده از دست برخی رفتارهای بیمار خسته شده است، ترجیح می‌دهد این علائم را جدی نگیرد؛ گاهی خواب‌آلودگی بیمار را علامتی از مصرف تلقی می‌کند و حتی گاهی از اینکه بیمار خواب‌آلود است و دیگر سر و صدا نمی‌کند، خوشحال می‌گردد. اما باید به خاطر داشت که آرامش بیش از حد بیمار می‌تواند یکی از علائم مسمومیت



باشد.

دقت کنید که احتمال مسمومیت، تنها مختص زمان شروع درمان نیست و می‌تواند در زمان‌ها یا شرایطی که اصلاً انتظار آن را نداریم روی دهد، پس باید به علائم احتمالی آن حساس بود.

از مهم‌ترین علل مسمومیت می‌توان به استفاده از یک دارو یا ماده مخدر در حین درمان نگهدارنده اشاره کرد. معمولاً این اتفاق به علت مصرف خودسرانه یک دارو (با یا بدون اطلاع خانواده)، مراجعه به پزشک دیگر و اضافه کردن یک دارو که دارای تداخل با متادون است و لغزش یا سوء مصرف احتمالی یک ماده اعتیادآور جدید یا قبلی اتفاق می‌افتد. گاهی اوقات بدون اینکه هیچکدام از کارهای زیر انجام شده باشد، شخص بعلت بیماری جسمی مانند مشکلات کلیوی و کبدی، در زمینه جذب و هضم دارو دچار مشکل می‌شود. گاهی بعد از بهبودی اسهال بیمار، بعلت افزایش مجدد جذب دارو در روده و یا فراموشی پزشک برای کاهش مقدار داروی متادون تجویزی نیز، ممکن است بدون هیچ دلیل دیگری مسمومیت بروز کند.



توصیه می‌گردد به علایمی از قبیل خواب‌آلودگی، گیجی، تلو تلو خوردن و زردشدن بیمار و... که می‌توانند علائم اولیه مسمومیت یا نشان دهنده شرایطی باشد که می‌تواند منجر به مسمومیت شود، حساس باشید و در اولین فرصت ممکن پزشک و تیم درمانی را در جریان قرار دهید.

رانندگی در حین مصرف متادون

به خصوص در اولین ماه‌های درمان نگهدارنده با متادون، احتمال خواب‌آلودگی وجود دارد و اتفاقاً در همین زمان است که لازم است بیمار به صورت روزانه به کلینیک مراجعه کند. همین مشکل رفت و آمد ممکن است بهانه‌ای برای استفاده از ماشین و رانندگی باشد. یکی از اشتباهات بسیار شایع از طرف خانواده، دادن مجوز برای رانندگی به بیمار بدون مشورت با پزشک است. موقعیت‌های خطرناک برای رانندگی شامل این موارد می‌باشد:

- ابتدای دوره درمان.
- زمان‌هایی که به هر علت مقدار داروی متادون افزایش می‌یابد.
- زمان‌هایی که بیمار حتی اگر با تجویز پزشک از داروی دیگری استفاده می‌کند و یا مبادرت به مصرف خودسرانه الکل یا داروهای آرامبخش (دبازپام، آلپرازولام، ...) می‌نماید.

یکی از مشکلات شایع در معتادان استفاده از ماده خطرناک شیشه (مت آمفتامین) همزمان با متادون است که در آن صورت انجام رانندگی به دو علت اصلی ۱- نیاز به کنترل پرخاشگری ناشی از مصرف شیشه و ۲- استفاده همزمان بیمار از داروهای خواب‌آور برای تنظیم خواب و تداخل آن با متادون، برای بیمار خطرناک است.



بخش سوم: خانواده ها و بیماران درون درمان

فصل ۹: نقش خانواده‌ها در کنترل ولع مصرف مواد و جلوگیری از لغزش و عود

هوس، وسوسه و یا ولع مصرف مهمترین عامل بازگشت بیمار به مصرف و شکست درمانی است. در این فصل کتاب به بررسی نقش ویژه خانواده‌ها در کنترل ولع مصرف و حفظ پرهیز بیمار خواهیم پرداخت.

چه کارهایی می‌توانیم بکنیم تا معتاد خود را از مواد دور نگه داریم؟

چنانچه پیشتر ذکر شد وسوسه برای مصرف مواد، نقشی مهم در لغزش و مصرف مواد توسط بیمار دارد و متوقف کردن وسوسه اقدام مهمی در ترک اعتیاد به مواد است. وسوسه، قبل از بروز کامل و وادار ساختن بیمار به مصرف مواد، معمولاً ارتباط مشخصی با مجموعه‌ای از عوامل برانگیزاننده یا شروع‌کننده دارد. شروع‌کننده‌ها عبارتند از محل‌ها، اشخاص، موقعیت‌ها و یا شرایط درونی یا بیرونی که میل و وسوسه را در معتاد شما زنده می‌کنند. بعنوان مثال اگر معتاد معمولاً عصر روزهای جمعه با دوستانش در زیرزمین منزل، مواد استفاده می‌کرده است، عصرها بویژه عصر جمعه، ملاقات دوستان یا حتی ورود به زیر زمین برای او می‌تواند یک برانگیزاننده برای مصرف مجدد مواد باشد.

نکته مهم این است که خانواده‌ها می‌توانند با کمک روانشناس تیم درمان، در شناخت برانگیزاننده‌ها به معتاد خود کمک کنند، که تا حد امکان از آنها دوری کند، و روشهای مؤثری برای مقابله با برانگیزاننده‌ها بکار گیرد (مثلاً عصر جمعه‌ها خود را با کار خاصی مشغول کند). فراموش نکنید که حتی اگر معتاد شما واقعاً تصمیم به ترک گرفته باشد، کماکان در معرض حمله شروع‌کننده‌ها و وسوسه خواهد بود.



برای کاهش وسوسه در بیمار چه می‌توانم بکنم؟

می‌دانیم که وسوسه عموماً بدنال یک حادثه اتفاق می‌افتد. می‌توان انتظار داشت که خانواده‌ها بتوانند با اجرای رفتارهایی، وقوع آن را کاهش دهند. مثلاً در مورد شروع‌کننده‌هایی که در محیط خانه هستند، خانواده می‌تواند با حذف این محرک‌ها به کاهش وسوسه در بیمار کمک کند؛ برای مثال خانواده می‌تواند شکل اتاق را عوض کند، امکان تماس با سایر مصرف‌کنندگان را کم نماید و... بسیاری از اوقات، وسوسه به بدنال محرک‌های عاطفی و روانی مثل حال بد، عصبانیت، تنها ماندن و... شروع می‌شود. در این موارد، اعضای خانواده می‌توانند با پرکردن اوقات آزاد بیمار، پرهیز از ایجاد تنش و هم‌فکری با پرسنل کلینیک از شکل‌گیری این عوامل عاطفی بکاهند.

گاهی اوقات، شدت وسوسه بسیار زیاد است و لازم است اعضای خانواده برای کنترل آن به کمک بیمار بیایند و با رفتارهایی مانند صحبت با بیمار، سرگرم کردن او و یا پیشنهاد به بیمار برای حمام، تماس تلفنی با دوستان پاک و... در کنترل این شرایط کمک کنند. در هفته‌ها و ماه‌های اولیه درمان نگهدارنده ممکن است توصیه برای شرکت در گروه‌های معتادان گمنام (NA) بدلیل استرس‌زا بودن برای بیمار و توصیه بعضی از اعضا این گروه به قطع هر داروی مخدر، مناسب نباشد.

نقش برانگیزاننده‌ها در شکست درمان اعتیاد چیست؟

در مغز افراد هنگام مصرف مواد، بین مواد و شرایط محیطی مصرف مانند دوستان هم مصرف، محل مصرف، ابزار مصرف، آهنگی که در هنگام مصرف شنیده می‌شده است، اخلاقیات و روحیه بیمار هنگام مصرف (مانند وضعیت افسرده یا اعصابی) و ... ارتباطی نزدیک شکل می‌گیرد. در نتیجه، این عوامل می‌توانند بعدها باعث فکر به مواد و وسوسه در معتاد شده و او را به سوی مصرف بکشند و از این جهت این عوامل «برانگیزاننده» نامیده می‌شوند. مواجهه با «برانگیزاننده» منجر به ورود «فکر مواد»، «وسوسه» و در نهایت «مصرف مواد» می‌گردد.

ارتباط اجزای این زنجیره بسیار نیرومند است و برای آن که از مصرف مواد پیشگیری شود باید بتوان با برانگیزاننده‌ها برخورد مناسبی داشت. بدین منظور لازم است:

- برانگیزاننده‌های بیمار خود را بشناسید.
- به او کمک کنید تا می‌تواند از آنها دوری کند.
- کمک کنید روشهای جدیدی برای مقابله با برانگیزاننده‌ها بیابد.

چگونه می‌توانم در شناخت برانگیزاننده‌های بیرونی و برخورد با آنها به بیمار خود کمک کنم؟
الف) کمک به بیمار در شناخت برانگیزاننده‌های بیرونی:

مصرف مواد بیمار شما بیشتر در شرایط، موقعیت‌ها یا مکانهای خاصی بوده است که احتمالاً شما از آنها اطلاع دارید یا می‌توانید با کمک وی، آنها را لیست نمایید. محل خاصی در خانه، منزل دوستان و آشنایان، محل کار، محل خاصی در پارک عمومی و یا خیابان، روزهای تعطیل، بعد از کار روزانه و... به این عوامل «برانگیزاننده‌های بیرونی» می‌گویند؛

ب) کمک به بیمار در دوری از برانگیزاننده‌های بیرونی

چون بسیاری از موقعیت‌های فوق در زندگی، غیرقابل حذف هستند باید برای آن برنامه داشته باشید؛ برای برنامه‌ریزی و اجراء بهتر است با روانشناس مشورت کنید و از او راهنمایی‌های عملی بگیرید. خانواده باید به کمک بیمار، راهکارهایی برای مقابله با وسوسه، جستجو و طراحی نماید.

برای مثال در مواردی، شرایط و موقعیت های پیرامونی بیمار خود را تغییر دهد. افراد خانواده باید در یافتن روش‌هایی برای دوری از ابزار مصرف، محل تهیه و مصرف مواد، و شخص مصرف کننده به بیمار خود کمک کنند. مثلاً افراد خانواده می‌توانند از قبل با بیمار خود قرار بگذارند که اگر دوست معتاد وی تلفن کرد خانواده، بیمار معتاد تحت درمان را پای تلفن صدا نکنند. همچنین می‌توانید شخص را در زمان تماس با برانگیزاننده، به کاری سرگرم کنید و امکان قرار گرفتن شخص در موقعیت پرخطر و بازگشت به بیماری، را به او یادآوری نمایید.



اعضای خانواده می‌توانند روش‌هایی را جهت کمک برای اجتناب از حضور در محل‌های پرخطر و به جای آن همراهی در رفتن به محل‌های کم‌خطرتر انجام دهند. این کمک‌ها می‌تواند همراهی در رفتن به سینما و پارک، همراهی در رفتن به محل گروه‌درمانی، و همراهی در رفتن به کلینیک باشد.

به بیمار خود پیشنهاد کنید تا با مناسب‌ترین شخصی که شما نیز او را می‌شناسید و به سلامت اطمینان دارید، در رابطه با وسوسه صحبت کند. البته دقت کنید که در رابطه با انتخاب شخص مناسب، خیلی دخالت نکنید. بنابر این، بسیار مناسب است که این کارها را به صورت غیرمستقیم با توافق قبلی با بیمار انجام دهید. شما و بیمار می‌توانید به طور جداگانه، لیست افراد مناسب را بنویسید. سعی کنید که این افراد از میان مشاوران، معترضان بهبودیافته، اعضاء سالم خانواده، و دوستان سالم و آگاه باشند. سپس موارد مشترک را از دو لیست تهیه شده جدا کنید و پس از انتخاب این افراد، سعی کنید تماس خود و بیمار را با این افراد افزایش دهید.

۳. چگونه می‌توانم در شناخت برانگیزاننده‌های درونی و برخورد با آنها به بیمار خود کمک کنم؟

الف) کمک به بیمار در شناخت برانگیزاننده‌های درونی

در جریان بهبودی، برخی احساسات و هیجانات بعنوان شروع‌کننده عمل کرده و مغز بیمار، او را به یاد مواد و مصرف آن می‌اندازند. از جمله این حالات عصبی شدن، خشم، اضطراب، شرم، گناه، ترس، افسردگی، حسادت، کسلی، خستگی، بدبینی و سوءظن به دیگران، احساس نگرانی، حس طردشدن، احساس تحقیر، درماندگی، هیچ‌انزدگی، بی‌اعتمادی به خانواده و بیخوابی می‌باشند. به این حالات و احساسات، «برانگیزاننده‌های درونی» می‌گویند.

متأسفانه معمولاً اعضای خانواده، کمتر این حالات را می‌شناسند و یا به اهمیت آنها واقف هستند. توصیه می‌کنیم با مطالعه مجدد مثال‌های بالا، موارد مرتبط با بیمار خود را با کمک خود او لیست کنید. گاهی معتاد در شناسایی و یا ابراز این حالات، بسیار ضعیف است و به خصوص در زمانی که پس از شروع درمان اهمیت آنها را در شروع وسوسه و شکل‌گیری عود، به فراموشی می‌سپارد. بنابراین اینجا، نقش خانواده در شناسایی

وضعیت روحی بیمار، جلوگیری از تشدید ولع مصرف به علت مشکلات روانی و درونی، و کمک به رفع این موقعیت‌های خطرناک روحی به شکل مناسب، بسیار مهم است.

ب) کمک به بیمار در دوری از برانگیزاننده‌های درونی

خوب است بدانید که نباید حالات روحی نامناسب و وسوسه‌کننده برای معتاد ایجاد کنید. بسیاری از اوقات افراد خانواده به اشتباه (عمدتاً از سر دلسوزی) این حالات را در معتاد ایجاد و یا تشدید می‌نمایند. لازم است شما این رفتارهای خطرناک را از قبل لیست کنید تا بتوانید به صورت مناسب از آنها دوری کنید.

بی‌اعتمادی، طرد، تحقیر، سرزنش بیمار در رابطه با رفتارهای دوره مصرف، اتهام زدن به رفتار و شخصیت فرد بیمار، ایجاد و یا تقویت احساس شرم و گناه در معتاد بعثت رفتارهای حین مصرف و یا تداوم آنها در ابتدای درمان توسط شما و یا سایر اعضای خانواده، تسویه حساب (در رابطه با تعهدات معتاد) در زمانی که هنوز قادر به پاسخگویی نیست، مقایسه بیمار با هم‌ردیفان غیرمعتاد یا معتادش (همکلاسی‌ها، بچه‌های فامیل و....) در زمینه موفقیت‌ها و یا شکست‌هایشان، ایجاد هیجان مثبت زودرس مانند پیشنهاد ازدواج، شروع یک شغل و... از مثال‌هایی هستند که می‌توانند باعث ایجاد حالات روحی برانگیزاننده شوند.

همانطور که ذکر شد، حتی هیجانات مثبت هم که اغلب بعثت عجله خانواده در سروسامان دادن به وضعیت زندگی معتاد تقویت و یا ایجاد می‌شوند، می‌توانند خطرناک باشند.

معامله کردن و یا باج‌دادن به بیمار هر چند به ظاهر و در کوتاه‌مدت، انگیزه معتاد را افزایش می‌دهند، اما معمولاً به محض کم‌رنگ شدن، تأثیر عکس گذاشته و بعنوان یک عامل تشدیدکننده وسوسه عمل می‌کنند. مانند اینکه وقتی شما به معتاد قول می‌دهید که در صورت ترک اعتیادش برای او کاری انجام دهید مثلاً مشکلات مالی‌اش را برطرف می‌سازید. کافی است که نتوانید و یا تأخیری در این اتفاق رخ دهد و این مسئله سبب می‌شود، معتاد ضمن سرخوردگی و دلسردی، وسوسه بیشتری را تجربه نماید.

کنترل و مراقبت شدید، چانه‌زدن با معتاد درباره اصلاح رفتار و پاییدن و کنترل شدید بیمار معتاد از نظر مصرف نیز از مثال‌های دیگر این رفتارهای زمینه‌ساز شکست درمانی هستند.

وقتی روحیه بیمار شما نامناسب است چه می‌کنید؟

بسیار مهم است که اعضای خانواده یک معتاد بدانند که در حالات روحی نامناسب و وسوسه‌کننده، باید چه کاری برای معتاد انجام دهند در این شرایط، در قدم اول می‌بایست مراقب شرایط روحی (پرخاشگری و اضطراب) خود باشید. گاهی اوقات اگر وضع روحی خودتان خیلی بد است بهتر است، که با شخص مناسب دیگری که از قبل تعیین کرده‌اید (روانشناس، فامیل و یا دوست بهبود یافته) تماس بگیرید و از او کمک بخواهید. توجه داشته باشید، سرزنش کردن معتاد بزرگ‌ترین اشتباهی است که می‌توانید انجام دهید.

نکات زیر می‌تواند به بیمار در بهبود روحیه‌اش کمک کند:

- **یادآوری حوادث مثبت و غیرمرتبط با مصرف مواد:** خوب است حوادث مثبت زندگی مانند تولد فرزندان، موفقیت‌های مالی و خانوادگی، موضوعات و افراد دوست‌داشتنی و یا موفقیت‌های بیمار در زمینه برخورد با درمان اعتیاد یادآوری و مرور شود. نباید فراموش نمود که در بدبینانه‌ترین حالت، مراجعه اخیر معتاد برای درمان و یا اینکه معتاد حال بدش را با خانواده در میان گذاشته است، خود یک پیشرفت بزرگ محسوب می‌گردد.



- مرور لیست مشکلاتی که بیمار تا این لحظه به همراه خانواده کشیده است و سیر حوادث و کارهایی را که خانواده تا به حال با معناد تجربه کرده است می‌تواند کمک‌کننده باشد. در این مرحله مواظب باشید که راه خودتان را از خودتان جدا نکنید و شروع به برون‌ریزی احساسات و انتقاد از او ننمایید.
- در این شرایط، همچنین می‌توانید به بیمار خود شروع یک کار جدید مانند قدم زدن (ترجیحاً به همراه شما و یا با یک دوست مطمئن)، رانندگی (ترجیحاً به همراه شما و یا با یک دوست مطمئن)، گوش دادن به موسیقی، و یا حتی کار ساده‌ای مانند حمام کردن را پیشنهاد نمایید.



بخش سوم: خانواده ها و بیماران درون درمان

فصل ۱۰: نقش خانواده‌ها در تداوم درمان موفق

در آخرین فصل از این کتاب، به علل احتمالی کاهش انگیزه بیماران و شکست درمانی در مراحل بعدی مسیر درمان و نقش خانواده‌ها در حفظ تداوم درمان و تضمین بهبودی پرداخته می‌شود.

علل کاهش انگیزه بیمار من در طول دوره درمان چه می‌تواند باشد؟

دقت کنید بسیاری از اوقات، می‌تواند انگیزه‌ای برای موفقیت در درمان یا از ابتدا وجود نداشته باشد یا در حین درمان کاهش یابد. موارد زیر می‌تواند باعث نبود انگیزه در ابتدای درمان باشند:

۱. در بسیاری از اوقات، افراد معتاد اغلب رفتارهای اعتیادی خود را آنقدر غیرطبیعی نمی‌بینند که نیازمند درمان باشند (به بخش ۲ فصل ۶ مراجعه کنید).

۲. بعضی از مواقع اعضای خانواده، بیمار را با تعیین ضرب‌الاجل‌هایی تحت فشار می‌گذارند تا درمان خود را شروع یا پیگیری نماید. مثلاً ممکن است بگویند که «درمان اعتیاد را اکنون انجام بده یا خانواده را ترک کن» و این موجب می‌گردد که معتاد به خاطر خانواده و نیاز خود به حمایت آنها و نه به دلیل احساس نیاز به درمان در درمان شرکت نماید.

۳. گاهی خانواده‌ها، روش‌های درمانی را خودانتخاب می‌کنند و در نهایت فقط بیماران را برای درمان به همراه خود می‌آورند که این شرایط باعث عدم رضایت و کاهش همکاری معتاد می‌شود.

کاهش انگیزه در ادامه درمان دلایل متفاوتی دارد که بعضی از آنها عبارتند از:

۱. بسیاری از خانواده‌ها در برخورد با رفتارهای اعتیادی بیمارشان از روش‌ها و برخوردهای غلطی مانند تهدید، تلمیع و یا طرد استفاده می‌کنند که گاهی می‌تواند بعد از شروع درمان، هم ادامه یابند و باعث کاهش انگیزه بیمار گردند.

۲. اشتباه خانواده حین و یا قبل از شروع درمان از جمله عدم عمل به تعهدات و یا دادن تعهدات غلطی (مانند قول باج و تطمیع) که باعث می‌گردد بعد از این که خانواده به قول خود عمل نمود، بیمار انگیزه اولیه خود را از دست بدهد.
۳. بسیاری از اوقات بیمار بیان می‌کند که دیگر از زندگی لذت نمی‌برد و به دنبال تجربه حالات سرخوشی از مصرف می‌گردد و حتی گاهی به وضوح بیان می‌کند که از درمان خسته شده است. در بسیاری از این موارد، علت این احساس، بروز یک مشکل روانپزشکی مانند افسردگی است. در صورت مشاهده این حالات، لازم است حتماً بیمار توسط یک روانپزشک آشنا به دانش اعتیاد، ویزیت گردد.
۴. گاهی بیماران با فشارهایی جهت قطع درمان مواجه هستند. اغلب این افراد، به علت باورهای نادرست زیادی که نسبت به درمان نگهدارنده در خانواده و اطرافیان وجود دارد، تحت فشار قرار می‌گیرند. بهترین کار این است که وقتی بیمار نسبت به ادامه درمان کم‌انگیزه می‌گردد، نگرش او را نسبت به این درمان، جویا شوید. ممکن است بیمار عقیده داشته باشد که متادون یک ماده مضر و خطرناک‌تر از مواد مخدر غیرقانونی است یا اینکه درمان نگهدارنده فرقی با اعتیاد ندارد، یا حتی عقیده داشته باشد که معتاد باید کمی هم درد بکشد تا درمان موفق داشته باشد. اعضای خانواده باید به دنبال منبع بیرونی فشار (سایر اعضای خانواده، دوستان، گروه‌های خودیاری (NA)، و...) بگردند. بهترین کار این است که تلاش شود اشخاصی را که به بیمار فشار می‌آورند تا درمان را ترک کند یا در درمان دستکاری کند، در برنامه درمانی درگیر شوند و با بیمار همراهی نمایند.
۵. گاهی بیماران دارای استرس‌هایی هستند که به ظاهر ارتباط مستقیمی با درمان ندارد، ولی بر مسیر درمان به شدت مؤثر است. در صورت کاهش انگیزه در ادامه درمان، باید وجود استرس‌های بیرونی را جویا شد. ازدواج و عوامل مرتبط به آن (عدم اطلاع همسر از بیماری اعتیاد و یا تحت درمان بودن فرد)، تمایل فردی و یا فشار محیطی برای بچه‌دارشدن نمونه‌هایی از این استرس‌ها می‌باشند.
۶. بسیاری از بیماران درمان خود را با سایر درمان‌ها از جمله انواع سم‌زدایی مقایسه می‌کنند و احساس می‌کنند که درمان آنها طولانی‌تر و پرهزینه‌تر از درمان بعضی از بیماران مشابه است. در این موارد، بیمار به

محض اینکه حالش خوب شد به فکر قطع دارو می‌افتد. خوب است در این موارد برای وی توضیح دهید که هر فرد بیمار، درمان خاص و منحصر بفرد خود را دارد و استفاده از روش درمان دیگران ممکن است برای او مضر باشد.

در این شرایط، بسیار مناسب است که سایر مشکلات احتمالی بیمار به بحث گذاشته شود. برای مثال ببینید آیا وی برای مراجعه روزانه دچار مشکل است و یا برای تأمین هزینه درمان مشکل دارد. اشتغال و عوامل مرتبط به آن مانند مشکل غیبت از محل کار یا شغلی که نیاز به مسافرت مداوم دارد می‌تواند با درمان نگهدارنده تداخل داشته باشد.



۷. متادون دارویی مخدر است و ممکن است موجب شود که بعضی از عوارض مصرف مواد مانند کاهش وزن، تعریق، تغییرات دندانی، مشکلات جنسی و یا یبوست سریعاً به حالت طبیعی برنگردد. گاهی تغییرات ظاهری ناخوشایند مانند افزایش یا کاهش وزن در اوایل درمان، تغییرات رنگ پوست و... می‌توانند دلیلی برای کاهش انگیزه بیمار در ادامه درمان نگهدارنده با متادون باشد. پس به عوارض متادون در بیمار خود حساس باشید و آن را به اطلاع تیم درمانی برسانید.

۸. جالب است که بدانید گاهی اعتماد یا علاقه بیش از حد به درمانگر موجب

قطع درمان می‌گردد! چون این احساس موجب می‌شود که بیماری که دارای عود یا لغزش است، دوست نداشته باشد لغزش یا عود خود را با درمانگر در میان بگذارد. اگر شک به وجود این نکته ایجاد شد، حتماً باید موضوع با درمانگر در میان گذاشته شود و به بیمار تأکید گردد که درمانگر دوست دارد که بدون توجه به این مسائل، بیمارش را ببیند و به او کمک نماید.

توجه داشته باشید که تمام موارد فوق، علاوه بر اینکه به احتمال زیاد، سیر بهبودی بیمار شما را دچار مشکل نموده و موجب شکست درمان می‌گردند، احتمال بروز مشکلات دیگر از جمله احتمال مسمومیت را نیز بالا می‌برد.

بیمار من در ابتدای درمان خوب بود، چرا دوباره رفتارش عوض شد؟



در بعضی از موارد، خانواده با بیمارانی مواجه می‌شوند که مدتی از درمان را بصورت مناسب پشت سر گذاشته است، ولی دوباره دچار کاهش همکاری در درمان و عود بعضی از علائم رفتاری گردیده است. یکی از دلایل این مشکل می‌تواند وجود اختلالات همراه روانپزشکی (مانند افسردگی، گوشه‌گیری، خستگی، اضطراب، پرخاشگری و بی‌خوابی و ...) باشد که می‌تواند از زمان قبل از مصرف وجود داشته و یا، در دوره مصرف مواد شکل گرفته باشد، و یا حتی بعد از قطع مصرف شروع شود؛ در صورت شک، باید حتماً با پزشک مشورت گردد و بیمار توسط یک

روانپزشک ویزیت شود. یکی دیگر از اشتباهات شایع که منجر به این حالت می‌گردد، قطع داروهای اعصاب و روان بدون نظر روانپزشک به بهانه کاهش هوشیاری بیمار و یا شروع درمان با متادون یا هر درمان دیگری (مانند رفتن به جلسات NA) است.

گاهی اوقات مشکلات دیگری از جمله کاهش انگیزه بیمار، خسته شدن از مراجعه به کلینیک، مشکلات مالی و اقتصادی، برخورد بد دیگران با بیمار، تماس با دوستان مصرف کننده قبلی و یا یافتن دوستان جدید مصرف کننده، استفاده از سایر داروها و یا مواد اعتیادآور، و فشارهای غیرمعمول و زودهنگام (بازگشت به شغل، ازدواج و ...) علت تغییر رفتار معتاد هستند. دلیل این تغییر هر چه باشد، لازم است هرچه سریع‌تر تیم درمان در جریان قرار بگیرند.

در برخی از این موارد، شاید لازم باشد بسته به دلیل این تغییر، روش‌های درمانی تغییر یابند. برای مثال در صورت وجود بیماری روانپزشکی همراه با مصرف مواد، این بیماری نیز باید درمان گردد. بسیاری از اوقات لازم است روانشناس تیم درمانی، دوباره برنامه‌های مشاوره انگیزشی را شروع کند؛ گاهی تشکیل جلسات مشترک با پزشک و روانشناس، بسیار کمک‌کننده است؛ و حتی گاهی، انجام تست برای سایر مواد اعتیادآور مورد نیاز است.

نقش بیماری‌های همراه در اعتیاد چیست؟

بسیاری از بیماران مصرف کننده مواد، علاوه بر اعتیاد دارای مشکلات روانپزشکی مانند افسردگی و اضطراب نیز هستند. با وجود این که این اختلالات در بسیاری از موارد، با شروع درمان اعتیاد، بخودی خود، بهبود می‌یابند، ولی در بعضی از موارد نیاز به درمان جداگانه دارند و در صورت عدم درمان، نه تنها خود موجب ناراحتی و ایجاد خطر می‌گردند، بلکه سیر بهبود اعتیاد را نیز دچار اختلال می‌نمایند. تشخیص این اختلالات در بعضی از مواقع، حتی برای درمانگران نیز دشوار است، علائمی مانند کاهش همکاری بیمار در درمان (بی‌نظمی در مراجعه و یا مصرف داروها و یا قطع درمان)، افزایش خودسرانه داروی متادون، استفاده خودسرانه از داروهای خواب‌آور یا ضد اضطراب، تغییرات رفتاری (گوشه‌گیری و یا پرخاشگری)، کاهش

میل جنسی، یا حتی تغییر وزن بیمار می‌تواند احتمال وجود اختلال همراه روانپزشکی را مطرح کند. لازم است که خانواده بیماران به وجود این تغییرات حساس باشند و آن را با یک روانپزشک کار آزموده در درمان اعتیاد، در میان گذارند.

نگران نباشید و بدانید که در هر مقطعی از بیماری اعتیاد (مصرف، سوء مصرف، وابستگی و بهبودی) می‌توان به درمان دارویی بیماری همراه پرداخت.

بیمار چه وظایفی در مقابل خانواده دارد؟

درمان نگهدارنده با متادون اکثراً موجب بهبودی سریع در عملکرد اجتماعی و خانوادگی فرد می‌گردد. این موضوع هر چند از طرفی موجب رضایت بیشتر افراد خانواده می‌گردد، ولی این تغییر سریع ممکن است موجب گردد تا خانواده نتواند انتظارات خود را به صورت مناسبی بر اساس واقعیات موجود و توان بیمار تنظیم نماید.

حقیقت این است که با شروع بهبودی، بیمار باید وظایف جدیدی را تقبل نموده و بسیاری از کاستی‌های قبلی را که در اثر اعتیاد او ایجاد شده بود، جبران نماید. خوب است افراد خانواده در گفتگویی با بیمار از او بخواهند که فعالیت‌های مشخصی را که تابحال در انجام آنها کوتاهی می‌نمود،



دوباره به عنوان وظیفه خود در منزل بشناسد تا هم بهبود خود را تسریع نماید و هم باری را از دوش خانواده بردارد. بیمار وظیفه دارد تا از همسر یا سایر افرادی که در طول دوره اعتیاد او، بار وظایف او را به عهده گرفته‌اند و رفتارهای او را تحمل نمودند، قدردانی کند؛ از این پس بیشتر در تفریحات خانوادگی مانند رفتن به میهمانی همراه اعضای خانواده شرکت نماید و وقت بیشتری را با آنها صرف نماید. خانواده می‌تواند به صورت صریح از بیمار بخواهد تا مسئولیت کمک در کارهای خانه، خرید منزل، رساندن پیام، و حتی رسیدگی به صورت حساب‌ها را بپذیرد. مهم این است که تغییری که از بیمار انتظار می‌رود باید واضح باشند و تا حد امکان مشخص و دقیق بیان شود. مثلاً همسر بیمار می‌تواند این گونه قرار بگذارد که «مایلم هر روز حداقل پانزده دقیقه با تو باشم» یا «مایلم در هفته یک شب مراقبت از بچه‌ها را بپذیری تا من به دیدن مادرم بروم».

چه موقع باید سریعاً به مشاور مراجعه کنم؟

در مواقعی، بروز مشکل یا بحران در خانواده شدت می‌گیرد و اتفاقاتی می‌افتد که مصرف مجدد یا عود ممکن است قریب‌الوقوع باشد. در این موارد باید سریع به روانشناس، مددکار یا مشاور مراجعه کنید. بعضی از این موارد عبارتند از:

- وقتی بخاطر برخوردهای اطرافیان، انگیزه بیمار برای تداوم درمان کم می‌شود، سرکشی می‌کند و یا جلسات درمانی را رها می‌کند.
- وقتی بیمار، شروع به دستکاری در درمان خود می‌کند.
- می‌دانیم که درمان بیمار موجب تغییراتی در نقش‌های افراد خانواده می‌گردد. بسیاری از اوقات این تغییرات موجب بحث و درگیری می‌شود. مثلاً فرد معتاد دائماً شروع به نظر دادن و یا کنترل رفتار همسر خود می‌نماید.
- وقتی این احساس در اعضای خانواده یا معتاد ایجاد شود که در خانواده انتظارات بیش از حد و زودتر از موقع از او ایجاد شده است.

- در شرایطی که درگیری‌ها و بحران‌ها یا مسایل باقیمانده قبلی مجدداً بین خانواده و فرد معتاد طرح شوند.
- **آیا من مجاز به دستکاری در درمان بیمار خود هستم؟**
یکی از خطرناک‌ترین اشتباهات خانواده همکاری با بیمار برای دستکاری در درمان است. انواع مداخلات و دستکاری در درمان توسط بیمار عبارتند از
 - دستکاری در مصرف متادون. مانند استفاده بیشتر یا کم‌تر از متادون، مصرف نامنظم آن، یا دستکاری در ساعت مصرف آن.
 - استفاده همزمان از سایر داروها. مثلاً استفاده از دارو بدون اطلاع پزشک و یا دستکاری در مصرف داروهای تجویز شده.
 - مخفی نمودن لغزش احتمالی بیمار و نگفتن آن به پزشک یا سایر اعضای تیم درمان به هر علت. مثلاً به این علت که خانواده می‌داند پزشک در صورت اطلاع از لغزش بیمار ممکن است از بیمار بخواهد برای دریافت دارو بصورت روزانه مراجعه نماید.
 - عدم اطلاع به پزشک در رابطه با سایر داروهای مصرفی بیمار.
 - و عدم مراجعه به موقع در زمان‌های لازم.
- این دستکاری‌ها در درمان، علاوه بر ایجاد شکست درمانی می‌تواند عواقب طبی خطرناکی به بارآورند؛ بنابراین، خانواده‌های محترم می‌بایست از انجام آنها به شدت پرهیز نمایند.

جمع‌بندی

اعتیاد یک بیماری پیچیده و چند بعدی است که درمان آن نیازمند همکاری و ارتباط مناسب بیمار، خانواده، اطرافیان و اجتماع با یکدیگر است. در این کتابچه تلاش شد در فضایی محدود به بررسی جایگاه خانواده در شروع و ادامه درمان موفق پرداخته شود و توصیه‌هایی عملی در این رابطه ارائه گردد. امید می‌رود با مطالعه دقیق این کتابچه توسط خانواده‌های محترم بیماران و ارتباط نزدیک آنها با مراکز درمان اعتیاد، شاهد نتایج امیدبخشی در درمان بیماران معتاد باشیم.





About this book

Is this book written for me?

This book is one of the books belonging to the series of “Introduction to Maintenance Treatment”, which is written for the families of individuals with dependence on illicit drugs, out of treatment, as well as patients undergoing maintenance treatment with methadone or buprenorphine. We hope that, through perusing this book, the respected families of patients with dependence on opiates will be able to learn and understand the basic principles of dealing with the addicted patient, before and after entering maintenance treatment with methadone or buprenorphine, so as to be able to act more efficiently towards the improvement of their patient. Another book belonging to the same mentioned series has been written specially for patients under maintenance treatment, and reading it is advised to the patients.

What are the subjects covered in this book?

In this book, initially a general picture of addiction and maintenance treatment with methadone is depicted. Then, the positive role of family in the treatment of addiction, both before and after entering treatment is discussed. Afterwards, the “must and must-nots” of behaving towards a patient under maintenance treatment for addiction and necessary considerations will be explained. We believe that reading this book thoroughly will lead to a more precise understanding on the part of the families of drug abusers, and will ultimately lead to a better and more effective role of the family in the treatment of these patients.

Introduction:

Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHRRA) was established to promote programs aimed at reducing harm in the region. This association has planned a group of activities for the enhancement of harm reduction in the regions of Middle East and North Africa, which are to be executed by the East Mediterranean Regional Office of World Health Organization (WHO-EMRO). The aim of these activities is to launch – or to improve if already available– harm reduction interventions such as the distribution of syringes and opioid replacement therapies in the countries of the region, with the help of non-gover – mental organizations active in the field of addiction. This program includes three educational hubs in Iran, Lebanon, and Morocco. “Iran National Center for Addiction Research” is the educational hub of this program in Iran. Since the launch of this program in ۱۳۸۶, this center has held several training workshops for both Iranian and non-Iranian participants on diffe – rent aspects of harm reduction. Providing educational booklets for both those involved in the treatment and care of patients and the patients and their families is another important acti – ity the center has been engaged in. The present book is one of the mentioned booklets, and its aim is to provide essential information to the family of addicted patients, both before and after entering maintenance treatment with methadone or buprenorphine.

- b) Helping patients to avoid external driving forces.

How can I help my patient to identify internal driving forces and deal with them?

- a) Helping patients to identify internal driving forces.
- b) Helping patients to avoid internal driving forces.

What do you do when your patient is in low spirits?

Is my patient allowed to drive while under maintenance treatment?

Chapter 10: Role of families in maintaining a successful treatment

What could be the reasons for a decrease in my patient's motivation during the treatment period?

My patient was doing fine in the beginning of the treatment, why did he/she change his/her behaviour again?

What is the role of comorbid disorders in addiction?

What are my patient's responsibilities towards the family?

When should I promptly seek a consultant?

Am I allowed to interfere in my patient's treatment?

Part three: Families and patients in treatment

Chapter 7: The right way to behave toward patients under maintenance treatment.

Accept some responsibilities of your addicted patient.

Determine the helps you are going to provide for your patient.

What is the right way to behave towards an addicted patient?

What are the things that I should and should not do?

Chapter 8: The role of families in the correct execution of maintenance treatment.

To what extent should we control the patient?

How important is paying attention to the lab test results of the patient?

Are there issues to consider in keeping the patients' medication?

What is the importance of poisoning in patients under treatment?

Chapter 9: Role of families in the control of craving and preventing relapse.

What are the things we can do to keep our addicted patient away from drugs?

What can I do to reduce the temptation in the patient?

What is the role of initiators in the treatment of addiction?

How can I help my patient to identify external driving forces and deal with them?

a) Helping patients to identify external driving forces.

Part Two: Family and Addiction

Chapter 4: The role of the family in addiction disease

What is the family's role in treating the disease of addiction?

Why is it important for the family to change its behaviour?

How should we rebuild the social and familial position of the addicted patient?

Chapter 5: Practical advice for modifying the behaviour of families

Why do I make mistakes at encounters with addicts?

What are the wrong behaviours exhibited by families?

What are the wrong beliefs and ideas in the family?

How should I know that I have behaved incorrectly?

What to do at arguments and discussions.

How should I manage my anger?

Chapter 6: The right way to behave toward patients for the initiation of treatment

How to deal with the disease of addiction in a family member?

When is my patient ready for treatment?

Table of contents

About the book

Is this book written for me?

What you will read in this book.

Part One: General concepts of the disease of addiction and its treatment

Chapter 1: General concepts of addiction

What are the effects of opiates?

What are the features of addiction disease?

Chapter 2: General concepts of addiction treatment

When will the patient recover?

For how long will the treatment continue and how long should my patient use medication?

Why is my patient's addiction treatment taking so long?

Why is my patient continuously relapsing?

Chapter 3: Concepts of maintenance treatment

What is maintenance treatment?

How do methadone and buprenorphine work?

How is maintenance treatment carried out?

**Family's Guide to
Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment, Persian Version**
Educational Booklet Series for Methadone Maintenance Treatment in Middle East and North Africa

Authors:

Robert Farnam, Ali Farhoudian

*Mehrdad Ehterami, Behrouz Meshkini, Setareh Mohsenifar, Azarakhsh Mokri,
Alireza Noroozi, Ramin Radfar (in alphabetic order).*

(National Committee on Education in INCAS)

Proofreading Editor: *Narges Hedayati Fard*

Graphic Designer: *Nader Bahadoran*

Illustrator: *Ali Miraei*

ISBN:

Published by: Tehran University of Medical Sciences Press.

Address: No. 486, South Karegar Ave, Qazvin Sq, Tehran 13336-16357, Iran.

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

Web site: <http://incas.tums.ac.ir> **E-mail:** incas@tums.ac.ir

MENAHRA's Sub Regional Knowledge Hub for

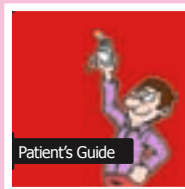
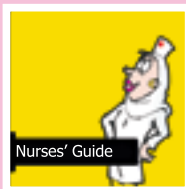
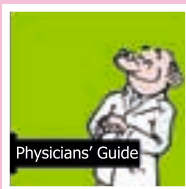
"Middle East and North Africa Harm Reduction Association" Project in

Iranian National Centre for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences.

© Iranian National Centre for Addiction Studies (INCAS), 2009 – All Rights Reserved.

Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment

Educational Booklet Series for Maintenance Treatment in Middle East and North Africa



- ◆ نحوه صحیح برخورد با بیمار معتاد چیست؟
- ◆ چگونه بیمار خود را برای ورود به درمان تشویق کنم؟
- ◆ درمان نگهدارنده چگونه کار می کند؟
- ◆ خانواده ها چه نقشی در درمان اعتیاد دارند؟
- ◆ چگونه خانواده می تواند باعث تداوم و موفقیت درمان شوند؟

آنچه در این کتاب می خوانید:



Tehran University of
Medical Sciences



Iranian National Center
for Addiction Studies



Menahra