

روان‌درمانی اختلالات وابسته به اعتیاد

دکتر سیدحمید آتش‌پور^۱ / دکتر اصغر آقایی^۲ / دکتر محسن گلپور^۳

چکیده:

با تکیه به اصول اولیه روان‌درمانی اعتیاد اهداف آنرا از دیدگاه‌های مختلف بررسی می‌کند. روشهای روان‌درمانی را برای غلبه بر مشکل اعتیاد نشان می‌دهد. و شیوه‌ها تسهیل فرآیند درمان و بهبودی را جستجو می‌کند و با اشاره به درمانهای شناختی - رفتاری، بینش‌مدار اصول متفاوتی را برای کار با معتادین و خانواده‌های آنها برشماری می‌کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی، اعتیاد، اختلالات وابسته به اعتیاد

روان‌درمانی و اعتیاد را می‌توان دارای وضعیتی پیچیده و مشابه دانست. برخی این عقیده را ترویج می‌کنند که هر ارتباط کلامی^۴ نوعی روان‌درمانی یا مشاوره است. و بسیاری از رفتارها را با توجه به عادت‌های بودن آنها در طبقه اعتیاد جای می‌دهند. حقایق نهفته در ابهامات مفهومی روان‌درمانی و اعتیاد، برای حرفه‌های بهداشت روانی^۵ حائز اهمیت بسیار است. زیرا با درک حقایق، امکان یاری‌رسانی به معتاد مواد مخدر و الکل افزایش خواهد یافت. مشاوره و روان‌درمانی بر نوع خاصی از ارتباط که در یک سوی آن فرد متخصصی قرار دارد و در سوی دیگر آن بیمار یا مراجع‌کننده‌ای که محتاج یاری‌رسانی حرفه‌ای است، تکیه می‌کند: روان‌درمانی روشی درمانی برای کمک به بیماران روانی یا افراد دارای اختلال رفتاری است که در آن یک شخص آموزش دیده که بالینگر نام دارد با بیمار یا درمانجو قرار دادی تخصصی برقرار می‌کند و از طریق ارتباط درمسانی معین، چه به صورت کلامی و چه به صورت

^۱اعضا هیئت علمی گروه روانشناس دانشگاه آزاد واحد خوراسگان
^۲اعضا هیئت علمی، گروه روانشناس دانشگاه آزاد واحد خوراسگان
^۳اعضا هیئت علمی، گروه روانشناس دانشگاه آزاد واحد خوراسگان

^۴Verbal Communication

^۵Mental Health

غیرکلامی، تلاش می‌کند تا اختلال عاطفی یا رفتاری را تخفیف دهد، الگوهای رفتار غیرانطباقی را تغییر و رشد شخصیت را تشویق و تسهیل نماید (کاپلان و سادوک، ترجمه دهگانپور و همکاران ۱۳۷۴)

بر این اساس رواندرمانی متفاوت از دارودرمانی است اما برای درمان معتادین می‌تواند همزمان با دارودرمانی به کارگرفته شود و درمان ترکیبی را برای کمک به معتادین به وجود آورد. رواندرمانی به عنوان شکلها از درمانهای پیشی^۱ یا درمانهای رفتاری - شناختی^۲ و یا اشکال دیگر تلاشهای حرفه‌ای، هدف مشترکی را دنبال می‌کنند و آن، جلوگیری از بازگشت و عود بیماری اعتیاد می‌باشد (گورسکی^۳، ۱۹۹۴) اعتیاد نیز به عنوان مصرف الکل یا مواد مخدر و یا هر ماده‌ای است که منجر به از دست دادن کنترل شده و علیرغم زیانهای که برای فرد از جنبه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، متوقف ساختن مصرف آن با شکست روبرو می‌شود. در شرایط اعتیاد یک نوع دو سوگرایی در مصرف یا عدم مصرف ماده مخدر یا الکل وجود دارد که تا حدی فرد را گمراه نموده و منجر به کارگیری مکانیزم دفاعی انکار میشود.

اعتیاد از زاویه‌ای دیگر اختلال در سیستم پاداش‌دهی مغز^۴ است که لذت و درد را کنترل می‌کند یک فرد معتاد به دنبال لذت و تسکین درد و درماندگی خود از مواد مخدر استفاده می‌کند، اما بیماری و اعتیاد فرد به صورت چاره‌ناپذیری از لحاظ فردی به رنجی دردناک تبدیل شده و از لحاظ خانوادگی و اجتماعی گاهی به دیگران و اطرافیان به نحو بازگشت‌ناپذیری آسیب می‌رساند. (دو پوند و مک گاورن ۱۹۹۲) رواندرمانی اعتیاد هنگامی موفقیت‌آمیز خواهد بود که حرفه‌های بهداشت روانی به صورت یکپارچه برای کمک به معتادین فعالیت نموده و مشکلات آنها را حل کرده و زندگی بهتری را در زمینه‌های مختلف و خصوصاً روابط اجتماعی (به لحاظ حرفه‌ای) ایجاد نمایند.

اصول اولیه: رواندرمانی به عنوان یک درمان حرفه‌ای، معتادین، را در کلیت خود و به صورت یک کل نگرسته و آنها را دارای تاریخچه نیازهای ویژه‌ای میداند و تنها در محدوده اعتیادشان مورد توجه قرار نمی‌دهد. در چنین کلیتی، رواندرمانگر نیز جزیی از ساختار درمان

^۱Insight - Oriented

^۲(CBT) Cognitive Behavioral Therapy

^۳Gorsk

^۴Brain's Reward System

قلمداد می‌شود. در این ساختار، ارتباط، چهره به چهره و فرد با فرد است که با دریافت کمک‌های حرفه‌ای از بیماری اعتیاد رهایی امکان‌پذیر شود. روان‌درمانی، بیماران معتاد را قادر می‌سازد تا داستان زندگی و فرآیند خودشدن خود را بازگو کنند. در این خودبازگویی صحبت‌ها شنیده می‌شود، حرف‌ها زده می‌شود و طرحی برای بازسازی مجدد ریخته می‌شود. تاریخچه زندگی و نیازهای فرد معتاد عناصر اصلی و مواد اولیه روان‌درمانی اعتیاد می‌باشد.

اهداف روان‌درمانی اعتیاد

از زمانی که این اندیشه نضج گرفت که اعتیاد اکثر افراد ریشه در مسائل روانشناختی آنها داشته و علامتی از اختلالات هیجانی اساسی است. روان‌درمانگران به آن علاقمند شدند. ایده بنیادی روش‌های روان‌پویایی در درمان معتادین بررسی و درمان تعارض‌های روانی^۱ بوده است و این اعتقاد قوی وجود داشته که با رفع تعارض‌های مذکور، اعتیاد نیز به عنوان یک علامت رفع خواهد شد. بر مبنای این رویکرد، هنگامی که اعتیاد معتادین به مواد مخدر بدون دستکاری هیجانات مشکل‌ساز آنها درمان می‌شود، میتوان این اطمینان را داشت که بازگشت اعتیاد امری مسلم بوده و چنانچه حتی اعتیاد به مواد سابق هم بروز نماید، می‌توان ناظر مشکلات اعتیادی دیگری را داشت، دیدگاه روان‌پویایی در عرصه روان‌درمانی اعتیاد برای دو دهه دیدگاهی غالب و نوید بخش بود. اما رویکرد مذکور در حال حاضر چندین طرفداری در خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی معتادین ندارد زیرا اثر بخشی آن به شدت زیر سوال رفته است. با زیر سوال رفتن تاثیر درمان روان‌پویایی، روش‌های آن از سطح حرفه‌ای به سطوحی غیرتخصصی در جامعه کشانده شد و هم اکنون در بحث‌های مربوط به اعتیاد، همچنان مورد توجه قرار می‌گیرد. اهداف جدیدی که توسط رویکردهای غیرروان‌پویایی مطرح شد مبتنی بر مسائل مشخص‌تری است. عمده‌ترین اهداف درمانی روان‌درمانی‌های غیر فرویدی و نئوفرویدی بر این موضوع تاکید دارد که فرد معتاد بفهمد "چه چیزی اشتباه است"^۲ و اینکه بیاموزد "در رابطه با اشتباه خود چه بکند" نه اینکه تضاد و تعارض اساسی را کشف کرده و در سطح روانشناختی آن را حل نماید. در چنین رویکرد کاربردی روان‌درمانگر راهنما، مربی^۳ و معلمی^۴ است که به صورتی مشارکتی با شخص معتاد کار می‌کند تا اهداف مشترکی را تدوین و در نهایت براساس برنامه‌های تدوین

^۱Psychic Conflicts

^۲What's wrong

^۳Coach

^۴Teacher

شده بر اعتیاد غلبه نماید. باور موجود در قرار داد تخصصی فی‌مابین درمانگر و معتاد است که: "من (درمانگر) دانش و تجربیات تخصصی دارم که شاید برای شما (به عنوان یک معتاد) در تلاشهایی که برای غلبه بر اعتیاد خود می‌کنید مفید باشد. شاید با کمک یکدیگر (درمانگر و معتاد) بتوانیم این احساس ارزشمند را ایجاد کنیم که بر زندگیتان کنترل بیشتری داشته باشید. بنابراین هر چیزی که برایتان مفید است را حفظ و بقیه را کنار بگذاریم."

رویکرد مذکور در درمان اعتیاد از رویکرد روان‌پویایی کاملاً متمایز است. اگر روان‌پویایی سستی هدف خود را تحلیل یک یا چند تعارض عاطفی اساسی فرض شده می‌دانسته است، هدف رویکردهای کاربردی‌تر، آموزش معتادی غلبه بر عملکردهای ناموفق خود و ایجاد مهارتهای لازم برای غلبه بر اعتیاد میباشد. بی‌تردید رویکردهای مذکور از یافته‌های روان‌درمانگران سستی که به طریق روان‌پویایی تعلیم دیده‌اند استفاده‌های فراوانی نموده است. این نوع روان‌درمانی‌ها به صورت کوتاه مدت و بلند مدت و در اشکال فردی و گروهی و در بیمارستانها، مراکز کارآموزی، اقامتگاههای نیمه راه و کلینیکهای ترک اعتیاد به راحتی اجرا می‌گردند. روشهای آن برای درمان اعتیاد ساختاری مشخص و قابل فهم داشته و به صورتی مدون در اختیار مشاوران و درمانگران مراکز بهداشت روانی قرار می‌گیرد. (خانتزین و ماک ۱۹۸۹، سرویس خدمات انسانی و سلامتی ۱۹۸۲)

روشهای رواندرمانی برای غلبه بر مشکل اعتیاد

قاعده‌های اولیه، در شرایط کنونی رواندرمانی‌های افراد معتاد، به شرح زیر مورد توجه قرار گرفته است:

- ۱) همانگونه که انسانهای مختلف و گوناگون می‌باشند معتادین نیز دارای تنوع‌های بسیاری هستند. این افراد نیازهای متفاوتی داشته و به همین علت نه تنها یک روش منحصر به فرد برای درمان همه معتادین نمی‌توان یافت بلکه اکتفا به روش خاصی نیز نمی‌تواند در طولانی مدت به همه نیازهای یک فرد معتاد پاسخ دهد. به همین منظور دیدگاه و رویکردهای متفاوتی مورد نیاز است تا تاثیر رواندرمانی را توسعه بخشد.
- ۲) اعتیاد یک بیماری صعب‌العلاج است. رواندرمانی معتادین نیاز به صبر و مقاومت داشته و به منظور رسیدن به یک بهبودی پایدار محتاج امید و فداکاریست. گذشته از همه مسائل، یک نیاز اساسی وجود دارد که رابطه‌ای معنابخش بین معتاد و اعتیاد خانواده‌اش برقرار شود. اگر کمکهای روانشناختی برای بهبود این وضعیت به یک تلاش طولانی تبدیل

نشود، بعید است که موفقیتی نصیب معناد و درمانگر (هر دو) بشود. اقدامات کوتاه مدت می‌بایست واجد شیوه‌های دم‌دستی^۱ باشد تا جهت‌گیریهای تازه‌ای را ایجاد نماید.

۳) در مطالعات کنترل شده هیچ یک از اشکال روان‌درمانی کاملاً مورد تایید قرار نگرفته‌اند. ادعا آن است که تجربیات بالینی بیش از آزمایش‌های کنترل شده بالینی، بر تاثیر طولانی مدت روش‌های مختلف درمانی صحت می‌گذارد. بنابراین می‌توان ادعا کرد که هیچ شیوه‌ای در بلند مدت برای همه گروه‌های معنادین کارساز نخواهد بود بلکه هر کدام، بسته به موقعیت موجود، شخصیت درمانگر، رابطه درمانگر و معناد، نوع روش به کار گرفته و انگیزه تغییر در معناد می‌تواند موثر واقع شود.

تسهیل فرایند درمان

یکی از مهمترین دستاوردهای رویکردهای جدید درمانی در خصوص اعتیاد، آموزش معنادین و خانواده‌های آنها برای به کارگیری زبانی مشترک می‌باشد. روان‌درمانگران اعتیاد، با آموزش مفاهیم اصلی مرتبط با اعتیاد و فرایند بیماری‌زایی ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبودی تدریجی در روند درمان به زبانی مشترک دست نیافته‌اند.

زبان مشترکی که در این نوشته بر آن تاکید می‌شود فرایندی ۱۲ مرحله‌ای را در برمی‌گیرد. که دوپونت و شراکی ۱۹۹۴ و دوپونت ۱۹۹۴ معرفی کرده‌اند. این دوازده مرحله را می‌توان ابزارهایی مفهومی و عملکردی برای فهم اعتیاد و برقراری یک ارتباط موثر با مسائل مرتبط با معنادین قلمداد کرد از قبیل:

متوقف ساختن مصرف، تحت تاثیر قرار دادن اعضا گروه، قادر ساختن معنادین به مقابله با عوامل تحریک کننده اعتیاد و اثربخشی استفاده از مواد مخدر و تاکید بر بهبودی. در این فرآیند آموزشی استفاده از شوخی، نظریه‌ها و دیدگاه‌های معارض و مختلف و ارائه تقویت به صورت فیلم‌های ویدئویی به اندازه سخنرانها به کار گرفته می‌شود. خواندن کتاب بخش دیگری از این فرایند را تشکیل می‌دهند. این کتابها اختصاصاً در مورد اعتیاد چاپ و منتشر شده‌اند و می‌تواند منجر به بسط تفکر در این زمینه گردد. در تاکید بر استفاده از کتابها آنهایی در اولویت قرار دارند که در وهله اول توسط متخصصین و در وهله دوم توسط معنادینی که بهبود یافته‌اند نوشته شده باشد.

¹Portable Techniques

تسهیل فرآیند بهبودی

آنچه در این طرح درمانی مطرح است رابطه نزدیک آموزش و درمان می‌باشد. معتادین با شرکت در طرح مذکور فرصت این را می‌یابند که مغز و روان خود را از تاثیرات مواد افیونی آزاد ساخته و در یک فعالیت مشترک با رواندرمانگر چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی بهبودی خود را کامل نمایند. با تکمیل شرایط اولیه دارودرمانی و آغاز دوران نقاهت، برنامه ۱۲ مرحله‌ای درمان رهاسازی آغاز می‌شود. یک نقش بنیادی در طرح مذکور متعلق به درمانگرانی بوده است که خود از دام اعتیاد رهایی یافته و با ترکیب تجربه‌های عملی و نظری توانسته‌اند به تدوین روند درمان کمک نمایند. بی‌تردید اشخاصی که رواندرمانی معتادین را متقبل می‌شوند (چه بهبود یافته باشند و چه نه) نیازمند آموزشهای خاصی بوده و موظفند که روشهای درمانی ویژه معتادین را یاد بگیرند. به تجربه ثابت گردیده حتی رواندرمانگران مجرب نیز چنانچه دوره‌های ویژه‌ای برای کار با معتادین نگذرانده باشند، چندان در کار خود موفق نخواهند بود.

درمانهای شناختی - رفتاری

یکی از امیدوار کننده‌ترین انواع رواندرمانیهای برای معتادین CBT یا درمانها شناختی - رفتاری است. CBT به ویژه در جلوگیری از عود و بازگشت به مواد مخدر متمرکز شده است (الیوت ۱۹۹۲، آتش‌پور ۱۳۷۹) CBT فرض می‌کند که معتادین با فراگیری مهارتهای مقابله‌ای، می‌توانند بازگشت به مواد را به تاخیر انداخته و یا فرایند بهبودی کامل تجربه نمایند. علاوه بر اعتیاد، CBT در درمان مشکلات، اضطراب، چاقی^۱ تا سیگار کشیدن موثر بوده است (الیوت ۱۹۹۲)

درمانهای بینش‌مدار

رواندرمانی پویشی یا درمان بینش‌مدار را اسب جنگی پیر رواندرمانی^۲ لقب داده‌اند. هنگامی که این نوع رواندرمانی وارد عرصه درمان اعتیاد گردید وضعیت ناامید کننده‌ای بروز کرد. اما با ترکیب اصول آن با CBT و به کارگیری آن در فرآیندهای آموزشی بهداشت روانی معتادین به منظور افزایش ادراک افراد از "خود، دیگران و آینده" نقش پویاتر و موثرتری کسب کرد.

^۱Obesity

^۲The old warhorse of psychotherapy

در حال حاضر روان‌درمانی بیش مدار کمتر جاه‌طلب بوده و بیشتر نقش حمایت کننده را ایفا می‌نماید. در این نقش روان‌درمانی پویایی به ویژه برای معتادینی مفید است که نیازها و کمبودهای ویژه‌ای داشته و به خاطر کسب آرامش و حل تعارضهای خود به اعتیاد روی آورده‌اند. علاوه بر این برای قربانیان سواستفاده (خصوصاً کودکان) افراد مضطرب و تا حدی افسرده‌ها مفید بوده است. بازنگریهای اخیر، اصول اولیه روان‌پویایی را در تعاریف و کاربردهای مختصرتری تدوین نموده و به روان‌درمانیهای کوتاه مدت گرایش پیدا کرده است. (نگاه کنید مک کنزی ۱۹۹۱)

بی‌شک هر کدام از درمان‌های مورد نظر برای بخشی از معتادین بوده و در ترکیب با یکدیگر و در یک طرح انعطاف‌پذیر قادرند که اثرات مطلوبتری بر جای گذارند. تشخیص اینکه اعتیاد در بیشتر موارد یک بیماری مادام‌العمر بوده و نه یک عادت بد معمولی، گام بزرگ را در درک اعتیاد و وظیفه‌ای که درمانگران می‌توانند ایفا نمایند بازی کرده است.

به کارگیری اصول هفت‌گانه کار با معتادین و خانواده‌های آنها

به کارگیری اصول زیر در کار با معتادین به می‌تواند راهبرد اولیه‌ای در درمان محسوب گردد:

- ۱) در روان‌درمانی معتادین، حداکثر تلاش خود را به کارگیرید، زیرا بیماران معتاد لایق بهترین‌ها از جانب درمانگران خود هستند.
- ۲) به هر شکلی که احساس می‌کنید مفید است به معتادین کمک کنید با هر روش و اصولی که دارید به کار خود ادامه دهید اما بدانید هر روشی برای هر فردی مفید نیست. اگر کسانی را یافتید که روشهای شما مناسب آنها نیست، تشویقشان کنید که روشهای دیگری را جستجو کنید.
- ۳) بیماری اعتیاد را دست کم نگیرید اما از آن واهمه هم نداشته باشید آن را عنصری قدرتمند و بی‌رحم در کار درمان خود فرض کنید.
- ۴) به بیماران خود و تلاشهایی که برای رهایی می‌کنند احترام بگذارید با احترام بی‌قید و شرط است که تشویق می‌گردند با مشکلات سخت خود به مبارزه پردازند. بیماران شما شایسته احترام هستند اگر چه ممکن است در فرآیند درمان موفق به ترک نشوند.

۵) فروتن باشید، اعتیاد یک مشکل بالقوه وخیم و بسیاری جدی است. پیشنهادها و راهبردهای شما به عنوان یک درمانگر ارزش محدودی دارند اما برای بیماران معتاد می‌تواند در عین حال واقعی و اثر گذار باشد.

۶) محدودیتهای مالی، اجرایی و اخلاقی کار با معتادین را پذیرفته و به بهترین شکل ممکن برای رفع نیازهای انسانی افراد مراجعه کننده، راهبردی عملی پیدا نمایید.

۷) از موفقیت‌هایتان با معتادین درس گرفته و شکست‌هایتان را منبع ارزشمند یادگیری خود محسوب کنید زیرا شکست قدرتمندترین و الهام‌بخش‌ترین معلم شما هستند. مثل اکثر مردم، شکست شما را به رشد و پیشرفت نزدیکترین می‌سازد.

کلام آخر

رواندرمانی اعتیاد جزئی از رواندرمانی به صورت کلی و در عین حال وضعیت درمانی خاصی برای معتادین به مواد مخدر و الکل است. علیرغم سهل انگاریهایی که در نوشته‌های بالینی و پژوهشی وجود دارد (اوکن و بلانی ۱۹۹۰) رواندرمانی اعتیاد هم ارزشمند و هم اجتناب‌ناپذیر است. بی‌تردید با به کارگیری انواع رواندرمانیها در درمان اعتیاد نمی‌توان منتظر کسب نتایج دلخواه از پژوهشها ماند. زیرا حمایت از معتادین، یک واقعیت اجتماعی - خانوادگی و فردی انکارناپذیر بوده و اشتباه محض است که با مراجعه فردی معتاد برای درمان، درمان وی را موکول به تایید روشهای رواندرمانی نمود. در هر حال رویکرد رواندرمانی برای حل مشکلات مرتبط با اعتیاد به طور گسترده‌ای برای معتادین و خانواده آنها و برای اجتماع مفید و محتاج حمایت‌های اجتماعی وسیعی است. این وضعیت خاصه در جامعه‌ای مثل جامعه ما که نه اعتیاد به عنوان یک بیماری شناخته شده است و نه لزوم رواندرمانی به عنوان یک ابزار قابل جا افتاده است، ضرورت بیشتری دارد.

منابع:

- ۱- آتش پور، سید حمید (۱۳۷۸) راهبردهای رفتاری - شناختی در درمان اعتیاد. ماهنامه سراب شماره ۱۲ و ۱۳.
- ۲- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۷۴) واژه‌نامه جامع روانپزشکی و روانشناسی. ترجمه دهگانپور و همکاران، نشر بدر.

- 1- Dupont, RL. McGovern, JP (1992) Suffering in addiction : Alcoholism and drug dependence. New York, National League for Nursing Press.
 - 2- Dupont, RL. (1994) The twelve step approach. Center city, MN, Hazelden publishing Group.
 - 3- Dupont, RL, & Shiraki, S. (1994) Recent research in 12 step programs. In wilford BB (ed): Principles of Addiction Medicine. Washington, DC, American Society of Addiction Medicine.
 - 4- Elliott, CH. (ed) (1992) Cognitive therapy , psychiatry Ann 22 (9).
 - 5- Khantzian, EJ. & Mack, JE. (1989) Alcoholics Anonymous and Contemporary psychodynamic Therapy. New York, Plenum.
 - 6- Mackenzie, K.R (ed) (1991) Brief psychotherapies. psychiatry Ann 21 (7).
 - 7- Onken, L.S. & Blaine, J.D. (1990) psychotherapy and counseling research in drug abuse treatment. NIDA Res Monger 104.
- U.S. Department of Health and Human Services (1982) National Drug and Alcoholism treatment unit survey. Dept of Health and Human Services