

نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در ترک وابستگی روانی به مواد مخدر^۱

محمدرضا رهبرپور^۲، علی حاجی ابوالقاسم دولابی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: در این پژوهش، به بعد روانی اعتیاد، به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم این پدیده، از دو نگاه پرداخته شده است. یک نگاه، نقش نیرومند بعد روانی اعتیاد، در گرایش معتادان به مصرف مواد اعتیادآور و نگاه دیگر، دورنمای گسترده‌ای از وابستگی روانی به سوءمصرف مواد و فرایندهای درمانی متداول در رفع آن، در سازمان‌های مردم‌نهاد، است. مسئله اصلی پژوهش این است که این نهادها، برای نیل به این مقصود، چه برنامه‌ها و تدابیری را در پی می‌گیرند؟

روش: این تحقیق با روش توصیفی - تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای انجام شد. با این حال مصاحبه‌هایی نیز با تعدادی از بهبودیافتگان سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شد تا بر پرمایگی پژوهش افزوده شود.

یافته‌ها و نتایج: برطرف کردن وابستگی روانی معتادان، برخلاف رفع وابستگی جسمانی آنان، از دشواری‌ها و پیچیدگی‌های زیادی برخوردار است. لازم است سیاست‌های درمانی به‌منظور رفع وابستگی روانی، فراگیر و مبتنی بر شواهد عینی و علمی باشد. لازم است سازمان‌های مردم‌نهاد با تشخیص زمینه‌های روانی گرایش به مواد اعتیادآور، به‌ویژه اختلالات روانی و شخصیتی زمینه‌ساز اعتیاد و استفاده از روان‌درمان‌گران مجرب و به‌کارگیری راهکارهای درمانی روزآمد و نیز فردی‌کردن درمان که به تفاوت شیوه‌های درمانی، براساس سن، جنس و نوع ماده مصرفی نظر دارد و همچنین توجه به شیوه و قالب اجرای راهکارهای درمانی، مانند فردی، گروهی، سرپایی یا اقامتی بودن، درمان موقتی را به‌منظور رفع وابستگی روانی معتادان رقم بزنند. نتیجه دیگر این‌که چنان‌چه در فرایند درمان، تمام اختلال‌های روانی یا شخصیتی همبود با اختلال سوءمصرف مواد درمان نشوند، امکان بازگشت دوباره معتادان، دوچندان است.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، وابستگی روانی، سازمان‌های مردم‌نهاد، وابستگی جسمانی، بازپروری معتادان.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی با همین عنوان است.

۲. استادیار حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول). رایانامه:

rahbarpour@atu.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه:

doolabi.haji.abolghasem@gmail.com

مقدمه

اعتیاد به مصرف مواد مخدر، در زمره بزرگترین ناهنجاری‌های حال حاضر جوامع بشری است که جامعه را از جنبه‌های مختلف بهداشتی، سیاسی، فرهنگی، امنیتی، اخلاقی و اقتصادی، دستخوش تغییرات ناگواری می‌کند. گرایش به مصرف مواد اعتیادآور، علل و زمینه‌های مختلفی دارد؛ به طوری که سبب‌شناسی اعتیاد، پژوهش‌های بسیاری را به خود اختصاص داده است. شاید بتوان تمام آن عوامل را در سه عامل کلی خلاصه کرد. این سه عامل کلی که عوامل دیگر در ذیل آنها قرار می‌گیرند، عبارتند از عوامل ساختاری، عوامل ارتباطی و عوامل فردی. از عوامل ساختاری می‌توان به ساختارهای فرهنگی، سیاسی و اجتماعی، مانند بیکاری، میزان بالای مواد اعتیادآور در سطح کشور، وجود باندهای قاچاق مواد اعتیادآور، فقدان یا کمبود سرگرمی‌های مفید و مناسب برای افراد جامعه، به خصوص کودکان و نوجوانان، استعمار، سابقه تاریخی، مدرنیته، جنگ‌ها، کاهش مسائل معنوی و اخلاقی در جامعه، وجود اختلاف طبقاتی، کمبود امکانات بهداشتی و عدم اجرای سیاست‌های پیشگیرانه از جانب دولت‌ها اشاره کرد. بنابراین می‌توان این عوامل را در زمره عوامل و زمینه‌های کلان تلقی کرد؛ که رویکردی ساختارگرایانه داشته و با ساختارهای فرهنگی، اجتماعی و سیاسی یک کشور یا در سطح بین‌الملل در ارتباط هستند. در مقام مقایسه با رویکردها و مکاتب مختلف جرم‌شناسی، می‌توان عوامل ساختارگرایانه را با عوامل بزهکاری یادشده در اندیشه‌های نظریه فشار و مکاتب رادیکال منطبق دانست (اقلیما ۱۳۸۲، ص ۸۶).

وابستگی به مواد اعتیادآور، ابعاد مختلف زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جنبه جسمانی گرفته تا جنبه روانی، ذهنی، شناختی و نیز جنبه اجتماعی. در این میان جنبه روانی اعتیاد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است؛ آدمی هر رفتاری را انجام می‌دهد، در سیطره روان و ذهن اوست؛ از این رو، تازمانی که وابستگی روانی و ذهنی به مواد یا هرگونه رفتار

غیرانطباقی، برطرف نشود، بدیهی است که اقدامات درمانی هیچ ثمره‌ای نخواهند داشت. مواد اعتیادآور، با توجه به ترکیب شیمیایی و مولکولی که دارند، موجب افزایش سطح ترشح دوپامین از قسمت زیرین مغز و در نتیجه ایجاد وابستگی روانی به آن مواد می‌شوند. به این صورت که با افزایش ترشح دوپامین، فرد مصرف‌کننده مواد، در وجود خود چنان نشئگی و سرخوشی را تجربه می‌کند، که خاطره آن تا سال‌ها و حتی تا پایان عمر در ذهن وی باقی می‌ماند و به دنبال تجدید آن است.

وابستگی روانی به مواد اعتیادآور، از چنان قدرتی برخوردار است که، اگر فرایند ترک اعتیاد و بازپروری معتادان، فقط محدود به ابعاد جسمانی بیماران شود، بدون این که بر رفع وابستگی روانی آنان تمرکز شود، راهکارهای درمانی، راه به جایی نبرده و اقدامات درمان‌گران به قول معروف، نوعی گره بر باد زدن است.

درمان و بازپروری معتادان به مصرف مواد اعتیادآور، همواره از مهمترین دلمشغولی‌های سیاست‌گذاران عرصه‌های مختلف سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی و درمانی جوامع بوده است. دولت‌ها با توجه به آثار شوم و سهمگین اعتیاد به مواد، درصدد برآمده‌اند که این معضل خانمانسوز را ریشه‌کن کنند. در همین راستا، سازمان‌های مردم‌نهاد نیز که در نتیجه رشد اندیشه‌های ترقی‌خواهانه دگراندیشان مغرب‌زمین گسترش پیدا کرده‌اند، بخش عمده‌ای از بار مسئولیت دولتمردان را بر دوش گرفتند. درمان و بازپروری معتادان، از جمله حوزه‌هایی است که امروزه این سازمان‌ها، سالیان طولانی است که در آن فعالیت می‌کنند؛ به‌طوری که امروزه، بیشتر اشخاصی که تصمیم به ترک اعتیاد می‌گیرند، خود را به درمان‌گران این سازمان‌ها می‌سپارند. در کشور ایران نیز سازمان‌های مردم‌نهاد متعددی در قالب کمپ‌ها و کانون‌هایی، برای مقابله با اعتیاد و بازپروری معتادان تشکیل شده‌اند.

موضوع دغدغه‌آفرین بنیادینی که در پژوهش‌های مربوط به درمان اعتیاد طرح می‌شود این است که آیا سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه ترک اعتیاد، با توجه به پیچیدگی و بعد اجتماعی اعتیاد و آسیب‌پذیری روانی معتادان، به «درمان فراگیر»، عنایت ویژه دارند یا

خیر؟. شواهد علمی و درمانی و نیز پژوهش‌های انجام شده گویای این نکته‌اند که توجه نکردن به تمام جوانب و زیروم درمان و همراستا با آن، نادیده گرفتن ویژگی‌های روانی و اجتماعی بیمار، ناکامی سیاست درمانی در عرصه بازپروری معتادان را رقم خواهند زد. سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در زمینه ترک اعتیاد به مواد اعتیادآور، به‌منظور رفع وابستگی روانی معتادان، از چه برنامه‌ها و تدابیری بهره می‌برند؟

پیشینه: با جستجو در پژوهش‌های مختلف حوزه درمان و بازپروری معتادان، آثاری که از نظر محتوا با پژوهش حاضر قرابت بیشتری دارند، آورده شد:

توده رنجبر و عراقی (۱۳۹۷) در مقاله خود باعنوان «روانشناسی معتادان و پیشگیری از عود اعتیاد» به جنبه‌های اجتماعی پیشگیری از عود پرداخته است.

فتحی (۱۳۹۸) در مقاله خود باعنوان «بررسی نقش نیازهای بنیادین روان‌شناختی در گرایش به اعتیاد و احساس امنیت اجتماعی دانش‌آموزان شهرستان اهر» به بررسی نقش نیازهای بنیادین روان‌شناختی در گرایش به اعتیاد و احساس امنیت اجتماعی دانش‌آموزان شهرستان اهر پرداخته است.

صولتی دهکردی (۱۳۸۳) در مقاله خود باعنوان «بررسی رابطه بین سوءمصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلال‌های روانی اعضای خانواده» مصرف مواد (سوءمصرف یا وابستگی)، توسط یک یا بیش از یک عضو خانواده و تأثیر روانی آن روی سایر اعضا خانواده را بررسی کرده است.

جیمز^۱ (۲۰۱۲) در پژوهش خود با عنوان «شناخت فرآیند بهبودی از اعتیاد به هروئین» به‌منظور شناخت بهتر روند بهبودی، از دیدگاه افرادی که از اعتیاد به هروئین بهبود یافته‌اند، با هدف اطلاع‌رسانی در مورد توسعه و ارائه خدمات در منطقه ولز جنوبی انجام شده است.

مکی علمداری و جلالی‌پور (۱۳۹۳) در مقاله خود باعنوان «تحلیل عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر، با نگاه عاملیت - ساختار» در پی آن است

که بدانند در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر، ماهیت عاملیت و ساختار در فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد چگونه است؛ این سازمان‌ها یاری‌رساننده هستند یا مانع و آیا ساختارها به آن‌ها یاری می‌رسانند یا خیر و چگونه می‌توان کارآیی و تأثیرگذاری مثبت سازمان‌های مردم‌نهاد را در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر افزایش داد؟

مبانی نظری

اعتیاد: در جوامع بشری، اعتیاد مظاهر گوناگونی دارد؛ مانند اعتیاد به مصرف الکل، اعتیاد به بازی‌های اینترنتی، اعتیاد به قمار، اعتیاد به خوردن، اعتیاد به خریدهای بی‌مورد، اعتیاد به رابطه جنسی و مانند آن. اما آنچه در این تحقیق مدنظر است، اعتیاد به مصرف مواد مخدر و اعتیادآور است. اعتیاد به مصرف مواد مخدر، وضعیت بیمارگونه‌ای است که از ویژگی‌های آن، تمایل شدید، فزاینده و اجباری به مصرف مواد مخدر است. اعتیاد به مصرف مواد مخدر و اعتیادآور، یک بیماری مغزی است که موجب کارکرد غیر طبیعی و تغییرات ریخت‌شناختی در سیستم عصبی و به هم خوردن سیستم پاداش‌دهی مغز می‌شود (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۱۸۴).

بدین صورت که از توانایی مغز، برای پاسخ به محرک‌های پاداش‌دهنده طبیعی کاسته می‌شود. از همین رو، فرد معتاد نسبت به بازگشت به مصرف مواد مخدر، بسیار آسیب‌پذیر است. از ویژگی‌های بارز اعتیاد این است که فرد در زندگی فردی و عرصه‌های مختلف اجتماعی، از جمله در محیط‌های شغلی و حرفه‌ای و زندگی زناشویی و نیز محیط تحصیلی، با ناکارآمدی مواجه می‌شود و نمی‌تواند خود را با هنجارهای جامعه منطبق کند. استعمال مواد اعتیادآور، به طرق مختلفی مانند خوردن، تزریق کردن، استنشاق کردن، تدخین کردن و مانند آن انجام می‌شود.

- در علم روان‌شناسی، آثار اعتیاد به مواد مخدر به شرح زیر برشمرده شده است:
- ۱- فرد معتاد دارای چنان تمایلی به مصرف مواد مخدر است، که در صورت مصرف نکردن آن، حالاتی در وی به وجود می‌آید که غیر قابل تحمل است؛
 - ۲- افزایش مصرف مواد مخدر، به‌منظور تجدید سرخوشی و حالتی که پس از اولین استعمال بر شخص معتاد عارض شده است. از این رو، یکی از ویژگی‌های اساسی اعتیاد به مصرف مواد مخدر، استعمال فزاینده مواد است.
 - ۳- وابستگی جسمی و روانی به مصرف ماده مخدر، که فرد را وادار می‌کند تا برای تهیه آن تلاش کند (کریم‌پور، ۱۳۶۵، ص ۳۶).

ماده اعتیادآور^۱: مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶، واژه مواد اعتیادآور بدین صورت تعریف شد: هر ماده‌ای که وارد بدن موجود زنده می‌شود و موجب تغییر و یا تعدیل در خاصیت و عمل موجود زنده می‌شود (کرمی، ۱۳۹۲، ص ۹۸). با توجه به تعریفی که از اعتیاد ارایه شد، ماده اعتیادآور، ماده‌ای است که در صورت مصرف مکرر، با ایجاد تغییر در سازوکار پاداش‌دهی و ایجاد تقویت‌کننده غیرطبیعی در مغز، موجب بروز وابستگی شدید فرد به مصرف آن ماده می‌شود؛ به‌طوری که رفع وابستگی بدان بسیار دشوار بوده و فرد مصرف‌کننده، در صورت ترک، نسبت به بازگشت به مصرف بسیار آسیب‌پذیر است. مواد اعتیادآور، موجب ترشح مقدار غیرطبیعی دوپامین در مغز می‌شوند؛ که این فرایند موجب ایجاد احساس سرخوشی بسیار زیادی در آنان شده و در نتیجه موجب وابستگی روانی در فرد مصرف‌کننده می‌شوند. در واقع می‌توان ایجاد وابستگی روانی را یکی از مهمترین آثار مصرف مواد اعتیادآور دانست.

مواد اعتیادآور، ساختار و عملکرد مغز را دستخوش تغییر و دگرگونی می‌کنند. این تغییرات به‌گونه‌ای است که مدت‌ها پس از قطع مصرف مواد ادامه دارد؛ به همین دلیل است که معتادان به مواد اعتیادآور، حتی پس از دوره‌های طولانی پرهیز و با وجود عواقب بالقوه

مخرب مواد مخدر یا روان‌گردان، در معرض خطر عود هستند. مواد اعتیادآور دارای انواع زیادی هستند که با گذشت زمان بر تعداد آن‌ها اضافه می‌شود. اما به‌طور معمول به پنج دسته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از:

۱- مواد افیونی مانند تریاک، هروئین و شیره؛ ۲- آرام‌بخش‌ها؛ ۳- محرک‌ها همچون کوکائین و ریتالین؛ ۴- مواد توهم‌زا مانند ال‌اس‌دی و ۵- استروئیدهای آنابولیک (وزارت دادگستری آمریکا، ۲۰۱۷، ص ۳۶).

روان‌درمانی^۱: روان‌درمانی را می‌توان شیوه‌ای درمانی برای مداوا و یاری رساندن به افرادی دانست که از بیماری‌های روانی و مشکلات عاطفی رنج می‌برند. روان‌درمانی می‌تواند به از بین بردن یا کنترل علائم آزاردهنده روانی و عاطفی فرد بیمار کمک کند؛ بنابراین فرد می‌تواند در صورت درمان ثمربخش از نظر روانی و ارتباطی عملکرد بهتری داشته باشد. اهمیت روان‌درمانی در حوزه اعتیاد دوچندان است؛ زیرا اعتیاد از ابعاد پیچیده‌ای برخوردار است؛ به‌طوری که تمامیت روانی، سیستم عصبی و ذهنی و شناختی فرد را دستخوش دگرگونی می‌کند. از طرفی در بیشتر مواقع، گرایش به سوی رفتارهای اعتیادی، زمینه‌ای روانی دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی هم جنبه درمانی دارد و هم از منظر پیشگیری از گرایش مجدد بیمار به طرف سوءمصرف مواد، حائز اهمیت است؛ زیرا بدیهی است که درمان معتادانی که گرایش آن‌ها به سمت اعتیاد، زمینه‌ای روانی دارد، بدون این‌که در مورد آنان روان‌درمانی کارآمدی صورت پذیرد، اقدامی ناقص بوده و در نتیجه امکان بازگشت مجدد آنان به مصرف مواد بسیار است.

روان‌درمانی اعتیاد از گستره بسیار زیادی برخوردار است که در مباحث آتی به‌طور مفصل به آن‌ها پرداخته خواهد شد. ازجمله آن‌ها می‌توان از روان‌درمانی فردی و گروهی، درمان‌های شناختی - رفتاری و خانواده درمانی یاد کرد. در برخی موارد نیز می‌توان

به‌منظور درمان معتادان، از دارودرمانی برای روان‌درمانی بهره برد. روان‌درمانی گاهی بر روی ارتقای شناخت و باور فرد، نسبت به ابژه‌ها، متمرکز است؛ که از آن باعنوان شناخت‌درمانی یاد می‌شود و گاهی فقط بر روی تغییر رفتار تأکید دارد، که به آن رفتاردرمانی گفته می‌شود.

شناخت‌درمانی^۱: بدون اغراق می‌توان، یکی از موثرترین شیوه‌های درمانی اعتیاد را شناخت‌درمانی قلمداد کرد. شناخت‌درمانی، یکی از راهکارهای بسیار متداول روان‌درمانی است. در این راهکار درمانی، بینش و اندیشه فرد مبتلا به اختلال سوء‌مصرف مواد، هم به اعتیاد و زندگی ذلت‌بار همراه با آن و هم نسبت به خود دگرگون می‌شود. از آن‌جا که در بیشتر مواقع، زمینه اعتیاد، عوامل روانی و عاطفی است، درمان‌های شناختی می‌توانند علاوه بر این‌که در نگرش معتادان نسبت به خود و اعتیاد تغییر حاصل کند، همچنین امکان درمان سایر اختلالات همراه با اعتیاد را نیز فراهم آورند. در شناخت‌درمانی، به فرد آموخته می‌شود که در مواقع هجوم فشارهای روانی، استرس و اضطراب، چگونه در برابر آن‌ها ایستادگی کند و مانند افراد دیگر، از روش‌های مدیریت اضطراب و استرس بهره بگیرد و به‌جای توسل به رفتارهای غیرانطباقی، مانند استعمال مواد مخدر، راه‌های مبارزه با افکار منفی را آموخته و اندیشه‌های مثبت را جایگزین آن کند.

رفتاردرمانی^۲: در شناخت‌درمانی، روان‌درمانگر به‌دنبال تغییر نگرش و شناخت بیمار است؛ تا بدان‌وسیله در رفتار وی بهبودی حاصل شود. براساس آموزه‌های شناخت‌درمانی، نوع نگرش در نوع احساس و رفتار، نقش کلیدی دارد. اما در رفتاردرمانی، با تغییر و دست بردن در محرک‌های پیرامون، به‌دنبال تقویت و یا کاستن از برخی رفتارها هستند. درباره اعتیاد نیز به همین صورت، درمانگری که از اصول شناخت‌درمانی پیروی می‌کند، به‌دنبال تغییر شناخت و ارتقای نگرش و نوع نگاه معتادان، هم نسبت به خود و هم نسبت به اعتیاد و

مواد اعتیادآور است. شناخت درمانی بیشتر برگرفته از مکتبی در روان‌شناسی با عنوان شناخت‌گرایی است. اما در رفتارگرایی، کمتر به تغییر نوع نگرش بیماران نظر دارند؛ بلکه بیشتر بر روی تغییر رفتار متمرکز هستند. در واقع این راهکارها بیشتر به سمت رویکردهای رفتارگرایانه نزدیک هستند و در آن‌ها نقش عوامل فیزیولوژیک و محرک‌های طبیعی، بسیار پررنگ است. در رفتاردرمانی، درمانگر نقش بسیار پررنگی دارد و رفتار بیمار تحت نظارت مستقیم وی است. در رفتارگرایی، بیشتر بر رفتار تمرکز می‌شود؛ تا ویژگی‌های درونی فرد. یکی از مبانی نظری رفتاردرمانی، نظریه شرطی‌سازی است که تحت تأثیر آموزه‌های فیزیولوژیست بزرگ روسی، پاولوف شکل گرفته است.

درمان‌های فیزیولوژیک^۱: در مقابل روان‌درمانی، نوع دیگری از درمان، با عنوان درمان فیزیولوژیک وجود دارد؛ که به سلامت جسمی بیماران می‌پردازد. بدیهی است که از میان دو نوع درمان فیزیولوژیک و روان‌درمانی، افراد بیشتر با درمان‌های جسمی آشنایی دارند. در حوزه اعتیاد، هر دو نوع درمان به کار برده می‌شود و شواهد بیانگر لزوم به‌کارگیری درمان‌های فیزیولوژیک در کنار روان‌درمانی، برای کسب نتایج بهتر است. در سازمان‌های مردم‌نهاد، درمان‌های فیزیولوژیک به صورت‌های مختلفی صورت می‌گیرند؛ از این میان سم‌زدایی و دارودرمانی بسیار متداول هستند.

سم‌زدایی^۲: منظور از سم‌زدایی، ایجاد زمینه برای برطرف کردن مواد اعتیادآور، از جسم شخص معتاد است. سم‌زدایی در بیشتر مواقع، به‌عنوان شروع درمان اعتیاد و رفع وابستگی جسمی فرد معتاد به مواد اعتیادآور به کار گرفته می‌شود که باید تحت نظارت پزشک یا فرد متخصص صورت پذیرد؛ تا آثار مطلوب آن نمایان شود. سم‌زدایی با دخالت پزشک تنها اولین مرحله از درمان اعتیاد است و به خودی خود تغییر چندانی در مصرف طولانی‌مدت مواد اعتیادآور ایجاد نمی‌کند. اگرچه سم‌زدایی با کمک پزشک می‌تواند به‌طور مطمئنی

علائم جسمی حاد ترک را کنترل کند و برای برخی از افراد می‌تواند زمینه را برای درمان طولانی‌مدت اعتیاد فراهم کند، اما سم‌زدایی تنها به‌ندرت برای کمک به افراد معتاد برای پرهیز از مصرف طولانی‌مدت کافی است. بنابراین، بیماران باید به‌دنبال درمان دارویی پس از سم‌زدایی تشویق شوند. راهبردهای تقویت انگیزش و انگیزه، که از زمان تجویز اولیه دارو به بیمار آغاز شده است، می‌تواند پای‌بندی به درمان را بهبود بخشد.

بسته به نوع ماده مصرفی و شرایط بیمار، مدت زمان و نوع سم‌زدایی متفاوت است. درمان‌گران اعتیاد با توجه به شرایط بیمار، در بعضی مواقع سم‌زدایی را با استفاده از دارو و در مواردی دیگر بدون دارو انجام می‌دهند. انواع سم‌زدایی از نظر مدت‌زمان نیز عبارت است از: ۱- سم‌زدایی سریع و ۲- سم‌زدایی تدریجی.

سم‌زدایی همیشه برای پرهیز کامل استعمال مواد اعتیادآور نیست؛ بلکه گاهی ممکن است سم‌زدایی به‌منظور کاستن از میزان وابستگی به یک ماده مخدر مانند هروئین و نیز کم‌کردن از بار هزینه‌هایی که بر دوش معتادان سنگینی می‌کند، صورت گیرد (دیاپر^۱، ۲۰۰۳، ص ۳۰۲). باید تأکید کرد که سم‌زدایی به‌تنهایی برای رفع وابستگی به مواد مخدر کافی نیست؛ بلکه فرد معتاد علاوه بر سم‌زدایی، لازم است حسب مورد، تحت درمان دارویی و روان‌درمانی نیز قرار گیرد.

ب- دارودرمانی^۲: دارودرمانی اعتیاد عبارت است از درمان وابستگی به مواد اعتیادآور و تسکین علائم اعتیاد و پیشگیری از آن، که به‌وسیله دارو صورت می‌گیرد. دارودرمانی خود نقش بزرگی در رفع وابستگی روانی به مواد دارد؛ زیرا مصرف دارو، با کاستن از علائم ترک و نیز ولع مصرف که پدیده‌ای روانی است، زمینه‌ساز انجام درمان‌های غیر دارویی، از جمله درمان‌های روان‌شناختی است؛ که از میان آنها می‌توان به روان‌درمانی و رفتار درمانی اشاره کرد. دیگر این‌که دارودرمانی، با از بین بردن علائم جسمانی ترک، باعث در

درمان ماندن معتادان حاضر به ترک می‌شود. از این رو، نمی‌توان مرز بسیار دقیقی میان درمان دارویی و درمان‌های غیر دارویی قائل شد. با این حال، هرگونه سم‌زدایی با دخالت پزشک یا متخصص، تنها اولین مرحله از درمان اعتیاد و قدم اول است و به خودی خود تغییر چندانی در فردی که دچار مصرف طولانی‌مدت مواد بوده، ایجاد نمی‌کند. اگرچه سم‌زدایی با کمک پزشک، می‌تواند به‌طور مطمئنی علائم جسمانی حاد ترک مصرف مواد را کنترل کند و برای برخی از افراد، زمینه را برای درمان طولانی‌مدت اعتیاد فراهم کند، با این حال این مرحله، تنها به‌ندرت برای کمک به افراد معتاد برای پرهیز از مصرف طولانی‌مدت کافی است؛ از این رو بیماران باید به دنبال دارودرمانی پس از سم‌زدایی تشویق شوند. بنابراین درمان‌گران حوزه ترک اعتیاد به مواد مخدر لازم است، راهبردهای تقویت انگیزش و انگیزه، که از زمان تجویز اولیه دارو به بیمار آغاز می‌کنند را به کار گیرند؛ که می‌توانند ادامه درمان را ارتقاء بخشند.

۱۵۱

درمان‌های شناختی: شناخت‌درمانی بر این اصل استوار است که نحوه درک و تجزیه تحلیل افراد از واقعیت، بر نحوه احساس و رفتار آنان تأثیر می‌گذارد. درمان‌های شناختی می‌توانند معتادان را به مشارکت در درمان اعتیاد به مواد ترغیب و دلگرم کنند؛ راهکارهایی برای مقابله با ولع مصرف مواد اعتیادآور ارائه دهند؛ روش‌های مقابله با شرایط پرخطر و جلوگیری از مصرف مواد و بازگشت را آموزش دهند و در صورت بروز عود، به درمان‌جویان، در حل آن کمک کنند. درمان‌های شناختی همچنین می‌توانند به افراد در بالابردن کیفیت مهارت‌های ارتباطی و تربیتی (فرزندپروری) و همچنین پویایی خانواده و در مجموع روابط فردی و اجتماعی یاری رسانند.

درمان شناختی - رفتاری: امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمان‌گران در درمان اعتیاد استفاده می‌شود، رویکرد شناختی - رفتاری است. درمان شناختی - رفتاری، توسط محقق و دانشمند پیشگام آلبرت ایس و نیز آرون تی بک و

همکارانش در سال ۲۰۰۱ ابداع شد. به نظر درمان‌گران شناختی - رفتاری، اگر افراد، تحت آموزش صحیح قرار گیرند و خطاهای شناختیشان را تشخیص داده و اصلاح کنند، زندگی پرثمر و رفتار مناسبی خواهند داشت (دوستیان و همکاران، ۱۳۹۳، ص ۵۹).

درباره چگونگی عملکرد درمان‌شناختی - رفتاری، از منظر زیستی، لازم است گفته شود که رویکردهای رفتاری، برای ارتقای نقایص شناختی مرتبط با اعتیاد، به‌ویژه عملکرد لوب پیشانی، طراحی شده‌اند. نواحی پیشانی، مانند قشر حدقه‌ای و خلفی خارجی پیش‌پیشانی و قشر سینگولیت قدامی، عملکرد اجرایی مانند توجه، حافظه فعال، تصمیم‌گیری، تنظیم تغییر و کنترل بازدارنده را در میان سایر موارد ایجاد می‌کنند. مدل‌های رفتاری - شناختی راهبردها و آموزش‌های شناختی را فراهم می‌کنند؛ که باعث افزایش خودکنترلی و آگاهی از علل مصرف مواد مخدر می‌شود (ماپوا^۱، ۲۰۱۹، ص ۱۳۵).

درمان شناختی - رفتاری، به‌عنوان روشی برای جلوگیری از عود، در هنگام درمان اعتیاد به مصرف مشروبات الکلی ایجاد شد و بعداً برای افراد معتاد به کوکائین سازگار شد. راهبردهای شناختی - رفتاری، مبتنی بر این نظریه است که در ایجاد الگوهای رفتاری ناسازگار، مانند سوءمصرف مواد اعتیادآور، فرایندهای یادگیری نقشی اساسی دارند. افراد در این روش درمانی یاد می‌گیرند که با استفاده از طیف وسیعی از مهارت‌های مختلف، می‌توانند برای جلوگیری از سوءمصرف مواد اعتیادآور و حل یک سری از مشکلات دیگر که اغلب با آن اتفاق می‌افتد، رفتارهای مشکل‌ساز را شناسایی و اصلاح کنند (مرکز ملی سلامت^۲، ۲۰۱۱، ص ۴۸).

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر نوع تحقیق، توصیفی - تحلیلی است که به روش کتابخانه‌ای انجام شد. اما به‌منظور غنای محتویات پژوهش و آگاهی بیشتر از سیر

درمان در مراکز ترک اعتیاد، با تعدادی از بهبودیافتگان و متصدیان آن مراکز مصاحبه‌هایی انجام شده است. به سخنی دیگر، هرچند که روش انجام این پژوهش از نوع میدانی نیست، اما از آن جا که پژوهشگر خود را موظف دیده است که با تمام توان، فرایند درمان در سازمان‌های مردم‌نهاد را نمایان سازد، از این رو، با اشخاص مزبور مصاحبه نموده است. همچنین پژوهشگر با روش توصیفی-تحلیلی به تشریح مطالب می‌پردازد.

یافته‌ها

برای این که برنامه‌های درمانی سازمان‌های مردم‌نهاد، بتوانند در رفع وابستگی روانی معتادان، موثر واقع شوند، لازم است از شرایط خاصی برخوردار باشند؛ که هرکدام به جنبه خاصی از اختلال سوءمصرف مواد و پیامدهای آن و نیز ویژگی‌های فرد وابسته، مربوط می‌شوند. تکنیک‌های درمانی به‌منظور رفع وابستگی روانی، باید به فرد کمک کنند تا مصرف مواد و ولع آن را متوقف کند؛ سبک زندگی بدون مواد اعتیادآور را تحمل کند و به عملکرد مثبت در خانواده، محل کار و جامعه دست یابد. همچنین پژوهش‌ها نشانگر این است که شکل اجرای اقدامات درمانی، از نظر فردی یا گروهی بودن نیز، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است؛ مثلاً در درمان‌های گروهی، تقویت‌کننده‌های اجتماعی، خود می‌توانند در تقویت رفتارهای بهنجار کمک شایانی کنند. اگر در پاره‌ای از درمان‌ها، معتادان دیگر یا خانواده آنان نیز حضور داشته باشند، یا به آنان، شیوه رفتار با معتاد آموزش داده شود، درمان از تأثیر بیشتری برخوردار خواهد شد؛ درحالی که در بعضی مواقع، درمان فردی لازم است. در وابستگی روانی، آنچه در ذهن معتاد می‌گذرد این است که دوباره آن نشنگی و سرخوشی روزهای نخستین مصرف را تجربه کند و این وابستگی چنان است که برای تجدید آن تجربه اولیه، حاضر است تمام ارزش‌های اساسی یک انسان را زیر پای نهد. از این رو لازم است درمان‌گران سازمان‌های مردم‌نهاد، ساختار درمان را به بهترین وجه بنا نهند. این ساختار آنقدر ظریف است که با به‌کارگرفتن اشتباه یک جزء، فرو می‌ریزد.

وابستگی روانی و ولع مصرف مجدد مواد اعتیادآور ممکن است در بعضی افراد تا آخر عمر باقی بماند؛ از این رو ممکن است که درمان تا پایان زندگی فرد بهبود یافته به طول بینجامد. انواع شیوه‌های درمانی براساس ماهیت درمان در سازمان‌های مردم‌نهاد: وقوف درمان‌گران شاغل در سازمان‌های مردم‌نهاد متصدی ترک اعتیاد، بر شیوه‌های مختلف درمانی، باعث می‌شود که بسته به شرایط فردی و نوع ماده مصرفی معتادان، از تکنیک‌های مختلف درمانی بهره ببرند. این امر به اثربخش بودن درمان یاری می‌رساند و از احتمال بازگشت مجدد به مواد، می‌کاهد. هنگامی که عود اتفاق می‌افتد، بسیاری درمان را با شکست مواجه می‌دانند؛ در صورتی که این شکست، واقعیت ندارد. درمان موفقیت‌آمیز برای اعتیاد، شبیه شیوه‌ای که برای سایر بیماری‌های مزمن در نظر گرفته شده است، به ارزیابی و اصلاح و تعدیل مداوم اشکال درمانی نیاز دارد. برای فرد معتاد نیز، لغزش به سوی سوء مصرف مواد اعتیادآور، نشان‌دهنده شکست نیست؛ بلکه این وقایع نشانگر این هستند که، درمان باید دوباره برقرار یا تعدیل شود؛ یا این که به درمان جایگزین نیاز است.

باید خاطر نشان کرد که اگر روان‌درمانگر، بهترین راهکارهای درمانی را نیز در سازمان خود به کار گیرد و بهترین محیط‌ها و نشست‌های درمانی را تدارک ببیند، تازمانی که معتادان جذب مراکز درمانی نشده و بیمار تصمیم قاطع به ترک نداشته و از انگیزه و انگیزش کافی برای دگرگون شدن برخوردار نباشند، بدیهی است که اقدامات درمانی عقیم خواهند ماند. بنابراین قبل از پرداختن به شیوه‌ها و راهکارهای درمانی که سازمان‌های مردم‌نهاد، می‌توانند به منظور رفع وابستگی روانی معتادان به کار ببندند، راهکارهای جذب معتادان و نگهداری آنان در درمان شناسایی شد.

الف- راهکارهای جذب معتادان به سازمان‌های مردم‌نهاد: یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران عرصه اعتیاد، شکاف بزرگی است که میان معتادان و نهادهای ترک اعتیاد وجود دارد. بدین معنی که از بین کسانی که دچار اختلال سوء مصرف مواد اعتیادآور هستند و به درمان نیاز دارند، تعداد کمی از آنان جذب مراکز درمانی، همچون بهزیستی یا

سازمان‌های مردم‌نهاد می‌شوند. به نظر می‌رسد که کاستن از گستره این نقیصه بزرگ، نیاز به راهکارهای گوناگونی دارد؛ که مشارکت نهادهای مختلفی چون، نهادهای فرهنگی و آموزشی، به‌ویژه نهاد آموزش و پرورش، نهادهای بهداشتی و درمانی، قوه قضائیه، صدا و سیما و نهاد قانونگذاری را نیاز دارد. تا با ایجاد بستر فرهنگی، ارایه آموزش، مشاوره و تصویب قوانین روزآمد، سهولت دسترسی به مراکز درمانی، ایجاد تسهیلات بیمه‌ای برای معتادان و مواردی از این دست، از شدت این گسست بکاهند.

ب- طرق نگهداری فرد وابسته در درمان: ورود به درمان برای بسیاری از معتادان ساده است و به راحتی صورت می‌گیرد؛ اما باقی ماندن در درمان است که بسیار اهمیت دارد. هرچقدر که درمان فراگیرتر باشد، به فردی کردن درمان توجه شود، محیط‌ها و نشست‌های درمانی، از معیارهای علمی و مبتنی بر شواهد تجربی برخوردار بوده و درمان‌گران از تخصص کافی در گونه‌های مختلف درمان برخوردار باشند، بدیهی است که امکان باقی ماندن درمان‌جویان، در درمان بیشتر است. مثلاً اگر در درمان، به نیازهای خاص زن حامله توجه نشود، یا نوع راهکار روان‌درمانی با نوع ماده مصرفی، تطبیق داده نشود و یا این که معتادان، در گروه درمانی، با توجه به سن و شدت و تعداد اختلالات روانی و شخصیتی، طبقه‌بندی نشوند، امکان دلسرد شدن از درمان تشدید شده و در نتیجه سازمان‌های مردم‌نهاد، در رفع وابستگی روانی معتادان به مواد اعتیادآور، ناکام خواهند ماند. ایجاد انگیزش در معتادان، از آن جایی که ممکن است در بسیاری از موارد، شرکت فرد وابسته به مصرف مواد، نه از روی رغبت، بلکه ناشی از اجبار مراجع قضایی و قانونی موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر باشد، از این رو ایجاد و تقویت انگیزش در بیماران، از اهمیت بیشتری برخوردار است. بنابراین در این مواقع، درمانگر لازم است علاوه بر اجرای تکنیک‌های درمانی، از تکنیک‌های افزایش انگیزش، مانند گفتگوی انگیزشی با بیمار، ایجاد تقویت‌کننده‌های اجتماعی، مدیریت مشروط و تدارک جلساتی برای ملاقات بهبودیافتگان با بیماران تازه‌وارد، بهره‌برد. رهنمودهای درمان‌گران سازمان‌های مردم‌نهاد، به خانواده‌ها، دوستان و همکاران بیمار در محیط شغلی،

مبنی بر انجام تکنیک‌هایی برای تقویت انگیزش معتاد تحت درمان و ایجاد زمینه برای جلوگیری از مواجهه آنان با تقویت‌کننده‌های منفی و موقعیت‌های پرخطر و دلسردکننده نیز تأثیر بسیار زیادی در افزایش انگیزش بیماران خواهد داشت.

روان‌درمانی و رفتاردرمانی در سازمان‌های مردم‌نهاد: متخصصان سازمان‌های مردم‌نهاد در وهله نخست لازم است ریشه اصلی گرایش معتادان به سوءمصرف مواد را بیابند. در بیشتر موارد، ریشه وابستگی به مواد اعتیادآور، ریشه‌ای روانی دارد. ازاین‌رو روان‌درمانی و رفتاردرمانی در درمان اعتیاد، از اهمیت بالایی برخوردار است. به‌منظور شناخت بهتر ماهیت وابستگی روانی و اهمیت روان‌درمانی در اعتیاد و اجرای تحقیقی پدیدارشناسانه و مبتنی بر تجربه زیسته و دریافت‌های معتادان بهبود یافته، با تعدادی از آنان مصاحبه‌هایی ترتیب داده شد. یکی از افرادی که با وی مصاحبه شد، اظهار داشت که اولین بار در سال ۱۳۵۷، هروئین مصرف کرده و پس از آن تا یازده سال هیچ‌گاه تجربه مصرف مواد نداشته است. او می‌گفت اولین باری که هروئین مصرف کرده است، چنان سرخوشی را تجربه کرده است که پس از یازده سال که برای بار دوم هروئین استعمال کرده است، به قصد تجدید آن خاطره قبلی بوده است. این مصاحبه بیانگر قدرت مواد در ایجاد وابستگی روانی و اهمیت توجه درمان‌گران به روان‌درمانی در رفع وابستگی روانی در درمان اعتیاد است. راهکارهای درمانی گاه به صورت انفرادی و گاه ترکیبی انجام می‌شود. بدیهی است که اگر روان‌درمانی به صورت ترکیبی صورت بگیرد، دارای تأثیر دوچندان خواهد بود. گفتنی است که تمام اقدامات روانشناختی و روان‌پزشکی در مراکز ترک اعتیاد، لازم است به‌وسیله متخصص دوره‌دیده انجام پذیرد.

رئیس اداره درمان اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر، در مصاحبه‌ای با خبرگزاری ایسنا اعلام کرد که بیشتر مراجعان به مراکز ترک اعتیاد، دارای مشکلات روانپزشکی هستند.^۱ بر این اساس لازم است که اقدامات درمانی به وسیله روان‌درمانگر متخصص انجام شود. در غیر این صورت عوارض منفی اقدامات درمانی، بسیار بیشتر از منافع آن خواهد بود.

۱. برای اطلاعات بیشتر رجوع شود به سایت اینترنتی: <https://www.isna.ir/news/98022513189>

الف- استفاده از شیوه‌های مختلف روان‌درمانی: سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در رفع وابستگی معتادان می‌بایست از شیوه‌های مختلف روان‌درمانی استفاده کرده و به یک راهکار درمانی بسنده نکنند. از میان شیوه‌های مختلف تجربه شده در کشورهای مختلف می‌توان به‌عنوان مثال، درمان از طریق نگهداری حیوانات را نام برد. در این شیوه درمانی، با سرگرم کردن معتاد تحت درمان، به نگهداری و مانوس شدن و استفاده از حیوان - بیشتر اسب - ذهن او را از توجه به مواد اعتیادآور یا معاشرت با دوستان معتاد یا فکرکردن به موقعیت‌های پرخطر، منصرف می‌کنند. هر شیوه درمانی می‌تواند بخشی از جنبه‌های روانی و جسمی بیمار را ارضاء کند؛ یا این‌که بسته به شرایط روحی و روانی افراد، برای بعضی اشخاص موثرتر باشد.

ب- لزوم توجه به وجود اختلالات روانی همزمان: سازمان‌های مردم‌نهاد لازم است ابتدا یک ارزیابی جامع از اختلالات همبود افراد وابسته به مواد داشته باشند؛ به این معنی که قبل از اقدام به درمان‌های روانشناختی، معتادان را از نظر ابتلا به سایر اختلالات روانی و شخصیتی مانند افسردگی، اختلال دو قطبی و یا اختلال شخصیت نمایشی و مانند آن معاینه کنند. تشخیص اختلالات روانی همزیست با اختلال سوءمصرف مواد، لازم است توسط درمانگر متخصص سازمان مردم‌نهاد انجام شود؛ زیرا برخی از علائم مصرف مواد اعتیادآور، بالاخص مواد روان‌گردان و محرک‌ها، تشابه زیادی با علائم برخی از اختلالات روانی دارد که شاید موجب سردرگمی درمان‌گران شود.

یکی از مصاحبه شوندگان در این پژوهش اظهار داشت که یک‌بار به‌طور خودسرانه مصرف هروئین را ترک کرده است و پس از ترک مصرف، اختلالات و رفتارهای تکانشی شدیدی در وی بروز کرده است. ارزیابی معتادان از نظر وجود اختلالات روانی دیگر، همچنین در طبقه‌بندی بیماران، به‌عنوان یکی از مراحل درمان، از اهمیت بالایی برخوردار است. در صورتی که معتادان مبتلا به چند اختلال روانی، با افراد دیگر که تنها از اختلال خفیف سوءمصرف مواد رنج می‌برند، در یک طبقه درمانی قرار داده شوند و اقدامات مشابهی

درباره آنان انجام شود، سیاست درمانی با بن بست مواجه می‌شود.

پ- لزوم اشراف بر تمام مراحل روان‌درمانی: نظر به این که اعتیاد، پدیده‌ای است که جسم و روان و سایر ابعاد کالبد آدمی را مختل می‌کند، بنابراین پرواضح است که اشراف و انجام تمام مراحل روان‌درمانی برای رفع وابستگی روانی معتادان، در سازمان‌های مردم‌نهاد، از اهمیت مضاعف نسبت به درمان بیماری‌های فقط جسمانی برخوردار است، شرح مختصری از هریک از مراحل روان‌درمانی ارائه خواهد شد.

۱. تشخیص^۱: اولین مرحله درمان، تشخیص دقیق بیماری و اختلالات فرد معتاد، اعم از نوع اختلال سوءمصرف مواد و سایر اختلالات روانی و شخصیتی است. هرچقدر متخصصان سازمان‌های مردم‌نهاد، نسبت به نوع، تعداد و شدت اختلال معتادان تحت روان‌درمانی، التفات بیشتری داشته باشند، بسیار دقیق‌تر می‌توانند برنامه‌های درمانی را تنظیم کنند. در واقع تشخیص دقیق اختلالات یادشده، سنگ اصلی بنای درمان بوده و نوع و چینش پروتکل درمانی، منوط به آن است. در این مرحله، لازم است نوع اختلال سوءمصرف مواد، سایر اختلالات روانی همبود با اعتیاد و نوع و شدت آن‌ها تشخیص داده شود.

۲. طبقه‌بندی^۲: پس از این که نوع اختلال سوءمصرف مواد و سایر اختلالات روانی و شخصیتی دیگر معتادان تشخیص داده شد، را در گروه‌های مختلف تقسیم‌بندی می‌شوند. طبقه‌بندی وابستگان به مواد، فواید گوناگونی دارد؛ از جمله این که برنامه‌های درمانی به‌طور تخصصی‌تر و منظم‌تر انجام می‌شود. از دیگر فواید طبقه‌بندی معتادان، ایجاد حس مشترک میان اعضای گروه است. در نتیجه همدلی بیشتری در گروه حاکم خواهد شد.

۳. انجام تکنیک‌های درمانی: درمانگر سازمان مردم‌نهاد لازم است بر راهکارهای مختلف درمانی تسلط داشته و به‌موقع و به‌طرز صحیح آن‌ها را به‌کار ببرد.

۴. مراقبت‌های پس از درمان: معتادان حتی پس از سم‌زدایی و بازتوانی، در معرض خطر

عود هستند. از این رو لازم است که حتی پس از درمان نیز افراد، تحت مراقبت قرار بگیرند. با توجه به این که اشخاصی که سابقه اعتیاد داشته‌اند، نسبت به بعضی امور حساس و آسیب‌پذیر تر هستند، لازم است که سازمان‌های مردم‌نهاد و خانواده‌ها، نسبت به مراقبت وی حتی پس از سال‌ها سپری شدن از دوران اعتیاد، توجه داشته باشند.

ت- لزوم ترکیب راهکارهای درمانی: وابستگی روانی به مواد اعتیادآور، پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی است که با ابعاد مختلف ذهنی، روانی، عصبی و شناختی فرد معتاد در ارتباط است؛ لذا رفع آن، نیازمند بکارگیری راهکارهای درمانی متفاوتی است. هرچند ممکن است که درمان‌گران سازمان‌های مردم‌نهاد، هرکدام تحت تأثیر رویکردی در روان‌شناسی باشند که با رویکرد روان‌درمانگر دیگر متفاوت است، اما در این موضوع نباید تردید کرد که درمان‌گران به منظور رفع وابستگی روانی معتادان، باید ترکیبی از تکنیک‌های درمانی مختلف را به کار گیرند.

۱۵۹

دارودرمانی در سازمان‌های مردم‌نهاد: اعتیاد یک بیماری با ویژگی‌های خاص است؛ از این رو لازم است که سازمان‌های مردم‌نهاد، در درمان آن، هم به جسم و هم به مشکلات روانی و نیز به محیط خانوادگی و شغلی ای که بیمار در آن زندگی و فعالیت می‌کند، توجه داشته باشند. برای این منظور باید هم از مداخلات پزشکی و هم از روان‌درمانی، مدد جست. توسل به یکی از این درمان‌ها، بدون به‌کارگیری بقیه، نتیجه‌ای جز شکست و عود بیماری نخواهد داشت.

نکته بسیار اساسی که لازم است در این گفتار، بدان تأکید شود، این است که در درمان اعتیاد، هریک از راهکارهای متفاوت درمانی، اعم از سم‌زدایی و دارودرمانی و شیوه‌های مختلف رفتاردرمانی و روان‌درمانی، متخصصان نباید در حوزه تخصصی یکدیگر دخالت کنند؛ در غیر این صورت، درمان با شکست مواجه خواهد شد. در ادامه به چند نمونه از شیوه‌های مختلف دارودرمانی، که سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند در درمان معتادان به کار ببندند، اشاره خواهد شد.

الف- درمان نگهدارنده با متادون^۱: برای اثر بخشی درمان نگهدارنده با متادون، دوازده ماه، حداقل در نظر گرفته می‌شود و برخی از افراد معتاد به مواد افیونی، استفاده از متادون را برای سال‌های طولانی ادامه می‌دهند. در سال ۱۹۶۴ درمان نگهداری با متادون، به‌عنوان یک پروژه تحقیقاتی در دانشگاه راکفلر در نیویورک آغاز شد و تا سال ۱۹۶۶ بیماران بستری شده در مراکز درمانی سرپایی، تحت درمان با متادون قرار گرفتند (راچل بورت^۲، ۲۰۱۶، ص ۱).

ب- بوپرنورفین^۳: بوپرنورفین یک داروی مخدر ترکیبی است؛ که به‌عنوان یک آگونیست نسبی در گیرنده‌های افیونی عمل می‌کند. این دارو، سرخوشی و آرام‌بخشی ناشی از هروئین یا سایر مواد افیونی را ایجاد نمی‌کند؛ اما قادر به کاهش یا از بین بردن علائم ترک ناشی از وابستگی به مواد افیونی بوده؛ خطر آوردوز نیز در آن بسیار کم است.

پ- لوفکسیدین^۴: لوفکسیدین، دارویی است که از نظر تاریخی برای درمان فشار خون بالا استفاده می‌شده است؛ اما بیشتر برای کمک به جلوگیری از بروز علائم جسمانی ترک مواد مخدر استفاده می‌شود. مصرف این دارو از طریق خوردن است. این دارو برای کاهش علائم ترک به‌منظور تسهیل قطع ناگهانی مواد افیونی در بزرگسالان برای مدت زمان ۱۴ روز تأیید شده است. لوفکسیدین معمولاً همراه با آنتاگونیست گیرنده‌های مخدر نالتراکسون در موارد سریع‌سم‌زدایی استفاده می‌شود.^۵

ت- نالتراکسون^۶: نالتراکسون یک آنتاگونیست ترکیبی مواد مخدر است. این دارو از اتصال مواد افیونی به گیرنده‌های آن‌ها ممانعت کرده و در نتیجه آثار سرخوشی و سایر آثار آن‌ها را از بین می‌برد. این دارو سال‌ها است که برای جلوگیری از مصرف بیش از حد مواد افیونی استفاده می‌شود و همچنین برای درمان اعتیاد به آن مواد مورد تأیید است. پشتوانه

1. Methadone Maintenance Treatment (MMT)
2. Rachel Bouret
3. Buprenorphine
4. Lofexidine
5. <https://en.wikipedia.org/wiki/Lofexidine>
6. Naltrexone

نظری این نوع درمان این است که ایجاد نشدن مستمر اثرات مطلوب مواد مخدر و در نتیجه بی‌فایده بودن مصرف آن، که ناشی از مصرف این دارو است، به تدریج و معین و اعتیاد را کاهش می‌دهد. این دارو معمولاً در درمان‌های سرپایی و بعد از سم‌زدایی، به منظور کاهش علائم ترک، به کار می‌رود (موسسه ملی سلامت، ۲۰۱۱، ص ۴۲).

انواع راهکارهای درمان براساس شکل درمان: علاوه بر بکارگیری راهکارهای مختلف روان‌درمانی در سازمان‌های مردم‌نهاد، تطبیق دادن درمان با ویژگی‌های فردی بیماران، نوع ماده‌ای که معتادان مصرف می‌کنند و سایر ویژگی‌ها، اهمیت بسیار زیادی در رفع وابستگی روانی آنان دارد. مطابقت جلسات درمانی، نوع مداخلات و خدمات درمانی با مشکلات و نیازهای خاص فرد، برای این‌که به یک زندگی بهنجار و مولد، در خانواده، محل کار، محل تحصیل و جامعه بازگردد، بسیار اهمیت دارد. از آن جایی که جذب معتادان به درمان کاری دشوار است، از این‌رو سازمان‌های مردم‌نهاد لازم است، ورود افراد را به درمان غنیمت دانسته، به کار بردن سیاست درمانی صحیح و خردمندانه که مستلزم بکارگیری نیروهای متخصص است، درمان را با ویژگی‌هایی که برشمردیم، تطبیق دهند؛ تا از انصراف مراجعان از شرکت در جلسات درمانی کاسته شود. هرچقدر درمان فراگیرتر، فردی‌تر و علمی‌تر و در محیطی آرام‌تر و دارای امکانات کافی انجام گیرد، احتمال باقی‌ماندن درمان‌جو در درمان، بیشتر است.

اشکال درمان با توجه به ویژگی‌های فردی: فردی‌کردن درمان، از جهات مختلف می‌تواند به پیشرفت و موفقیت آن کمک کند. از طرفی به نیازهای اختصاصی بیمار توجه می‌کند و از طرف دیگر باعث افزایش انگیزش بیمار و در نتیجه باقی‌ماندن وی در درمان می‌شود. فردی‌کردن درمان همچنین باعث می‌شود که فرد وابسته به مواد، در درمان مشارکت فعال‌تری داشته باشد. در واقع فردی‌کردن درمان را می‌توان نوعی بیمارمحوری قلمداد کرد. رویکردهای درمان‌محور، بدون توجه به ویژگی‌های بیمار و ماده اعتیادآوری که بدان وابسته است، معمولاً در رفع وابستگی معتادان، ناکام خواهند ماند. اشکال مختلف درمان در سازمان‌های مردم‌نهاد در ادامه آمده است.

الف- برنامه درمانی فرد مبتلا به بیماری عفونی: رفع وابستگی روانی به مواد اعتیادآور، امری بسیار حساس است؛ لذا درمان‌گر باریک‌بین سازمان مردم‌نهاد به‌خوبی واقف است که، در صورت بی‌توجهی به ویژگی‌های خاص بیماران، احتمال گریز آنان از محیط درمانی بسیار زیاد است. بر این اساس، برنامه‌های درمانی سازمان‌های مردم‌نهاد، باید راهکار جداگانه‌ای برای بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی در نظر بگیرد. مشاوره هدفمند با تمرکز بر کاهش خطر بیماری‌های عفونی، می‌تواند به بیماران کمک کند تا رفتارهای مرتبط با مواد و سایر رفتارهای پرخطر را بیشتر کاهش داده یا از آن‌ها اجتناب کنند.

ب- راهکارهای متفاوت در درمان زنان: سازمان‌های مردم‌نهاد لازم است در درمان زنان، به لحاظ ویژگی‌های بیولوژیکی، روانی و عاطفی آنان، درمان‌های متفاوتی را در پیش بگیرند. توجه کافی به ویژگی‌های خاص زنان معتاد و در نظر گرفتن درمان‌های متفاوت برای آنان، باعث افزایش انگیزش آنان برای باقی ماندن در درمان می‌گردد. به‌عنوان مثال، آسیب‌های جسمی و جنسی که اختلال استرس پس از تروما را به‌دنبال دارد، در زنان مصرف‌کننده مواد، بیشتر از مردان است. از ویژگی‌های اختصاصی دیگر زنان، می‌توان به نحوه ورود آنان به سازمان‌های مردم‌نهاد اشاره کرد؛ زیرا زنان احتمالاً در مراکز درمانی از پزشکان عمومی و بهداشت روانی مدد می‌گیرند. از دیگر ویژگی‌های اختصاصی زنان، که درمان‌گران سازمان‌های مردم‌نهاد می‌بایست در نظر داشته باشند، می‌توان به عدم استقلال مالی آنان، حاملگی و نگهداری کودک اشاره کرد.

پ- اقدامات درمانی متفاوت در خصوص نوجوانان: افراد نوجوانی که به مواد اعتیادآور وابستگی دارند، نیازهای منحصر به فردی دارند که از سن و ویژگی‌های عصبی، شناختی و روانی و اجتماعی آنان ناشی می‌شود. استفاده از دارو برای درمان سوءمصرف مواد اعتیادآور، در بین نوجوانان ممکن است در مواردی خاص مفید باشد. در حال حاضر، تنها داروهای اعتیاد مورد تأیید برای افراد زیر ۱۸ سال، داروهایی به صورت برچسب‌های پوستی، داروهای جویدنی و داروهای پوستی نیکوتین هستند. استعمال بوپرونورفین که

دارویی است که برای درمان اعتیاد به موادمخدر، استفاده می‌شود و باید با تجویز پزشک متخصص مصرف شود، برای نوجوانان تأیید نشده است؛ اما در سال‌های اخیر، تحقیقات نشان می‌دهد که برای جوانان دارای سن ۱۶ سال نیز می‌تواند موثر باشد. تحقیقاتی در حال انجام است که هدف آن‌ها تعیین مطمئن بودن و اثربخشی استفاده از این داروها، برای درمان وابستگی نوجوانان به مواد افیونی، نیکوتین و الکل است؛ که همزمان دچار اختلالات دیگری نیز هستند (مرکز ملی سلامت آمریکا، ۲۰۱۱، ص ۲۶).

اشکال مختلف درمان براساس تعداد افراد وابسته: به‌طور معمول، انجام اقدامات درمانی در سازمان‌های مردم‌نهاد را می‌توان به هر دو صورت فردی یا گروهی انجام داد. توجه به تعداد افراد حاضر در درمان نیز مانند خود درمان، از اهمیت زیادی برخوردار است. اگر معتاد تحت درمان سازمان مردم‌نهاد، با گروه درمانی میانه خوبی نداشته باشد، بدیهی است که در صورت انجام درمان گروهی، موفقیتی اتفاق نخواهد افتاد.

۱۶۳

اشکال مختلف درمان با توجه به نوع ماده مصرفی: از آن جایی که مواد اعتیادآور، انواع گوناگونی داشته و از ساختار و ترکیب مولکولی و شیمیایی متفاوتی برخوردارند که در نتیجه آثار متفاوتی بر روی جسم و ذهن و سیستم عصبی بیمار باقی می‌گذارند، بنابراین رفع وابستگی از آن‌ها همواره به یک شکل صورت نمی‌گیرد. راهکارهای درمانی به‌منظور رفع وابستگی روانی از آن‌ها با یک‌دیگر متفاوت است. در غیر این صورت درمان‌گران سازمان مردم‌نهاد، از درمان طرفی نخواهند بست.

بنا به گفته معاون مرکز پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور، درمان انواع مخدرها، محرک‌ها، مصرف الکل و یا حتی قمار و سایر رفتارهای اعتیادآور همگی دارای پایه‌های مشابه هستند. درعین وجود این تشابه‌ها باید عوارض اختصاصی هریک از این مواد را در پروتکل درمانی آن‌ها مشخص کرد؛ برای مثال برای درمان اعتیاد به مخدرها، لازم است برای فرد متادون تجویز شود؛ درحالی‌که برای درمان محرک‌هایی چون گل، حشیش و مانند آن، متادون موثر نبوده و باید درمان‌های خاص آن‌ها تجویز شود؛ به‌طوری‌که برای

درمان محرک‌ها، رفتار درمانی، حمایت‌های درمانی، کنترل عواطف و احساسات فرد مصرف‌کننده، کنترل زمینه‌های بروز تلاطم و گرایش فرد به مصرف، مددکاری و مانند آن، اهمیت بسیار بیشتری دارد.^۱

الف - رفع وابستگی به محرک‌ها: محرک‌ها باعث تسریع در عملکرد سیستم‌های بدن می‌شوند. متآفتامین، کوکائین و متکاتینون شامل این دسته از مواد اعتیادآور هستند. از علائم مصرف محرک‌ها می‌توان به تحریک‌پذیری، پرخاشگری، تمایل به خودکشی یا قتل، پارانوئیا، توهم شنوایی و بینایی و وابستگی روانی بسیار شدید اشاره کرد. در واقع می‌توان شدیدترین وابستگی روانی را در محرک‌ها مشاهده کرد. برخلاف اعتیاد به مواد مخدر افیونی که برای درمان آن، داروهایی مانند متادون و بوپرنورفین وجود دارد، هنوز برای رفع وابستگی به محرک‌ها، هیچ دارویی اختراع نشده است و تنها با روان‌درمانی باید به معتادان به‌منظور رفع وابستگی روانی آنان یاری رساند.

ب- رفع وابستگی به مواد افیونی: مواد مخدر که به‌عنوان افیون نیز شناخته می‌شوند، در اصل به مواد مختلفی گفته می‌شود که باعث ضعف حواس و تسکین درد می‌شوند. اگرچه هنوز بعضی از مردم از همه مواد اعتیادآور، با عنوان مواد مخدر یاد می‌کنند، اما امروزه مواد مخدر، به تریاک، مشتقات تریاک و جایگزین‌های نیمه ترکیبی آنها اشاره دارد (وزارت دادگستری آمریکا، ۲۰۱۷، ص ۳۶).

پ- رفع وابستگی به مشتقات شاهدانه: از آنجایی که مصرف مشتقات شاهدانه، وابستگی روانی بسیار شدیدی را ایجاد می‌کنند. از این رو روان‌درمانی و خانواده درمانی، نقش بسیار حیاتی در پیشرفت روند درمان ایفا می‌کنند. مشتقات شاهدانه، از جمله مواد اعتیادآوری است که تمام اعضای خانواده، دوستان و آشنایان شخص معتاد می‌باید در سیر مراحل

۱ - مصاحبه با آقای روشن پژوه، معاون مرکز پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور، به نقل از:

<https://www.isna.ir/news/96041205577>

2. Stimulants
3. Opioids
4. Cannabis

درمانی وی مشارکت داشته باشند. باید خاطرنشان کرد که، باتوجه به این که مصرف مشتقات شاهدانه، ایجاد وابستگی جسمانی نمی‌کنند؛ بلکه بیشتر موجب وابستگی روانی شدید هستند، بنابراین صرف جلوگیری از مصرف کارساز نبوده و لازم است که با رعایت پروتکل‌های درمانی ویژه خود، به درمان معتادان به آن مواد، اقدام شود. در غیر این صورت، خطر مصرف بیش از حد یا اوردوز وجود دارد. همچون محرک‌ها، برای رفع وابستگی روانی به مشتقات شاهدانه مانند حشیش و ماری جوانا، هیچ دارویی اختراع نشده است. نتیجه این که روان‌درمانی، رفتاردرمانی، مشاوره، خانواده درمانی و سایر راهکارهای روانشناختی، تنها چاره برای درمان است.

اشکال مختلف درمان با توجه به اقامتی یا سرپایی بودن: مدت زمان اقدامات درمانی و نحوه حضور معتادان در سازمان‌های مردم‌نهاد، یا به قول پزشکان، اقامتی یا سرپایی بودن درمان، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. شاید برخی معتقد باشند که اقامتی بودن یا سرپایی بودن درمان در سازمان‌های مردم‌نهاد، اهمیتی ندارد؛ بلکه آنچه مهم است، راهکارهای درمانی است که مهم است. در پاسخ باید گفت که، افراد وابسته به مواد اعتیادآور، از شرایط روانی و جسمانی و فردی و اجتماعی یکسانی برخوردار نیستند که بتوان درباره همه آن‌ها شکل واحدی از درمان، چه اقامتی و چه سرپایی را اعمال کرد. امروزه در عرصه درمان اعتیاد، بیشتر درمان‌گران، به اهمیت شیوه اجرای راهکارهای درمانی، علاوه بر نوع، ماهیت و کیفیت درمان، معترف هستند. بدیهی است که متناسب با نیاز از درمان اقامتی و سرپایی استفاده می‌شود.

الف- درمان اقامتی^۱: درمان اقامتی، شکلی از درمان است که در آن بیمار، برای مدتی در محل معینی، به‌منظور درمان اقامت می‌کند. این نوع درمان می‌تواند برای درمان بیماری‌هایی از قبیل بیماری‌های روانی و اختلال سوءمصرف مواد اعتیادآور صورت پذیرد. امروزه به مراکزی که درمان اعتیاد را به‌صورت اقامتی انجام می‌دهند، مرکز اقامتی بلندمدت

نیز می‌گویند. رویکرد اصلی در این مرکز، بر تغییر رفتاری و شناختی، شامل برنامه‌های خدمات روان‌شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از آن است.

ب- درمان سرپایی^۱: در این نوع شکل درمانی، بیمار برخلاف درمان اقامتی، در مرکز درمانی بستری نمی‌شود. بلکه بیمار، پس از مراجعه به مرکز درمانی، در مدت کوتاهی مورد معاینه یا درمان قرار می‌گیرد. درمان سرپایی، درباره معتادانی که از شدت اعتیاد کمتری رنج می‌برند، یا امکان اقامت در سازمان‌های مردم‌نهاد را به علت شاغل بودن یا متأهل بودن ندارند، درمان مناسبی است؛ زیرا استرس و فشار روانی ناشی از عدم اجرای تعهدات شغلی و خانوادگی، می‌تواند مانع از اثربخشی برنامه‌های روان‌درمانی سازمان مردم‌نهاد گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

تلاش این پژوهش بر این بوده است که نقش بعد روانی انسان، در گرایش به سوءمصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن‌ها و نیز بازگشت به مصرف مواد و اهمیت آن در درمان افراد وابسته به مواد اعتیادآور را تبیین کند. به همین منظور به منابع متعدد داخلی و خارجی، که بسیاری از آن‌ها حاوی تحقیقات تجربی و عینی و مبتنی بر شواهد بوده، مراجعه شده است. به‌منظور ایجاد یک پشتوانه تجربی ناشی از دریافت‌های مستقیم حاصل از استعمال مواد و غنای بیشتر این تحقیق، با چند تن از بهبودیافتگان که سابقه استعمال مواد اعتیادآور داشته‌اند، مصاحبه شد.

پرسش اصلی این پژوهش این بود که سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در زمینه ترک اعتیاد به مواد اعتیادآور، به‌منظور رفع وابستگی روانی معتادان، از چه تدابیری بهره می‌برند؟ پژوهنده پس از مطالعه مقالات و کتب متعدد و انجام مصاحبه‌های یادشده به این نتیجه دست یافت که سازمان‌های مردم‌نهاد متصدی ترک اعتیاد در ایران، از یک برنامه درمانی روزآمد و

فراگیر که در آن به شاخص‌ها و معیارهای مهمی چون فردی کردن درمان، توجه به ترتیب و شکل و ساختار درمان توجه شود، بهره نمی‌برند.

پرسش دوم این بود که نقش عوامل روانی در بازگشت مجدد به مصرف مواد اعتیادآور چیست؟ نتیجه به دست آمده در این خصوص این است که زمینه‌های روانشناختی را باید از مهمترین علل گرایش به سوء مصرف مواد تلقی کرد و دیگر عوامل، تازمانی که در وضعیت روانی و فراشناخت فرد، تغییرات منفی حاصل نکنند؛ تأثیری در گرایش به سوء مصرف مواد نخواهند داشت.

همان گونه که ملاحظه شد، مسئله سوم این تحقیق، عبارت بود از این که سازمان‌های مردم‌نهاد، در عرصه سیاست جنایی، در زمینه مبارزه با مواد مخدر چه نقشی ایفا می‌کنند؟ نتیجه‌ای که به دست آمد این است که سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند با ارایه پیشنهادات حاصل از تجربیات خود به قانون‌گذار، در عرصه سیاست جنایی تقنینی و نیز با کمک به قوه قضائیه و سازمان زندان‌ها در بازپروری محکومان معتاد به مواد مخدر، در حوزه سیاست جنایی قضایی و نیز حمایت‌های مختلف، از جمله حمایت‌های مالی و بیمه‌ای به مددجویان و سازمان‌های ترک اعتیاد، در عرصه سیاست جنایی اجرایی، نقش پررنگی ایفا کنند.

پیشنهادها

اولین پیشنهاد این است که از آنجا که افراد وابسته به مواد، به منظور رفع وابستگی، خود را به سازمان‌های مردم‌نهاد می‌سپارند، از این رو، این سازمان‌ها لازم است با تهیه یک پروتکل درمانی پیشرفته و روزآمد و نیز اجرای دقیق آن، پاسخی درخور به این اعتماد عمومی معتادان به دست دهند. با توجه به تنوع مواد اعتیادآور و آثار بسیار شدید آن‌ها بر روی جنبه‌های روانی، شناختی، جسمی، ذهنی و عصبی معتادان و ارتباط تنگاتنگ میان تن و روان و متفاوت بودن زمینه‌های روانی اعتیاد و ویژگی‌های فردی معتادان و این که ممکن است برخی از معتادان، علاوه بر اختلال سوء مصرف مواد، مبتلا به بیماری روانی دیگر نیز

باشند (همبودی)، از این رو، رفع وابستگی روانی به مواد اعتیادآور را می‌توان از پیچیده‌ترین اقدامات درمانی در جوامع بشری تلقی کرد؛ که ممکن است تا پایان عمر به طول انجامد زیرا ولع و وسوسه مصرف مواد، که از ویژگی‌های اصلی وابستگی روانی است، در پاره‌ای موارد تا مدت‌ها، گریبانگیر بهبودیافتگان را می‌گیرد. بنابراین سازمان‌های مردم‌نهاد رفع وابستگی به مواد را ساده ننگرند و با اتخاذ یک سیاست علمی فراگیر، منطبق با ویژگی‌های فردی معتادان و نوع ماده مصرفی و توجه ویژه به شکل و قالب درمان، نسبت به درمان آنان اقدام کنند. همچنین این نهادها باید در سیر درمان، راهکارهای تقویت انگیزش بیماران را که قوه محرکه آنان در انجام تکنیک‌های درمانی است، به کار بندند. در صورت بی‌توجهی به این شاخص‌ها، ناکامی اقدامات درمانی قابل پیش‌بینی است.

پیشنهاد دیگر این است که اقدامات سازمان‌های مردم‌نهاد، در صورتی نیک‌فرجام است که علاوه بر آنها، نهادهای دیگری همچون خانواده و سازمان‌های دولتی نیز با تعامل سازنده با آن نهادها، معتادان را در رفع وابستگی روانی به مواد یاری رسانند. اقدامات خانواده‌ها می‌تواند شامل مدیریت بیمار، ارائه تقویت‌کننده‌های رفتارهای مثبت، رفع موقعیت‌ها و نشانه‌های پرخطر از پیرامون معتاد بهبودیافته، که بسیار آسیب‌پذیر نیز هست، باشد. نهادهای دولتی نیز می‌توانند با تأمین مالی و ارائه خدمات بیمه‌ای، به‌خصوص درباره معتادانی که اعتیاد شدید دارند و از همبودی اختلالات روانی و شخصیتی در رنجند و در نتیجه نیاز به درمان اقامتی دارند و نیز تهیه قوانین پیشرفته و ایجاد دادگاه‌های درمان‌مدار، به سازمان‌های مردم‌نهاد، یاری رسانند. همچنین با توجه به این‌که در پاره‌ای مواقع، درمان معتادان به‌صورت اجباری صورت می‌گیرد و معتادان در درمان اجباری به‌طور معمول از انگیزه و توان مالی کافی برخوردار نیستند، بنابراین کمک‌های مالی نهادهای دولتی در باقی‌ماندن فرد در درمان بسیار موثر است.

منابع

اقلیما، مصطفی. (۱۳۸۲). اعتیاد و بازپروری معتادان، فصلنامه علمی و پژوهشی/اعتیاد پژوهی، (۲)، صص ۸۱-

۱۰۰. قابل بازیابی از: http://etiadpajohi.ir/browse.php?a_id=490&sid=1&slc_lang=fa

پیرنیا، بیژن؛ پیرخائفی، علیرضا؛ سلیمانی، علی اکبر؛ روشن، رسول و سلیمانی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مدیریت مشروط بر کاهش میزان مصرف در افراد وابسته به متآفتامین، یک کارآزمایی کنترل شده. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۵(۳)، صص ۱۸۳-۱۹۵. قابل بازیابی از:

<https://www.magiran.com/paper/1730575>

توده رنجبر، محسن و عراقی، فاطمه. (۱۳۹۷). روان‌شناسی معتادان و پیشگیری از عود اعتیاد. دوازدهمین کنفرانس بین المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی. تهران.

دوستیان، یونس؛ دادخواه، اصغر؛ بهمنی، بهمن؛ آهوان، مسعود و اعظمی، یوسف. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله‌شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی، پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۴۹)،

صص ۵۷-۸۱. قابل بازیابی از: http://iran-counseling.ir/journal/browse.php?a_code=A-10-31-20&slc_lang=fa&sid=1

صولتی دهکردی، سید کمال؛ عابدین‌زاده، محمد رضا؛ نیک‌فرجام، مسعود و دریس، فاطمه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلال‌های روانی اعضای خانواده، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۶(۲)،

صص ۸-۱. قابل بازیابی از: http://journal.skums.ac.ir/browse.php?a_id=166&sid=1&slc_lang=fa

فتحی، آیت‌الله؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ رضایی، نورمحمد؛ بنزازده اصل، سودا و پیشرو، صمد. (۱۳۹۸). بررسی نقش نیازهای بنیادین روان‌شناختی در گرایش به اعتیاد و احساس امنیت اجتماعی دانش آموزان شهرستان اهر، فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات/امنیت اجتماعی، ۱۰(۵۸)، صص ۱۲۷-۱۵۶. قابل

بازیابی از: http://sss.jrl.police.ir/article_92295.html

کریمی، محمد؛ حسینی، ابراهیم؛ شهابی مجد، نقی؛ ابراهیم زاده، محمد علی و عالمی شهربانو. (۱۳۹۲). مبانی فارماکولوژی وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد) و راههای درمان آن. مجله تعالی بالینی، (۲)۱، صص ۹۷-۱۱۴.

قابل بازیابی از: <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-54-fa.html>

کریم‌پور، صادق. (۱۳۶۵). روان‌شناسی اعتیاد. تهران: انتشارات امیر کبیر.

مکی علمداری، سارا و جلایی پور، حمیدرضا. (۱۳۸۳). تحلیل عملکرد سازمانهای مردم‌نهاد در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر، با نگاه عاملیت ساختار. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۴(۵۲)، صص ۲۲۷-۲۵۱. قابل

بازیابی از: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1491-fa.html>

Brigham, Gregory. (2003). 12-Step Participation as a Pathway to Recovery: The Maryhaven Experience and Implications for Treatment and Research. *Science & practice perspectives*, 2(1), pp 43-51. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851040/>

- Diaper, Alison & D Law, Fergus, and Melichar, Jan K. (2003). Pharmacological strategies for detoxification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(22), pp 302-314. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014033/>
- Drug Enforcement Administration, U.S. Department of Justice. (2017). *Drugs of Abuse a deal resource guide*. 2017 edition.
- James, Lucy. (2012). *Understanding the process of recovery from heroin addiction*. Dissertation submitted in partial fulfilment of the requirement for the degree of D.Clin.Psy. at Cardiff University, and the South Wales Doctoral Course in Clinical Psychology.
- Mapua Filbey, Francesca. (2019). *The Neuroscience of Addiction*, Cambridge University Press.
- Rachel Bouret, J. (2018). Methadone Maintenance Treatment (MMT): Overview and Provider's Perspective. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, 6(1), pp 1-3. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/323516039_Methadone_Maintenance_Treatment_MT_Overview_and_Provider's_Perspective.