

درمان نگهدارنده با متادون

بهرنگ شادلو - روانپزشک

مرکز ملی مطالعات اعتیاد

آسیب های مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد

- اشتغال ذهنی با مصرف مواد
- مصرف اجبار گونه با وجود عوارض مصرف
- افت عملکرد در حوزه های مختلف
- خلق ناپایدار و اغلب افسرده
- رفتارهای تکانشی و پر خطر
- عدم توان برنامه ریزی دراز مدت

آسیب های مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد

- Selective Abstraction
- Relapse

درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده عبارت است از:

جایگزین سازی مصرف مواد مخدر افیونی غیر مجاز بیمار
با یک آگونیست افیونی مورد تایید

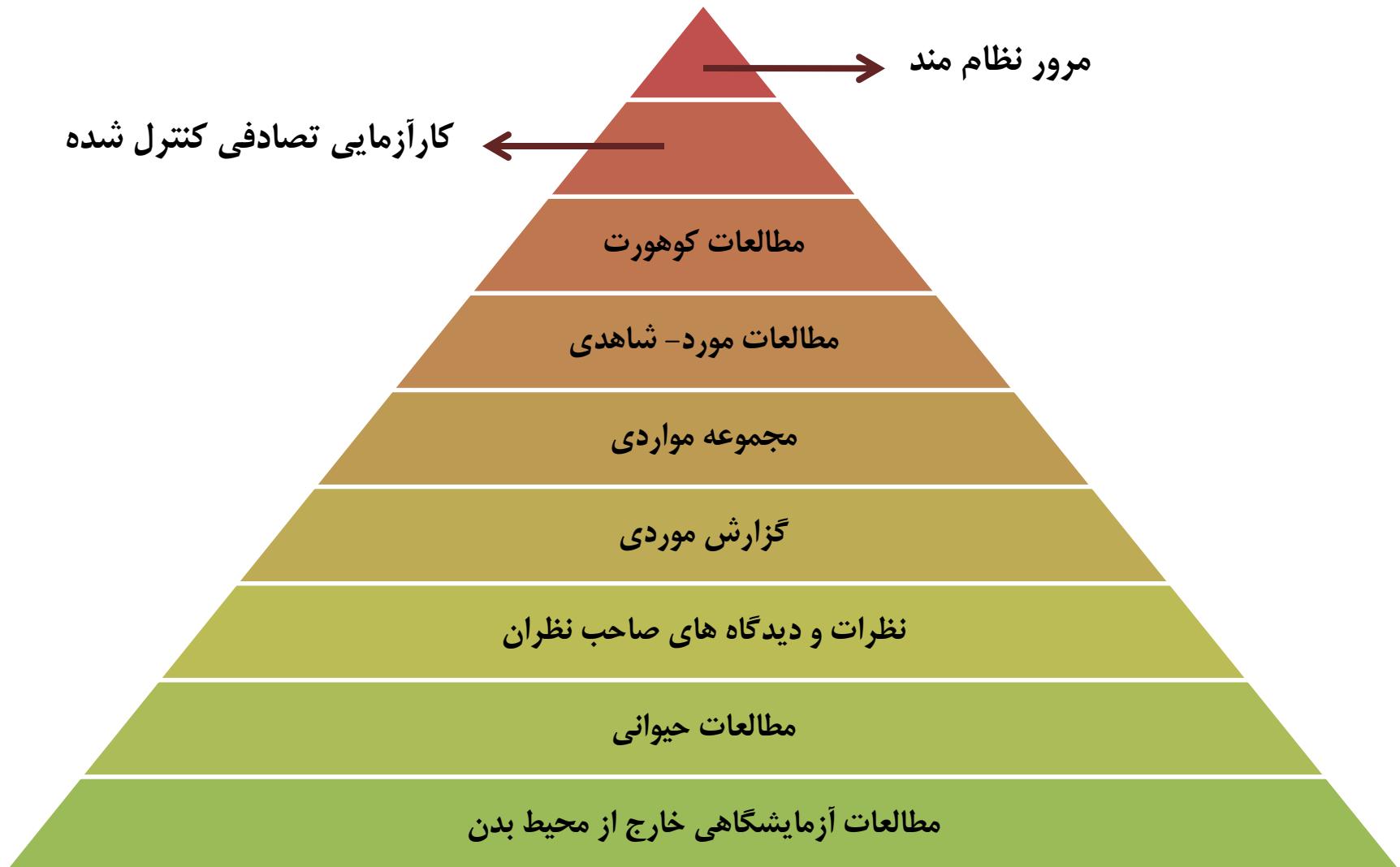
ویژگی های درمان نگهدارنده

- خوراکی و غیرتزریقی
- تهیه از مواد بهداشتی و خالص
- قیمت ارزان
- دوز معین
- اثرات ملایم و آهسته
- قانونی بودن
- عرضه در محیط سالم و توسط درمانگر
- نظارت دقیق بر درمان

جنبه هایی از کاهش آسیب

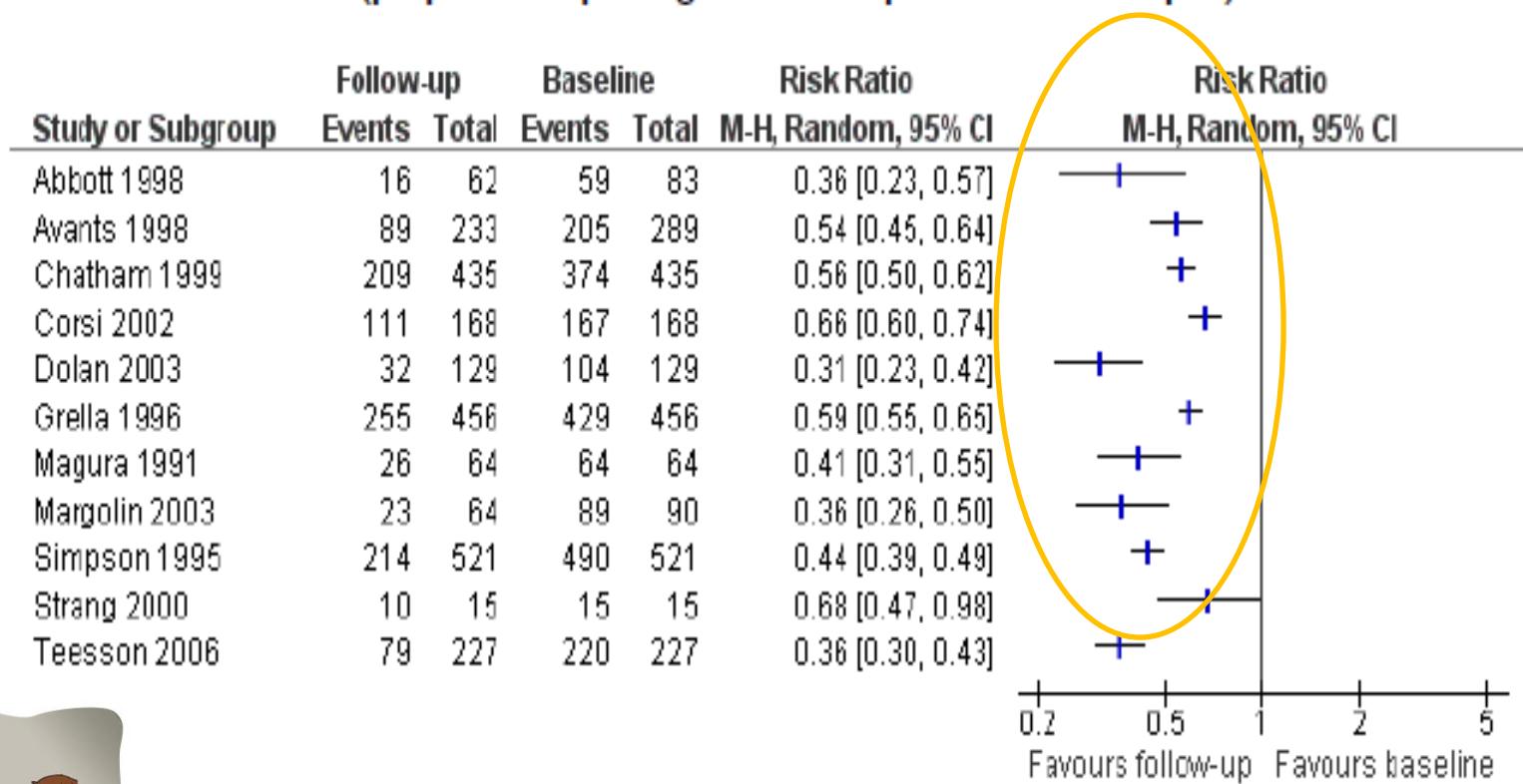
- حذف علایم ترک
- حذف مصرف تزریقی
- کاهش مسمومیت
- حذف عوارض ناشی از ناخالصی
- کاهش انگ
- کاهش بزهکاری
- کاهش رونق قاچاق

طبقه بندی اعتبار شواهد علمی



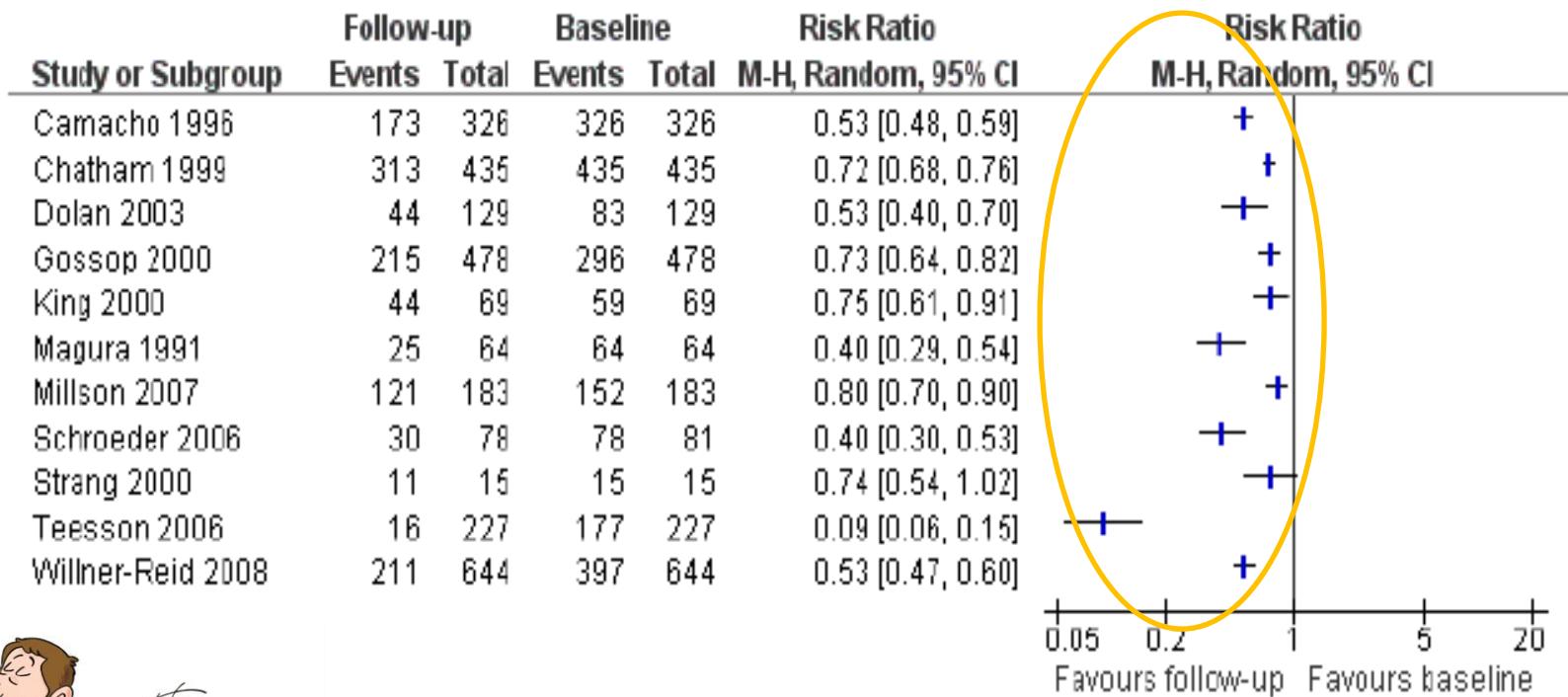
کاہش مصرف مواد افیونی

Figure 4. Forest plot of comparison: I Drug use and risk outcomes (follow-up studies), outcome: I.3 Opioid use (proportion reporting use or with positive urine samples).



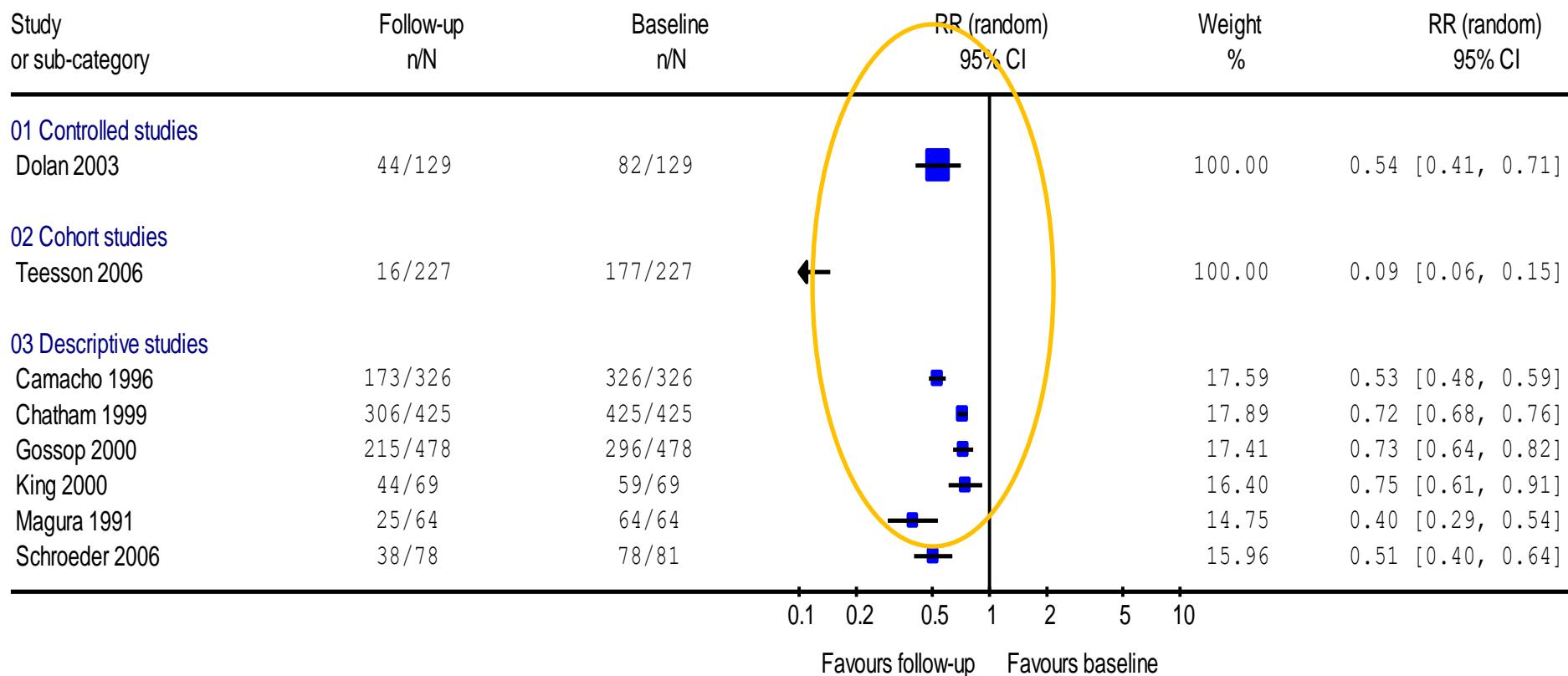
کاہش تزریق (۱)

Figure 5. Forest plot of comparison: I Drug use and risk outcomes (follow-up studies), outcome: I.1 Proportion reporting injecting use.



کاہش تزریق (۲)

Review: Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection
 Comparison: 01 Drug use and risk outcomes (follow-up studies)
 Outcome: 01 Proportion reporting injecting use

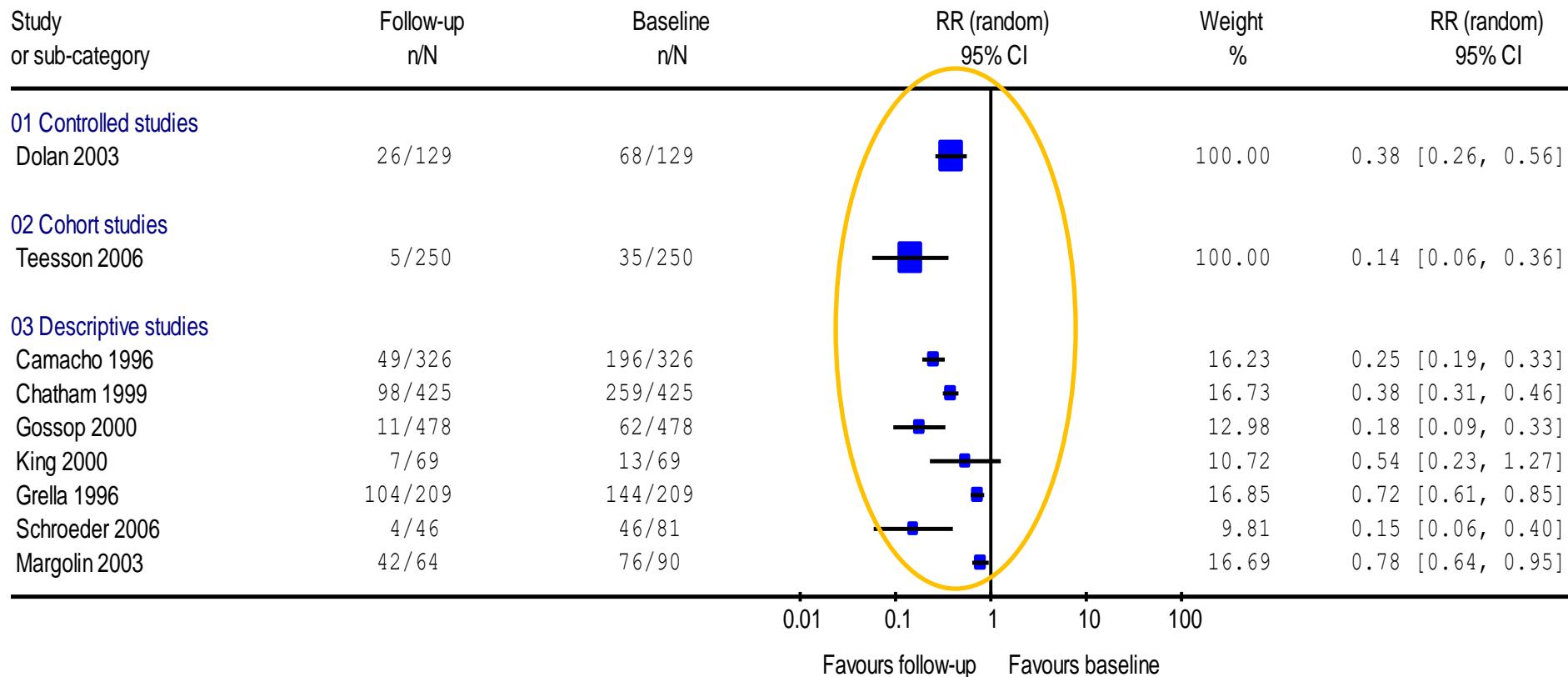


اثر درمان نگهدارنده بر اشتراك وسائل تزریق

Review: Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection

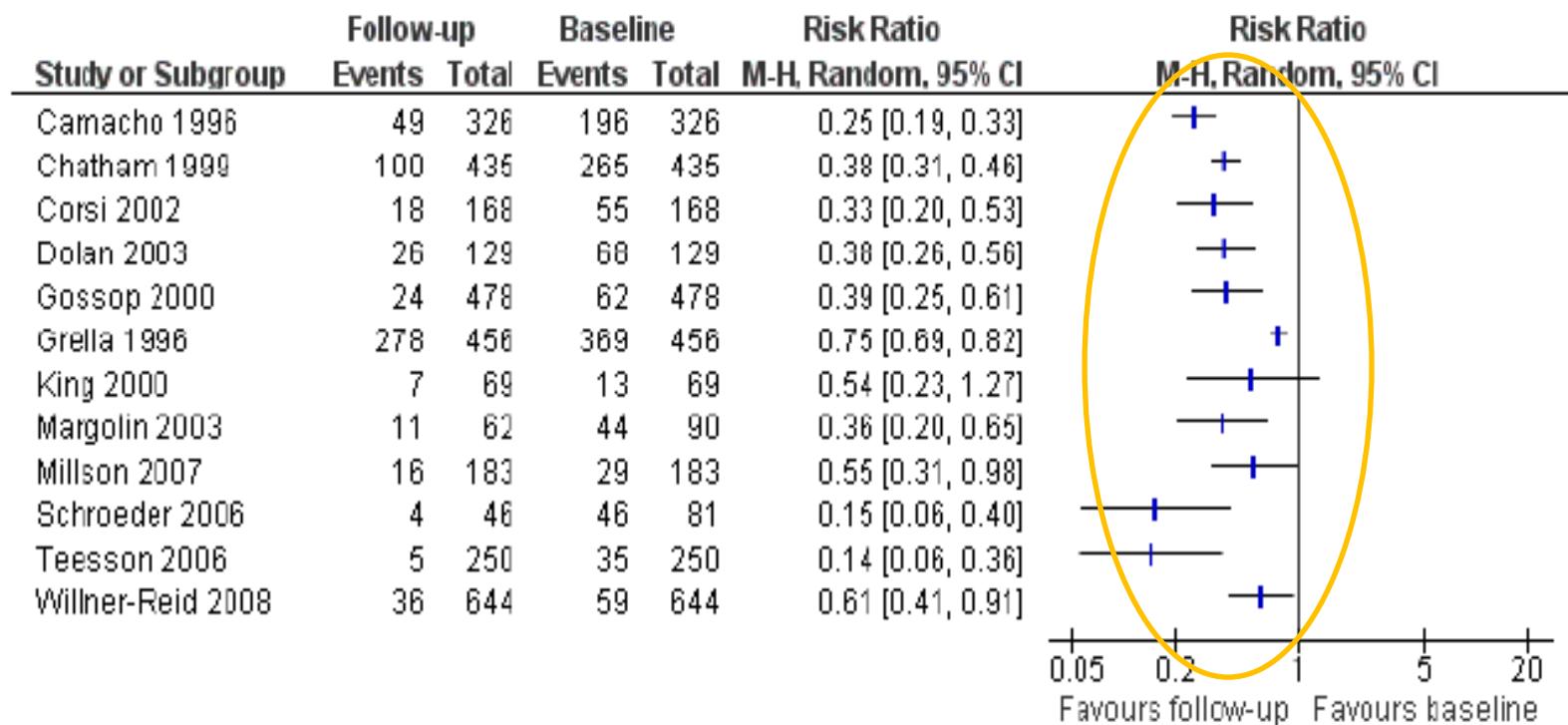
Comparison: 01 Drug use and risk outcomes (follow-up studies)

Outcome: 02 Proportion sharing injecting equipment



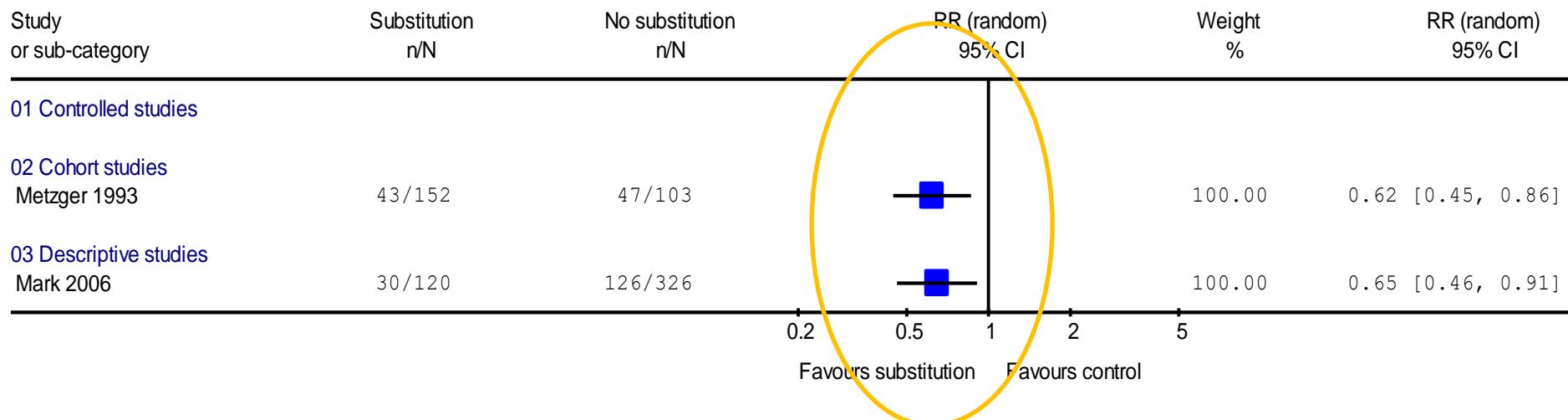
اثر درمان نگهدارنده بر اشتراك وسائل تزریق

Figure 7. Forest plot of comparison: I Drug use and risk outcomes (follow-up studies), outcome: I.2 Proportion sharing injecting equipment.



خطر نسبی تبادل ارتباط جنسی در ازای پول یا مواد در درمان در مقایسه با عدم درمان

Review: Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection
Comparison: 05 Sex-related risk outcomes - substitution treatment versus no substitution treatment
Outcome: 05 Proportion reporting exchanges of sex for drugs or money

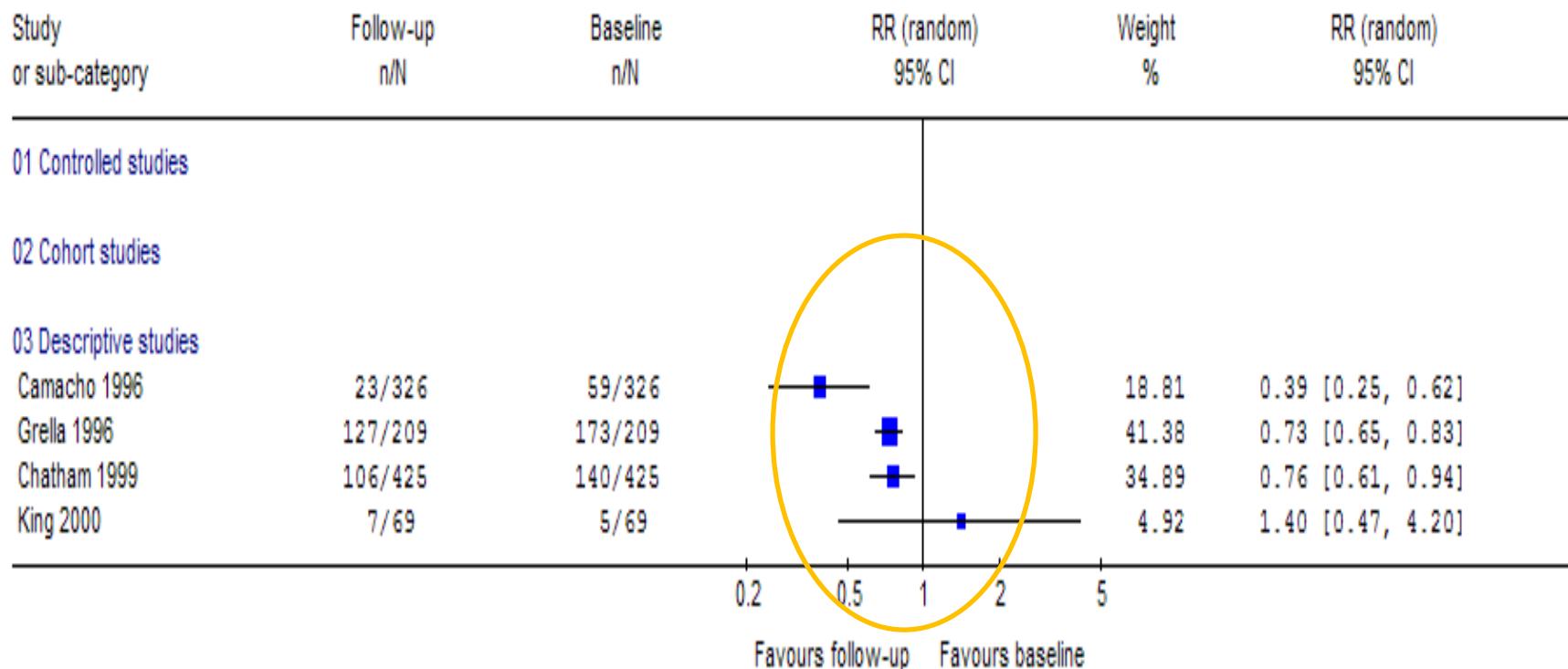


خطر نسبی شرکای جنسی متعدد: پیگیری در مقایسه با نقطه پایه

Review: Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection

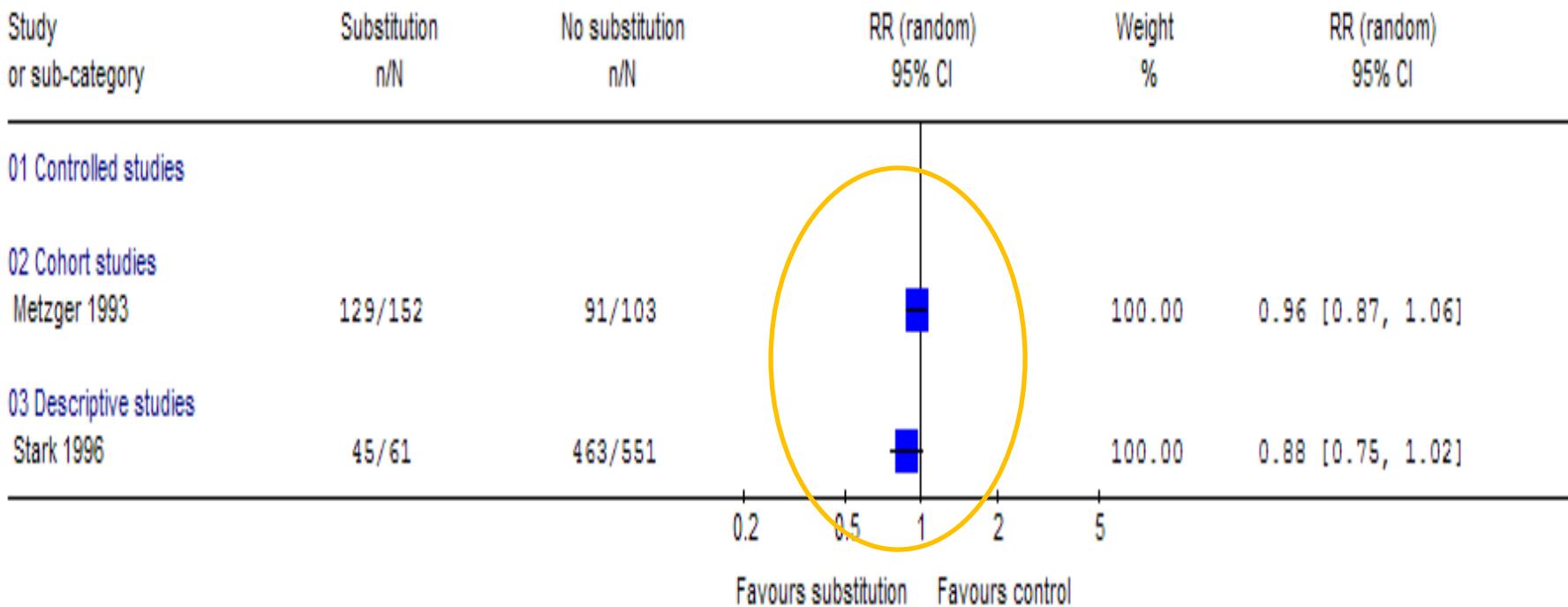
Comparison: 02 Sex-related risk outcomes (follow-up studies)

Outcome: 01 Proportion reporting multiple sex partners



خطر نسبی ارتباط جنسی محافظت نشده در درمان نگهدارنده در مقایسه با خارج از درمان

Review: Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection
Comparison: 05 Sex-related risk outcomes (substitution treatment vs no substitution treatment)
Outcome: 03 Proportion reporting unprotected sex (or use of condoms in half or less of occasions)



اثر بر بروز/شیوع اج آئی وی

Study

North America

Williams 1992⁴⁶

Metzger 1993⁴⁴

Chitwood 1995³⁹

Nelson 2002⁸

Kerr 2006³⁷

Bruneau 2012 (unpublished)

Subtotal: $I^2=48\%$, $P=0.090$

Effect estimate (95% CI)

Effect estimate (95% CI)

0.16 (0.02 to 1.30)

0.13 (0.03 to 0.50)

0.29 (0.09 to 0.94)

0.56 (0.34 to 0.92)

0.67 (0.42 to 1.10)

0.17 (0.04 to 0.71)

0.38 (0.23 to 0.65)

Europe

Van den Berg 2007⁴⁵

Judd 2012 (unpublished)

Subtotal: $I^2=17\%$, $P=0.272$

0.35 (0.23 to 0.54)

0.79 (0.20 to 3.51)

0.40 (0.22 to 0.71)

South East Asia (Thailand)

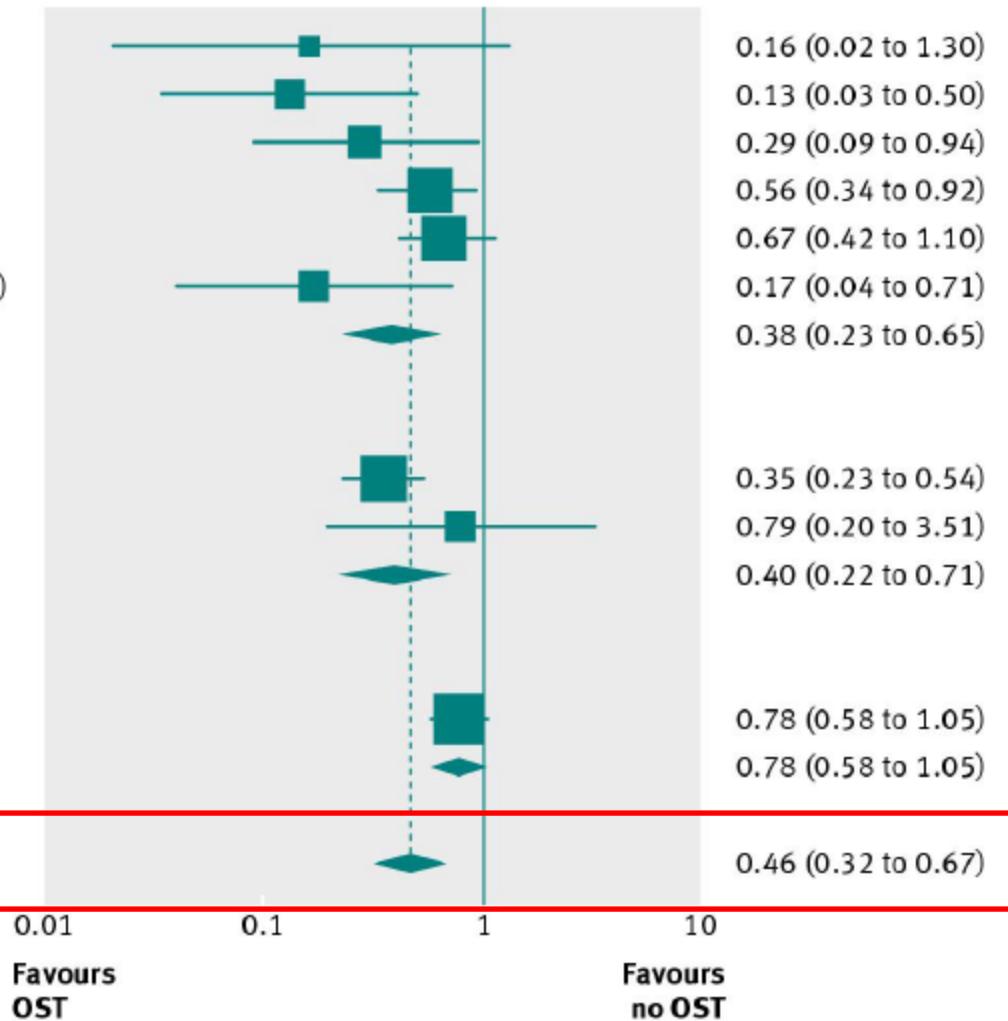
Suntharasamai 2009¹⁷

Subtotal

0.78 (0.58 to 1.05)

0.78 (0.58 to 1.05)

Overall: $I^2=60\%$, $P=0.010$



جنبه هایی از کاهش آسیب

- ماندگاری بالا در درمان
- ارایه مداخلات روانشناختی
- بازتوانی و بازگشت به جامعه

جنبه های درمانی

درمان نگهدارنده در صورت اجرای درست، باعث بهبود روانی پایدار در فرد شده و وی را از آسیب های ناشی از اعتیاد رها میسازد.

اثرات فیزیولوژیک

- تحمل
- علایم محرومیت

مقایسه وابستگی به متادون و مخدر

وابستگی به مواد افیونی

- نوسان شدید در طول روز به صورت خماری و نشئگی
- اشتغال ذهنی با مصرف مواد
- وسوسه مصرف در مواجهه با سرنخ ها
- اختلال در فعالیت های روزانه
- تغییرات ناگهانی در رفتار
- احساس اجبار به مصرف و اشتغال ذهنی
- افت روزافزون
- تحمل متوسط فیزیولوژیک
- علایم متوسط محرومیت

وابستگی به متادون

- ثبات از نظر روانی، عدم علایم نشئگی و یا محرومیت
- عدم اشتغال ذهنی
- عدم وسوسه
- توان انجام امور معمول زندگی و بازگشت به جامعه
- ثبات رفتاری
- احساس آزادی و رها شدن ذهن
- بھبود روزافزون
- تحمل بالای فیزیولوژیک
- علایم شدید و طولانی محرومیت هنگام قطع

آشنايی با متادون

- ۱۹۳۷ در آلمان
- ۱۹۴۱ ثبت توسط Bockmühl and Ehrhart
- ۱۹۴۷ نام ژنریک و پذیرش FDA

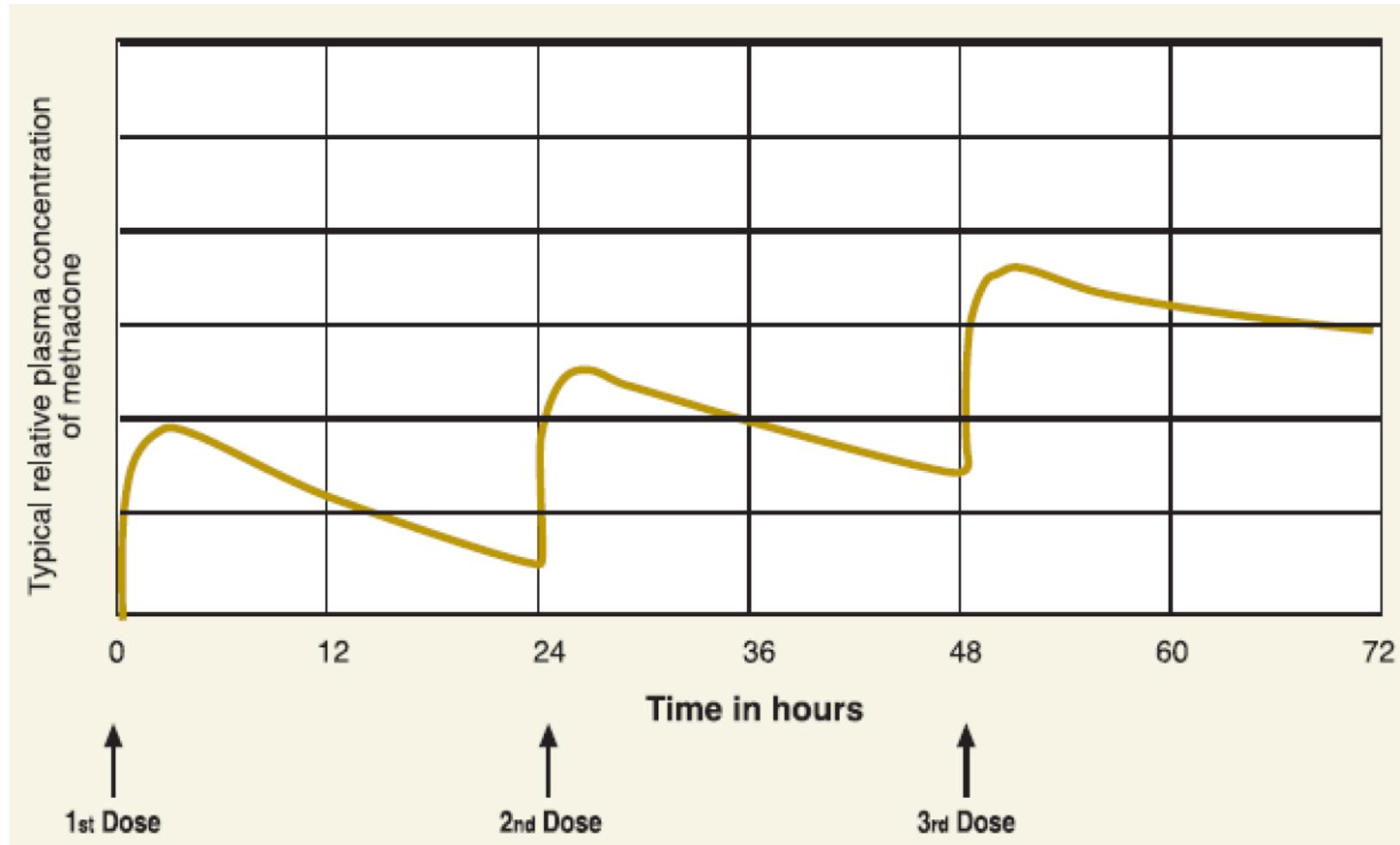
Pharmacokinetics

- شروع اثر: نیم ساعت
- نیمه عمر: ۲۴ ساعت
- حداکثر اثر: ۳ ساعت
- زمان رسیدن به تثبیت: ۱۰-۳ روز
- Bioavailability: 70-80%
- Highly bound to proteins, free fraction 13%
- متابولیسم کبدی
- دفع گوارشی و کلیوی: در pH پایین باز جذب کلیوی کمتر شده و بیشتر دفع میشود

منع مصرف

- تنها منع مطلق مصرف متادون: حساسیت دارویی
- احتیاط در مصرف:
 - سابقه حمله آسم همراه با دپرسیون تنفسی به خصوص همراه با سیانوز و ترشحات برونکیال بیش از اندازه
 - مصرف بالای الكل
 - ضربه سر اخیر، افزایش فشار داخل جمجمه ای
 - درمان با مهار کننده های منوآمین اکسیداز
 - بیماری کرون یا کولیت اولسروز فعال
 - اختلال شدید کارکرد کبدی
 - اسپاسم شدید مجاری صفراوی و کلیوی
 - کهولت سن شدید
 - هیپوتیروئیدیسم
 - فئوکروموسیتوم و اختلالات دیگر فوق کلیوی

سطح پلاسمایی متادون در سه روز اول



اشکال دارویی موجود

- شربت: ۵ میلی گرم در هر سی سی
- قرص: ۵، ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی

معیارهای ورود به درمان

- تشخیص اختلال وابستگی
- وجود یکی از حالت زیر:
 - مصرف تزریقی
 - مصرف هروئین یا کراک
 - سه بار شکست در درمان و عود و یا مصرف بیش از ده سال
 - بیمار زن
 - سابقه زندان
 - بیمار مبتلا به HIV
- سن بالای ۱۸ سال

مراحل درمان

- القا اولیه یا زودرس

- القا دیررس یا پایدارسازی

- مرحله نگهدارنده

- ختم تدریجی درمان

حدائق ویزیت ها در درمان

قطع تدریجی	مرحله نگهدارنده		القا دیررس	القا اولیه
	سال دوم به بعد	سال اول		
ماهی دو بار	ماهی یک بار	ماهی دو بار	هفته ای دو بار	هفته ای سه بار

القا زودرس

- انتقال بیمار با حداقل عوارض و حداقل رضایتمندی از مخدر غیر مجاز به دوز معادل متادون
- مهمترین تهدید: مسمومیت
- ایجاد بالانس در سرعت تجویز

افزایش دوز متابدون

افزایش آهسته

- علایم زیاد محرومیت
- کژخلقی و بیقراری
- رضایتمندی کمتر
- احتمال ترک درمان
- بیخوابی
- حالت برانگیختگی و ناپایداری اوتونوم
- مصرف خودسرانه مواد و دارو
- احتمال کمتر مسمومیت

افزایش سریع

- علایم اندک محرومیت
- سرخوشی و نشئگی
- رضایتمندی بیشتر
- ماندگاری بیشتر در فاز القا
- خواب آلودگی
- اختلال در تکلم، تمرکز و رفتار
- مصرف کمتر مواد و دارو به صورت سر خود
- احتمال مسمومیت و مرگ

معادل سازی

• یک میلی گرم متادون معادل پنج میلی گرم مورفین

• پنج گرم تریاک خوراکی با خلوص ۱۰-۵ درصد

• ۵۰۰-۲۵۰ میلی گرم مورفین

• ۱۰۰-۵۰ میلی گرم متادون

چالش های معادل سازی

- اغلب برای اثرات خد درد بررسی شده اند.
- خلوص ماده به شدت متغیر است.
- طرز استفاده بیمار (تدخینی، خوراکی و یا تزریقی) در میزان مورد نیاز موثر است.
- تفاوت های بین فردی محسوس است.
- گاه بیمار همزمان از چند طریق و یا چند ماده استفاده میکند.

شروع درمان

- بیمار از روز قبل از شروع، مصرف مخدر را متوقف سازد.
- بهتر است علایم مختصر محرومیت و ترک در بیمار پدیدار شده باشد.
- درمان مصرف کنندگان هروئین با ۱۵-۳۰ میلی گرم آغاز میشود.
- برای مصرف کنندگان تریاک یا شیره ممکن است ۲۰ میلی گرم کافی باشد.
- بعد از تجویز اولین دوز، بیمار به مدت دو تا چهار ساعت تحت نظر بماند.

شروع درمان

- میتوان ابتدا ۲۰ میلی گرم تجویز کرد و ۲ ساعت بعد، علایم ترک ارزیابی را نمود:
 - در صورت وجود علایم خفیف، دوز دوم تجویز نمیشود.
 - در صورت بروز علایم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی گرم دیگر تجویز میشود.
 - در صورت بروز علایم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، سیخ شدن موها) ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم دیگر تجویز شود.
- در روز اول بیش از ۰۴ میلی گرم تجویز نشود.

شروع درمان

- بهتر است در سه روز اول دوز را افزایش نداد.
- بدون ویزیت پزشک نباید افزایش دوز صورت گیرد.
- بهتر است بیماران تا رسیدن به ثبیت، به صورت روزانه توسط پزشک ویزیت شوند.
- بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداقل ۵ الی ۱۰ میلی گرم در روز انجام شود.
- پس از رسیدن به دوز ۶۰-۸۰ میلی گرم، بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۱۰-۵ میلی گرم تجاوز نکند.

شروع درمان

- استفراغ آخرین وعده مصرفی
- حتی الامکان مبتنی بر شواهد باشد
- تا ۱۵ دقیقه بعد از مصرف، کل دوز داده شود
- ۱۵ تا ۳۰ دقیقه پس از مصرف نصف دوز داده شود
- بعد از ۳۰ دقیقه نیازی به تجدید دوز دارو نیست

آنچه به دست می آید

- علایم محرومیت و ترک به صورت عمدہ کنترل میشود.
- از وسوسه کاسته میشود.
- بیمار دیسترس کمتری تحمل میکند.
- ثبات نسبی رفتار حاصل میشود.
- رفتارهای پر خطر و مشکلات قانونی کمتر میشود.

آنچه که ممکن است کماکان دیده شود

- وسوسه
- امکان مصرف مواد
- آزمایش مثبت
- نوسان در درمان
- امکان مسمومیت
- خلق افسرده
- ناپایداری رفتاری

القا دیرس

- هدف افزایش تدریجی متادون و اشباع سازی گیرنده ها
- علایم رسیدن به این مرحله:
 - حذف علایم ترک و محرومیت
 - حذف وسوسه
 - نبود احساس سرخوشی و نشئگی
 - عدم مصرف مواد
 - عدم تکرار مسمومیت و بیش مصرف
 - ارتباط منظم درمانی
 - آزمایش های منفی
 - نشانه های ثبات فردی و اجتماعی و حس رضایتمندی
 - بهبود فیزیکی
 - نبود مشکلات قانونی

القا دیرس

- دوز حداقل و حداکثر وجود ندارد.
- دوز بهینه بر اساس مطالعات تجربی، ۱۰-۱۲۰ میلی گرم برآورد شده است.
- دوز بهینه ارتباط تنگاتنگ و دقیق با میزان مصرف و تحمل اولیه بیماران ندارد.
- متادون پاداش نبوده و دوز بیش تر نباید به عنوان یک مزیت یا ارفاق تلقی شود.
- تداخلات دارویی و داروهایی که متابولیسم متادون را تحت تاثیر قرار میدهند، مد نظر باشند.

القا دیرس

- دوز بالاتر از ۱۵۰ میلی گرم نادر است. در صورت نیاز، عالیم بررسی دقیق و مجدد شوند.
- عوامل موثر در تخمین دوز بهینه:
 - استرس و ترومای روانی
 - افسردگی
 - درد مزمن

تداخلات دارویی

داروهایی که سطح متابون را بالا می برد

Fluoxetine, Sertraline, Fluvoxamine, Venlafaxine, Nefazodone

Clotrimazole, Ketokonazole

Gonadal steroids

Macrolides

Alcohol (acute), Benzodiazepines, TCAs

داروهایی که سطح متابون را پایین می آورند

Phenobarbital, Phenytoin

Glucocorticoids

ARV treatment esp Zidovudine, Ritonavir

Alcohol (chronic use), Smoking

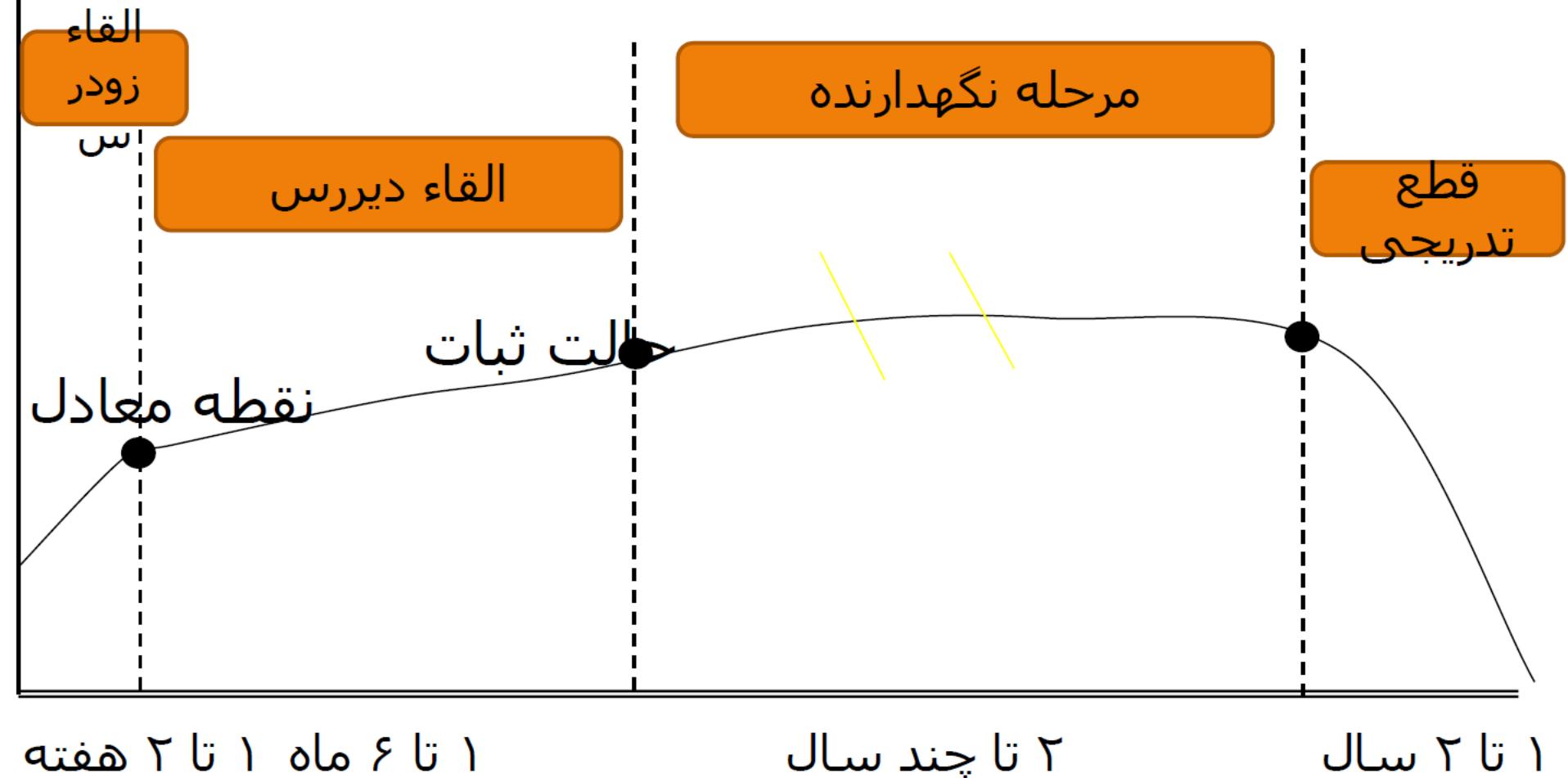
مرحله نگهدارنده

هدف از این مرحله، نگهداشتن بیمار در وضعيت پايدار بهبود و اصلاح شاخص های عمدہ فردی، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی، قانونی، روانی، جسمی و شغلی است.

مرحله نگدارنده

- ممکن است بین دو تا پنج سال به طول انجامد.
- تغییر دوزها به ندرت بیش از ۱۰ درصد در سال خواهد بود.
- محور مداخلات باید بر اجتماع و روان بیمار متمرکز باشد.

مقدار آگونیست



ختم تدریجی درمان

- بیمار تا هر زمان که بخواهد میتواند در درمان نگهدارنده باقی بماند.
- در صورتی که ارزیابی درمانگر بر این باشد که بیمار اهداف درمان نگدارنده را حاصل کرده است، با **رضایت بیمار** میتواند وارد این مرحله شود.
- کاهش دوز بسیار تدریجی خواهد بود. برای این مرحله محدودیت زمانی وجود ندارد.

علایم هشدار

- در صورت وجود علایم زیر، نباید دوز را کاهش داد:
 - وسوسه زیاد
 - علایم محرومیت و ترک
 - مصرف مواد
 - تغیرات خلقی
 - اختلال عملکرد

ملاحظات کلی

- مصرف تحت نظارت مگر برای داروی منزل الزامی است.
- بهترین زمان مصرف ۱۰-۸ صبح است.
- درمان با دوز واحد و نه منقسم توصیه میشود.
- دوز منقسم ممکن است در موارد زیر نیاز شود:
 - زنان باردار
 - القا زودرس
 - افرادی که متادون را به سرعت متاپولیزه میکنند.

دوز منزل

جدول ۲-۷- برنامه دوز منزل پیشنهادی راهنمای حاضر

پله	زمان و شرایط لازم	میزان دوز منزل
پله ۱	مرحله قبل از ثبات رفتاری*	فقط ایام تعطیل رسمی شامل جمعه‌ها
پله ۲	ثبتات رفتاری برای یک ماه	۱ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ۳	ثبتات رفتاری برای ۲ ماه	۲ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ۴	ثبتات رفتاری برای ۳ ماه	۳ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ۵	ثبتات رفتاری برای ۴ ماه	۴ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ۶	ثبتات رفتاری برای ۵ ماه و بیشتر	۵ روز در هفته + ایام تعطیل

تعريف ثبات رفتاري

- مصرف مواد مخدر سنگین (کراک، هرویین، تریاک و شیشه) ندارد
- آزمایش هفتگی مورفین و متامفتامین ادرار منفی است
- غیبت از درمان ندارد و متادون را بدون وقه مصرف میکند
- افکار و اقدامات خودکشی و خودزنی ندارد
- مسمومیت و بیش مصرفی برای وی اتفاق نمیافتد
- مقررات مرکز درمانی را رعایت میکند
- هزینه درمان خود را میپردازد (به جز مراکز دولتی)

تنزل پله

اقدام	event
یک پله تنزل	صرف ماده مخدر سنگین(کراک، تریاک، هروئین یا شیشه) ثبت شدن آزمایش بیمار امتناع از انجام آزمایش
یک پله تنزل برای هر یک بار یا یک روز	غیبت غیرموجه از دریافت متادون یا امتناع از صرف آن به صورت تحت نظر
تنزل به پله ۱	اقدام به خودکشی سمومیت به واسطه مواد مخدر رها سازی درمان فروش متادون
تنزل به پله ۱ تا زمان تسویه و بازگشت به پله قبلی بعد از پرداخت هزینه ها	امتناع از پرداخت هزینه توافقی درمان (به جز مراکز دولتی)
دو پله تنزل ولی ارائه دوباره دوز مفقود شده	مفقود شدن دوز منزل
بین یک تا پنج بله تنزل بنا به صلاحیت مرکز	عدم رعایت مقررات انضباطی مرکز درمانی

غیبت از درمان

- یک تا سه روز: ادامه با دوز قبل
- چهار تا هفت روز: ادامه با نصف دوز
- بیش از هفت روز: القا مجدد

استفراغ و عدد مصرفی

- کمتر از ۱۵ دقیقه، تجویز مجدد دوز کامل
- بین ۱۶ تا ۳۰ دقیقه، تجویز نیمی از دوز
- بیش از ۳۰ دقیقه، نیاز به اقدام خاصی نیست

پایش درمان

- آزمایش ادرار
- نقش پیشگیرانه
- آگاه سازی مراجع از وضعیت درمان
- مواجه سازی با مصرف مواد
- ابزاری برای تشویق و تنمیه

برخورد با نتیجه مثبت آزمایش

- از مجادله با بیمار و سرزنش و تهدید وی بپرهیزید.
- پادآوری کنید که یک آزمایش مبنای هیچ تصمیمگیری نیست.
آنچه مهم است مجموعه ای از آزمایشهاست.
- آزمایش مورد اختلاف را تجدید کنید. به بیمار متذکر شوید هرگاه نتیجه آزمایش برای ایشان غیرقابل قبول باشد، تکرار آن بلامانع است. بهتر است تکرار به روز بعد موکول شود.
- در بسیاری از موارد مشاهده میشود که با وجود آن که بیمار منکر مصرف مواد مخدر است و علت مثبت بودن آزمایش را نمیداند، با برخورد حمایتی درمانگر و تأکید وی بر نیاز منفی شدن آزمایش قادر است به نتیجه منفی دست یابد.

بیمار لباس‌های اضافی مانند کت، کاپشن و ژاکت خود را در آورد.

با خود هیچ بسته، پاکت یا ساکی به داخل دستشیوی نبرد.

ظرف جمع‌آوری نمونه که اسم و مشخصات بیمار روی آن نوشته شده به وی داده شود.

بیمار به تنها یکی به داخل توالت برود.

داخل توالت ظرف حاوی نمونه ادرار بیماران دیگر وجود نداشته باشد.

بیمار حداقل ۳۰ میلی‌لیتر داخل ظرف ادرار نماید.

ظرف نمونه ادرار را از توالت خارج کرده و به مسئول مربوطه بسپارد. از گذاشتن نمونه‌ها در توالت به این هدف که بعداً جمع‌آوری شوند خودداری گردد.

بیمار می‌تواند بعد از تحویل نمونه دستان خود را بشوید.

توصیه شده در محفظه توالت شیر دستشیوی و حتی هرگونه شیر آب وجود نداشته باشد و تنها مجهز به سیفون باشد و بیمار تنها بعد از تحویل نمونه و خروج از توالت به شیر آب دستری داشته باشد. حتی می‌توانید آب داخل سیفون را با گذاشتن قرص‌های ضدغ Fonی کننده رنگی (ممولاً به رنگ آبی) نشان‌دار کنید.

اگر امکانات اندازه گیری دمای ادرار وجود دارد، مانند ترمومتر الکترونیک، در لحظه دریافت نمونه، دمای آن اندازی گیری شود.

محوطه جمع‌آوری نمونه را حتی‌الامکان خشک نگهدارید و تسهیلات شستشو را به بیرون محوطه منتقل کنید.

مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست.

پایش قلبی

- انجام نوار قلب پیش از ورود به درمان یا در عرض ۳۰ روز پس از شروع درمان
- سن بالای ۵۰ سال
- تاریخچه بیماریهای ساختاری قلب یا آریتمی قلبی علایم مطرح کننده آریتمی مثل دوره های سنکوپ، طپش قلب یا حمالت سرگیجه
- مصرف همزمان داروها یا مواد غیرقانونی طولانی کننده QT، داروهای بالابرنده سطح خونی متادون یا داروهای ایجادکننده هیپوکالمی
- تاریخچه خانوادگی مرگ در اثر بیماری قلبی یا آریتمی

متادون و بارداری

- شروع یا تداوم درمان نگهدارنده روش ترجیحی برای درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری است.
- درمان نگهدارنده به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد آپیوئیدی مادر را کاهش داده و بدین ترتیب از جنین در برابر چرخه های مکرر مسمومیت و محرومیت محافظت میکند.
- زنان مصرف کننده مواد افیونی باردار باید در پذیرش و فرآیند ارزیابی در مرکز درمانی اولویت داده شوند.

متادون و بارداری

- انتخاب نوع داروی نگهدارنده همچون سایر مراجعان بر اساس ملاکهای پروتکل و ترجیح مراجع انجام می‌پذیرد.
- ممکن است الزم باشد با پیشرفت بارداری در سه ماهه دوم و سوم دوز متادون افزایش داده شود.
- بازگیری یا سمزدایی با استفاده متادون در زنان باردار توصیه نمی‌شود، زیرا خطر عود به مصرف مواد با این روش درمانی بسیار بالاست.

متادون و بارداری

- پس از زایمان درمان در زنانی که پیش از بارداری روی متادون بوده اند با دوز مشابه پیش از بارداری ادامه یابد.
- در زنانی که درمان نگهدارنده را در طول بارداری شروع کرده اند، درمان با دوز تقریباً نصف دوز سه ماهه سوم تداوم یابد.

متادون و شیردهی

- باید زنان روی درمان نگهدارنده با متادون را به شیردهی تشویق کنیم مگر آن که مادر:
 - HIV مثبت باشد،
 - مواد غیرقانونی همچون شیشه یا الکل مصرف کند،
 - به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب میگردد، مبتلا باشد.

Medication Assisted Withdrawal

- Clonidine
- Gabapentin / other painkillers
- Anticholinergic medications

Relapse Prevention

- Naloxone Challenge Test
- Naltrexone
 - 25 mg
 - 50 mg
 - Every other day regimens

یادآوری

- A hypothetical diagram of duration vs severity/harm of drug use

بررسی مورد

- آقای ۲۴ ساله دچار وابستگی به ترامادول، بدون سابقه قبلی درمان

بررسی مورد

- آقای ۶۵ ساله با سابقه مصرف تدخینی تریاک از ۴۰ سال قبل، سابقه درمانهای گذرا و خوددرمانی

بررسی مورد

• خانم ۳۰ ساله دچار وابستگی به شیره به صورت
خوراکی

بررسی مورد

• آقای ۲۹ ساله، با سابقه زندان و مصرف تزریقی هروئین

behrang.shadloo@gmail.com

Knowledge Hub Manager
Iranian National Center for Addiction Studies

شناسایی و مراقبت از عفونت ها در صرف کنندگان مواد

برنامه دوره آموزشی درمان های دارویی اختلال صرف مواد افیونی
ویژه پزشکان

آبان 1399

دکتر متین بازرگانی

کارشناس ایدز و بیماریهای آمیزشی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

صرف مواد و عفونت ها

- عفونت های منتقله از راه تزریق
 - اچ ای وی
 - هپاتیت سی
 - هپاتیت بی
 - اچ تی ال وی وان (HTLV1)
- عفونت های منتقله از راه جنسی
 - اچ ای وی
 - هپاتیت سی
 - هپاتیت بی
 - اچ تی ال وی وان (HTLV1)
- سایر بیماری های آمیزشی (گونوره، کلامیدیا تراکوماتیس، سیفیلیس، تریکوموناس واژینالیس)

صرف مواد و عفونت ها (ادامه)

- سایر عفونت ها (ناشی از سوتغذیه، شرایط تجمع جمعیت، کاهش هوشیاری، بهداشت شخصی ضعیف، کلونیزاسیون بیشتر پاتوژن ها)
 - عفونت های پوستی و بافت نرم
 - عفونت های استخوانی
 - اندوکاردیت
 - سل
 - پنومونی

صرف مواد و عفونت ها

- تمایل کمتر برای دریافت خدمات سلامت
- پابندی کمتر به برنامه های مراقبتی-درمانی
- شیوع بیشتر سوosh های مقاوم

Immunity changes

- Both heroin and morphine have been demonstrated to reduce: chemotaxis, phagocytosis, and production of cytokines and chemokines And decrease natural killer cell activity and decrease lymphocyte proliferation in response to phytohemagglutinin and other mitogens.
- Methamphetamine leading to host collagen degradation and diminished wound healing, partially explaining the prevalence of *S. aureus* in wounds of IDUs. It also impairs the function of phagocytic cells
- Prolonged methadone maintenance shown to reverse some of the immunosuppressive effects of heroin.
- Buprenorphine appears to allow a reversal of the immunosuppressive effects associated with heroin addiction.

مراکز درمان نگهدارنده متأدون به عنوان محلی برای
مداخلات مرتبط با پیشگیری از عفونت ها

- کاهش آسیب رفتارهای مرتبط با مصرف مواد
- رفتارهای سالم تر جنسی

عفونت های پوستی (آبse ها: پیشگیری)

- Cleaning the skin with alcohol before injection protects against abscess
- For every 1000 needles exchanged, there was one less abscess;
- For every eight visits to the needle exchange program, one additional abscess was prevented.

عفونت های پوستی (آبسه ها: ادامه)

- پاتوژن ها
- تشخیص
- درمان
- عوارض

تشخیص آبسه



Skin ulcers

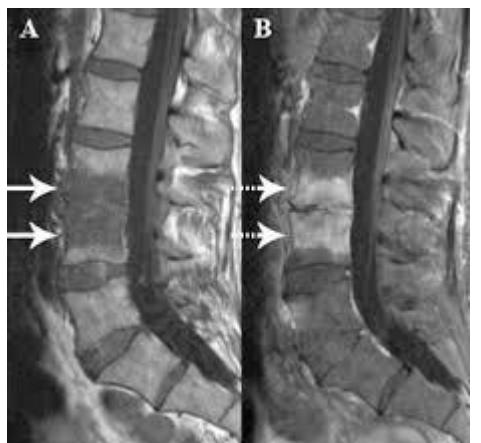
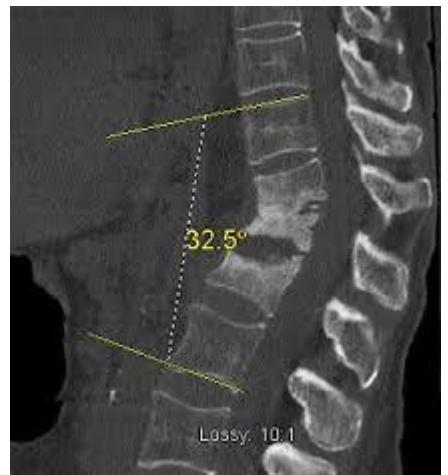
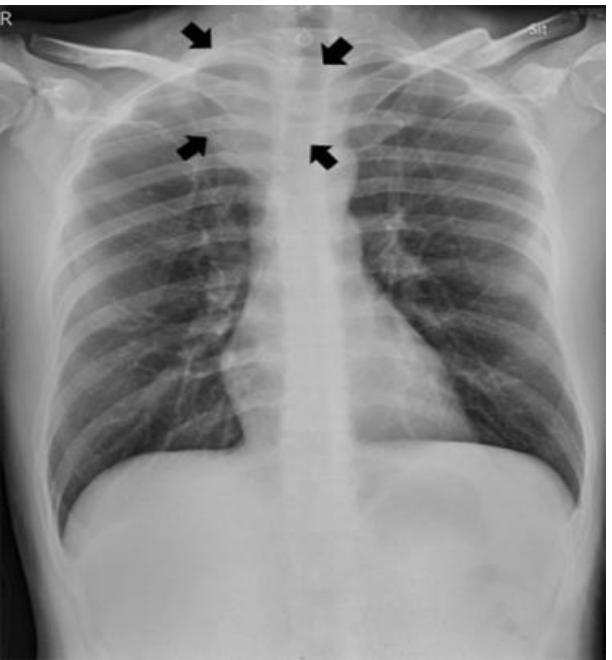


Skin ulcers

- Treatment
- administration of systemic antibiotics and
- prolonged local wound care, including gentle washing, wet-to-dry dressings,
- and application of topical antibacterial creams.
- Elevation of the leg to reduce edema is an important component of the therapy and plays a role in pain management.
- Very large lesions may require skin grafting or muscle flaps
- An important adjuvant treatment is the application of compression dressings
- The most important complication is contiguous osteomyelitis,

عفونت های پوستی (ادامه)

- فاشیت نکروزان
- پیومیوزیت
- سیاه زخم تزریق
- بوتولیسم پوستی
- کزار



عفونت های استخوانی

- آرتریت سپتیک
- استئومیلیت ورتبرال
- استئومیلیت در مجاورت بافت نرم عفونی
- استئومیلیت در جاهای ناشایع

اندوکاردیت

- فقدان علائم کلاسیک اندوکاردیت در درگیری قلب راست



عفونت های ریوی : ذات الریه

- تشخیص و درمان
- پیشگیری

عفونت های ریوی : سل

- تشخیص و درمان
- پیشگیری

تشخیص سل فعال

1. ارزیابی علائم بالینی

2. بررسی AFB خلط و کشت خلط از نظر
BK

CXR.3

4. بررسی مولکولی

5. سایر بررسی ها

- ۰ اهمیت مصرف همه داروها
- ۰ اهمیت توجه به عوارض داروها
- ۰ اهمیت مراجعت در نوبت های تعیین شده
- ۰ مدت درمان اگر چه طولانی ولی محدود است
- ۰ تداخل ریفامپین با متادون و فرص های ضدبارداری
- ۰ اهمیت پرهیز از الکل

هپاتیت های ویروسی: هپاتیت بی

- غربالگری با HBsAg
- درمان

هپاتیت های ویروسی: هپاتیت سی

- غربالگری با HCV Ab
- تایید با HCV RNA
- درمان با داروهای خوراکی

هپاتیت های ویروسی: هپاتیت دی

- غربالگری با HDV Ab
- تأیید با HDV RNA

اچ آئی وی

• تشخیص

اهداف درمان ضدترورویروسی

اهداف درمان ضدترورویروسی عبارتند از:

1. دستیابی به حداقل سرکوب بادوام ویروس
2. حفظ عملکرد ایمنی و نیز برگرداندن آن به وضعیت تقریباً نرمال
3. بهبود کیفیت زندگی و افزایش طول عمر بیمار
4. کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از HIV
5. پیشگیری از انتقال HIV به سایرین

اهمیت پایبندی به درمان

تداخلات درمانی متادون و شربت تریاک با داروهای ضدتروروپرسی

- تداخل با:
 - بازدارنده های پروتئاز
 - افاویرنز
 - نویراپین
- عدم تداخل با بوپرنورفین و نالتروکسان

علائم اصلی در بیماریهای آمیزشی

- ترشح مجراء
- ترشح واژینال
- خونریزی با نزدیکی در زنان
- نزدیکی در دنائک در زنان
- زخم تناسلی
- درد در ناحیه تحتانی شکم
- تورم بیضه
- تورم غدد لنفاوی ناحیه کشاله ران
- التهاب و ترشح مقدع
- قرمزی ، ترشح و تورم چشم در نوزادان
- زگیل
- بدون علامت

مدیریت جامع درمان بیماران مبتلا به عفونت های آمیزشی

- تشخیص صحیح بر مبنای سندروم یا با حمایت آزمایشگاه
- ارائه درمان سریع و موثر
- پیشنهاد و ارجاع جهت مشاوره و آزمایش HIV
- آموزش و مشاوره بیمار جهت درمان صحیح (احتمال شکست درمان، لزوم مراجعه مجدد، پرهیز از خود درمانی) و پیشگیری
- ارائه و ترویج استفاده از کاندوم
- آگاه سازی بیمار از احتمال شکست درمان و لزوم مراجعه مجدد
- اطمینان از آگاه سازی بیمار از احتمال شکست و درمان شریک جنسی
- گزارش دهی

علل شکایت از جامعه پزشکی

دکتر بهفر تیموری
متخصص پزشکی قانونی

علیرغم پیشرفت‌های علم پزشکی، امکانات و تلاش کادر پزشکی، متأسفانه میزان نارضایتی و شکایت بیماران روزبه روز بیشتر میشود از علل این نارضایتی عدم موفقیت کادر درمان در برقراری رابطه‌ی مناسب و منطقی با بیمار و همراهان و از طرف دیگر مطبوعات، وکلا، افزایش دانش آموختگان رشته‌های گروه پزشکی در خانواده و... میتوان نام برد.

بیمار تا آزرده نشود شکایت نمیکند به گونه‌ای که بیمار و همراهان بیش از آنکه از بد درمان شدن شاکی باشند از برخورد بد کادر درمانی گله مند میشوند. به عبارتی دیگر در ارتباط با بیمار و همراهان به گونه‌ای رفتار کنیم که جای هیچ گله و شکایتی باقی نماند.

۱ - عوامل رفتاری

چند پیشنهاد

- الف) همیشه به بیمار تان احترام بگذارید .
- ب) نسبت به وضعیت بیمار مسئول باشیم .
- پ) احساسات بیمار و همراهان را نادیده نگیریم .
- ت) کلام بیمار را قطع نکنیم .
- ث) از انتقاد و نصیحت بی مورد پرهیز کنیم .
- ج) از تضمین صد در صد در معالجه پرهیز کنیم .
- چ) بیمار بد حال و اورژانسی را تنها نگذاریم .
- ح) اگر همراهان بیمار در خواست مشاوره از سوی پزشک دیگری را کردند ، استقبال کنیم .
- خ) با بیمار صادق باشیم
- د) اطلاعات لازم در مورد خطرات و عوارض احتمالی را قبل از آغاز به درمان به بیمار و همراهان بدھیم

۲ - عدم تفهیم بیمار و همراهان

(بیمار می خواهد بداند و حق دارد بداند)

۳- مسائل مالی و موضوع هزینه درمان

۴-دخلات سایر همکاران

من نمی دانم که دکتر فلانی چرا این دارو را تجویز نموده
است؟!

عمل جراحی انجام شده و تحمیل چنین هزینه ای به نظر
منطقی نمیرسد
این نسخه را واقعا دکتر فلانی نوشته است ؟!

۵- عدم معاینه‌ی دقیق بیمار

۶- فصور در مراقبت های پزشکی در حین و بعد از عمل جراحی

۷- عدم انتخاب صحیح بیمار از طرف پزشک

۸-عامل رشته‌ی تخصصی

۹ - آگاه نبودن از تازه ترین اطلاعات پزشکی

۱ - مدیریت نا درست مراکز درمانی

توصیه های ایمنی در امر پیشگیری از شکایت از کادر درمانی

- ۱- پس از اطلاع از شکایت با بیمار یا وکیلش تماس نگیرید
- ۲- هرگز به بیمار تضمین صد درصد در معالجه ندهید
- ۳- اخذ رضایت و برائت کتبی در درمان های خطر آفرین و زیبایی
- ۴- نسخه را خوش خط و خوانا بنویسید
- ۵- ثبت دقیق مطالب در پرونده بیمار بالینی بیمار
- ۶- پس از تزریق یا عمل جراحی بلا فاصله بیمار را ترک نکنید
- ۷- فراتر از تخصص و مهارت خود اقدام نکنیم
- ۸- از انجام تست های تشخیصی و مشاوره غافل نشویم
- ۹- از عملکرد همکاران در حضور بیمار انتقاد نکنید
- ۱۰- در امر صدور گواهی جهت بیمار مسموم انگیزه و نوع مسمومیت را ذکر نکنیم
- ۱۱- اطلاعات لازم را در اختیار بیمار و همراهان قرار دهیم
- ۱۲- در بیماران بد حال poor prognosis حتما درخواست مشاوره پزشکی قانونی برای بیمار نمایید

سیر رسیدگی به شکایات

- ۱- سازمان نظام پزشکی
- ۲- مراجعه به دادسرای و ارسال شکایت به نظام پزشکی یا پزشکی قانونی

چند نکته در خصوص شورای حل اختلاف :

الف) در صورت توافق ، باید از فرد یا تمامی افراد ذینفع ، رضایت کتبی گرفته شود و حتما قید شود که فرد در هیچ کجا حق شکایت ندارد .

ب) این نوع محکومیت در سوابق پزشک یا کادر درمانی باقی نمی ماند

ج) بیمه ، هزینه ای برای این موارد پرداخت نمی کند

سیر رسیدگی به شکایات های فصور پزشکی در پزشکی قانونی

چند نکته :

- الف) بازپرس می تواند اصل شکایت را وارد نداد و برای شکایت مطرح شده پرونده تشکیل ندهد .
- ب) بازپرس می تواند اعتراض به نظریه کمیسیون را قبول یا رد کند .
- ج) بازپرس یا قاضی پرونده می توانند نظریه کمیسیون را قبول یا رد کند و همچنین می توانند به جای ارجاع پرونده به کمیسیون های پزشکی قانونی یا نظام پزشکی ، پرونده را به پزشک یا پزشکان معتمد خود ارجاع یا در محل دادسا را ، کمیسیونی با حضور افراد مورد نظر خود تشکیل دهد.

انواع تخلفات پزشکی

۱- تخلفات کیفری :

شامل صدور گواهی خلاف واقع , سقط جنین غیر قانونی , افشاری راز بیمار ... از مواردی است که قابل بیمه شدن نبوده و مجرم باید مجازات آن را طبق مقرراتی که قانون تعیین کرده است تحمل نماید.

۲ - تخلفات مدنی :

موارد قصور پزشکی را در بر میگیرد که قابل بیمه شدن بوده و درمانگر قصد آسیب یا صدمه به فردی را نداشته ولی سبب ایجاد آن شده است.

۳- تخلفات انتظامی :

مواردی که بیمار از مداخله پزشک آسیب ندیده ولی پزشک در کار خود تخلف کرده است مانند تاخیر در ویزیت بیمار یا غیبت در محل کار که با صدمه به فرد همراه نیست ولی سبب بی نظمی در محل کار شده است این گونه موارد نیز قابل بیمه شدن نیستند.

بعضی از موارد مانند افشای سر بیمار هم به عنوان تخلف انتظامی و هم به عنوان تخلف کیفری قابل پیگیری است.

به عنوان مثال : پزشکی که باید در مرکز درمانی ساعت ۸ صبح حضور داشته باشد متاسفانه در ساعت مقرر در مرکز حاضر نشده و در همان ساعت بیمار بدحالی به مرکز مراجعه و به دلیل غیبت پزشک دچار آسیب میشود. در این مورد پزشک هم مرتکب قصور شده است که مسئول جبران خسارت واردہ به بیمار است و هم بدلیل بی انضباطی در محل کار مرتکب تخلف انتظامی شده است. اما اگر تأخیر پزشک آسیبی متوجه بیمار نکند بیمار نمیتواند ادعای جبران خسارت کند و قصوری متوجه پزشک نبوده است و کماکان تخلف انتظامی وجود دارد.

برای لفظ قصور سه شرط الزامی است :

- ۱- پزشک وظیفه‌ی درمان و مراقبت را بر عهده گرفته باشد .
- ۲- در انجام وظیفه تخطی کرده باشد .
- ۳- به دنبال تخطی از این وظیفه بیمار آسیب دیده باشد .

انواع قصور پزشکی :

- ۱- بی مبالاتی :** عدم انجام کار لازم کاری که باید انجام میشده ولی به دلیل غفلت و بی توجهی انجام نشده است . مثل (رها کردن بیمار قبل از بهوش آمدن کامل وی و استفراغ و آسپیراسیون و پنومونی به دنبال آن)
- ۲- بی احتیاطی :** انجام فعلی که در اثر سهل انگاری منجر به بروز عارضه در بیمار شده است . (تجویز دوز اشتباهی دارو یا تجویز وریدی دارویی که منع مصرف وریدی دارد)

۳- عدم مهارت : پزشک تبحر علمی و فنی لازم برای انجام کار بخصوص را نداشته است .

عدم مهارت ممکن است علمی یا عملی باشد .

عدم مهارت ممکن است ناشی از تازه کاری , بی تجربگی و عدم بهره مندی کافی از دانش پزشکی (عدم بکار گیری تکنیک صحیح جراحی)

۴- عدم رعایت نظمات دولتی : قوانین و آیین نامه های پزشکی , دستورالعمل های وزارت بهداشت (تبلیغات گمراه کننده در امر پزشکی یا تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار)

لازم به ذکر است عدم رعایت نظمات دولتی ممکن است علاوه بر محکومیت انتظامی منجر به محکومیت کیفری و جبران خسارت واردہ نیز بشود.

مثال : پیر مردی با سابقه بیماری دریچه‌ی قلب و مصرف داروی ضد انعقاد جهت عمل فتق اینگوئینال به بیمارستان آمده است جراح بدون گرفتن شرح حال کامل و توجه به بیماری زمینه‌ای و داروهای مصرفی و مشکل انعقادی و بدون انجام آزمایشات لازم اقدام به جراحی کرده و بیمار به دلیل خونریزی و شوک هایپولمیک فوت میکند (قصور از نوع بی مبالاتی)

مثال : در یک مطب پزشکی بیمار پس از تزریق پنی سیلین دچار شوک آنافیلاکسی شده و علی رغم اقدامات مناسب پزشک مرکز فوت میکند مطب پزشک مجهز به حداقل های احیای قلبی ریوی بر اساس آئین نامه های وزارت بهداشت بوده و تزریق پنی سیلین نیز برای بیمار اندیکاسیون داشته است با توجه به عدم کوتاهی پزشک قصوری متوجه او نیست چون تمام اقدامات صورت گرفته بر اساس موازین علمی و عملی بوده حال اگر اندیکاسیون تزریق وجود نداشت یا در هنگام تزریق پزشک حضور نداشت یا از نظر تجهیزات بر اساس آئین نامه های وزارت بهداشت دارای نقص بود، موازین رعایت نشده و لذا برای پزشک قصور تعیین میگردد.

بَلْ يَانَ



فعال سازی رفتاری در اعتیاد (BAT) Behavioral activation therapy

مهری نوری
روانشناس مرکز ملی مطالعات اعتیاد

فعال سازی رفتاری چیست؟ چگونه باعث بهبودی می شود؟

- درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد رواندرمانی کوتاه مدت است که اولین برای کاهش علایم افسردگی و جلوگیری از عود آن مورد استفاده قرار گرفت.
- از نخستین نظریه پردازان در حوزه فعال سازی رفتاری ژندایک میباشد (قانون اثر) و اسکینر میباشد (شرطی سازی عامل)

- نظریه لوینسون: معتقد است برای از بین بردن افسردگی به جای فعالیتهای اجتنابی، فعال سازی رفتاری را انجام دهید و با مهارت آموزی نقص مهارت جبران میشود.

- هدف فعال سازی رفتاری معکوس کردن چرخه اعتیاد از طریق افزایش انجام دادن فعالیت های ارزشمند برای بدست آوردن احساس لذت و موفقیت بیشتر در زندگی است .

اصول بنیادین در فعال سازی رفتاری

- ۱- راه حل تغییر انسانها این است که کمک کنیم تا رفتارشان تغییر یابد.
- ۲- فعالیتهای افراد باید تابع برنامه ریزی باشد نه تابع حالت خلقی
- ۳- تغییر هنگامی صورت میگیرد که با گامهای کوچک شروع شود.
- ۴- فقط حرف نزنید بلکه عمل هم کنید.
- ۵- رفتاری که به طور طبیعی تقویت بشه اثر گذاریش بیشتر است.

- ٦- تغییرات زندگی خلق را پایین می اورد.
- ٧- محرکهای قبل و بعد رفتار اعتیاد ساز فوق العاده مهم هستند.

مراحل درمان فعال سازی رفتاری

۱- نظارت و ثبت برنامه های کنونی(ثبت فعالیتهای هفتگی):

- از بیمار می خواهیم تمام فعالیت های روزانه خود را ساعت به ساعت ثبت کند.(جدول هفتگی)،در هر ساعت فعالیت غالب نوشته میشود.

-بیمار باید هر فعالیت را با توجه به دو بعد ثبت کند:احساس لذت و بعد دوم: میزان تسلط

-از یک تا ده به هر بعد فعالیت نمره دهد.

میزان تسلط :

- تسلط به معنی موفقیت نیست بلکه به این معنی است تا چه حد کامل انجام داده فعالیت را و تاچه حد با معیارهای فرد مطابقت داشته است .

نکته مهم: اگر در حین فعالیت حواسمن به آن فعالیت نباشد لذت اون فعالیت کاهش پیدا میکند.

نکات مهم

-چون استفاده از مواد باعث میشود فرد بدون اینکه تلاشی بکند به یک پاداش بزرگ بر سر برای همین فعالیت های لذت بخش و نسلط بخش در زندگی فرد کم رنگ میشود.

-حتی در عمل خوابیدن هم موضوع نسلط مطرح است یعنی هر وقت فرد دلش بخواهد میتواند بخوابد و بیدار شودو یا بر عکس، در این فرم حتی رابطه جنسی هم نمره گذاری میشود.

۲- بررسی فرم ثبت شده :

الف- شناسایی جاهای خالی

ب- شناسایی فعالیتهای که نمره لذت و تسلط بالای ۵ دارند.

ج- شناسایی فعالیتهای که نمره لذت و تسلط پایین ۵ دارند.

تهیه فهرستی از فعالیت های پاداش دهنده:

فعالیت های لذت بخشی به آنها فکر کرده ولی انجام نداده است	فعالیت های لذت بخش قبل از اعتیاد	فعالیت های لذت بخش فعلی

۳- بررسی دلایل جاهای خالی :

- یعنی اون هایی که مراجع مثلا چون فکر میکرده فعالیتی انجام نشده آن را ثبت نکرده در اینجا احتمالا مراجع مفهوم فعالیت را به درستی درک نکرده است و باید آموزش داد که حتی خوابیدن / فکر و خیال و حتی هیچ کاری نکردن هم نوعی فعالیت است .
- برخی اوقات هم ممکن است پادش رفته باشد ثبت کند.

-از بیمار درخواست می شود برخی از فعالیت های لذت بخش فهرست قبل را انتخاب کند و در برنامه خود قرار دهد.

-درمانگر بیمار را ترغیب می کند که از ۱۰-۱ فعالیت مورد نظر را براساس احساس لذت و تسلط درجه بندی کند.

۴- برنامه ریزی هفتگی :

- الف جاهای خالی رو پر میکنیم .
- ب- افزایش انجام فعالیت های سالم و لذت بخش و تسلط بخش
- ج- کاهش انجام رفتار های ناسالم اجتنابی لذت بخش و تسلط بخش
- سن و جنسیت را در فعالیت های اجتنابی مد نظر قرار گیرد

-مثلا بازی کامپیوتری برای سن ۳۰ سالگی اجتنابی است
برای پنج سال نه.

-مورد (ب) در جاهای خالی گذاشته می شود.

نکته مهم:

- در فعال سازی رفتاری به فرد می گوییم در صد بالایی از
بهبودی در گرو کاری است که انجام می دهد.

مشکلات این تکنیک

۱- اکثر فعالیت ها در افراد معتاد ممکن است نمره پایین بگیرند
دو راهکار وجود دارد:

راهکار:

الف - از مراجع میپرسیم قبل از معتاد شدن از چه فعالیت های لذت میرده و آن ها را خوب انجام میداده است .

ب- لیستی از فعالیت های لذت بخش و تسلط بخش که در کتابها آمده تهیه کرده ازش میخاهیم جاهای خالی را پر کند.

۲- بی حالی و بی انگیزگی و بی حوصلگی در تکمیل فرم ها

:

راهکار:

الف- همدلی کردن با مراجع
ب- بررسی و کاوش در مورد سختی انجام کار و یا دلیل انجام
ندادن

۳- فرد فعالیت های زیادی انجام می دهد ولی لذت بخش نیست یعنی نمره تسلط بالا است ولی لذت بخشی پایین است: یعنی همه کاراشو انجام میده ولی شور و شوقی ندارد.

راهکار:

الف- شناسایی فعالیت های لذت بخش و برنامه ریزی برای اجرای آنها

ب- ذهن آگاهی

- یکی از کوتاهی های عده در درمان نگهدارنده که سرانجام ممکن است درمان را به بن بست برساند عدم توجه به فعال سازی است.
- این کوتاهی از آنجا نشأت می گیرد که نصور می شود اگر بیمار به هر طریق از جمله به کمک متادون مصرف مواد مخدر را قطع کند، خودبه خود مسیر بهبودی را طی خواهد کرد.
- به عبارت دیگر قطع مصرف نه تنها اولویت اصلی بلکه تنها اولویت درمان در می آید.

- در سیر درمان و به ویژه درمان نگهدارنده در مدت کوتاهی بعد از آن که بیماران بر روی آگونیست به ثبات می‌رسند، احساس رضایت بالایی از شرایط خود پیدا می‌کنند و مشکل خود را تمام شده تلقی می‌کنند.
- اما بعد از گذشت چند ماه از درمان بسیاری به یک حالت ایستایی و رکود می‌رسند و بی حوصلگی و افسردگی گریبان آنها را می‌گیرد.
- از این حالت گاهی بعنوان دیوار یاد می‌شود و یکی از چالش‌های درمان نگهدارنده است.

- نکته مهم این است که علاوه بر توقف مصرف مواد مخدر، سوق دادن بیمار به سوی بازگشت به کارکرد طبیعی و زندگی معمول به همان اندازه مهم و کلیدی است.
- درمانگر علاوه بر ارزیابی و نظارت مستمر بر عدم مصرف مواد باید روند بازگشت بیمار به سطح فعالیت طبیعی را نیز دنبال نماید.

- برخی بیماران ترتیب امور را این گونه می بینند که در درمان نگهدارنده مانده و بعد از آن که مواد را کاملاً کنار گذاشتند و از وسوسه و میل مصرف دوری کردند سرانجام از درمان نگهدارنده جدا شده و بعد به زندگی خود باز می گردند.
- در حالی که بازگشت تمام عیار به زندگی عادی نه بعد از درمان که هنگام درمان نگهدارنده باید صورت گیرد.

- بیمارانی که درمان نگهدارنده را فقط برای دوری جستن از مواد می خواهند و هنگام استفاده از آن چالشی جدی برای بازگشت به زندگی عادی ندارند دیر یا زود دچار افسردگی، بی حوصلگی و سرخوردگی از درمان می شوند.
- متعاقب این حس سرخوردگی ممکن است به مصرف سایر مواد مخدر از جمله مت آمفتامین یا الکل یا حشیش رو بیاورند یا مرتبًاً متادون خود را افزایش دهند.

- یکی از دلایل تقاضای مکرر و بی وقفه برای افزایش دوز متادون رسیدن به حالت رکود و ایستایی در درمان نگهدارنده و عدم فعال سازی به موقع است.
- بیمار برای فرار از خلق منفی و احساس سستی، ناتوانی و بی انگیزگی مقاضی افزایش دوز خود می شود به این امید واهی و زودگذر که به کمک متادون مختصری از علایم خود را کاهش دهد.

محورهای عمدۀ فعل سازی رفتاری در اعتیاد

جسمی و فیزیکی

بیمار از نظر فعالیت فیزیکی به سطح طبیعی جامعه بازگشته و آمادگی جسمی وی معادل افراد نرمال جامعه گردد. بدیهی است این حالت با ورزش و برنامه منظم تمرین به دست می آید.

امور شخصی

بیمار باید در جریان درمان نگهدارنده به تدریج کلیه امور شخصی خود را شخصاً انجام دهد و درمان گر باید پیگیر این سیر بهبودی باشد.

• فعالیت روزانه

- در جریان اعتیاد فعالیت روزانه بیماران شامل خواب، غذا خوردن، ورود و خروج از منزل جنبه نامنظم و بهم ریخته می گیرد.
- در جریان درمان، درمان گر باید به اصلاح سبک زندگی بیمار همت گمارد.
- بدین منظور گاهی از برنامه های مدون رفتاری برای پایش و نظارت بر کلیه فعالیت های روزمره استفاده می شود.

• کار و اشتغال

- بیمار باید بتواند فعالیت شغلی سازنده و رضایت بخش را دنبال کند.
- درمان گر موظف است در جریان جلسات مشاوره پیگیر این امر بوده و او را هدایت و تشویق نماید. •
- البته ایجاد اشتغال از وظایف درمان گر نیست و مسئولیتی در قبال این مسئله ندارد.

تفریح و سرگرمی

بیمار باید قادر باشد برای اوقات فراغت خود فعالیت های مفرح و سرگم کننده ترتیب داده و فعالانه آنها را پیگیری نماید.

- نباید تصور شود این مسئله جنبه تجملی دارد. بیمارانی که بعد از گذشت ۶ ماه از درمان نگهدارنده از یافتن جایگزینی که بتوانند از آن لذت ببرند باز می مانند در معرض عود پا شروع مصرف مواد مخدر دیگر هستند.

معاشرت ها

بیمار با ورود به درمان، گروه وسیعی از معاشران و دوستان مصرف کننده خود را از دست خواهد داد و اگر از یافتن دوستان جدید باز بماند و نتواند به حلقه ای صمیمی از افراد سالم غیرمصرف کننده بپیوندد دیر یا زود به دیوار می‌رسد. درمان گر باید پیگیر و مشوق بیمار در حرکت به این سو نیز باشد -بیشترین تقویت از روابط اجتماعی گرفته می‌شود.

نکته

- به طور خلاصه درمان نگهدارنده موفق دارای دو بعد بازدارنده از مصرف مواد مخدر و رفتارهای پر خطر و سازنده در جهت بازگشت به روابط طبیعی و مفرح زندگی و یافتن جایگزین های مثبت است.
- غفلت از وجه دوم درمان نگهدارنده یا موكول سازی آن به بعد از اتمام درمان نگهدارنده، ناقض روح و فلسفه یک درمان موفق است. •

نکته

- به محض آنکه بیمار از نظر عالیم محرومیت مواد افیونی و مشکلات عمدۀ روان پزشکی به ثبات برسد باید برنامه های فعال سازی در دستور کار قرار گیرند.

هورا تموم شد





مدیریت مشروط

Contingency Management

مهری نوری

روانشناس مرکز ملی مطالعات اعتیاد

مقدمه

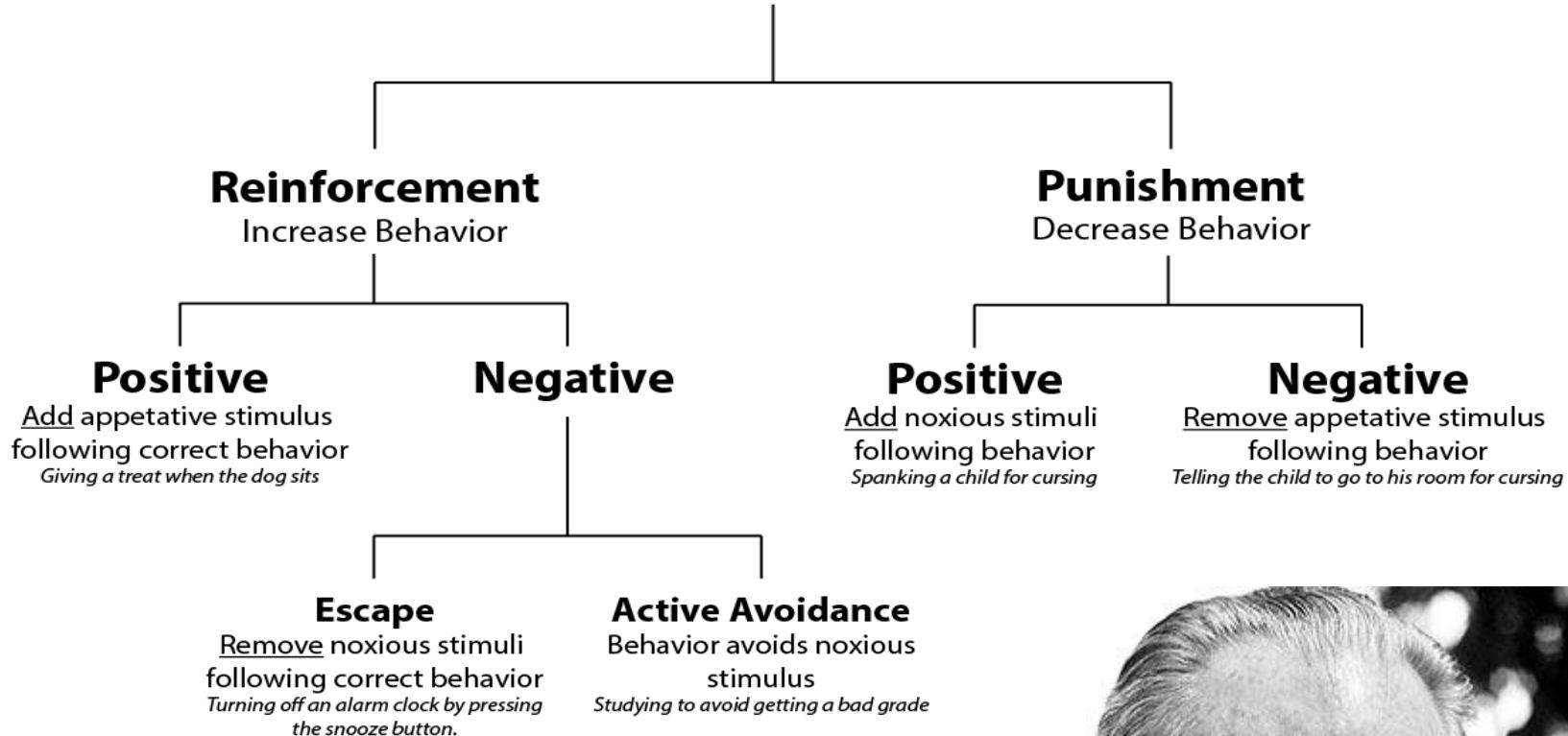
- مدیریت مشروط که گاهی رویکرد مشوق انگیزشی نامیده میشود که بر اساس اصول تغییر و اصلاح رفتار طراحی شده است .
- رویکرد درمانی مستقلی نمی باشد بلکه بخش مهمی از درمانهای کمکی که می توانیم به بیمار ارایه دهیم را شامل می شود.
- شکلی از رفتار درمانی است که مبتنی بر سیستم پاداش و تنبیه است.
- مدیریت مشروط تقویت سیستماتیک رفتارهای مطلوب و خودداری از ارایه تقویت در صورت بروز رفتارهای نامطلوب و یا تنبیه آن است.
- برای دست یابی به اهداف درمان از پاداش های محسوس و مادی استفاده می شود .
- حدود ۳۵ سال است که از این رویکرد در درمان سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد استفاده شده است .

مدیریت مشروط در طیف وسیعی از مصرف کنندگان مواد از جمله جمیعت های - دشوار مانند نوجوانان، زنان باردار، افراد بی خانمان و افراد مبتلا به اختلالات روانی و نیز انواع مختلف مواد شامل الكل ،مواد افیونی و مواد محرک قابل اجراء میباشد.

- فلسفه مدیریت مشروط بر اساس شرطی سازی عامل میباشد که اسکینر از پیشروان این نظریه میباشد .

- در مدیریت مشروط دو نوع تقویت است : مثبت و منفی

Operant Conditioning



Positive presence of a stimulus

Negative absence of a stimulus

Reinforcement increases behavior

Punishment decreases behavior

Escape removes a stimulus

Avoidance prevents a stimulus



تفاوت اصلی بین تقویت و تنبیه فقط خواپند بودن یا نبودن آن نیست بلکه در هدف آن است ، هدف تقویت افزایش یک رفتار است و هدف تنبیه کاهش آن رفتار است .

مدیریت مشروط شامل دو مولفه میباشد :

• **Contingent**: شرایط یا رویدادی است که به دنبال رویدادی دیگر رخ می‌دهد.

• **Management**: نظارت بر توافقهای انجام شده در زمینه‌ی رفتارها و شروط

سه اصل کلیدی مداخلات مدیریت مشروط عبارتند از :

- ۱- پایش مکرر رفتاری که قصد تغییر آن وجود دارد :مثال : رفتار هدف مصرف مواد، پایش تست ادرار
- ۲- ارائه تقویت کننده های مثبت مادی هر زمان که رفتار مورد نظر اتفاق می افتد.
- ۳- ممانعت از ارائه تقویت وقتی رفتار هدف اتفاق نمی افتد .

نکته

- در برنامه های مدیریت مشروط هیچ تنبیه مستقیمی وجود ندارد -
، زیرا کسانی که برای مصرف مواد و یا هر رفتار نامطلوب یا منفی دیگری ، تنبیه می شوند ، بعید است در درمان های غیر اجباری باقی بمانند . -
- این رویکرد از اقتصاد ژتونی (**Token Economy**) نشات گرفته است .

مدیریت مشروط پگونه کار می‌کند؟

- مفهوم اصلی در CM تقویت reinforcement است.
- تشویق رفتارهای بهبودی (پرهیز، مشارکت در جلسات، جرکت به شمت اهداف شغلی، آموزشی و اجتماعی) با دادن تقویت‌کننده‌ها در صورت عمل به آن رفتارها و یا با سلب تقویت‌کننده‌ها در صورت عدم انجام آن اعمال
- شرطی سازی عامل operant conditioning
- پاداش‌ها می‌توانند شامل امتیازات خاص، ژتون، پرداخت نقدی و ... باشد که بر اساس عواملی مانند نوع درمان، فلسفه و خط مشی برنامه، در دسترس بودن و منابع موجود تعیین می‌شود.

طراحی برنامه مدیریت مشروط

گام اول : انتخاب رفتار هدف -

شامل پرهیز از یک ماده خاص و یا حضور در جلسات درمان فردی یا گروهی وقتی می خواهید رفتاری را برای تغییر انتخاب کنید ،باید شاخص های زیر توجه داشته - باشید:

- ۱- اهمیت بالینی
- ۲- اختصاصی بودن
- ۳- عینی بودن
- ۴- فراوانی رفتار

۵- عملی بودن

-نکته مهم: وقتی چند رفتار هدف وجود دارد و می خواهید یکی را انتخاب کنید، بیشتر به شاخص های « عینی بودن رفتار » و « عملی بودن پایش آن » توجه کنید تا بهترین رفتار را برای تقویت انتخاب کنید .

گام دوم - پایش رفتار

- ۱- تعیین فراوانی رفتار در وضعیت معمول و طبیعی
- ۲- تعیین روش های اثبات وقوع رفتار
- ۳- ارتباط زمانی بین رفتار و پایش آن
- ۴- فراوانی پایش ها

نکته مهم

رمز برنامه های موفق مدیریت مشروط ، پایش پرهیز از مصرف مواد حداقل دو بار در - هفته و حضور در درمان یک بار در هفته است . اصل اساسی برنامه مدیریت مشروط این است :

«رفتاری را که هدف تغییر است به طور مکرر پایش کنید تا بنوانید آن رفتار را هر وقت که رخ داد ، تقویت کنید»

گام سوم - انتخاب جمعیت هدف

چون امکان اجرای مدیریت مشروط روی همه بیماران وجود ندارد بهتر است این برنامه در گروهای خاصی از مصرف کنندگان اختصاص پیدا کند. این گروه‌ها عبارتند از :

- ۱- کسانی که در درمان‌های معمول پاسخ نمی‌دهند.
- ۲- بیماران جدید به منظور ماندگاری در درمان
- ۳- مصرف مواد خاصی مثل شیشه یا هروئین که اثرات فوری و مخربی بر روی فرد و خانواده و اجتماع دارد.
- ۴- جمعیت‌هایی با آسیب پذیری بالا مانند زنان باردار و مصرف کنندگان مبتلا به اختلالات روانی

گام چهارم : انتخاب سیستم تقویت

انواع تقویت کننده ها یا پاداش ها

- ۱- امتیازات بالینی
- ۲- کارت پول (**Voucher**)
- ۳- جوایز (**Prize**)
- ۴- برنامه نام در کلاه
- ۵- تقویت کننده های اجتماعی

امتیازات بالینی :

- ۱- یکی از قدیمی ترین تقویت کننده هایی است که در مدیریت مشروط مورد استفاده قرار گرفته است .
- ۲- استفاده از این تقویت کننده ها بیشتر در مراکز ام ام تی و مراکز درمان اقامتی امان پذیر است .
- ۳- در مراکز درمان متادون دادن دوز منزل یک تقویت کننده بسیار مطلوب است بیمار هرگز اشبع نمی شود و ارزش تقویت کنندگی آن کاهش نمی یابد .
- ۴- در مراکز اقامتی این امتیازات شامل اجازه استفاده از تلفن ، دیدن فیلم پا تلویزیون ، دیر خوابیدن ، ساعات ملاقات اضافی ، دسترسی به وسایل ورزشی و غیره

مزایا و معایب امیتازات بالینی :

- مزیت اصلی این تقویت کننده ها آن است که کم هزینه پا رایگان هستند.

- معایب آنها این است که قابلیت کاربرد آن ها محدود است زیرا دز مراکز سرپاپی ارزش محدودی بعنوان تقویت کننده دارد.

برنامه نام در کلاه :

- ۱- این برنامه برای درمان گروهی طراحی شده است و هدف آن تقویت شرکت در گروه است .
- ۲- هر بار که فرد در گروه شرکت میکند نامش در کلاهی انداده می شود.
- ۳- بیمارانی که ۱ بار در گروه شرکت کرده اند یکبار نامشان در کلاه می رود . بیمارانی که ۲ بار یا بیشتر شرکت کرده ند به همین ترتیب نامشان در کلاه قرار میگیرد.
- ۴- سپس تعداد خاصی از نام ها معمولاً به تعداد نیمی از افراد شرکت کننده از کلاه بیرون کشیده می شود (یک برگه جایزه از جام بیرون می آورد)

مزایا و معایب نام برنامه نام در کلاه :

- مزیت اصلی این سیستم کاهش هزینه ها است .
- این روش قابلیت اجرای آن در شکل گروهی در انواع گروه ها شامل معتادان گمنام ، بیماران روانی ، پیشگیری از عود و غیره است.
- مزیت دیگر حضور به موقع در جلسات گروهی (اگر بیماران دیر بیایند دیگر نامشان در کلاه نمی رود.)
- تنها عیب آن این است که به دلیل شباهت آن با لاتاری بهتر است برای افرادی که مشکل قمار دارند استفاده نشود.

تقویت کننده های اجتماعی :

به کار بردن جملات مثبت (تو داری کار بزرگی انجام میدی) -

تشویق اجتماعی (دست زدن) -

- موقعیت اجتماعی (رهبر گروه شدن)

مزایا و معایب تقویت کنند های اجتماعی :

مزیت این روش این است که هیچ هزینه‌ی ندارد.

-معایب این روش این است که اثر بخشی نسبت تقویت کنند های مادی کمتر است.

امکان افزایش تقویت با تداوم رفتار هدف دشوار است. (افزایش تقویت برای ادامه تغییر اهمیت زیادی دارد.)

-استفاده یکنواخت از جملات مثبت ، جذابیت آن را برای بیمار کمتر می کند.

نکته مهم

- انواع مختلف تقویت کننده ها و پاداش ها می توانند رفتار را تغییر دهند ولی در مجموع، تقویت کننده ها یا پاداش های **مادی** تاثیر بیشتری دارند.

سایر رویکرد های تقویت :

- ۱- ودیعه (Deposit)
- ۲- پول نقد
- ۳- ترکیب امتیازات و جوایز

- ودیعه :

- در این روش، بیماران در ابتدای درمان، مبلغی به عنوان ودیعه پیش مرکز می‌گذارند که در صورتی که موفق شدن مواد را ترک کنند این مبلغ به آنها برگردانده می‌شود.
- مبلغ ودیعه در چند قسمت تقسیم شده و به بیمار داده می‌شود.
- مزیت این روش این است که برای مرکز درمانی هزینه ندارد.
- معایب این روش این است برای افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیف دارند قابل اجرا و جذاب نمی‌باشد.
- این مبلغ را میتوان از خانواده یا مراکز خیره تهیه کرد.

گام پنجم - طراحی جدول برنامه تقویت (جدول ستاره ها)

- ۱- **تقویت اولیه** : تقویت بیمار قبل از انجام رفتار مورد هدف
- ۲- **فوریت** : یادگیری زمانی اتفاق می افتد که هر وقت فرد رفتار مورد نظر را نشان داد، فوراً تقویت و پاداش دریافت کند.
- ۳- **افزایش و کاهش ارزش تقویت کننده** : برنامه تقویت باید با توجه به دو اصل افزایش تدریجی ارزش تقویت در صورت تداوم رفتار هدف و کاهش آن به سطح پایه (اولین مقدار کارت پول) کاهش می یابد.
- ۴- **ارزش تقویت کننده** : هر چه ارزش تقویت کننده بیشتر باشد احتمال تغییر بیشتر می شود.

محافی پروتکل جدول ستاره‌ها به مراجعین

- تمام بیماران می‌توانند وارد برنامه شوند و مشارکت در برنامه کاملن داوطلبانه و بدون تنبیه برای غیر داوطلبین است.
- مراجعین حاضر در برنامه، به ازای رفتارهای مشخص، ستاره‌هایی را دریافت می‌کنند و جدول ستاره‌های آن‌ها در پوشه‌های مشخص و مجزا و توسط مشاور آن‌ها نگهداری می‌شود.
- نوع پاداش‌ها نیز در ابتدای برنامه مشخص شده است. می‌توان برای تعیین پاداش‌ها از نظرات خود مراجعین نیز استفاده کرد.
- پروتکل برنامه باید برای مراجعینی که مشارکت می‌کنند، توسط مشاور تشریح شود. رفتارهای هدف، زمان به دست آوردن ستاره‌ها، چگونگی کسب پاداش‌ها و جوایز و ...
- برنامه باید برای مراجعین جدید نیز معرفی شود.
- یکسان بودن قوانین و شرایط برای تمام بیماران، و ثابت بودن رفتارهای توافق شده باید برای مراجعین توضیح داده شود.

راهنمای مشاوران

- آماده کردن جدول ستاره‌ها
- جلسات هفتگی با مراجعین برای مرور جدول مراجع و دادن ستاره‌ها
- ارتباط با سایر اعضای تیم درمان برای به روز نگهداشتن جداول مراجعین
- تست‌های ادراری: ماهیانه دو تست به صورت رندوم
- تعیین اهداف اختصاصی و تکالیف لازم برای دستیابی به آن اهداف
- مبادله‌ی ستاره‌ها با جوایز
- آماده داشتن جوایز در هر لحظه



جدول ستاره ها

WEEKLY STARCHART

Client ID	Week 1				Week 2			
	IS	GRP	UA	Goal	IS	GRP	UA	Goal
Joe R.	★		★			★	★	★
Mickey		★				★		
Samantha	★	★	★			★	★	
Barney			★			★		
Joe G.		★		★	★			★
Susan	★	★	★	★	★	★	★	★
J.R.	★					★		
Gina	★				★			

Figure 1

IS=Individual Session GRP=Group UA=Clean UA Goal=Completed Task

جدول ستاره ها

MONTHLY STARCHART

August 2004

Client ID	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6	8/7	8/8	8/9
Joe R.	◆		■			★	■	★
Mickey	●	★		■		★		
Samantha	★	●	★	◆		■	★	
Barney			★				★	
Joe G.		■		★	◆			★
Susan	◆	★	■	◆	★	◆	★	●
J.R.	★						★	
Gina	★				◆		●	

Figure 2

◆=Individual Session ★=Group ■=Clean UA ●=Completed Task

گام ششم - تعیین نوع اجرا

- مدیریت مشروط به دو شکل فردی و گروهی قابل اجرا است .

هزینه ها و معایب اجرای فردی و گروهی مدیریت مشروط		
گروهی	فردی	
• کاهش هزینه • کاهش زمان اجرا • تقویت انسجام گروهی	• تقویت اتحاد کاری بین بیمار و درمانگر • طرح اختصاصی برنامه برای هر بیمار • رعایت اصل اخلاقی رازداری	مزایا
• احتمال ایجاد خشم و روابط خصمانه در اعضاء • واجد شرایط نبودن تمام افراد گروه برای برنامه	• پرهزینه بودن • نیاز به زمان بیشتر برای پایش و تقویت رفتار • عدم مشاهده تقویت مناسب رفتار دیگران	معایب

گام هفتم : تعیین مدت زمان مداخله

- اکثر پروتکل های مدیریت مشروط یک قاعده اساسی دارند: « برنامه مدیریت مشروط باید برای حداقل ۸ هفته و حداکثر ۲۴ هفته انجام شود.» (۱۲ هفته ایده آل)
- اگر مداخله کمتر از این باشد تغییر رفتار زیادی رخ نمی دهد.
- اگر مداخله بیشتر هم شود برای سیستم درمانی خیلی گران تمام می شود.

مشکلات فلسفه مدیریت مشروط:

- برخی از درمانگران موافق اجرای برنامه‌های CM نیستند:
- مراجعین باید به دنبال دلایل درونی باشند و ارائه پاداش‌های بیرونی پیام دوگانه‌ای به آن‌ها می‌دهد.
- CM یک درمان واقعی و مبتنی بر گفت‌وگو نیست.
- پرداختن (نقدی یا کالایی یا خدماتی) به مراجعین در قبال کاری که باید انجام دهند، اشتباه و غیر اخلاقی است.
- CM برخلاف آموزه‌های ۱۲ قدم است.
- مراجعین با این روش با سیستم بازی می‌کنند و این منجر به نتایج درازمدت نخواهد شد.
- انجام تحریم‌ها منطقی‌تر از ارائه‌ی مشوق‌هاست.

نکته

درگیر کردن افراد بیشتری در اجرای درمان و ارائه مقالات و مستندات به نفع مدیریت مشروط می تواند در رفع موافع ناشی از دیدگاهها مخالف کمک کننده باشد.

مشکلات اجرای مدیریت مشروط

- پارامترهایی مانند زمان ارائه‌ی پاداش‌ها، میزان پاداش‌ها، میزان تلاش برای دریافت پاداش‌ها و ... در گروه‌های مختلف بسیار متفاوت هستند و برای تدوین پروتکل‌های درمانی آزادی عمل بسیاری وجود دارد.
- برخی از نکاتی که در هنگام طراحی برنامه باید مدنظر قرار گیرند:
 - رفتارهای هدف
 - انتظار از درمان
 - چگونگی همراه کردن پاداش‌ها با رفتارها
 - منابع موجود برای تأمین پاداش‌ها
 - چگونگی پایش اجرای تعهدات
 - طول دوره‌ی CM
 - ارزیابی برنامه

نکته

هیچ برنامه‌ی واحدی که مناسب برای تمام مناسب باشد وجود ندارد.

مشکلات اجرایی

- اهداف برنامه باید برمبنای توانایی‌های ستادی تعیین شوند.
- انتخاب اهداف وسیع و فراوان ممکن است قابلیت اجرا، پایش و ارزیابی را نداشته باشد و گروه ستادی باید انتظارات واقع‌بینانه و قابل اجرایی از برنامه داشته باشند.
- CM روشی مناسب برای شکل‌دهی و ایجاد تغییرات رفتاری است، ولی یک روش جادویی برای برطرف کردن تمام مشکلات مراجعین نیست.



پاداش‌ها

- هم میزان و هم زمان ارائه‌ی پاداش‌ها مهم است.
- اجرای این برنامه نیاز به بودجه‌های بالایی ندارد.
- پاداش‌ها می‌توانند هم مادی و هم اجتماعی باشند.
- اولین قدم برنامه، توافق گروه اجرا بر روی اهداف است. بسیاری از برنامه‌ها یک فرآیند متوالی را ترجیح می‌دهند:
 - پرهیز و پیشگیری از عود
 - مشارکت در درمان‌های گروهی یا برنامه‌های خودیاری
 - بهبود کارکردهای خانوادگی و حمایت‌یابی اجتماعی
 - رفتارهای کمککننده به سبک زندگی عاری از مواد و افزایش کارکردهای اجتماعی

پاداش ها

- برای انتخاب رفтарهای هدف باید به پرسش‌های زیر پاسخ داد:
- آیا انتخاب این رفtar باز اضافی کاری و مالی غیرقابل مدیریت بر تیم درمان وارد نمی‌کند؟
- رفtar هدف چگونه سنجیده خواهد شد؟ (زمان‌بندی تست‌های ادراری، دفتر گزارش و ثبت گروه‌درمانی، ثبت‌نام برای دوره‌های آموزشی و ...)
- ارائه تقویت‌کننده‌ها چگونه برنامه‌ریزی می‌شود؟ پاداش‌های فوری یا ارائه‌یی پاداش در قبال یک سری از رفtarها
- ثبت و پایش اطلاعات چگونه انجام می‌شود؟ استفاده از یک کارمند مشخص برای ثبت کلیه مراحل یا ثبت هر مرحله توسط هر یک از اعضای مرتبط تیم درمان

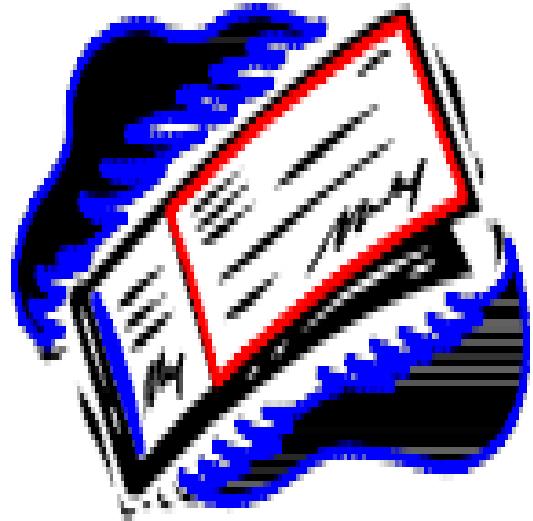
راهنمای تعیین هدف گذاری توسط تیم اجرایی:

- خوشآمدگویی
- معرفی ساختار جلسه هدفگذاری
- فرآیند هدفگذاری
- بحث و کنکاش پاسخ‌های مراجع
- تعیین تکالیف، فعالیت‌ها و گام‌ها
- استفاده از متافورها برای توصیف معنا و اهمیت اقدامات گام به گام
- بحث و تصمیم‌گیری برای تکالیف
- زمان‌بندی تکالیف
- ارزش‌گذاری تکالیف
- تعیین شیوه ارزیابی
- ختم جلسه

کلام آخر

مدیریت مشروط یک روش جادویی یا عصای جادویی نیست که با آن بتوانید تمام مشکلات بیمار را حل کنید اصولاً بعد است روشی وجود داشته باشد که برای تمام مشکلات رفتاری به یک اندازه موثر باشد.

سپاس از توجه شما



مدیریت مواجهه شغلی با HIV و HCV و HBV

تعریف

- کارکنان مراقبت سلامت (HCP)

- ✓ افرادی که با یا بدون دستمزد مراقبت بهداشتی ارائه می نمایند و احتمال مواجهه با مواد عفونی برای آنها وجود دارد

- مواجهه

- ✓ تماس با خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده که می تواند HCP را در معرض عفونت HBV، HIV و یا HCV قرار دهد

- مایعات بالقوه عفونتزا:
 - ✓ خون، مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک، ترشحات جنسی (منی، واژینال و مقعدی) و شیر مادر
- ادرار، بzac، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونتزا نیستند، مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود

خطر انتقال شغلی HBV

- میزان تماس با خون و وضعیت HBe Ag فرد منبع
- HBe Ag و HBS Ag منبع هر دو مثبت :
- ✓ خطر ایجاد هپاتیت بالینی:٪.۳۱-۲۲
- ✓ احتمال ایجاد تغییرات سرولوژیک:٪.۶۲-۳۷

- HBe Ag منفی و HBS Ag مثبت:
- ✓ خطر ایجاد هپاتیت بالینی از سوزن آلووده:٪.۱-۶
- ✓ خطر ایجاد شواهد سرولوژیک:٪.۳۷-۲۳
- HBV در خون خشک شده در دمای اتاق روی سطوح محیط به مدت **حداقل یک هفته** زنده باقی می‌ماند و شاید توجیه گر برخی از موارد ابتلا HCP به HBV بدون سابقه مشخصی از مواجهه باشد

خطر انتقال شغلی HCV

- احتمال انتقال از HBV کمتر
- تبدیل سرمی بعد از مواجهه پوستی اتفاقی با منبع مبتلا به HCV بطور متوسط (٪۱/۸ - ٪۰/۰)
- انتقال به ندرت در اثر مواجهه غشاها مخاطری با خون صورت می‌گیرد
- هیچ انتقالی در اثر تماس پوست سالم یا غیر سالم با خون در HCP به اثبات نرسیده است
- اگر چه ممکن است HCV تا ۱۶ ساعت در خون خشک باقی بماند، داده‌های اپیدمیولوژیک حاکی از آن است که آلودگی محیطی با خون حاوی HCV خطر قابل توجهی برای انتقال این ویروس در محیط‌های بهداشتی - درمانی بجز در مراکز همودیالیز محسوب نمی‌شود

خطر انتقال شغلی HIV

- بستگی به نوع و شدت مواجهه دارد
- خطر متوسط برای انتقال:
 - ✓ بعد از مواجهه پوستی با خون آلوده حدود ۳٪ (۰/۵٪)
 - ✓ بعد از مواجهه غشای مخاطی حدود ۰/۰۹٪ (۰/۵٪)
- با آن که انتقال HIV بعد از مواجهه پوست ناسالم اثبات شده است ، خطر متوسط انتقال از این راه به طور دقیق نشان داده نشده اما این رقم کمتر از خطر مواجهه غشاها مخاطی بر آورد می شود
- خطر انتقال بعد از مواجهه با مایعات و بافتها بجز خون آلوده به HIV اندازه گیری نشده است، ولی احتمالا بسیار کمتر از خون آلوده است

• عواملی که سبب افزایش خطر انتقال HIV پس از مواجهه شغلی می‌شوند:

- ✓ وجود خون واضح بر روی وسایل
- ✓ فرو رفتن مستقیم سوزن در شریان یا ورید
- ✓ جراحت عمیق
- ✓ بیماری پیشرفتی یا با بار ویروسی بالا در فرد منبع
- ✓ فرو رفتن سوزنهای توخالی (سوزن تزریق، آنژیوکت، ...) در مقایسه با سوزنهای تو پر (سوزن بخیه، ...)

محافظت نخستین اقدام پیشگیری

- احتیاطات استاندارد
- شستن دستها قبل و بعد از مراقبت بیمار
- استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب
- دورانداختن وسایل نوک تیز استفاده شده در Safety Box
- عدم سرپوش گذاری مجدد سوزنها
- فضای مناسب و امن برای فعالیت
- واکسیناسیون HBV

مراحل PEP

- مداوای محل مواجهه
- ثبت و گزارش دهی
- ارزیابی خطر مواجهه
- ارزیابی منبع مواجهه
- ارزیابی فرد مواجهه یافته
- پیشگیری از عفونت ها
- پیگیری و مشاوره

مداوای محل مواجهه

- بریدگی پوست با سر سوزن یا شیع تیز و برنده:
 - ✓ شستن فوری محل آسیب با آب و صابون
 - ✓ قرار دادن محل آسیب زیر آب روان تا توقف خونریزی
 - ✓ استفاده از محلولها یا ژل شوینده دست در صورت در دسترس نبودن آب روان
 - ✓ عدم استفاده از محلول های سفید کننده
 - ✓ خود داری از فشردن یا مکیدن محل آسیب

- پاشیدن مایعات عفونی به مخاطات یا پوست ناسالم:
 - ✓ شستن فوری محل با آب روان
 - ✓ استفاده از مواد شوینده ضد عفونی کننده ضعیف مثل محلول کلر هگزیدین ۴٪ - ۲ در صورت عدم دسترسي به آب روان
 - ✓ خودداری از پانسمان

• پاشیدن مایعات عفونی به چشم :

- ✓ شستن فوری با آب یا نرمال سالین
- ✓ خارج کردن لنز و شستن آنها
- ✓ عدم استفاده از صابون یا مواد ضد عفونی کننده

• پاشیدن مایعات عفونی به دهان:

- ✓ خروج فوری مایع عفونی از دهان
- ✓ شست شوی دهان با آب یا نرمال سالین چندین نوبت
- ✓ عدم استفاده از صابون یا مواد ضد عفونی کننده

ثبت و گزارش دهی

- گزارش به کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی
- تاریخ و زمان مواجهه
- جزئیات مواجهه
- وضعیت منبع مواجهه
- وضعیت وسوابق HCP مواجهه یافته
- ثبت اقدامات انجام گرفته برای فرد مواجهه یافته
- توجه به محرومانه بودن اطلاعات

ارزیابی مواجهه

• ارزیابی احتمال انتقال HIV، HBV، HCV یا با توجه به:

✓ نوع مواجهه

✓ نوع مایع یا بافت

✓ شدت مواجهه

ارزیابی منبع مواجهه

• منبع مواجهه مشخص است:

- ✓ برسی بیمار از نظر HIV Ab و HCV Ab ، HBs Ag, HBsAb , HBc Ab
- ✓ عدم استفاده از HIV PCR برای غربالگری روتین
- ✓ در صورتی منفی بودن منبع مواجهه از نظر HIV ، HBV و HCV ، آزمایش پایه، تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری بعدی HCP ضرورت ندارد
- ✓ رازداری
- ✓ در صورتیکه به هر علتی نتوانید آزمایشات مورد نیاز را برای منبع مواجهه انجام دهید، تشخیص طبی، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پر خطر را در نظر بگیرید

گروههای پر خطر

- مصرف کنندگان مواد تزریقی
- ✓ افرادیکه سابقه زندان داشته اند
- ✓ افرادیکه سابقه رفتارهای جنسی پر خطر دارند
- افراد sex-worker (یعنی کسانی که در ازای ارتباط جنسی مبادرت به دریافت پول یا کالا می نمایند)
- افراد MSM (Men who have Sex with Men)
- افراد Bisexual و Transsexual
- ✓ همسر یا شریک جنسی هر یک از گروههای فوق

• منبع مواجهه مشخص نیست

- ✓ با توجه به شیوع پاتوژن های منتقل شونده از راه خون در جمعیتی که فرد منبع از آن جمیعت بوده، خطر مواجهه با این پاتوژن ها را ارزیابی کنید.
- ✓ آزمایش سوزنهای دور ریخته شده برای پاتوژنهای خونی توصیه نمی شود

ارزیابی فرد مواجهه یافته

- سابقه ابتلا به عفونت HIV، HCV، HBV یا
- سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به آن
- آزمایش پایه برای HIV Ab و HCV Ab، HBc Ab، HBs Ab ، HBs Ag در اسرع وقت و با موافقت فرد مواجهه یافته در صورت نامشخص بودن وضعیت وی (ترجیحاً طی ۷۲ ساعت)
- سابقه بیماری خاص یا حساسیت دارویی
- شیردهی یا حاملگی

مدیریت عفونت های مختلف در PEP

مواجهه با HBV (ترجیحاتی ۲۴ ساعت اول و حداقل ۱۴ روز)

Vaccination and/or antibody response status of exposed patient ^a	Treatment when source is:		
	HBsAg positive	HbsAg negative	Source is unknown or not available for testing
Unvaccinated/non-immune	HBIG ^b x1; initiate HB vaccine series ^c	Initiate HB vaccine series	Initiate HB vaccine series; If high-risk source ^e , then treat as if source were HbsAg positive
Previously vaccinated, known responder ^d	No treatment	No treatment	No treatment
Previously vaccinated, known non-responder ^d	HBIG ^b x2 one month apart	No treatment	No treatment unless known high-risk source; If high-risk source ^e , then treat as if source were HbsAg positive
Previously vaccinated, antibody response unknown	Measure HBsAb titer and act based on it ^f	No treatment	No treatment unless known high-risk source; If high-risk source ^e , then treat as if source were HbsAg positive
If still undergoing vaccination	HBIG ^b x1; complete vaccine series	Complete vaccine series	Complete vaccine series; If high-risk source ^e , then treat as if source were HbsAg positive

مواجهه با HCV

- در حال حاضر هیچ توصیه ای برای پروفیلاکسی دارویی بعد از تماس برای HCV وجود ندارد
- ایمونو گلوبولین مؤثر نیست
- واکسن وجود ندارد
- داروهای DAA در حال حاضر توصیه نمی شوند
- انجام مشاوره مناسب، آزمایش و پیگیری
- در صورت ابتلا به HCV، فرد مواجهه یافته، کاندید درمان است

مواجهه با HIV

• معیارهای شروع پروفیلاکسی

- ✓ مواجهه در ۷۲ ساعت اخیر
- ✓ فرد مواجهه یافته مبتلا به عفونت HIV نیست یا در زمان تصمیم گیری وضعیت نامشخص دارد
- ✓ تماس مخاط و یا پوست آسیب دیده با مایعات بالقوه عفونی بدن
- ✓ منبع مبتلا به عفونت HIV است و یا جزء گروههای پر خطر قرار دارد

- نامشخص بودن وضعیت HIV در فردی که دچار مواجهه شده، مانعی برای شروع پروفیلاکسی با ARV نیست. نتیجه آزمایش تصمیم برای ادامه درمان را مشخص خواهد کرد.

- پروفیلاکسی بعد از تماس با HIV باید "بلافاصله" شروع شود
- شروع درمان پس از ۷۲ ساعت توصیه نمیشود، اما در مواردی ممکن است شروع پروفیلاکسی تا یک هفته مد نظر قرار گیرد
- در صورت وجود تردید درباره میزان خطر بعد از مواجهه، شروع درمان پروفیلاکسی ARV بهتر از تاخیر در تجویز است. اما فرد را طرف ۴۸ ساعت به مرکزی که تجربه بیشتری در این زمینه دارد، ارجاع دهید تا درمورد ادامه یا قطع آن تصمیم گیری شود

- در صورتیکه تصمیم گیری برای شروع درمان پروفیلاکسی بدون در دست داشتن نتیجه آزمایشات و براساس عوامل خطر بوده، باید تصمیم گیری برای ادامه درمان بر اساس نتیجه آزمایش صورت گیرد:
- ✓ در صورت منفی بودن فرد منبع از نظر HIV ، باید PEP متوقف شود
- ✓ در صورتیکه دسترسی به منبع وجود ندارد دوره درمان تکمیل شود
- در صورت مواجهه رژیم سه دارویی توصیه می شود

رژیم دارویی انتخابی

جدول شماره ۳- رژیم های ضد رتروویروسی پیشگیرانه

رژیم انتخابی	دارو
رژیم سه دارویی ارجع	Tenofovir 300 mg PO qd + Emtricitabine 200 mg PO qd + Dolutegravir 50mg PO qd
رژیم های سه دارویی جایگزین	Tenofovir 300 mg PO qd + Emtricitabine 200 mg PO qd + Atazanavir/r 300/100 PO qd or Tenofovir 300 mg Po qd + Lamivudine 150 mg PO BID + Darunavir/r * or Zidovudine 300 mg PO BID + Lamivudine 150 mg PO BID + Atazanavir/r 300/100 PO qd or Tenofovir 300 mg Po qd + Lamivudine 150 mg PO BID + Darunavir/r

- دوره درمان ۲۸ روز است
- پیش گیری تماس در خانم باردار با فرد عادی تفاوتی ندارد
- اگر فرد مواجهه یافته مادر شیرده باشد در طول دوره پی گیری باید شیر دهی متوقف شود

مشاوره بعد از مواجهه با HIV

- میزان خطر احتمالی ابتلا به HIV پس از مواجهه
- میزان دانسته ها و ندانسته های ما از تاثیر رژیم درمانی پیشگیری
- اهمیت پیگیری آزمایش HIV و مشاوره پس از آزمایش و پاییندی به درمان
- عوارض دارویی شایع
- خودداری از اهدای خون، پلاسمای، اعضاء، بافت و منی و شیر دهی در دوره پیگیری
- استفاده صحیح از کاندوم برای نزدیکی در دوره پیگیری
- استفاده از سایر روشهای پیشگیری از بارداری در کنار کاندوم در صورت امکان
- خودداری از اشتراک وسایل تزریق و سایر وسایل برنده مثل تیغ ریش تراشی و سایر رفتارهای پر خطر

پی گیری مواجهه

پیگیری مواجهه با هپاتیت B

- انجام آزمایشات پیگیری
- خود داری از اهدای خون ، پلاسما ، اعضاء، بافت یا منی و استفاده از روش های کاهش خطر از جمله کاندوم و پرهیز از استفاده از وسایل تیز (وسایل تزریق، اصلاح ...) مشترک
- انجام آزمایش anti HBS ۱-۲ ماه بعد از آخرین نوبت واکسن
- ارائه مشاوره بهداشت روانی بر حسب لزوم

پیگیری مواجهه با هپاتیت C

- انجام آزمایشات پیگیری
- اثبات نتایج مثبت Anti-HCV Ab با آزمایش های تکمیلی در صورت بروز تغییرات سرولوژیک
- خود داری از اهدای خون ، پلاسما ، اعضا ، بافت و یا منی طی دوره پیگیری
- در حال حاضر توصیه ای برای تغییر در فعالیت جنسی ، بارداری، شیردهی و یا فعالیتهای حرفه ای وجود ندارد
- ارجاع بیمار در صورت بروز علائم بالینی و یا آزمایشگاهی حاکی از هپاتیت حد C
- پیشنهاد مشاوره بهداشت روانی بر حسب لزوم

پیگیری مواجهه با HIV

- انجام آزمایش HIV Ab ۶ هفته بعد و سه ماه بعد
- تکرار آزمایش HIV Ab ۶ ماه پس از مواجهه، در مواردی که فرد منبع یا مواجهه یافته مبتلا به HCV باشند
- ویزیت و مشاوره بیمار از نظر پای بندی و ارزیابی عوارض دارویی طی هفته اول و در پایان دوره پروفیلاکسی در صورت تجویز PEP

جدول پی گیری

از مانش	باشه	6 هفته پس از تماس	3 ماه پس از تماس	6 ماه پس از تماس
HIV Ag/Ab testing	●	● ¹	● ²	● ³
HBs Ag, HBs Ab, HBc Ab	● ⁴	—	—	● ⁵
HCV Ab	●	—	—	● ⁶
CBC ⁷	●	—	—	—
Serum Cr	●	—	—	—
ALT & AST	●	●	—	—

مفاهیم پایه در درمان شناختی، رفتاری و پیشگیری از عود

علیرضا نوروزی

روان‌پزشک

مرکز ملی مطالعات اعتیاد

مفاهیم پایه درمان شناختی، رفتاری و پیشگیری از عود

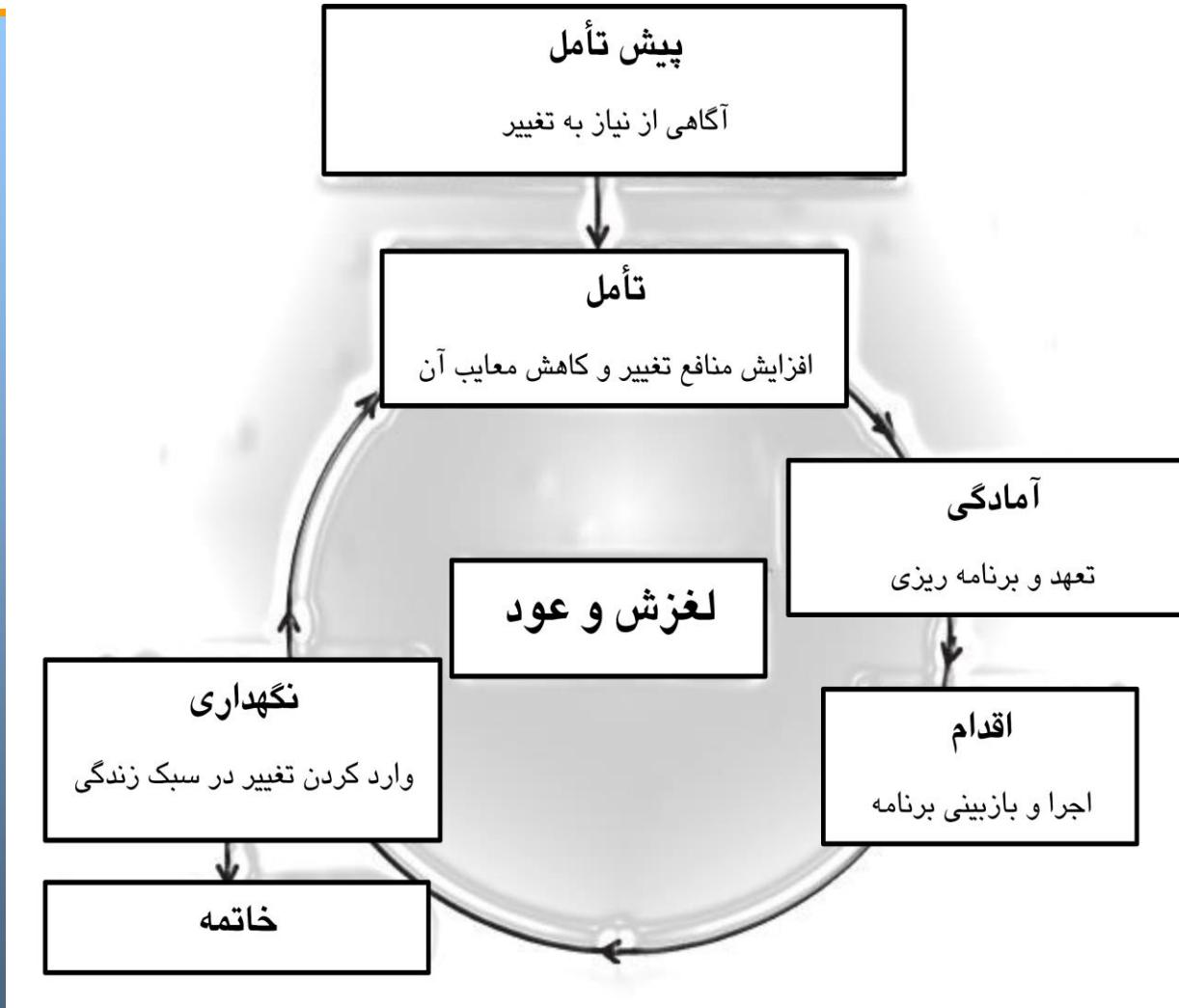


اهداف آموزشی

در پایان این کارگاه شما موارد زیر را خواهید آموخت:

1. درک این که مصرف مواد یک رفتار آموخته شده است که می تواند بر اساس اصول شرطی سازی و یادگیری اصلاح شود.
2. درک اصول کلیدی شرطی سازی کلاسیک، عامل و الگوبرداری (modeling)
3. درک آن که چگونه این اصول در درمان شناختی، رفتاری و پیشگیری عود به کار می رود.
4. درک رویکردهای پایه مورد استفاده در درمان شناختی، رفتاری و نحوه کاربرد آنها برای کاهش مصرف مواد و پیشگیری از عود
5. درک آن که چگونه تحلیل کارکردی انجام دهیم و پاسخ ۵ سؤال اساسی تحلیل کارکردی (5Ws) را بیابیم.

مراحل چرخه تغییر رفتار



- پیش تأمل یا پیش تردید: مرحله‌ای است که در آن افراد به تغییر فکر نمی‌کنند.
- تأمل یا تردید: در این مرحله افراد شروع به در نظر گرفتن این موضوع می‌کنند که مشکل دارند و امکان و هزینه‌های تغییر رفتار را سبک و سنگین می‌کنند.
- آمادگی یا تصمیم: در این مرحله فرد تصمیم خود را برای تغییر رفتار می‌گیرد.
- اقدام: در این مرحله فرد تغییر رفتار را شروع می‌کند. این مرحله به صورت طبیعی ۶-۳ ماه طول می‌کشد.

- نگهدارنده:
 - پس از پشت سر گذاشتن موفق مرحله اقدام فرد وارد مرحله نگهدارنده یا تغییر طول کشیده می‌شود.
 - در صورتی که فرد در تغییر رفتار شکست خورده و دچار عود شود فرد یک چرخه جدید را آغاز خواهد کرد.

درمان شناختی، رفتاری (CBT) و
پیشگیری از عود (RP) چیست؟

درمان شناختی، رفتاری چیست و چگونه در درمان اعتیاد استفاده می شود؟

- ▶ درمان شناختی، رفتاری شکلی از درمان روان شناختی است که برای آموزش، تشویق و حمایت از افراد برای کاهش/قطع مصرف آسیب رسان یا وابستگی به مواد به کار می رود.
- ▶ درمان شناختی، رفتاری مهارت هایی را ارایه می کند که به مراجعان برای دستیابی به پرهیز اولیه (**initial abstinence**) از مواد (یا کاهش مصرف) کمک می کند.
- ▶ درمان شناختی، رفتاری همچنین مهارت هایی برای حفظ پرهیز (relapse prevention) ارایه می کند.

پیشگیری از عود (RP: Relapse Prevention) چیست؟

پیشگیری از عود یک درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر مرحله نگهدارنده چرخه تغییر رفتار است.

پیشگیری از عود دو هدف عمدی دارد:

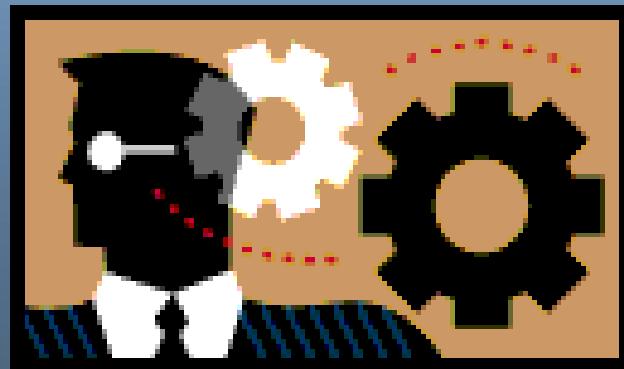
- پیشگیری از وقوع لغزش‌های اولیه بعد از تصمیم و اقدام فرد به تغییر رفتار و
- پیشگیری از این که لغزش منجر به عود کامل شود.

به دلیل عناصر مشترک بین پیشگیری از عود و درمان شناختی، رفتاری، در اینجا به طور کلی به آن درمان شناختی، رفتاری گفته می‌شود.

مبانی درمان شناختی، رفتاری: نظریه یادگیری اجتماعی

► درمان شناختی، رفتاری

- مفاهیم پایه اعتیاد و نحوه پرهیز از مصرف مواد را ارایه می کند
- بر یادگیری مهارت های جدید تأکید می کند
- شامل تسلط بر تکنیک ها از طریق تمرین می شود



چرا CBT مفید است؟ (۱)

- درمان شناختی، رفتاری یک رویکرد مشاوره- آموزش که با ظرفیت موجود در بیشتر مراکز درمانی تناسب دارد.
- پژوهش های زیادی بر روی آن شده است و اثربخشی آن ثابت شده است.
- درمان شناختی، رفتاری ساختارمند، معطوف به هدف و متمرکز بر مشکلات پیش روی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد هنگام ورود به درمان است.

چرا CBT مفید است؟ (۲)

- درمان شناختی، رفتاری یک رویکرد منعطف و فردی شده است که می تواند برای طیف گسترده ای از مراجعان در جایگاه های درمانی مختلف (سرپایی، اقامتی/بستری) به صورت فردی یا گروهی ارایه شود.
- درمان شناختی، رفتاری با دامنه ای از سایر درمان هایی که مراجع ممکن است دریافت کند برای مثال درمان های دارویی سازگار است.

مفاهیم مهم در CBT (۱)

در مراحل اولیه درمان CBT، روش های درمانی بر تغییر رفتار تأکید دارند.
روش های درمانی شامل:

- ▶ برنامه ریزی زمانی برای انجام فعالیت های غیرمرتب با مصرف مواد
- ▶ اجتناب یا ترک موقعیت های مصرف مواد



مفاهیم مهم در CBT (۲)

درمان شناختی، رفتاری از طریق موارد زیر به مراجعان کمک می کند:

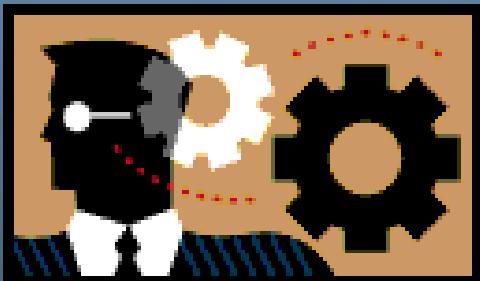
- پیگیری یک جدول فعالیت برنامه ریزی شده از فعالیت های سالم
- شناسایی موقعیت های مصرف مواد (پرخطر) و اجتناب از آنها
- مقابله مؤثرتر با مشکلات و رفتارهای مشکل آفرین مرتبط با مصرف



مفاهیم مهم در CBT (۳)

زمانی که درمان شناختی، رفتاری وارد مراحل بعدی بهبودی می‌شود، تأکید بیشتری بر جزء شناختی آن می‌شود:

- آموزش مراجع درباره اعتیاد
- آموزش مراجع درباره شرطی سازی، شروع کننده‌ها (triggers) و ولع مصرف
- آموزش مهارت‌های شناختی به مراجع (توقف فکر و موج سواری بر ولع)
- تمرکز بر پیشگیری از عود



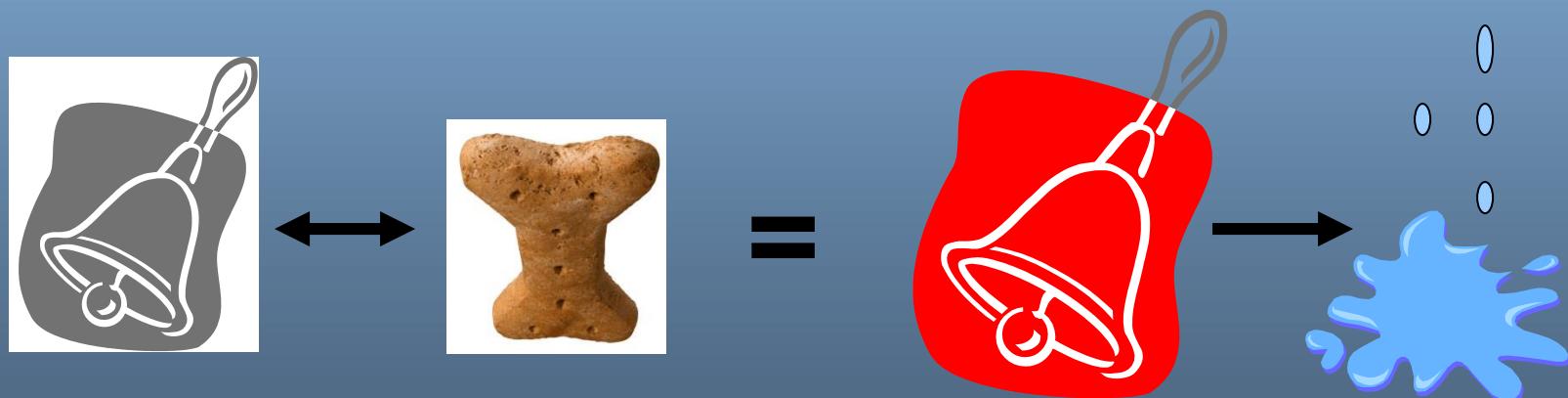
مبانی درمان شناختی، رفتاری

اصول یادگیری و شرطی سازی مورد استفاده در درمان شناختی،
رفتاری عبارتند از:

- ▶ شرطی سازی کلاسیک
- ▶ شرطی سازی عامل
- ▶ الگوبرداری (modeling)

شرطی سازی کلاسیک: مفاهیم

محرك شرطی (CS) پاسخ فیزیولوژیک تولید نمی کند، اما چون قویاً با محرك غیرشرطی (UCS) مرتبط شده است (برای مثال غذا) مواجهه با آن منجر به ایجاد پاسخ فیزیولوژیک مشابه می شود (برای مثال ترشح بزاق)



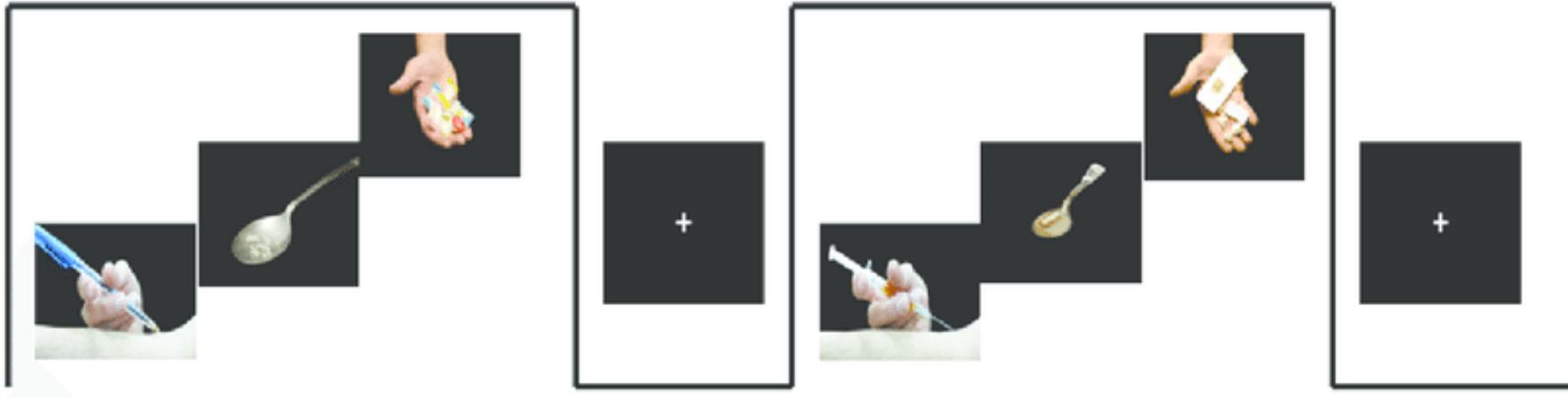
شرطی سازی کلاسیک: اعتیاد

- ▶ جفت شدن مکرر حوادث، حالات هیجانی یا سرنخ‌ها با مصرف مواد می‌تواند باعث ایجاد ولع مصرف برای آن ماده شود.
- ▶ در طول زمان مصرف مواد با سرنخ‌هایی (cues) همچون پول، وسائل مصرف، محل‌ها، اشخاص، زمان‌های خاص و هیجانات جفت می‌شود.
- ▶ در نهایت، مواجهه با سرنخ‌ها به تنها یی باعث ایجاد ولع مصرف می‌شود که اغلب متعاقب آن مصرف مواد رخ می‌دهد.

شرطی سازی کلاسیک: کاربرد در تکنیک های CBT (۱)

- ▶ درک و شناسایی شروع کننده ها (triggers) (محرك های غیرشرطی)
- ▶ درک این که چگونه و چرا «ولع مصرف مواد» رخ می دهد.





شرطی سازی کلاسیک: کاربرد در تکنیک های CBT (۲)

- ▶ یادگیری روش هایی برای اجتناب از مواجهه با شروع کننده ها
- ▶ مقابله با وسوسه برای کاهش / حذف وسوسه شرطی شده در طول زمان





شرطی سازی عامل

- قانون اثر توراندیک (Thorndike's law of effect)
- بی. اف. اسکینر

شرطی سازی عامل: اعتیاد (۱)

صرف مواد رفتاری است که با تقویت مثبت ناشی از خواص فارماکولوژیک مواد تقویت می شود.



شرطی سازی عامل: اعتیاد (۲)

وقتی فرد معتاد می شود، مصرف مواد با **تفویت منفی** ناشی از حذف یا اجتناب از علایم محرومیت دردناک تقویت می شود.



شرطی سازی عامل (۱)

تقویت مثبت یک رفتار خاص را تقویت می کند (برای مثال اثرات لذت بخش ناشی از مواد، پذیرش همتایان)



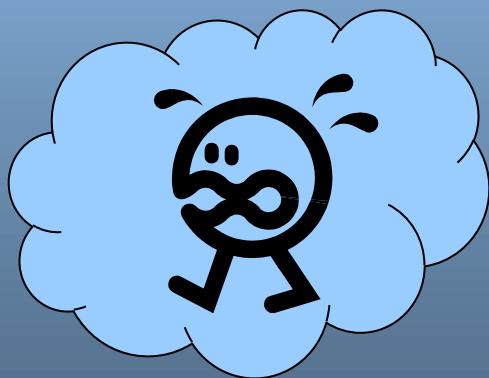
شرطی سازی عامل (۲)

تبیه یک وضعیت منفی است که وقوع یک رفتار خاص را کاهش می دهد (برای مثال زندانی شدن به دلیل فروش مواد یا عوارض طبی دردناک در اثر مصرف مواد)



شرطی سازی عامل (۳)

تقویت منفی زمانی رخ می دهد که یک رفتار خاص از طریق اجتناب از یک موقعیت منفی قوی تر می شود (برای مثال فردی که علایم محرومیت ناخوشایند دارد می تواند با مصرف مواد آنها را کاهش دهد)



شرطی سازی

عامل

تنبیه

کاهش رفتار

مثبت

(افزودن محرك آزارنده بعد از
رفتار)

منفی

(حذف محرك خوشایند بعد از
رفتار)

تقویت

افزایش رفتار

مثبت

(افزودن محرك خوشایند بعد از
رفتار صحیح)

منفی

حذف/فرار

(حذف محرك آزارنده بعد از رفتار
صحیح)

اجتناب فعال

(رفتار برای اجتناب از محرك
آزارنده)

شرطی سازی عامل: کاربرد در تکنیک های درمان شناختی، رفتاری

- ▶ تحلیل کارکردی - شناسایی موقعیت های پر خطر و تعیین عوامل تقویت کننده
- ▶ آزمون پیامدهای طولانی و کوتاه مدت مصرف مواد برای تقویت پرهیز
- ▶ جدول زمانی و دریافت تحسین
- ▶ پیدا کردن جایگزین های معنی دار برای مصرف مواد

الگوبرداری: تعریف

الگوبرداری: تقلید یا الگو قرار دادن رفتار یک فرد. به زبان روان شناسی رفتاری، الگوبرداری فرآیندی است که در آن فرد رفتار دیگری را می بیند و متعاقباً آن را کپی می کند.



مبنای اختلالات مصرف مواد: الگوبرداری

الگوبرداری (modeling) نقش مهمی در شروع مصرف مواد دارد. برای مثال نوجوانان تقریباً همیشه مصرف سیگار را بر اساس الگوبرداری از رفتاری بزرگسالان شروع می کنند.

در دوره نوجوانی، الگوبرداری اغلب نقش اساسی در تأثیر گروه همتا بر روی تجربه مصرف مواد دارد.

الگوبرداری: کاربرد در درمان شناختی، رفتاری

- مراجع رفتارهای جدید را از طریق ایفای نقش می آموزد.
- مهارت های ردّ مصرف مواد
- مشاهده رفتار درمان گر هنگام اجرای روش های برخورد جدید
- تمرین روش های رفتاری جدید



تکنیک های CBT برای درمان اعتیاد: تحلیل کارکردی

اولین قدم در درمان شناختی، رفتاری: مواد چگونه در زندگی شما وارد شده اند

- یکی از اولین تکالیف در اجرای درمان شناختی، رفتاری یادگیری جزئیات مصرف مواد مراجع است.
- صرف دانستن این که فرد مواد مصرف می کند یا یک ماده خاص مصرف می کند، کافی نیست.
- بسیار مهم است بدانیم چگونه مصرف مواد با سایر جنبه های زندگی فرد متصل شده است.
- دانستن این جزئیات برای تدوین یک برنامه درمان اهمیت اساسی دارد.

تحلیل کارکردی (5Ws)

پنج سؤال اصلی در تحلیل کارکردی عبارتند از:

- چه زمانی؟ (When)
- کجا؟ (Where)
- چرا؟ (Why)
- همراه با چه کسی؟ (With whom)
- چه اتفاقی افتاد؟ (What happened?)

تحلیل کارکردی (5Ws)

افراد معتاد، مواد را به صورت تصادفی مصرف نمی کنند.

پاسخ به سؤالات زیر برای تحلیل کارکردی مصرف مواد لازم است:

- دوره های زمانی که مراجع مواد می خرد و مصرف می کند (چه زمانی؟)
- سرنخ های بیرونی با حالات هیجانی درونی که می تواند شروع کننده وسوسه برای مواد شود (چرا؟)

- کسانی که با آنها مراجع مواد مصرف می کند یا از آنها مواد می خرد؟ (با چه کسانی؟)
- اثراتی که فرد از مواد می گیرد - منافع روان شناختی و جسمی (چه اتفاقی افتاد؟)

پرسش هایی که درمان گران برای تحلیل کارکردی می توانند طرح کنند

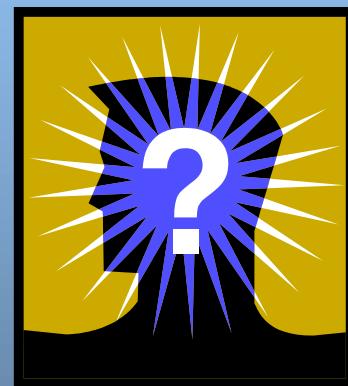
- قبل از مصرف مواد چه اتفاقی افتاد؟
- قبل از مصرف چه احساسی داشتید؟
- چگونه از کجا مواد تهیه کردید؟
- با چه کسی / اکسانی مواد مصرف کردید؟
- بعد از مصرف چه اتفاقی افتاد؟
- زمانی که فکر مصرف مواد در شما ایجاد شد، کجا بودید؟

تحلیل کارکردی یا موقعیت های پر خطر

موقعیت پیشایند	افکار	احساسات و هیجان ها	رفتار	پیامدها
کجا بودم؟ با چه کسی بودم؟ چه اتفاقی افتاده بود؟	چه فکری داشتم؟	چه احساسی داشتم؟ چه پیام هایی از بدنم دریافت کردم؟	چه کار کردم؟ چه ماده ای مصرف کردم؟ چقدر مصرف کردم؟ با چه وسایلی؟ دیگران در حال انجام چه کاری بودند؟	بعد چه اتفاقی افتاد؟ بلافاصله بعد چه احساسی داشتم؟ واکنش دیگران چه بود؟ چه پیامدهای دیگری رخ داد؟



پرسش؟



نظر؟



INCASS



دانشگاه علوم پزشکی تهران

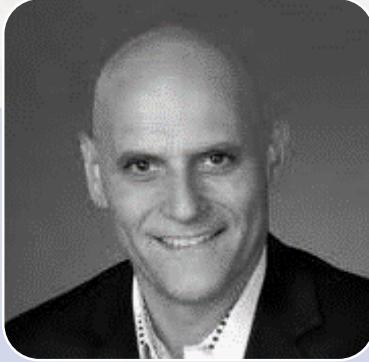
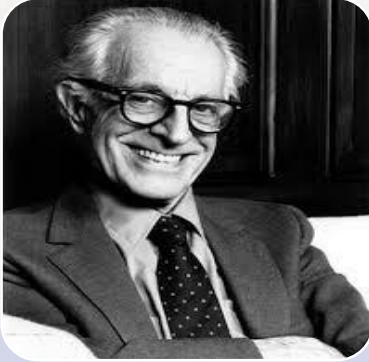
مقدمات درمان پذیرش و تعهد(ACT) در اعتیاد

مدرس: ریوار نظری

روانشناس و درمانگر مرکز ملی مطالعات اعتیاد

کارنید دکتری مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email: rebwarnazari@gmail.com



**Psychoanal
ysis**

**Behavioral
Therapy**

**Cognitive
Behavioral
Therapy**

**Third Wave
Cognitive
Behavior
Therapy**
ACT
DBT

نسل اول رفتار درمانی

مفاهیم کلیدی:

- شرطی سازی
- محرک
- پاسخ
- خاموشی
- اجتناب
- خوگیری
- تقویت
- تنبیه

- رفتار درمانی کلاسیک (۱۹۵۰-۱۹۲۰)
- واتسون، اسکینر و ولپی
- علت اختلالات روانی: شرطی سازی کلاسیک و عامل درمان: شرطی زدایی



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

نسل دوم رفتار درمانی

مفاهیم کلیدی:

- طرحواره
- خطای شناختی
- افکار
- باورها
- شناخت های ناکارآمد
- کنترل
- حذف

• درمان شناختی رفتاری (CBT) (۱۹۵۰-۱۹۷۰)

• آرون بک و آربرت الیس

• علت اختلالات روانی: باورهای غلط و شناخت های

ناکارآمد

• درمان: حذف و یا تغییر این باورها و شناخت های

ناکارآمد



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

نسل سوم رفتار درمانی

مفاهیم کلیدی:

- پذیرش
- ارزش ها
- تعهد
- اقدام متعهدانه
- گسلش شناختی
- ذهن آگاهی
- خود به عنوان زمینه
- اجتناب تجربه ای

• درمان پذیرش و تعهد (ACT) (۱۹۹۰)

• استیون هیس. راس هریس و ...

• علت اختلالات روانی: اجتناب تجربه ای، کنترل،
زبان، اتصال شناختی (رابطه ما با افکار و احساساتمان)

• درمان: تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه
های بافتی از جمله ارتباط درمانی



Iranian National Center
for addiction Studies

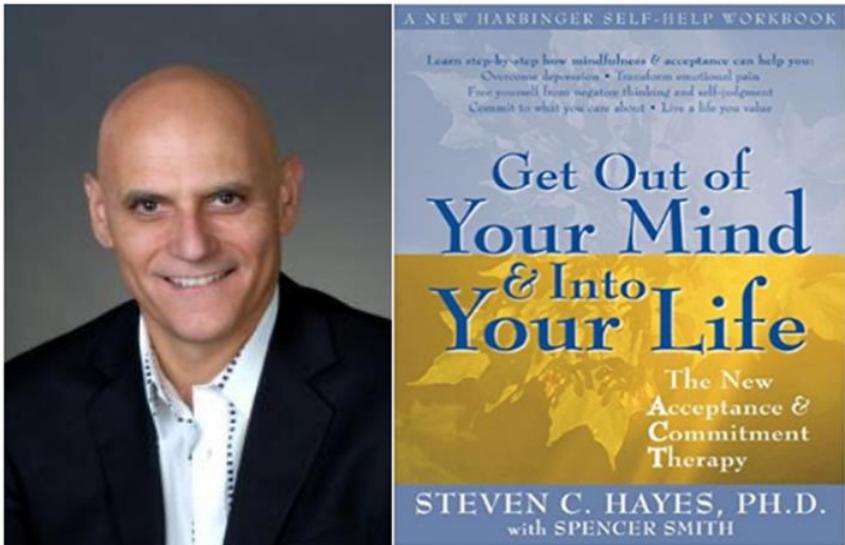


Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

منشاء ACT



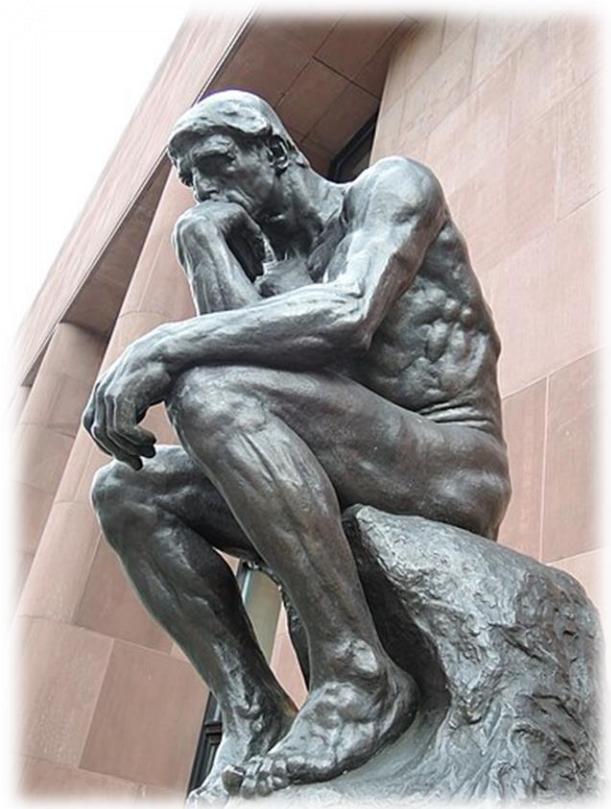
درد و رنج اختصاص
به انسانها دارد!

به افراد راهکارهایی را
بیاموزیم تا:

- کمتر با درد و رنج دست به گریبان باشند،
- بیشتر در زمان حال زندگی کنند،
- بیشتر بتوانند ارزش‌های فردی خود را تعقیب کنند.

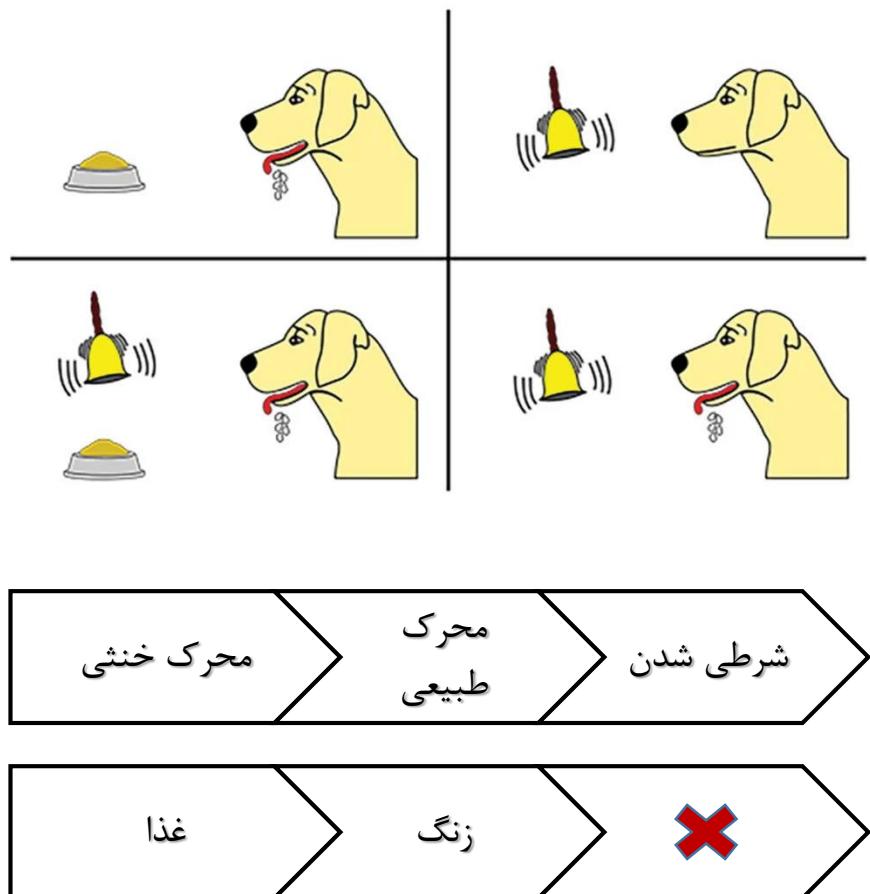
مبانی نظری و فلسفی ACT

زمینه‌گرایی عملکردی *Functional Contextualism*



- ✓ در نظر گرفتن کلیت یک رویداد
- ✓ اهمیت زمینه و بافتار رفتار
- ✓ معیار عملگرایانه در واقعیت
- ✓ تاکید بر کارآیی یا کارآمدی یک رفتار

نظریه چارچوب ارتباطی (Relational Frame Theory)



- مبنای یادگیری در حیوانات مبتنی بر شرطی سازی کلاسیک پاولف و اسکینر
- این شکل یادگیری در انسان هم وجود دارد.
- اما با جابجایی در توالی محرک خنثی و محرک طبیعی یادگیری در حیوان اتفاق نمی افتد ولی در انسان یادگیری به این شکل هم صورت می گیرد.

اصول اساسی RFT

یادگیری رابطه‌ای:

RFT معتقد است که انسان‌ها از طریق یادگیری رابطه‌ای به معانی پیچیده‌ای دست پیدا می‌کنند.
این بدان معناست که ما می‌توانیم روابط بین چیزها را **بدون نیاز به آموزش مستقیم** یاد بگیریم

مثال:

cookie ← بیسکویت

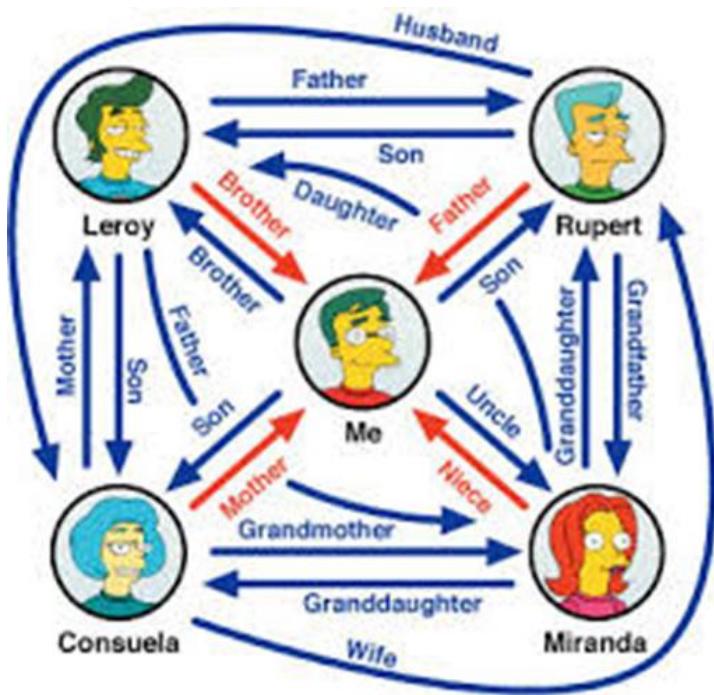


← cookie

اصول اساسی RFT

چارچوب‌های رابطه‌ای:

در RFT، چارچوب‌های رابطه‌ای به مجموعه‌های نظاممند روابط بین چیزها اشاره دارد. این چارچوب‌ها شامل روابط **قابلی**، **انتقالی** و **تقویتی** هستند.

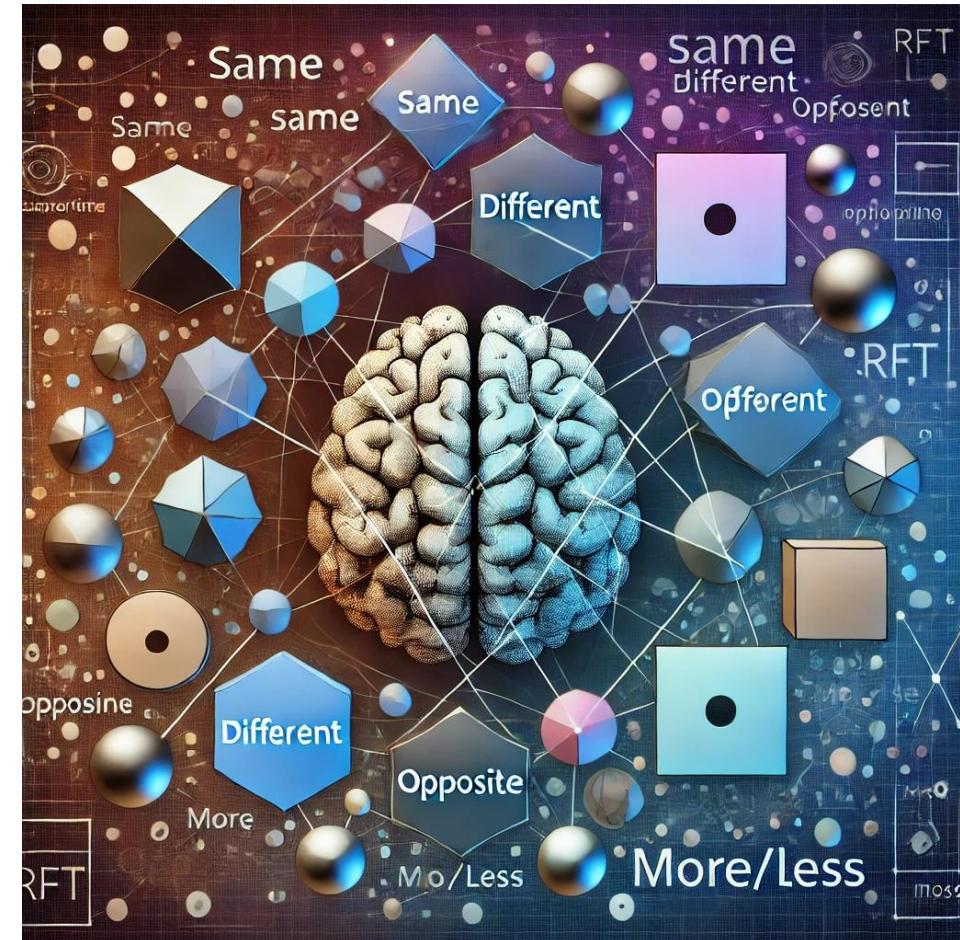


- **روابط متقابل:** اگر A با B مرتبط باشد، پس B نیز با A مرتبط است.
- **روابط انتقالی:** اگر A با B مرتبط باشد و C با B، پس A با C نیز مرتبط خواهد بود.
- **روابط تقویتی:** روابط بین چیزها می‌توانند تحت تأثیر پاداش‌ها و تقویتی‌ها قرار گیرد.

اصول اساسی RFT

• قابلیت تغییر و انعطاف‌پذیری ذهنی:

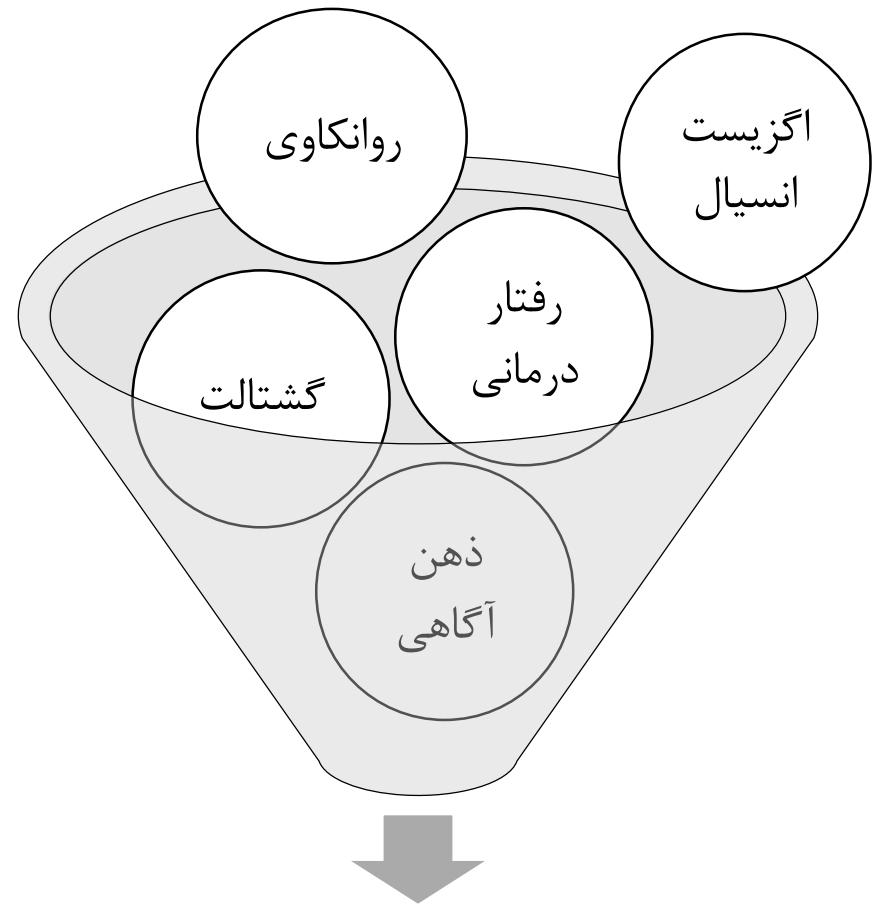
- RFT تاکید دارد که روابط معنایی می‌توانند تغییر کنند و قابل انعطاف هستند. این قابلیت به انسان‌ها این امکان را می‌دهد که به صورت خلاقانه و انعطاف‌پذیر با محیط خود تعامل کنند.



کلیات روان درمانی پذیرش و تعهد

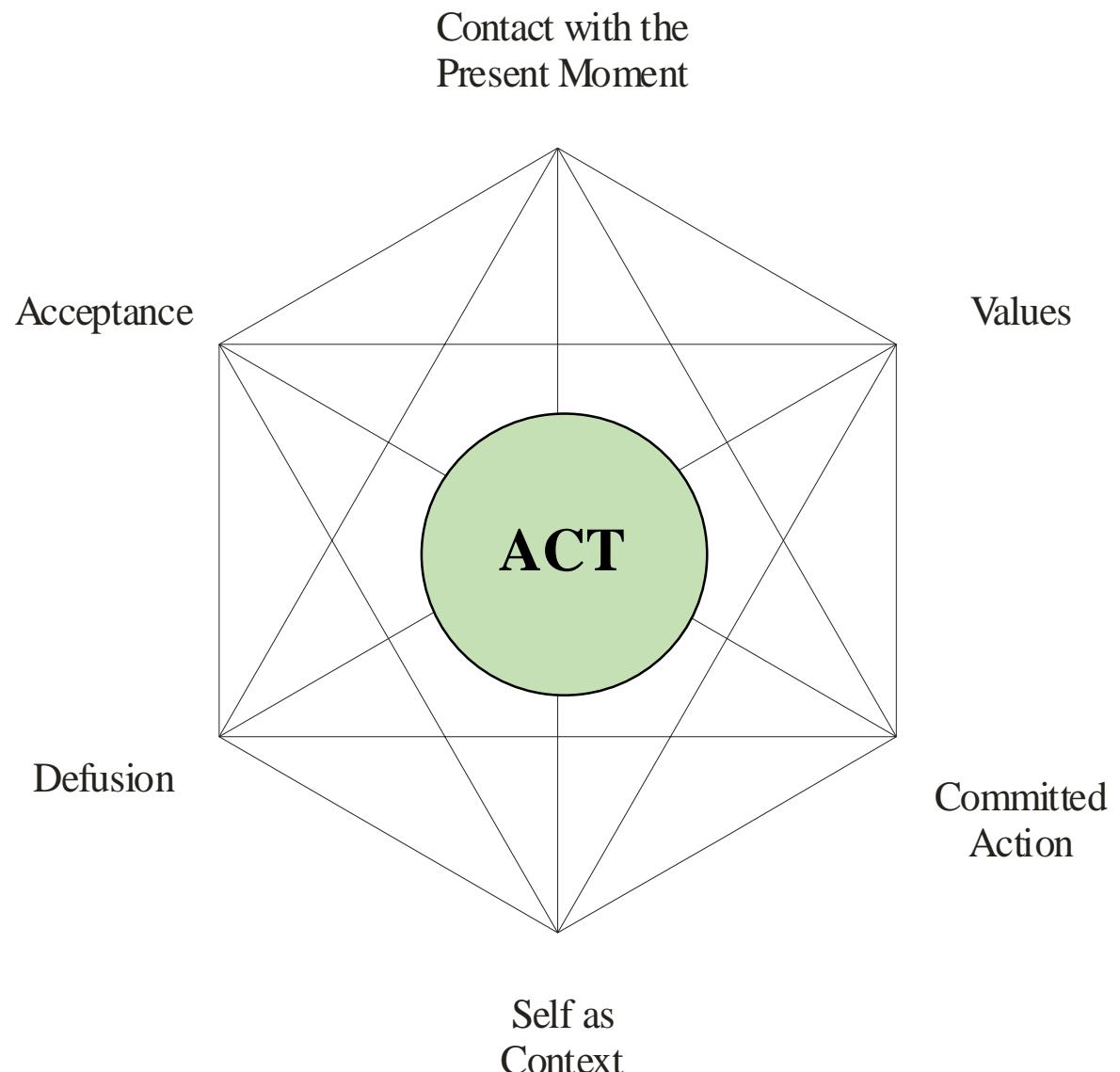


- هدف از زندگی چیست؟
- چرا انسانها برای بهبود شرایط تا این اندازه تلاش می کنند؟
- چرا این همه نگران آینده هستیم و برای آن برنامه ریزی می کنیم؟
- چرا لازم است احساسات و نیازهای خودمان را کنترل کنیم؟
- چرا با همه این تلاش ها به نظر می رسد سایر جانداران از ما انسانها خوشحال تر هستند؟



ACT

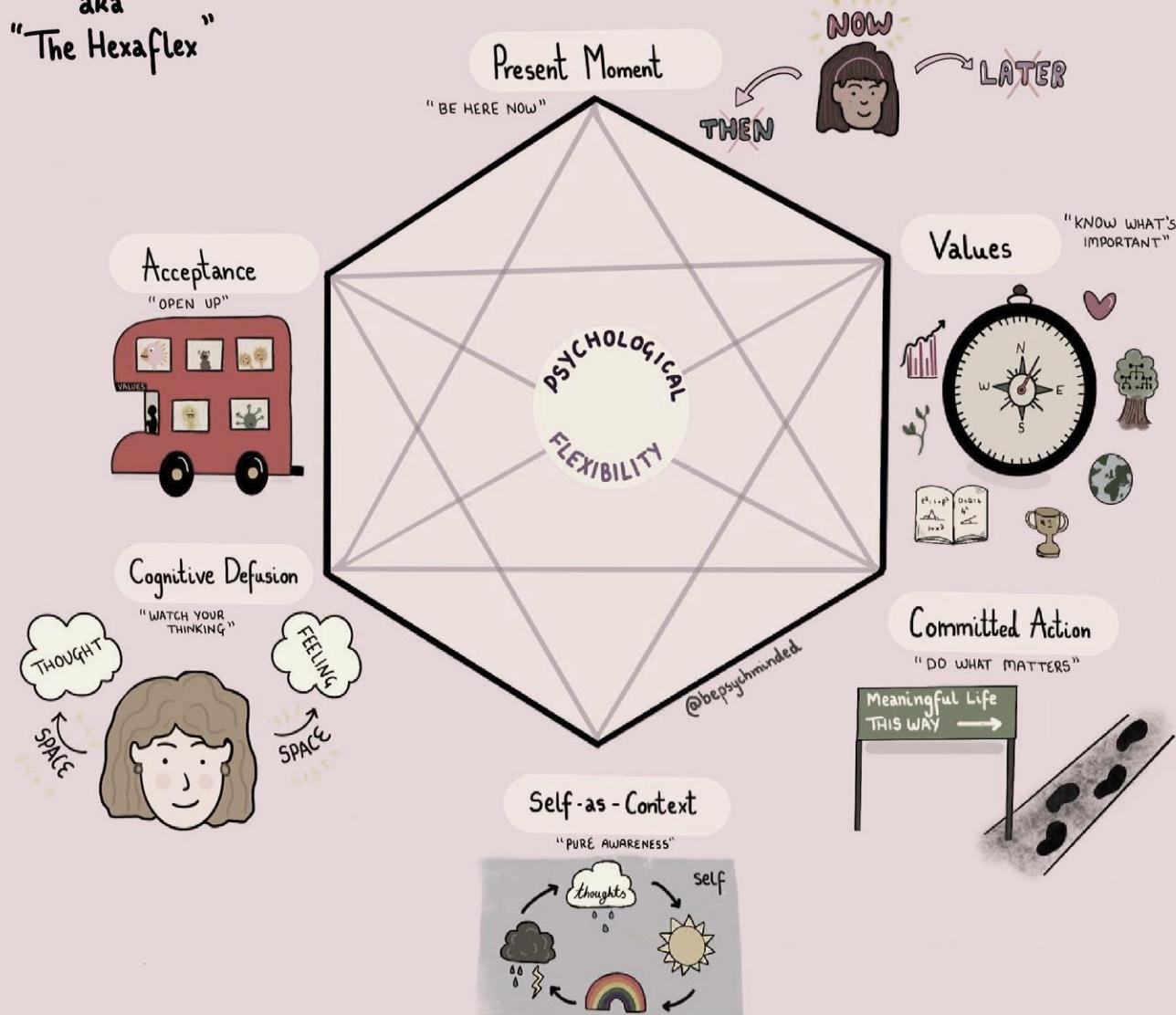
شش مفهوم اصلی ACT



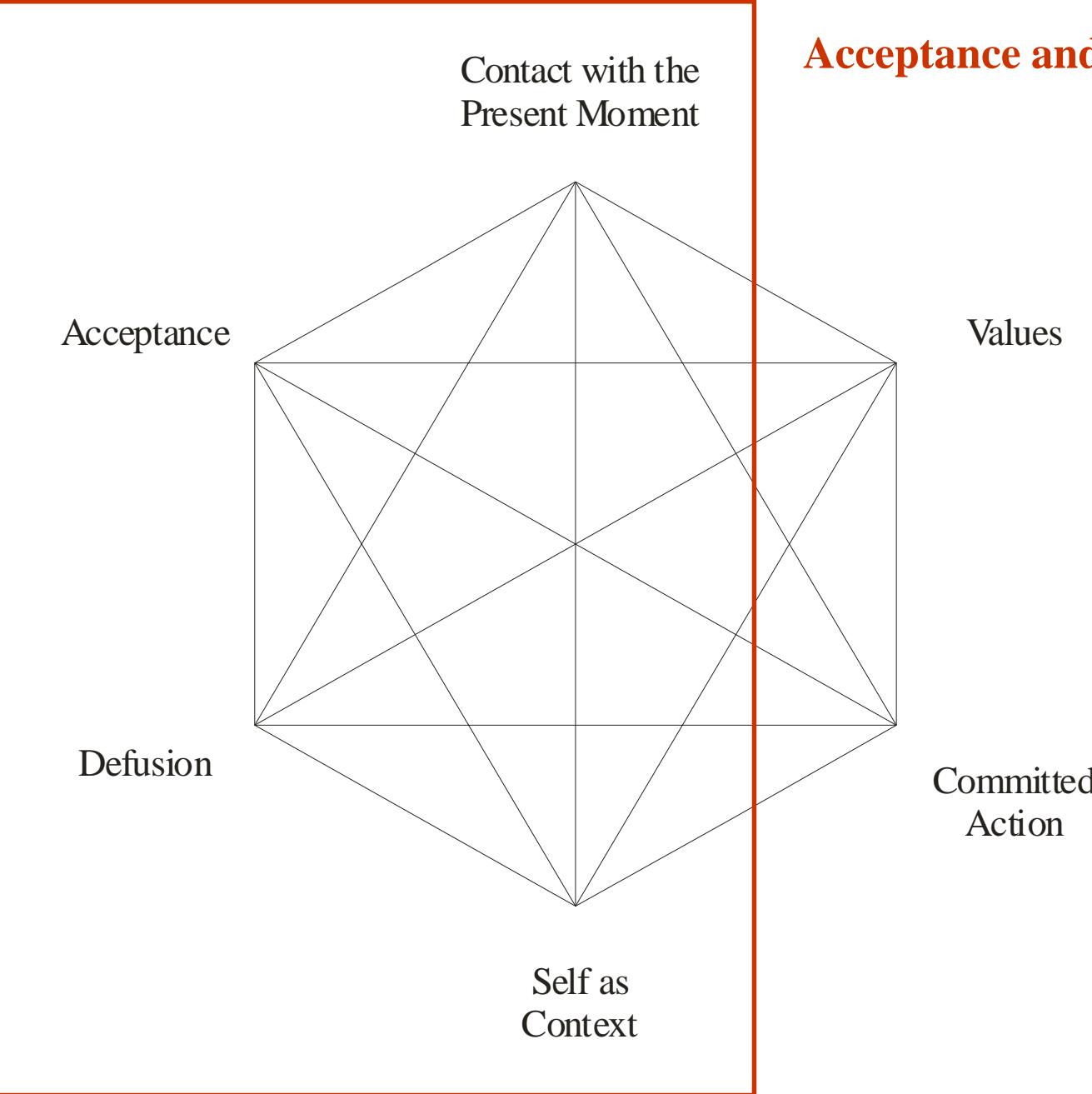
Acceptance & Commitment Therapy

(ACT)
framework

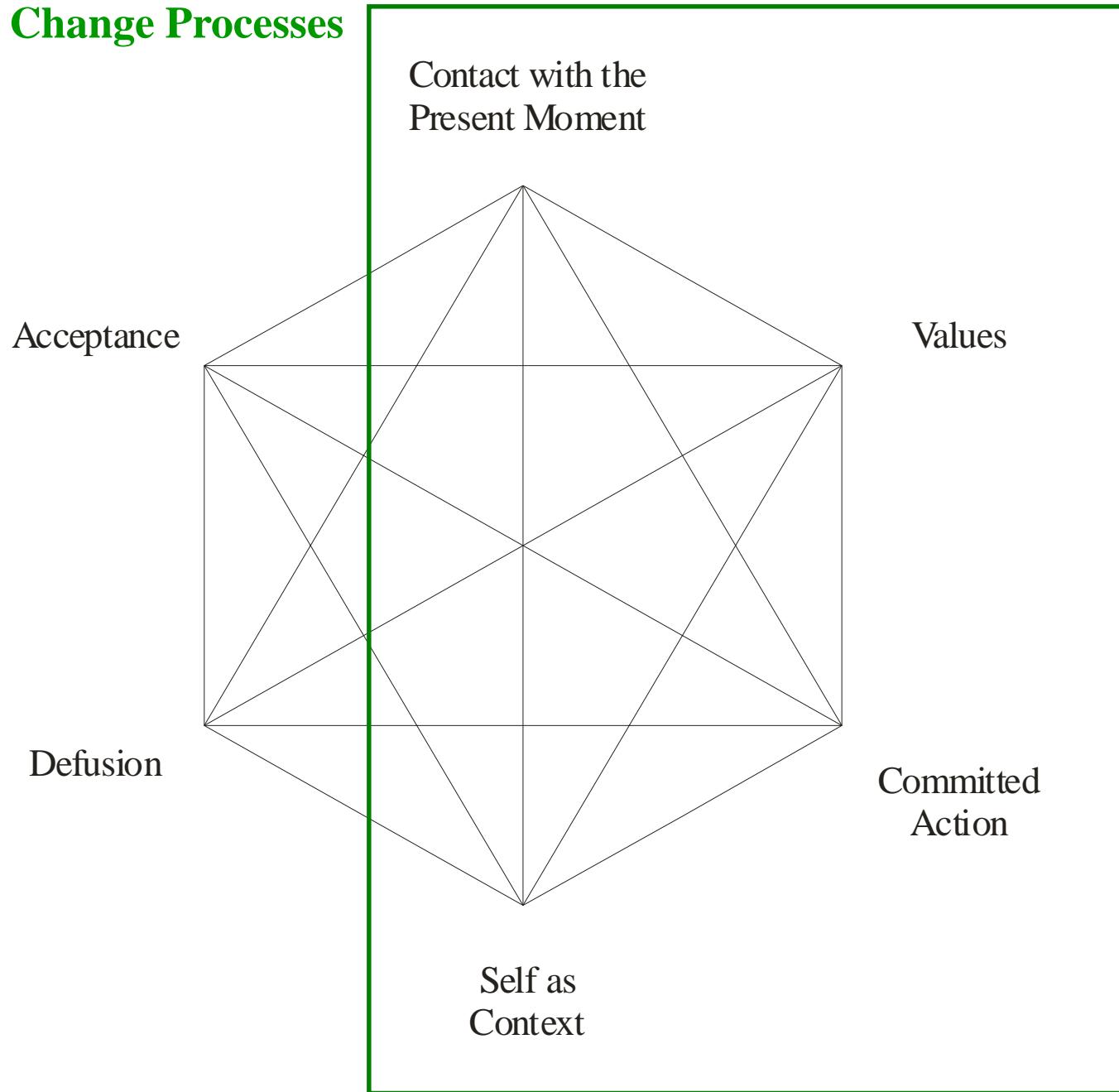
aka
"The Hexaflex"



Acceptance and Mindfulness Processes



Commitment and Behavior Change Processes



انعطاف پذیری روانشناختی

- پذیرش (Acceptance) : پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند به جای تلاش برای تغییر یا اجتناب از آنها.
- گسلش شناختی (Defusion) : جدا کردن خود از افکار و دیدن آنها به عنوان پدیده‌های ذهنی نه واقعیت‌ها.
- حضور در لحظه (Contact With The Present Moment) : تمرکز بر تجربه زمان حال و ارتباط با محیط اطراف به صورت کامل.
- خود به عنوان زمین (Self As Context) : درک خود به عنوان زمینه‌ای که در آن افکار و احساسات رخ می‌دهند.
- ارزش‌ها (Values) : شناسایی و پیگیری ارزش‌های شخصی که به زندگی معنا می‌بخشند.
- اقدام متعهدانه (Committed Action) : انجام اقدامات عملی بر اساس ارزش‌های شخصی حتی در مواجهه با مشکلات.







اجتناب تجربه ای

Experiential Avoidance

- فرد برای فرار یا اجتناب از احساسات و افکار ناخوشایند، اقدامات خاصی انجام می‌دهد یا از موقعیت‌هایی که ممکن است این احساسات را برانگیزند دوری می‌کند.
- ممکن است در کوتاه‌مدت موثر باشد اما در بلندمدت مشکل‌ساز می‌شود، زیرا باعث می‌شود مشکلات حل نشده باقی بمانند و حتی شدت پیدا کنند.

نمونه بالینی

فرض کنید فردی که از اعتیاد به مواد مخدر رنج می‌برد، از رویارویی با احساس شرم و گناه خود اجتناب می‌کند و به مصرف مواد ادامه می‌دهد.

در درمان ACT:

- فرد تشویق می‌شود که این احساسات را به عنوان بخشی از تجربه انسانی خود **بپذیرد**.
- به او آموزش داده می‌شود که چگونه از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، این احساسات را بدون واکنش‌های خودکار **مشاهده کند**.
- سپس، او برای ایجاد یک برنامه عملی که با ارزش‌های ایش (مثلًاً سلامت جسمی یا رابطه با خانواده) هماهنگ باشد، **اقدام می‌کند**.



پذیرش چیست؟

- پذیرش تحمل کردن نیست!
- پذیرش به معنای تسلیم شدن و شکست نیست!

پذیرش **يعنى آگاهى از تجارب درونى**(افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنى) و پذيرفتن فعال آنها، بدون اقدامى برای کاهش آنها و بدون اقدام بر اساس جنبه کلامى آنها.





COGNITIVE DEFUSION

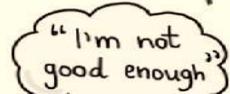
Cognitive Fusion :-



Thoughts are viewed as truths, directives, rules, or threats.



Cognitive Defusion :-



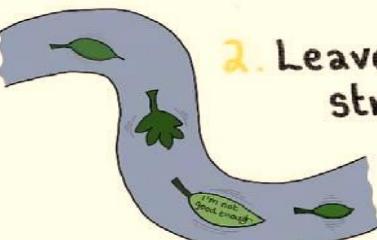
Thoughts are viewed from a distance & do not dictate behaviour.



1. Name the story



Creating Space :-



2. Leaves on a stream



3. Sing it out



تفاوت آمیختگی و گسلش شناختی

	آمیختگی شناختی (Cognitive Fusion)	گسلش شناختی (Cognitive Defusion)
رابطه با افکار	هم ذات‌پنداری و پذیرش افکار به عنوان حقیقت مسلم	مشاهده افکار به عنوان تجربه‌های موقتی ذهنی
تأثیر بر رفتار	افکار رفتار را به طور مستقیم کنترل می‌کنند	رفتار تحت تأثیر ارزش‌ها و اهداف قرار می‌گیرد
انعطاف‌پذیری روانی	کاهش می‌یابد	افزایش می‌یابد





Mindfulness

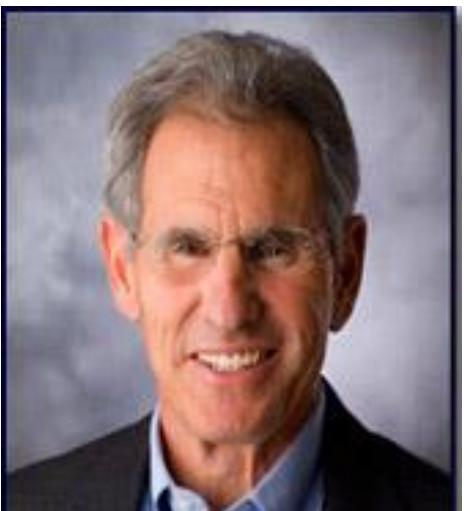
ذهن آگاهی

ریشه‌های باستانی:

- اولین اشاره‌ها به مایندفولنس در **متون بودایی** مانند "ساتیپاتانا سوته" آمده است.
- برای پرورش آگاهی ذهنی و کاهش رنج پیشنهاد شده است.

ورود به غرب:

- در دهه ۱۹۷۰، **جان کابات-زین** مایندفولنس را با مفاهیم علمی ترکیب کرد و برنامه کاهش استرس مبنی بر ذهن‌آگاهی MBSR را توسعه داد.
- کابات-زین مایندفولنس را به عنوان تمرین غیرمذهبی و کاربردی برای درمان دردهای مزمن، استرس، و اضطراب معرفی کرد.



ادغام با درمان‌های روانشناختی:

- در دهه‌های بعد، مایندفولنس به درمان‌های شناختی رفتاری اضافه شد.

کاربرد مایندفولنس در درمان اعتیاد:

۰ کاهش وسوسه:

✓ مایندفولنس کمک می‌کند فرد وسوسه‌های خود را مشاهده کند، بدون این که واکنش خودکار نشان دهد.

۰ افزایش خودآگاهی:

✓ فرد می‌تواند به جای رفتارهای تکانشی، آگاهانه‌تر عمل کند.

۰ پذیرش ناراحتی و رنج:

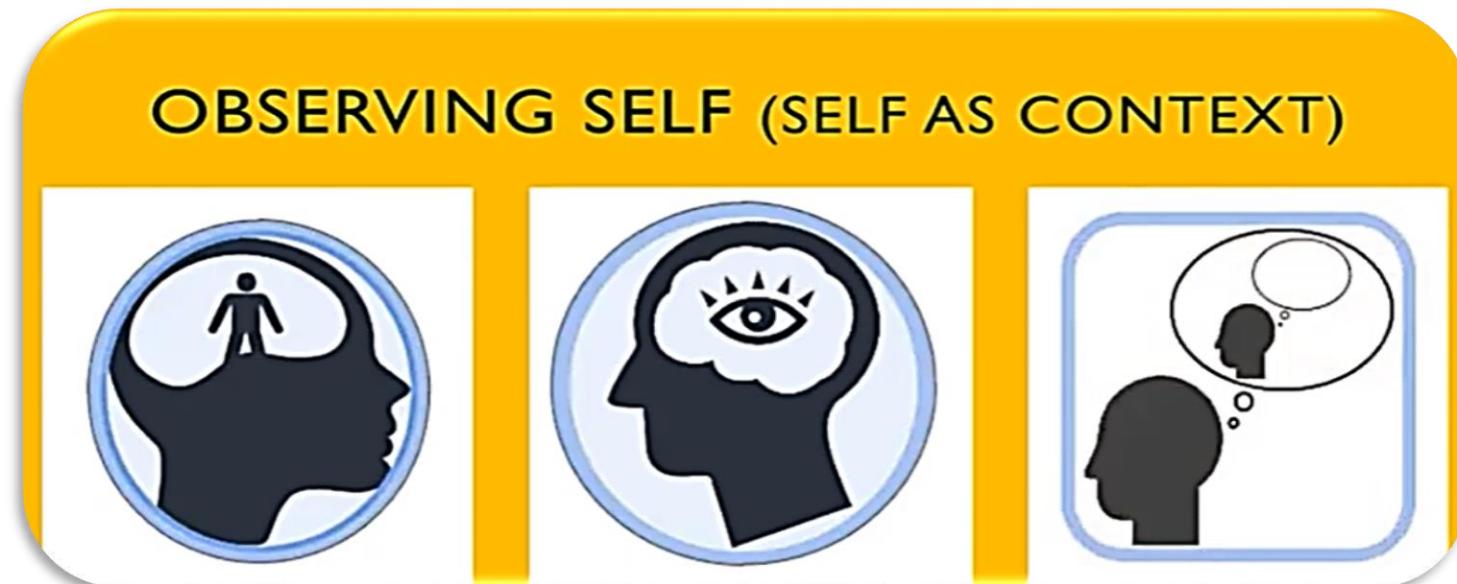
✓ افراد می‌گیرند که احساسات ناخوشایند (مثل استرس یا شرم) را بپذیرند و به آن‌ها اجازه عبور دهند، بدون اینکه به رفتارهای اعتیادی روی آورند.





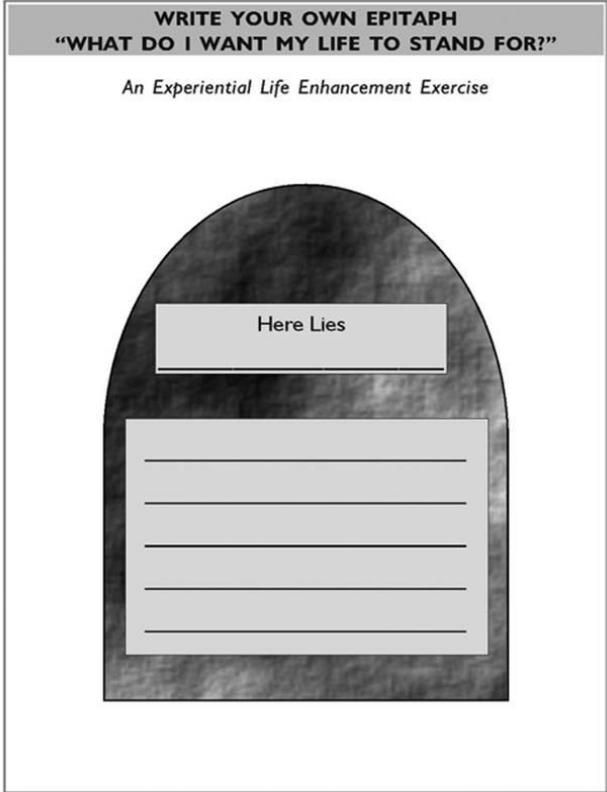
مفهوم خود به عنوان زمینه

- خود مفهوم سازی شده (Conceptualized Self)
- خود به عنوان یک فرایند خود آگاهی پویا (Ongoing Self- Awareness)
- خود مشاهده گر (Observing Self)









ارزش های مراجع

- ارزشها هرگز به صورت کامل محقق نمی شوند و به نهایت نمی رسند
- هرچند این ارزشها به صورت غیرمعمولی در طول زندگی(حتی در بروز مشکلات) حفظ می شوند؛ اما به صورت دائمی قابل وصول باقی نمی مانند
- ارزشها مانند یک شی ملموس نیستند
- ارزشها همانند ستاره قطبی هستند(میتوان با آنها مسیر حرکت را پیدا کرد)
- استعاره: **مراسم تدفین**





عمل به تعهدات

- در اینجا مراجع متوجه شده مشکل عدم موفقیت های قبلی کجاست
- یاد گرفته است **کنترل تجارب ناخوشایند** درونی کارساز نیست
- یاد گرفته است تنها راه برخورد با افکار، احساسات و خاطرات درونی **مواجهه** است
- یاد گرفته است باید **تجربه کند** ولو ناخوشایند باشد
- یاد گرفته است تعیین **ارزشها** به عنوان راهنمای مسیر ضروری است
- حال زمان حرکت است و **مراجع متعهد** میشود در جهت آموخته هایش قدم بردارد و با **موانع احتمالی** مواجه شود.
- **وظیفه درمانگر** هم کمک به او در جهت شناسایی موانع است.

موانع اصلی در عمل به تعهدات

- ACT explains the core of most problems using the **FEAR acronym:**

Fusion with your thoughts.

Evaluation of the experience.

Avoidance of your experience.

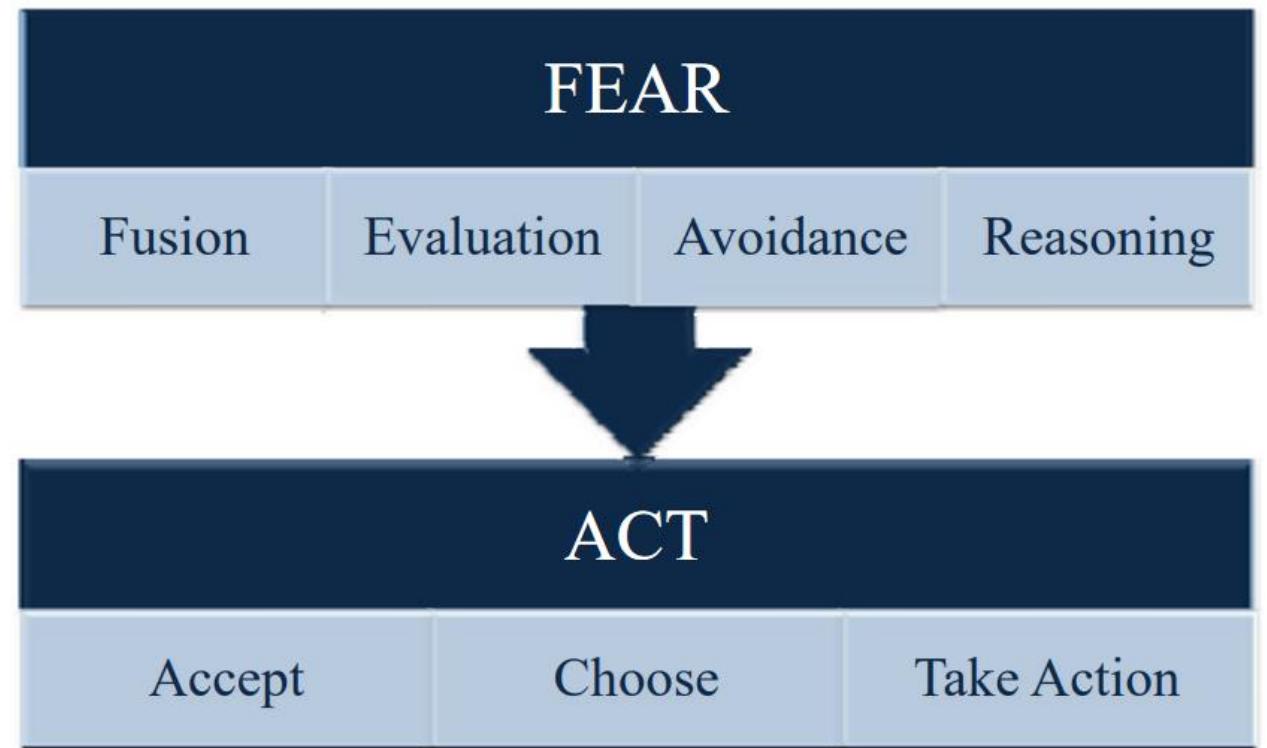
Reasoning for your behavior

- The healthy alternative is to ACT:

Accept your reactions and be present.

Choose a valued direction.

Take action.



وظیفه درمانگر در این مرحله:

- درمان در این بخش به اتمام نرسیده بلکه در مسیر مناسب قرار گرفته است
- مراجع بارها و بارها از این بخش درمان به عقب بازخواهد گشت و مقاومت خواهد نمود
- درمانگر باید آمادگی آن را داشته باشد تا هر بار با صبوری، همدلی و درک شرایط واقعی مراجع او را در ادامه راه یاری کند.

چرا درمان پذیرش و تعهد برای اعیاد می تواند مناسب باشد؟



تفاوت های CBT با ACT

ACT	CBT
این تجرب است(Acceptance) اصل بر پذیرش	کمک به مراجع برای اجتناب(Avoidance) از تجرب ناخوشایند درونی
محوریت بر تجرب شخصی مراجع و ارزشهای(Values) او است	اهداف درمانی توسط درمانگر مشخص می شوند(Goals)
فرد متوجه میشود اغلب پیش بینی هایش واقعیت نداشته(Present)	فرد تشویق می شود تا با استفاده از اتفاقات قبلی آینده را پیش بینی کند
اتصال از موائع بزرگ درمان است(Defusion)	تجارب احساسی قبلی با تجرب فعلی متصل(Fusion) شده اند
افکار از فرد جداست و در وجود او جریان دارد(Self as Context)	به محتوای(Content) افکار، احساسات و خاطرات توجه می شود
انجام بی قید و شرط تعهدات از اصول درمان است(Take Action)	درمانگر هر بار تعیین می کند چه اهداف رفتاری انجام شود

ارتباط درمانگر و مراجع در ACT



اصول جلسات روان درمانی پذیرش و تعهد

- **هدف جلسات:** تکیه حداکثری بر تجربه مراجع است نه آموزش روش درست زندگی
- **شیوه برگزاری:** انفرادی و گروهی
- **طول و تعداد جلسات:** زمان طولانی تر به نسبت سایر روش ها. هفته ای دو جلسه در شروع

رونده و ساختار جلسات



- انجام تست(ادرار. تنفس و...) قبل از شروع جلسه
- تمرینات ذهن آگاهی
- توجه به زمانبندی و موضوعات جلسات
- بررسی مختصر جلسه قبل
- بررسی تمرینات و تکالیف منزل جلسه قبل
- بررسی شکایت فعلی مراجع در این جلسه
- معرفی موضوع بحث جلسه فعلی
- بحث و تمرین
- تکالیف جدید برای جلسه بعد
- جمع بندی جلسه و تاکید بر نکات اصلی جلسه
- تمرین ذهن آگاهی انتهای جلسه

روند کلی مداخله ACT



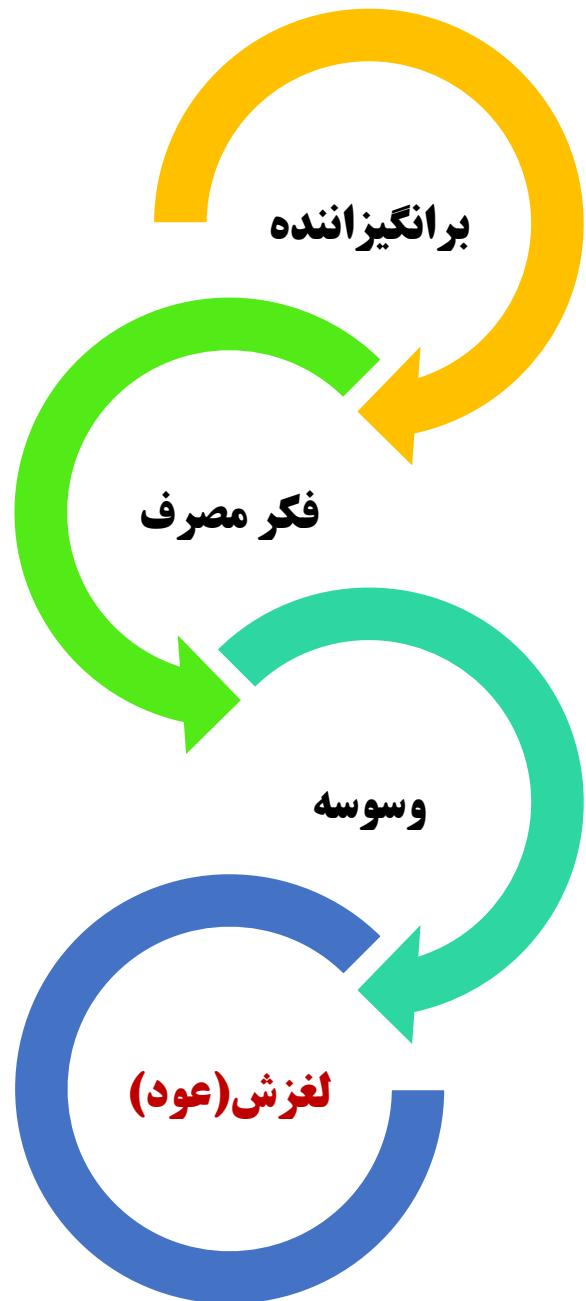
تکنیکهای مورد استفاده	هدف از مداخله	فازهای مداخله
Practice	پذیرش احساسات ناخوشایند و یادگیری مهارتهای لازم برای زندگی با این احساسات	پذیرش احساسات ناخوشایند [جلسات ۱ تا ۳] فاز ۱
metaphor		[جلسات ۴ تا ۷] فاز ۲
mindfulness	شناسایی ارزشها و اهداف مهم در زندگی هر فرد و آموزش مهارتهای لازم برای ارایه یک رفتار منعطف‌تر در زمان بروز احساسات ناخوشایند	
Value guided action		[جلسات ۸ تا ۱۲] فاز ۳
Worksheet		
Specifying goals	کمک به مراجع برای تعهد به تداوم فعالیت در محیط واقعی در جهت رسیدن به ارزش‌های شخصی	

بررسی دلایل مصرف دوباره یا عود

- اغلب بیماران اعتیاد از وضعیت اعتیاد خود ناراضی هستند و آرزوی رهایی از آن را دارند.
- اغلب بیماران تا کنون حداقل از یک روش کاملاً منطقی برای حل مشکل خود استفاده نموده اند.
- افراد دلیل واقعی شروع(یا عود) مصرف مواد را نمی دانند.

درمانگر ACT از نگرانی های بیمار نمی ترسد و در قدم اول لزوماً کمک نمی کند تا آنها رفع گردند!

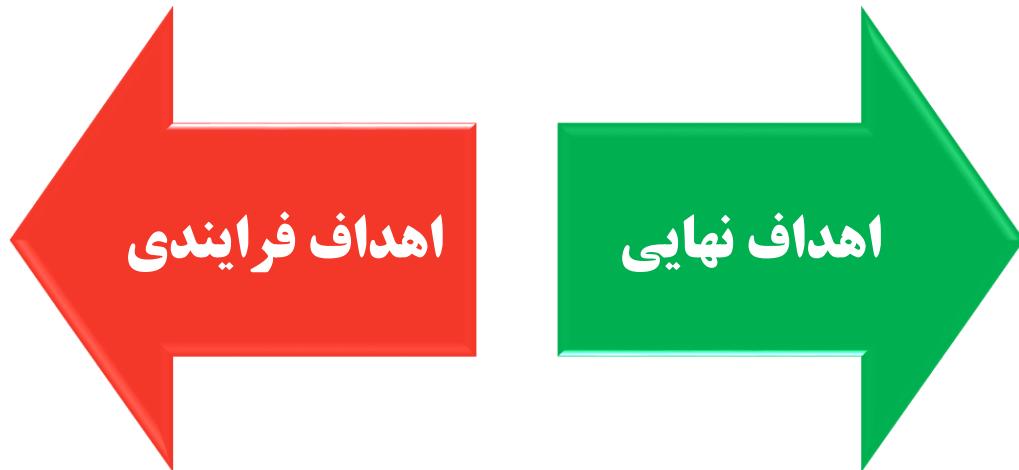
الگوی شناختی رفتاری لغزش(عود)



هدف اولیه مراجع از درمان

- مراجع چرا می خواهد ترک کند؟
- اگر ترک کند چه می شود؟
- با رسیدن به هدف کدام هدف بعدی تامین می شود؟

- اجتناب
- تحمل کردن
- نادیده گرفتن
- مبارزه
- توجیه و دلیل تراشی
- سرزنش خود
- متهم کردن دیگران
- مصرف مواد



انتظارات اولیه مراجع از درمان

دلیل اعتیاد من مشکلات با خانواده، اضطراب، وسوسه، ... است

برای بهبود باید بر مشکلات با خانواده، اضطراب ، وسوسه و... غلبه کنم

با پیدا کردن دلیل این مشکلات می توانم بر آنها غلبه کنم

با رفع این مشکلات اعتیاد من هم بهبود خواهد یافت

ذهن لزوماً واقعیت را نمی‌گوید!

- با اینکه مراجع انگیزه لازم را داشته و زیاد تلاش کرده موفق نبوده!
- اهداف فرایندی به جای اهداف نهایی
- تجربه فرد می‌گوید تلاشش در جهت اهداف فرایندی موفقیت آمیز نبوده
- احساس اینکه ذهنمان فریبمان داده باشد بسیار دردناک است
- همدلی با مراجع در این مرحله نکته درمانی مهمی است

سوالی که دائماً از مراجع پرسیده می‌شود

به کدامیک اعتماد دارید؟

آنچه عملاً اتفاق
می‌افتد!

آنچه ذهستان
میگوید!

گیر افتادن مراجع!

• مرحله نا امیدی خلاق

متافورها:

- بیل زدن در چاله
- گیر افتادن در باطلاق
- صدار نابهنجار میکروفون

The person in the hole



ناکارآمدی کنترل در درمان اعتیاد



- هر چه بیشتر به ما گفته شود که آگاهانه به چیزی فکر نکنیم، مغز ما بیشتر مجبور می‌شود به آن فکر کند. وقتی سعی می‌کنیم یک فکر یا احساسی را سرکوب کنیم، اغلب حتی قوی‌تر بازمی‌گردد.

تفاوت کنترل درونی و بیرونی

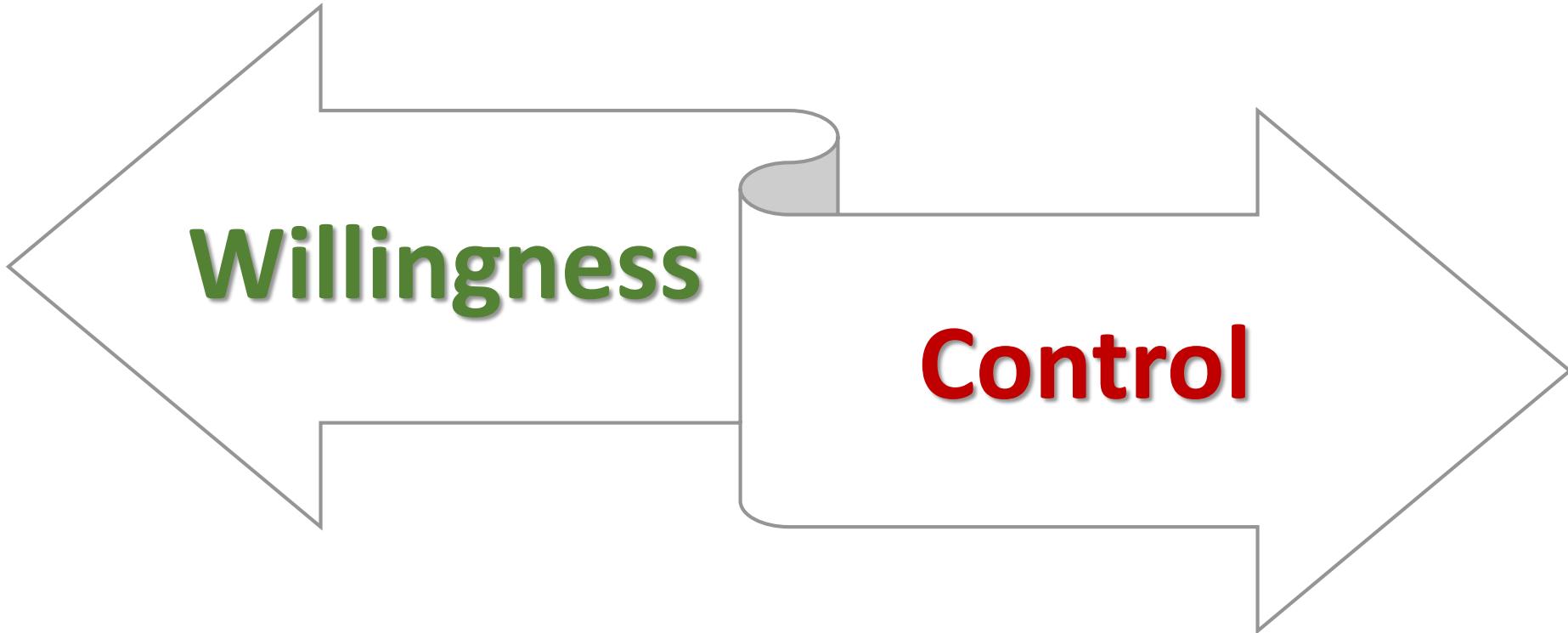
قانون تجارب
دروني

قانون تجارب
بیرونی

Don't think of pink elephants!



جايگزین کنترل در درمان اعتیاد چیست؟



جایگزین کنترل در درمان اعتیاد چیست؟

- قصد کردن یا تمایل (willingness) یا پذیرش فعال تجارب درونی به این معنا نیست مراجع مشکلات را دوست دارد.
- در ACT تمایل یعنی پاسخدهی به رویدادهای درونی به صورت گشوده، غیر دفاعی و انعطاف پذیر.
- موضوع اصلی در ACT کار مکرر با مراجع است تا متمایل به تجربه کردن رویدادهای درونی شود.
- استعاره کلید روشن و خاموش

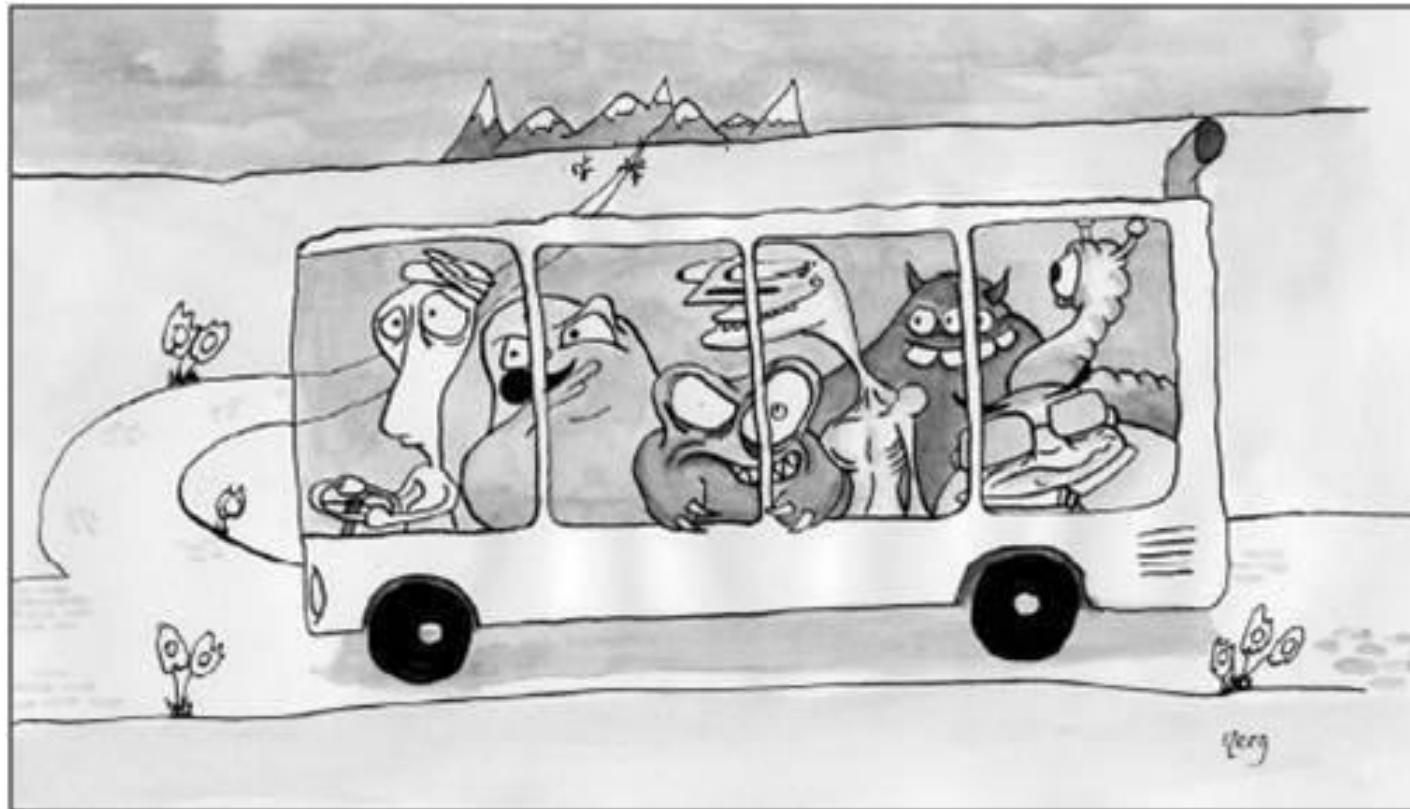


تمثیل / استعاره Metaphor



- اختصاصی و حساسیت برانگیز نیستند.
- بحث منطقی و کلامی نیستند، شبیه تصاویرند.
- تشابیه و استعارات به راحتی در خاطر می مانند.
- سوء استفاده از تشابیه و استعارات، کمک کننده نیست.
- از هر استعاره جدید و مناسب اسقبال می گردد.

Passengers on the Bus metaphor



The Quicksand metaphor



tug of war with a monster metaphor



The Chinese Finger Trap metaphor



با تشکر از توجه شما



وسوسه و برانگیزاننده ها

Craving & Triggers

مهری نوری

روانشناس مرکز ملی مطالعات اعتیاد

- وسوسه احساس ذهنی (مانند برانگیختگی جسمانی/عاطفی نیاز و میل) خواستن برای روان شناختی که بوسیله دارو ها ایجاد می شود. (بک 1992/گودرزی 1380) دستیابی به حالتی
- سازمان جهانی بهداشت (1375) وسوسه :میل به تجربه اثرات مواد مخدر که قبلا تجربه شده است تعریف کرده است و وسوسه را به دو نوع فیزیولوژیک و روان شناختی تقسیم می کند.
- ICD10 نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی لحاظ کرده است.

تعريف وسوسه

- وسوسه: تجربه درونی برای میل به مصرف مواد و یا انجام یک فعال است.
- در واقع این تعریفی است که انجمنهای اعتیادی و روانپزشکی روی متفق القول هستند.
- وسوسه اولین بار واژه اش در رابطه با الکلیها به کار برده شد.
- که میگه الکلیک هسته‌ی اصلیش وسوسه است. Elvin jellinek

در تعریف وسوسه سه نکته داریم :

1- وسوسه باید آگاهانه باشد یعنی اینکه باید آگاهانه تجربه شود یعنی میل و کششی دارم که به آن آگاه هستم.

2- معطوف به انجام یک فعل یا یک عمل باشد یعنی بداند چی می خواهد (یعنی من دلم الان شیشه یا هرویین می خواهد) نه اینکه فقط دلم یک چیز مبهم میخواهد تا حالم خوب شود.

3- چطور می توانیم وسوسه را اندازه گیری کنیم : وسوسه فعلا به صورت ذهنی subjective (اندازه گیری می شود که ساده ترین روش آن به صورت لیکرت است (یعنی از 1 تا 10 به من بگو چقدر وسوسه داری.

تجربه وسوسه

- تجربه وسوسه می تواند در افراد متفاوت باشد :

1- جسمی یا سوماتیک : من الان حسی در معده ام دارم یا مزه اش داخل دهانم آمد یا دهانم تلخ میشود یا بوشو حس میکنم یا قلبم تند می زند.

2- شناختی : من نمی توانم فکر آنرا از سرم بیرون بیاورم.

3- عاطفی : من کسلم / غمگینم / خوشحالم

نکته

وسوشه پدیده واحد و یکسانی نیست بلکه بسته به فرد و موقعیت کاملا متفاوت ظاهر می شود.

۲ بع وسوسه

۱- وسوسه تونیک : یعنی همیشه و ممتد است و یک حد پایه دارد (مثل وسوسه بلا فاصله بعد از قطع مصرف)

۲- وسوسه فازیک : ادواری و منقطع است (مثل وسوسه وابسته به نشانه یا شروع کننده)

5 نوع وسوسه داریم :

1- وسوسه قطع مصرف

2- وسوسه وابسته به نشانه

3- وسوسه ناشی از حس بد

4- وسوسه ناشی از لذت و سرخوشی

5- وسوسه مربوط به انتظار مصرف

1 - وسوسه قطع مصرف

- بلاfacله بعد از قطع ناگهانی مواد اتفاق می افتد.
- این وسوسه متعاقب قطع مصرف و کم شدن آن ماده مصرفی در بدن و خون ایجاد میشود.(مثلًا شیشه ای می گوید وقتی شیشه را قطع کردم دلم هی شیشه می خواست)
- این نوع وسوسه سیر نزولی و یکنواخت دارد (با گذشت زمان سریعا بر طرف میشود)
- دوره اش حدودا 10 الی 12 هفته میباشد.

2- وسوسه وابسته به نشانه

- فرد می گوید یه وسوسه عمومی مصرف مواد دارم ولی یک زمانی (شروع کننده) (شدید می شود).

- وسوسه های وابسته به نشانه یکی از زمینه ساز های عود هستند.

- طبق تحقیقات هر چه قدر فرد در معرض شروع کننده ها امکان عود 2 الی 3 برابر افزایش می یابد.

تعریف شروع کننده ها

- شروع کننده ها عبارتند از محل ها ، اشخاص، اشیاء، موقعیت ها و یا شرایط درونی یا بیرونی هستند که میل و وسوسه در فرد زنده می کنند.

2- نوع شروع کننده داریم :
1- شروع کننده بیرونی
2- شروع کننده درونی

- پس اجتناب از شروع کننده ها می تواند فرد را در مقابل لغزش و عود ایمن کند.

- پدیده و سوسه ناخودآگاه است.

- طبق تحقیقات می گویند حتی اگر فرد متوجه شروع کننده نشود چون ناخودآگاه است باعث می شود فرد در معرض عود قرار گیرد.

مشروع کنده»»» فکر مواد»»» و سوسه»»» مصرف مواد

3- وسوسه ناشی از حس بد

- وقتی فرد اضطراب و استرس داره یا خلق پایین دارد اندوه و غم و کسلی و به بطور کلی هیجانات منفی دارد بیشتر و وسوسه میشود.
- پس غم و اندوه یکی از شروع کننده های (درونی) وسوسه در افراد است .

4- وسوسه ناشی از لذت و سرخوشی

- وقتی افراد خیلی حس موفقیت و شادکامی، خوشحالی ناگهانی می کنند بیشتر وسوسه می شوند. (ابر های صورتی)

در واقع این مسله با تنظیم هیجانی ارتباط دارد و اینکه معتادان قدرت تنظیم این نوسانات هیجانی را ندارد.

5- وسوسه مربوط به انتظار مصرف

- یعنی هر چه به زمان موعد مصرف نزدیک می شود فرد وسوسه اش بیشتر می شود.
- پس این نیست که از آخرین مصرف فرد چقدر گذشته است بلکه به این است به این است که به مصرف بعدی فرد چقدر مانده است.
- میزان وسوسه نه به سطح ماده مصرفی بلکه به نزدیک شدن به زمان مصرف مرتبط است.

- ماهیت وسوسه انتظار مصرف مثل تشنگی نیست .
- مثال : یعنی اگر قرار است فرد ساعت 11 شب مصرف کند از 1 الى 2 قبل از مصرف وسوسه اش شروع و زیاد می شود.

- وسوسه ممکن است قوی باشد ولی می تواند ، منجر به مصرف نشود.
- بیمار می تواند وسوسه را کنترل و هدایت کند که منجر به مصرف مواد نشود.
- به طور معمول وسوسه با موج شدید اقیانوس شبیه سازی می شود:
 - موج ممکن است خیلی قوی بزرگ باشد.
 - همه چیز را میشورد و رد میشود.
 - با حضور باد بیشتر می شود.

نقش مشاور

- گاهی بیماران با اصطلاح(وسوسه) آشنا نیستند و ممکن است از اصطلاحات دیگر استفاده نمایند.
- مفهوم وسوسه با بیمار بحث شود.

مقابله با وسوسه

- بسیاری از مراجعان بر این باورند زمانی که وسوسه مواد آغاز می شود، مصرف مواد در آنها غیر قابل اجتناب و کنترل خواهد بود.
- معمولاً با شروع وسوسه فرد نسبت به آن تسلیم شده و فوراً مصرف مواد را آغاز می کند.
- در درمان شناختی رفتاری مهم است به مراجع ابزاری برای مقابله در برابر وسوسه داده شود.

مشاور باید به بیمار منتقل کند که :

- وسوسه را تجربه خواهد کرد.
- ولی باید شناسایی شود .
- که منجر به مصرف نشود.

راهبردهای مقابله با وسوسه

- 1- به تأخیر انداختن
- 2- حواس پرتی
- 3- درگیر شدن در فعالیتهای غیر مرتبط با مواد
- 4- صحبت درباره وسوسه
- 5- سوار شدن بر وسوسه
- 6- توقف فکر
- 7- تکنیک کش
- 8- تکنیک پخ

9- صحبت با خود

10- تماس با دوست سالم یا مشاور

11- دعا و نیایش

نکته

- بیماران با فشار اجتماعی رو برو می شوند.
- سایر معتادان علاقه ندارند، بیماران بهبود پاییند چون پاد آور شکست و ناتوانی و..... آنها خواهند شد.
- پس به بیمار حداقل فشار را وارد می کنند. فشار ممکن است آشکار یا پنهان باشد.

چند راهبرد برای مقابله با فشار اجتماعی

- افراد موقعیت پر خطر و فشار آور را شناسایی کنند.
- در صورت پیشنهاد به افراد بگویید با مصرف مواد مشکل دارید.
- بدون دادن توضیح اضافی پیشنهاد آنها را به سادگی رد کنید.
- به آنها بگویید امروز مواد مصرف نمی کنید.
- به او بگویید به شما مواد پیشنهاد نکند.
- اگر دچار اضطراب شدیدبهرتر است آن موقعیت را ترک کنید.

- نسبت به مصرف سایر مواد حساس باشد.

راهبردهای رفتاری مقابله با وسوسه

- تماس با دوست یا راهنما
- رفتن به گروه های خودیاری
- انجام بعضی تمرینات ورزشی
- مطالعه به ویژه راجع بهبودی
- ماندن در کنار افراد سالم
- مشغول کردن خود
- منحرف کردن با انجام بعضی فعالیتها

راهبرد های شناختی و سوشه

- یاد آوری اینکه وسوسه گذارست .
- مثبت فکر کردن و اینکه میتوان بر وسوسه چیره شد .
- دعا و نیاپش و کسب کمک و توانایی از قدرت برتر
- صحبت با خود راجع وسوسه

جدول هفتگی ارزیابی وسوسه

تاریخ و زمان	موقعیت ، افکار و احساسات	شدت وسوسه 1 تا 100	طوال مدت وسوسه	چگونه کنار آمدم

ثبت روزانه وسوسه

تاریخ و زمان	موقعیت ، افکار و احساسات	شدت وسوسه از 1 تا 100	طول مدت وسوسه	چگونه کنار آدمم
پنجشنبه 2 بعدالظهر	با صاحبکارم درگیر شدم و عصبانی شدم	75	20 دقیقه	با خانه تماس گرفتم با همسرم صحبت کردم
پنجشنبه 7 عصر	خونه دوستم دیدن شیشه ویسکی / حالم بد شد / دلم خواست	80	45 دقیقه	رفتم حیاط چند تا توپ زدم
جمعه 10 شب	تلویزیون می دیدم حوالله ام سر رفت	60	25 دقیقه	یک دوری زدم زودتر رفتم خوابیدم

با تشکر از صبوری شما