

درمان اعتیاد

راهنمای متخصصان

ویرایش دوم

تقدیم به دکتر رابرت جی. هال که در سال ۱۹۷۳ مرا متقاعد کرد
تا چیزهایی دربارهٔ درمان اعتیاد بیاموزم
ویلیام آر. میلر

تقدیم به خواهرم، نه به خاطر آنچه بر سرش آمد،
بلکه به انسانی که پس از آن تبدیل شد
آلیسا ای. فورس هایمز

تقدیم به نوه‌هایم دیلن، جکسون، هارپر و الکساندر
که روشنی‌بخش زندگی من هستند
آلن زوئین

فهرست مطالب

۹ قدردانی‌ها

۱۱ پیشگفتار

بخش یک: دعوت به درمان اعتیاد

۱۹ فصل ۱: چرا اعتیاد را درمان می‌کنیم؟

۳۰ فصل ۲: اعتیاد چیست؟

۵۳ فصل ۳: داروها چگونه عمل می‌کنند؟

بخش دو: بافتاری برای درمان اعتیاد

۷۹ فصل ۴: پیوند

۱۰۱ فصل ۵: غربالگری، ارزیابی و تشخیص

۱۲۷ فصل ۶: مدیریت ترک و نیازهای مرتبط با خدمات درمانی

۱۵۵ فصل ۷: فردی‌سازی درمان

۱۸۳ فصل ۸: مدیریت موردی

بخش سه: فهرستی از گزینه‌های مبتنی بر شواهد در درمان اعتیاد

۲۰۳ فصل ۹: مداخلات کوتاه‌مدت

۲۱۹ فصل ۱۰: مصاحبه انگیزشی

۲۳۱ فصل ۱۱: مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری

۲۴۸ فصل ۱۲: مراقبه و ذهن‌آگاهی

۲۵۵ فصل ۱۳: مدیریت وابستگی

۲۶۷ فصل ۱۴: رویکرد تقویت جامعه

۲۸۴ فصل ۱۵: کار با دیگران مهم

۲۹۳ فصل ۱۶: تقویت روابط

۳۲۱ فصل ۱۷: گروه‌های یاری متقابل

۳۴۶ فصل ۱۸: داروهای پزشکی در درمان

بخش چهار: مسائل تخصصی

- فصل ۱۹: مسائلی که پدید می آیند..... ۳۷۵
- فصل ۲۰: درمان موقعیت‌های هم‌زمان ۳۹۶
- فصل ۲۱: تسهیل تداوم..... ۴۲۲
- فصل ۲۲: کار با گروه‌ها..... ۴۳۵
- فصل ۲۳: پرداختن به جنبه معنوی..... ۴۶۱
- فصل ۲۴: اخلاق حرفه‌ای..... ۴۸۱
- فصل ۲۵: کاربرد اقدامات مبتنی بر شواهد..... ۵۰۹
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۵۳۲
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۵۳۴
- درباره نویسندگان..... ۵۳۶

قدردانی‌ها

این کتاب برای من نمایانگر مطالبی است که در طول پنج دهه فعالیت در حوزه درمان و پژوهش اعتیاد فرا گرفته‌ام. این کتابی است که آرزو می‌کنم کاش در زمان تدریس آن را در اختیار داشتم. اکنون ما خرسندیم که ویراست به‌روزشده دوم را عرضه کنیم. اگرچه نام سه نویسنده بر روی جلد کتاب نقش بسته است، اما هرکدام از ما حاصل روابط خود در طول این سال‌ها با مریبان، دانشجویان، همکاران، خانواده و دوستان بی‌شماری هستیم. اگر فکر کنیم که یک شخص یک کتاب را می‌نویسد، به خطا رفته‌ایم. ما مثل کتاب‌هایمان ساخته و پرداخته افرادی هستیم که با آنها کار کرده‌ایم، زیسته‌ایم و به آنها عشق ورزیده‌ایم.

ویلیام آر. میلر

بخش قدردانی، محملی برای سپاسگزاری از افرادی است که در تهیه و انتشار این کتاب کمک کرده‌اند. در اینجا من صمیمانه‌ترین قدردانی‌هایم را نثار افرادی در زندگی‌ام می‌کنم که به شیوه‌های مختلفی این کتاب را شکل داده‌اند. برخی از افراد با در میان گذاشتن دانش، خرد و زمان خود، برخی دیگر با تشویق، حمایت و دادن یک فنجان قهوه این کار را انجام داده‌اند و سپس افرادی قرار دارند که اهداف نگارش این کتاب را تحقق می‌بخشند: شما، خواننده کتاب. ممنونم که اطلاعات این صفحات را مورد استفاده قرار می‌دهید، آن را برای دیگران بیان می‌کنید و به یک فرد دیگر در حرکت به سمت تغییر کمک می‌کنید. این انگیزه‌ای است که موجب نگارش ویراست دوم شد و این، آن قدردانی است که من همواره سپاسگزار و امیدوار به آن هستم.

آلیسا ای. فورس‌هایمز

من از کمک‌های مری پایپ‌مایر تشکر می‌کنم. او با جمع‌آوری و ویرایش منابع و رونوشت فصل‌های ویرایش شده به من کمک کرد.

آلن زوئین

پیشگفتار

بخشی از همکاران ما که در زمینه خدمات درمانی و اجتماعی به فعالیت می‌پردازند، فارغ از نوع تخصص و محل اشتغال خود، به‌طور مرتب با اختلالات مصرف ماده^۱ (SUDs) برخورد می‌کنند. همان‌گونه که در فصل ۱ بحث کرده‌ایم، تقریباً یک‌سوم از جمعیت آمریکای شمالی در سیر زندگی خود به یک اختلال اعتیاد دچار می‌شوند و نرخ شیوع اختلالات مصرف ماده در هر دوره زمانی بیش از ۱۵ درصد بوده است. این رقم در مراکز خدمات درمانی و اجتماعی از نرخ مذکور بالاتر است و بسیاری از افراد به‌طور مستقیم تحت تأثیر مشکلات ناشی از الکل/دارو در یکی از نزدیکان خود قرار می‌گیرند. بار اختلالات مصرف ماده در سرتاسر جهان به‌طور مشابهی بالا است. اگر به درمان مشکلاتی در حوزه‌های سلامتی، سلامت روان یا اجتماعی می‌پردازید، افراد بسیاری را خواهید دید که زندگی آنها تحت تأثیر اعتیاد قرار گرفته است.

در عین حال، بسیاری از متخصصان هنوز هم آموزش‌ها و تشویق‌های به‌نسبت اندکی را برای درمان این مشکل رایج در خانواده‌ها دریافت می‌کنند. اگرچه برخی از متخصصان در زمینه درمان اعتیاد تخصص دارند، اما به‌طور معمول زمان اندکی برای آموزش این حوزه در بافتار آموزش‌های عمومی مددکاری، روان‌شناسی، مشاوره، پزشکی یا پرستاری اختصاص داده می‌شود. فقدان آموزش‌های تخصصی مایه تأسف است؛ زیرا اعتیاد با بسیاری از مشکلات پزشکی، اجتماعی و رفتاری در هم پیچیده شده است و کسانی که در زمینه خدمات درمانی و اجتماعی کار می‌کنند، بهترین افرادی هستند که به شناسایی و حل و فصل آنها می‌پردازند. موانع اصلی در این زمینه عبارت‌اند از فقدان آماده‌سازی تخصصی و نیز عدم ترغیب کارشناسان مربوطه به فعالیت در این زمینه.

ما این کتاب را برای متخصصان و نیز کارشناسان غیر متخصص در حوزه اعتیاد نوشته‌ایم تا مبنای روزی را در زمینه کمک به افراد مبتلا به اختلالات اعتیاد فراهم کنیم. ما سه نویسنده کتاب در کنار همدیگر بیش از یک قرن تجربه در این حوزه داریم که از شاخه‌های روان‌شناسی بالینی (ویلیام آر. میلر و آلیسا ای. فورس‌هایمز) و مددکاری اجتماعی (آلن زوئین) گردآوری شده‌اند و همچنین در طی سال‌ها کمک به افراد برای فرار از تله اعتیاد از مزیت همکاری با بسیاری از مشاوران، پرستاران،

پزشکان و سایر متخصصان فداکار بهره‌مند شده‌ایم. این کتاب اثر ارزنده‌ای است و خواه یک کارشناس غیر متخصص در اعتیاد باشید یا یک متخصص اعتیاد، امیدواریم به شما کمک کنیم تا دانش، اطمینان و اشتیاق لازم برای حل و فصل این مشکل رایج و قابل توجه را در بین جمعیتی که به آنها خدمات می‌دهید، به دست آورید.

ما در سرتاسر این کتاب در پی آن هستیم تا توصیه‌های خود را بر اساس بهترین دانش موجود عرضه کنیم. «درمان مبتنی بر شواهد» به اصطلاح محبوبی در این حوزه تبدیل شده است و ضرورت انجام اقدامات مبتنی بر شواهد برای دریافت بازپرداخت بیمه به تدریج رواج بیشتری یافته است. شواهد ذکر شده در این کتاب از تاریخچه‌ای طولانی و جالب برخوردار بوده و بر بیش از هزار کوشش بالینی در حوزه روش‌های درمان اعتیاد مبتنی هستند. تحقیقات جدید با سرعت سرسام‌آوری ظهور می‌یابند و ما این امتیاز را داشته‌ایم که با این روند همراه شویم و این مطالب را برای کسانی فراهم کنیم که روز آنها صرف ارائه خدمات مراقبتی می‌شود. ممکن است برخی از یافته‌هایی که ذکر کرده‌ایم، غافلگیرکننده و حتی آزاردهنده باشند. قطعاً وقتی خودمان در ابتدا با آن مواجه شدیم، این برداشت را داشتیم و گاهی اوقات در تحقیقات خود نیز با نتایج غیر منتظره‌ای مواجه شده‌ایم. ما در این کتاب منابع جدید و قدیمی را ذکر کرده‌ایم؛ برخی از مطالعات و یافته‌های حائز اهمیت در اواخر نیمه قرن بیستم منتشر شده‌اند. حالا که این مبنای علمی را در اختیار داریم، زمان آن فرا رسیده است که از آنها در درمان اعتیاد به خوبی بهره‌مند شویم.

این مبنای علمی پژوهش‌های بسیاری را نیز شامل می‌شود که از اهمیت رابطه خبر می‌دهد. تنها نوع درمان تفاوتی را ایجاد نمی‌کند، بلکه کسی که آن را ارائه می‌کند و نحوه ارائه آن درمان باعث پدیدایی تفاوت می‌شود. اهمیت رویکرد درمانگر منحصر به این حوزه نیست. «رابطه درمانی»، «اصول اخلاقی در رابطه درمانگر-بیمار» و «اتحاد کاری» مفاهیم آشنایی هستند. در عین حال مهارت‌هایی همچون درک همدلانه نیز برای موفقیت در درمان اعتیاد -که اختلالاتی با داغ بیماری بالا هستند- اهمیت ویژه‌ای دارند. اگر درمانگر اقدامات خود را همراه با احترام عمیق، شفقت مهرورزانه و همدلی صحیح به انجام رساند، تفاوت در درمان ایجاد خواهد شد؛ برخی بر این باور هستند که کیفیت رابطه مهم‌ترین و قدرتمندترین جنبه درمان است؛ بنابراین شما در طول این کتاب درخواهید یافت که تأکید بر همدلی در رابطه و سبک درمانی با تاروپود این کتاب در هم آمیخته شده است.

آنچه ما امیدواریم به شما عرضه کرده باشیم، یک منبع تخصصی به‌روز است که دیدگاه‌های بالینی و تخصصی را با یکدیگر ترکیب کرده باشد. امیدواریم که این کتاب برای متخصصانی که در حال حاضر به درمان اختلالات اعتیاد می‌پردازند و همچنین افرادی که در حال یادگیری نحوه درمان اعتیاد هستند، مفید باشد. همچنین در هنگام نوشتن کتاب این مطلب را در ذهن داشته‌ایم تا متخصصان سلامت را تشویق کنیم که درمان اعتیاد را به عنوان بخشی از وظایف شغلی معمول خود در نظر بگیرند. در درمان اعتیاد آنچه انجام می‌دهید و نحوه انجام آن باعث پدیدایی تفاوت می‌شود و انجام

اقدامات مبتنی بر شواهد از ابتدای کار بسیار آسان‌تر از آن است که بعدها عادات تثبیت‌شده خود را تغییر دهید.

تغییرات ویرایش دوم

ما ۲۰ فصل قبلی را بر مبنای یک دهه دیگر از تحقیقات علمی و درمان اعتیاد غنی‌تر کرده‌ایم و همچنان تحت تأثیر افزایش میزان و کیفیت تحقیقات در حوزه‌ای قرار گرفته‌ایم که پیش‌تر از سوی علوم بالینی مورد بی‌اعتنایی گسترده‌ای قرار می‌گرفت. ما همچنین پنج فصل دیگر را به کتاب اضافه کرده‌ایم تا مفاهیمی را که در ویرایش اول به خوبی معرفی نشده بودند مورد تأکید قرار دهیم.

اولین فصلی که اضافه کرده‌ایم، فصل ۱۲ در زمینه مراقبه و ذهن‌آگاهی است که اکنون به فهرست مؤلفه‌های درمانی مبتنی بر شواهد اعتیاد افزوده شده است. مراقبه از تاریخچه کهنی برخوردار است و اکنون نیز دانش نوظهوری در زمینه تحقیقات فرایندی و پیامدی اختلالات مصرف ماده محسوب می‌شود.

در ویراست قبلی کتاب، فصل جداگانه‌ای را به مدیریت وابستگی (COM) اختصاص نداده بودیم؛ شاید به این دلیل که روش مذکور در آن روزگار به‌ندرت در برنامه‌های درمانی جامعه مورد استفاده قرار می‌گرفت. اما این وضعیت با کاربرد گسترده‌تر این روش در مراکز مختلف از جمله بیمارستان‌ها و کلینیک‌های واحد امور کهنه‌سربازان ایالات متحده و اشاعه آن از طریق شبکه کوشش‌های بالینی متعلق به انجمن ملی سوءمصرف دارو تغییر کرده است. در فصل ۱۳ اصول زیربنایی، روش‌های اجرا، تحقیقات اثربخشی و مشکلات متعدد در اجرای مدیریت وابستگی را معرفی می‌کنیم. همچنین موانع انطباق‌های گسترده (همچون هزینه‌ها و سازگاری با اصول و اقدامات درمانی) و آموزش روندهای مدیریت وابستگی به کارکنان را نیز در این فصل شرح داده‌ایم.

علاوه بر به‌روزرسانی فصل کار با زوجین و خانواده‌ها (۱۶)، فصل جدیدی (۱۵) نیز در زمینه کار از طریق دیگران مهم به کتاب اضافه شده است. این فصل به‌طور خاص به کاربرد سریع روش تقویت جامعه و آموزش خانواده (CRAFT) تأکید کرده است که موفقیت آن در برقراری پیوند مصرف‌کنندگان «بی‌انگیزه» با درمان از طریق فعالیت‌های یک‌جانبه‌ای در ارتباط با نزدیکان آنها تکرار شده است. این روش بهتر از آن است که دست روی دست بگذاریم تا افراد مبتلا به اعتیاد به اندازه کافی رنج بکشند و به «قهقرا» بروند.

در نامگذاری فصل جدید ۱۹ دچار مشکل شدیم. ما در این فصل دسته‌ای از مشکلات کارکردی را که اغلب در درمان اعتیاد پدید می‌آیند بررسی کردیم؛ از جمله عدم حضور در جلسات، بازگشت به مصرف، مراجعان دچار مسمومیت و پاسخ به «مقاومت». این فصل توصیه‌هایی کاربردی را به شما عرضه می‌کند که از تجربیات بالینی ما با هزاران مراجع به‌دست آمده است. ما این فصل را «مسائلی که

پدید می‌آیند» نام گذاشته‌ایم.

در نهایت، فصل جدیدی در زمینه اجرای شیوه‌های درمانی مبتنی بر شواهد گنجانده شده است. امکان ندارد که بالینگران صلاحیت لازم برای اجرای یک درمان پیچیده را تنها با مطالعه آن و یا شرکت در کارگاه‌ها کسب کنند (ما با کوشش و خطا دریافته‌ایم که انجام دادن یکی از این دو کار ممکن است این باور اشتباه را در فرد به وجود آورد که در حال استفاده از روشی جدید است). دین فیکسن که یکی از «ریش‌سفیدان» حوزه کاربردی‌سازی علم به حساب می‌آید، روزی با شوخ‌طبعی گفت که افراد از درمانی که دریافت نکنند، بهره‌ای نخواهند برد. چگونه یک نفر وفاداری شخصی یا کاری لازم را در اجرای یک شیوه درمانی جدید به دست می‌آورد و آن را حفظ می‌کند؟ پاسخ به این سؤال در فصل ۲۵ مطرح شده است.

سخنی در باب واژگان

ما در هنگام نگارش این کتاب مجبور بودیم که تصمیمات زیادی در مورد انتخاب واژه‌ها بگیریم. حوزه اعتیاد مملو از داغ‌انگاری و تعصبات اخلاقی است؛ همچون اصطلاحات «پاک» و «آلوده». از سال ۱۹۸۰، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی پیشنهاد کرد که از اصطلاحات تشخیصی برای توصیف اختلالات («افسردگی» و «اسکیزوفرنیا») و نه افراد («افسرده» و «اسکیزوفرن») استفاده شود. اگرچه اکنون در اکثر حوزه‌های سلامت رفتاری، زبان توصیف اختلالات از هنجارهای تخصصی پیروی می‌کند، اما در حوزه اعتیاد هنوز هم برچسب‌هایی که به انسان‌ها متصل می‌شود (همچون «سوء‌مصرف‌کننده»، «معتاد» و «الکلی») رایج است. انتخاب نوع واژه‌ها تفاوت ایجاد می‌کند. بر اساس دو مطالعه، وقتی فردی تحت عنوان «سوء‌مصرف‌کننده ماده» توصیف شود، عموم مردم (کلی، داو و وسترووف، ۲۰۱۰) و نیز متخصصان سلامت (کلی و وسترووف، ۲۰۱۰)، در مقایسه با هنگامی که شخص تحت عنوان «مبتلا به اختلال مصرف ماده» نامیده می‌شود، به احتمال بیشتری فرد را به‌عنوان انسان قابل سرزنش، تهدیدکننده و سزاوار تنبیه قلمداد می‌کنند. این تفاوت جزئی در توصیف مورد، تفاوت ایجاد کرد و لقب «سوء‌مصرف‌کننده» به ادراکات و توصیه‌های منفی بیشتر و معناداری منتهی شد. ما در سرتاسر این کتاب با احتیاط بسیار به توصیف موقعیت‌ها و نه برچسب زدن به افراد پرداخته‌ایم.

دامنه گسترده‌ای از اصطلاحات برای توصیف افرادی که تحت دریافت خدمات حرفه‌ای قرار دارند به کار می‌رود. در ذهن ما، واژه «بیمار» به معنای فردی است که دریافت‌کننده اقدامات یک دکتر است و متأسفانه انفعال بیشتری در بطن خود دارد: «تو باید بیمار باشی». آن رویکردی بالینی که ما در این کتاب شرح داده‌ایم، بر پیوند فعالانه، مسئولیت‌پذیری و نیروبخشی به افراد به منظور ایجاد تغییر در زندگی خود تأکید می‌کند (که البته به‌طور کلی در زمینه تمامی خدمات درمانی حائز اهمیت است). ما

در فصل‌های پیش رو اغلب از واژه‌های «مراجع» یا «افراد» به‌عنوان اصطلاحی عمومی استفاده کرده‌ایم و تنها زمانی از واژه «بیمار» استفاده کرده‌ایم که بافت درمان آشکارا متعلق به حوزه پزشکی بوده است. به‌طور مشابه، افرادی که به درمان اعتیاد می‌پردازند، دامنه گسترده‌ای از تخصص‌ها و عناوین را دارا هستند. ما به‌طور کل از واژه‌های «مشاور»، «بالینگر» و «کارشناس» به‌عنوان افرادی که خدمات درمانی را عرضه می‌کنند استفاده کرده‌ایم. ما در توصیف موقعیت‌ها از اصطلاح فعلی و ناخوشایند «اختلال مصرف ماده» (SUD) و نیز «مشکلات ناشی از الکل/دارو» یا «مشکلات ناشی از الکل و سایر داروها» استفاده کرده‌ایم. اصطلاح اخیر به‌طور سنتی یادآور این مطلب است که الکل اتیلیک (اتانول) نیز خود یک دارو است. ما اصطلاح «اعتیاد» را به‌عنوان یک واژه مختصر ترجیح می‌دهیم که همچنین عنوان قدیمی‌ترین نشریه علمی در این حوزه است. ما از این اصطلاح برای اشاره به طیف کامل اختلالات مصرف ماده استفاده کرده‌ایم؛ فراتر از جلینک (۱۹۶۰) که اصطلاح «الکلیسم» را به‌کار برد.

تغییر دیگر در اصطلاحات مربوط به این ویراست، دوری از اصطلاح آشنای «سم‌زدایی» است. سم‌زدایی به‌طور تحت‌اللفظی به معنای خارج کردن سم از بدن است؛ حال اینکه این توصیف تنها در زمینه برخی از داروها صحیح‌تر به‌نظر می‌رسد. مدیریت مناسب ترک که در فصل ۶ مورد بررسی قرار گرفته است، مؤلفه مهمی در زمینه خدمات درمانی اعتیاد است، اما اصطلاح «سم‌زدایی» دلالت‌های ضمنی هراس‌آوری را در زمینه کنار گذاشتن یک‌باره مواد و تجربه رنج‌های دردناکی به همراه دارد که اکنون می‌توان از طریق درمان مناسب آنها را مورد توجه قرار داد. همچنین اصطلاح «سم‌زدایی» بیشتر با مکان در ارتباط است تا فرایند و می‌تواند موجب افزایش داغ‌انگاری شود؛ بنابراین ما این اصطلاح را به نفع اصطلاح «مدیریت ترک» کنار گذاشته‌ایم.

در نهایت، اگرچه اصطلاح «عود^۱» به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، ما از تکیه بر این اصطلاح اجتناب کرده‌ایم. دلیل ما این است که واژه عود این مفهوم را انتقال می‌دهد که تنها دو حالت احتمالی در زمینه اعتیاد وجود دارد: کمال یا نگون‌بختی. جالب اینکه واژه عود بیانگر مفهومی بود که آلن مارلات آن را دارای «اثر انحراف از پرهیز^۲» می‌نامید-یعنی وقتی یک‌بار قانون را شکستی، همه چیز از دست می‌رود- و بنابراین پیام خودکامبخشی را با خود دارد. همچنین عود دارای یک فحوای اخلاقی است و به‌طور شایع برای توصیف سایر موقعیت‌های مزمن در حوزه سلامت مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. شخصی که به دیابت مبتلا است و با هایپرگلیسمی به اورژانس مراجعه می‌کند را به‌طور معمول با عنوان عود توصیف نمی‌کنند. همین‌طور فردی که با مشکلاتی در بازگشت آسم، پرفشاری خون یا بیماری قلبی دست به گریبان است را نیز چنین توصیف نمی‌کنند. گاهی اوقات عود برای توصیف بازگشت سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما در این منظر، این فرد است که دچار بازگشت شده است؛ بنابراین به جای آن از چه کلمه‌ای استفاده کنیم؟ تمایل به گفتن واژه مناسب بر حفظ

1. Relapse

۲. یعنی در پرهیز از مصرف ماده یا الکل اختلال ایجاد می‌کند (مترجم).

مفروضه دوگانه نگرش صفر و صدی تأکید می‌کند، حال اینکه در حقیقت پیامدهای درمانی بسیار متغیر هستند. ما بر این باور هستیم که ساده‌ترین راه حل این است که از کلمه رفتار (همچون رفتار نوشیدن و مصرف دارو) بدون افزودن هیچ‌گونه دنباله اخلاقی استفاده کنیم. این رویکردی است که ما اتخاذ کرده‌ایم و صرفاً هنگامی از واژه عود استفاده می‌کنیم که ضرورتی برای توصیف مفهوم وجود داشته باشد. ما به جای «جلوگیری از عود»، به طور مثبتی بر تداوم تغییر تمرکز کرده‌ایم (فصل ۲۱ را ببینید). این طرز نگارش به نوعی چالش‌برانگیز است، دقیقاً به این خاطر که لازم است به شیوه جدیدی بیان‌دیشیم و برخی از عادات و مفروضه‌های قدیمی را کنار بگذاریم.

دعوت به درمان اعتیاد

درمان اعتیاد به مدت چندین دهه یتیم بود و بیشتر در مراکز تخصصی و جدا از جریان اصلی خدمات درمانی پزشکی و رفتاری عرضه می‌شد. ما ویراست دوم را با دعوت به کار در این حوزه ارزنده که می‌تواند تفاوت‌هایی را در مقیاس مرگ و زندگی ایجاد کند، آغاز می‌کنیم. ما در فصل ۱ دلایل بسیار خوبی را برای فعالیت شما در این حوزه تخصصی ذکر می‌کنیم؛ همچنین به دلایلی در این زمینه اشاره می‌کنیم که چرا این جنبه از خدمات درمانی گاهی اوقات مورد بی‌اعتنایی یا داغ‌انگاری قرار می‌گیرد. فصل ۲ دورنمای گسترده‌ای را از اعتیاد-تعریف اعتیاد، عوامل سبب‌ساز آن و نحوه تغییر مفهوم‌بندی‌های تشخیصی در گذر دهه‌ها- در اختیار شما قرار می‌دهد. سرانجام، ما در فصل ۳ مقدمه کوتاهی را درباره کارکرد داروها عرضه خواهیم کرد تا به‌عنوان بستری برای درک اختلالات مصرف ماده مورد استفاده قرار گیرد. این سه فصل در کنار هم سرآغاز درمان پدیده پیچیده و جذاب اعتیاد هستند.

فصل ۱

چرا اعتیاد را درمان می‌کنیم؟

درمان اعتیاد پدیده‌ای نیست که صرفاً به متخصصان اعتیاد مربوط شود؛ بلکه بایستی موضوع مهمی برای همه متخصصانی باشد که در حوزه خدمات درمانی، سلامت رفتاری و اجتماعی کار می‌کنند (اداره جراح کل، ۲۰۱۶). شیب تند شیوع مشکلات مرتبط با اعتیاد در جهان و رنج‌هایی که از این مشکلات ناشی می‌شوند، دلایلی کافی برای اثبات این ادعا هستند (گوینگ و دیگران، ۲۰۱۵؛ وایتفورد و دیگران، ۲۰۱۵). اختلالات مصرف الکل به تنهایی ۱۴ درصد از جمعیت آمریکا را در یک سال معین به خود گرفتار می‌کند (گرت و دیگران، ۲۰۱۵)، ۲۰ درصد از جمعیت به نیکوتین اعتیاد دارند (چو و دیگران، ۲۰۱۶) و ۴ درصد نیز از سایر اختلالات تشخیص‌پذیر مصرف دارو رنج می‌برند (گرت و دیگران، ۲۰۱۶). نرخ‌های شیوع مادام‌العمر نیز در مطالعات مذکور بالا هستند: نرخ شیوع الکل برابر با ۲۹ درصد، نرخ شیوع نیکوتین برابر با ۲۸ درصد و نرخ شیوع سایر اختلالات مصرف دارو برابر با ۱۰ درصد است. موارد مذکور شایع‌ترین اختلالات مشاهده‌شده در مراکز خدمات درمانی رفتاری بوده و حتی از افسردگی نیز شایع‌تر هستند. سایر رفتارهای مرتبط با اعتیاد همچون قماربازی بیمارگون و خرید جبری که مستلزم مصرف دارو نیستند، هرکدام تا ۵ درصد از جمعیت را به خود گرفتار می‌کنند (ماراز، گریفیت و دیمتروویچز، ۲۰۱۶؛ پری و آرمنتانو، ۱۹۹۹). افزون بر این، اختلالات مصرف ماده (SUDs) -به‌ویژه مصرف تنباکو و الکل- در حال حاضر از بالاترین علل قابل پیش‌گیری مرگ در دنیای غرب محسوب می‌شوند. درمان اعتیاد به معنای واقعی کلمه موضوع مرگ و زندگی است. در عین حال هنوز این حوزه بسیار شایع، ناتوان‌کننده و سرشار از تعصبات اخلاقی اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد و درمان نمی‌شود؛ این وضعیت یک خطای بالینی است که حیات انسان را به‌طور بالقوه تهدید می‌کند (دگنهارد و دیگران، ۲۰۱۴؛ گاساپ، ۲۰۱۵؛ لیز و ریس، ۲۰۱۶؛ روثرکه و رم، ۲۰۱۳).

دلیل دوم این است که اعتیاد با تاروپود مشکلاتی که موجب مراجعه افراد به مراکز پزشکی، سلامت روان، خدمات اجتماعی و زندان می‌شوند، آمیخته شده‌اند. شیوع اختلالات مصرف ماده در این

جمعیت‌ها که توسط متخصصان سنجیده شده است، بالاتر از جمعیت عمومی است. در واقع، افراد مبتلا به مشکلات مرتبط با اعتیاد به احتمال بیشتری در مراکز خدمات درمانی و خدمات سلامت روان دیده می‌شوند تا در برنامه‌های درمانی تخصصی اعتیاد (ادلوند، بوث و هن، ۲۰۱۲)؛ بنابراین بیشتر متخصصان خدمات درمانی و اجتماعی - دانسته یا نادانسته - در حال درمان عواقب ناشی از اعتیاد هستند، بدون اینکه منبع اصلی این مشکلات را به‌طور مستقیم مورد درمان قرار دهند.

چرا افراد مبتلا به اعتیاد را صرفاً به برنامه‌های درمانی تخصصی مربوط به اعتیاد ارجاع ندهیم؟ البته مراقبت تخصصی نقش خود را بر عهده دارد؛ به‌خصوص در مواقعی که درمان مستلزم هماهنگی با سایر خدمات مورد نیاز باشد. در عین حال درمان اعتیاد تنها با استفاده از متخصصان اعتیاد، نوعی فروگاهی این اختلالات و در نظر گرفتن آنها به‌عنوان اختلالاتی متمایز از سایر اختلالات است (اداره جراح کل، ۲۰۱۶). در اغلب موارد، بیماران تمایلی به جستجوی درمان از طریق برنامه‌های انزواگرایانه و داغ‌انگازانه درمان اعتیاد ندارند و ممکن است با موانع دیگری همچون حضور در فهرست‌های انتظار طولانی روبه‌رو شوند که در نتیجه محدودیت امکانات در ارائه درمان‌های تخصصی رخ می‌دهد. در ایالات متحده تقریباً یک‌پنجم افراد مبتلا به اختلالات مصرف ماده هیچ‌گونه کمکی را برای درمان این وضعیت در طول عمر خود دریافت نمی‌کنند (چو و دیگران، ۲۰۰۶؛ گرت و دیگران، ۲۰۱۶، ۲۰۱۵). بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات مصرف ماده به اختلالات روانی یا پزشکی دیگری نیز مبتلا هستند که بایستی به آنها توجه شود. وجود یک اختلال هم‌زمان موجب پیچیده‌تر شدن درمان اعتیاد می‌شود؛ حال اینکه عکس این موضوع نیز صادق است. مدیریت معمول موقعیت‌های پزشکی مزمن به دوره‌های مشاوره تخصصی محدود نمی‌شود، بلکه فرایندی مستمر است که در جریان مدل مراقبت عمده پزشکی در خانه دنبال می‌شود. با توجه به همه این دلایل، جنبشی با هدف یکپارچه‌سازی درمان اعتیاد در طیف بزرگ‌تری از خدمات درمانی و اجتماعی به‌وجود آمده است (کامپتون، بلانکو و وارگو، ۲۰۱۵). کنگره ایالات متحده در سال ۲۰۱۰ درمان اعتیاد را به یک درمان مورد نظر و دارای خدمات بازپرداخت کامل توسط بیمه در خدمات درمانی ایالات متحده تبدیل کرد و در کانادا و اروپا نیز این وضعیت حاکم است (همفریز و فرانک، ۲۰۱۴).

تا زمانی که مردم تمایل لازم را برای دریافت درمان تخصصی اعتیاد احساس کنند و یا به این درمان ناچار شوند، مشکلات آنها اغلب به سطح شدید منتهی می‌شود. این افراد پیش‌تر در نتیجه موقعیت‌هایی که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم با مصرف ماده در آنها ارتباط دارند، به‌طور مکرر در مراکز خدمات درمانی، سلامت روان، خدمات اجتماعی و نظام قضایی و زندان‌ها دیده می‌شوند، ولی مشکلات مرتبط با اعتیاد در آنها تشخیص داده نشده یا به‌طور اثربخشی درمان نمی‌شود. این امکان کاملاً وجود دارد که مشکلات مرتبط با اعتیاد را در محیط‌های کاربردی عمومی‌تر مورد شناسایی و

درمان قرار داد و ممکن است انجام این کار آسان‌تر از شیوه‌های دیگر باشد؛ زیرا مردم در مراحل اولیه شکل‌گیری مشکل تمایل بیشتری به حضور در مراکز خدمات درمانی و اجتماعی دارند، حال اینکه برای قبول ارجاع به درمان تخصصی اعتیاد به زمان بسیاری نیاز دارند. در هر صورت، شاید قانع‌کننده‌ترین دلیل برای برطرف کردن اعتیاد، همان دلیلی باشد که ما سه

بیشتر متخصصان خدمات درمانی و اجتماعی -دانسته یا نادانسته- در حال درمان عواقب اعتیاد هستند، بدون اینکه منبع اصلی این مشکلات را به‌طور مستقیم مورد درمان قرار دهند.

نویسنده کتاب را به این حوزه جذب کرده و به مدت چندین دهه در آن مشغول نگاه داشته است: *اعتیاد تا حد زیادی قابل درمان است* و دامنه‌ای از شیوه‌های اثربخش نیز به این منظور موجود است. وقتی افراد مبتلا به اعتیاد بهبودی خود را باز می‌یابند، واقعاً حالشان بهتر می‌شود! شما نیازی به ابزارهای سنجشی

ظریف روان‌شناختی ندارید تا تغییر را در آنها مشاهده کنید. آنها بهتر به نظر می‌رسند، احساس بهتری دارند، خانواده و کارکرد اجتماعی آنها رو به بهبود می‌رود، سالم‌تر و خوشحال‌تر می‌شوند و در کار، مدرسه و بازی بهتر عمل می‌کنند. برخلاف باور عمومی، بیشتر افراد مبتلا به اعتیاد بهبود می‌یابند. این باور غلط که اعتیاد قابل درمان نیست، تبدیل به منبعی برای کناره‌گیری از درمان، ایجاد نگرش‌های منفی و تبعیض علیه افراد مبتلا به اختلالات مصرف ماده می‌شود (مک‌گینتی، گولدمن، پسکاسولیدو و بری، ۲۰۱۵). ما به شوخی می‌گوییم که اگر قرار باشد یک بیماری مزمن داشته باشید، همان بهتر است که به اعتیاد مبتلا شوید؛ زیرا تا حد زیادی قابل درمان است! با توجه به فهرستی از روش‌های اثربخشی که اکنون موجود است، درمان عملی اعتیاد حقیقتاً فرایندی فایده‌بخش است.

چرا اعتیاد را درمان نمی‌کنیم؟

چرا بسیاری از متخصصان علی‌رغم آنچه گفته شد، تصمیم می‌گیرند که این طبقه اختلالات شایع، تهدیدکننده حیات و بسیار درمان‌پذیر را که با تاروپود سایر مشکلات در هم تنیده شده است، درمان نکنند؟ پاسخ این سؤال تا حدی به سوءبرداشت‌های مختلفی بازمی‌گردد.

اول، برخی از کارشناسان بر این باور هستند که درمان اعتیاد نیازمند مهارت‌هایی اسرارآمیز و کاملاً تخصصی است که از حوزه تخصص آنان کاملاً جدا است. در واقع، در فصل‌های پیش رو مشخص خواهد شد که روش‌های درمانی روانی-اجتماعی، که نیرومندترین شواهد از اثربخشی آنها حمایت می‌کنند، اغلب برای متخصصان سلامت رفتاری که به درمان سایر اختلالات می‌پردازند آشنا است و به‌طور معمول بخشی از آموزش‌ها و کاربردهای معمول بسیاری از متخصصان است: مهارت‌های گوش‌دهی فردمحور، درمان‌های رفتاری، مشاوره ارتباطی، مدیریت موردی مناسب و مصاحبه