

به نام خداوند جان و
خرد

اختلالات همبود روانپزشکی

تهیه و ارائه: دکتر مریم شیرزادی

متخصص اعصاب و روان

استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

کلیات نیازها و مداخلات درمانی در مصرف کنندگان مواد محرک

- ▶ هنگام بحث درباره درمان وابستگی به مواد محرک باید توجه داشت که نیازها و اولویتهای متعدد درمانی وجود دارد و اصولاً تمامی بیماران مشکلات واحدی ندارند.
- ▶ برخی بیماران یا بستگان آنها درمان پرخاشگری را نیاز عمده و اولویت درمان می دانند.
- ▶ برخی نیز از افسردگی و عدم انرژی شکایت دارند.
- ▶ در عده ای نیز کنترل وسوسه و جلوگیری از عود عامل مراجعه به درمان است.

▶ در مجموع با توجه به شکایات مختلف بیماران دسته بندی زیر به عنوان راهنمای ارائه خدمات و مداخلات کمک کننده است:

۱. مراجعه به دلیل اولیه سایکوز: عامل اصلی آوردن بیمار به مراکز درمانی- از جمله توهم و هذیان
۲. مراجعه به دلیل پرخاشگری شدید و غیر قابل کنترل
۳. افسردگی و کاهش شدید انرژی : افکار خودکشی-گوشه گیری- افت عملکرد
۴. اشکالات عمده شناختی: دیس اورینتاسیون به زمان و مکان-کاهش حافظه- فراموشکاری شدید -حالاتی شبیه دلیریوم و مسمومیت دارویی را تداعی می کند. در بسیاری از موارد با علائم سایکوز همراه است و افتراق از دسته اول را دشوار می سازد.

۵. نیاز به قطع مصرف و دور ماندن از مواد محرک: بزرگترین گروه مراجعان - عدم توانایی در قطع مصرف یا مصرف مجدد پس از دوره کوتاه ترک به دلایل مختلفی چون وسوسه- افسردگی- کاهش انرژی- عدم توانایی تحمل استرس

۶. سایر عوارض: علت اصلی مراجعه برخی از عوارض مت آمفتامین مانند رفتارهای تکراری- تیک- وسواس یا سایر رفتارهای روانی- حرکتی ناشی از مصرف مواد محرک

▶ الگوی ارائه خدمات: تا حد زیادی وابسته به علائم عمده بیماران در زمان مراجعه می باشد.

▶ درمانگر ضمن اخذ شرح حال دقیق موظف است کانونهای مهم مشکل آفرین را شناسایی نموده و چارچوب شروع درمان را مشخص نماید.

▶ **بررسی از نظر سایکوز:** یکی از مهم ترین و اساسی ترین شاخصها در زمان انتخاب الگوریتم درمانی , وجود یا عدم وجود سایکوز است. اخذ شرح حال از مراجع یا وابستگان وی برای درمانگر بسیار ضروری است.

- ▶ وجود هر کدام از علائم زیر می تواند مؤید ابتلا به سایکوز باشد:
- ▶ هذیان
- ▶ توهم
- ▶ رفتار از هم گسیخته و بسیار غریب
- ▶ کلام از هم گسیخته به صورت از هم گسیختگی تداعی ها و کلام نامفهوم
- ▶ علائم سایکوز ممکن است بخشی از حالتی به نام سایکوز ناشی از مواد یا ناشی از سایکوز مسمومیتی باشد.
- ▶ حالت اول معمولاً متعاقب چندین هفته یا ماه مصرف مواد محرک ایجاد می گردد. در بیماران به تدریج حالات بدبینی و پارانویا و سپس حالات واضح توهم و هذیان ظاهر می گردد.

- ▶ توهمات اکثراً به صورت شنوایی هستند و هذیانها نیز تا حدی متمرکز – پایدار- سازمان یافته و مرتبط می باشند.
- ▶ به ویژه هذیانهای گزند و آسیب و بی وفایی جنسی (jealousy) همسر بسیار شایع اند.
- ▶ در عده ای نیز هذیانهای جسمی به صورت باور به وجود انگلهای کوچک زیر جلدی (delusion of infestation) خودنمایی می کند.
- ▶ بیمار مرتب پوست خود را می کاود و سعی دارد اجسام کوچکی را از زیر جلد خارج کند و معتقد است در زیر پوست وی موجودات کوچکی زندگی می کنند.

▶ یا ممکن است باور داشته باشد در بدن او دستگانهایی مانند فرستنده –ردیاب یا وسایل شنود کار گذاشته اند.

▶ در برخی مراجعان افکار هذیانی حتی ابعاد غریب تری پیدا می کند و بیمار مدعی می شود افکار او توسط دیگران خوانده یا دزدیده می شود یا اینکه اعمال و احساسات او در تسلط وی نبوده و توسط دیگران رقم زده میشود.

▶ در علم روانپزشکی به اینگونه افکار - هذیانها یا احساسها انفعال (passivity) نیز اطلاق می شود.

▶ توهمات از شنیدن صداهای ساده ای که بیمار را صدا می کنند تا مکالمات طولانی و منسجم دوم شخص و سوم شخص امکانپذیر است.

- ▶ شنیدن صداهایی که سرزنش یا مسخره می کنند.
- ▶ برخی بیماران درباره ماهیت صداها دودل هستند و گاهی در صحت وجود آنها شک می کنند و آنها را ناشی از شیشه می پندارند. عده ای نیز هیچگونه شبیه ای درباره ماهیت خارجی و واقعی آنها ندارند.
- ▶ برخی بیماران در صد ضبط صداها نیز بر می آیند.
- ▶ به غیر از مجموعه هذیانها و توهمات و امور مرتبط با آنها رفتار بیمار معمولاً در محدوده طبیعی بوده و آسیب زیادی نشان نمی دهد. حافظه-تمرکز-کلام و بسیاری از کارکردهای عالی روانی طبیعی هستند.
- ▶ متعاقب قطع مصرف مواد محرک حالت سایکوز به تدریج برطرف می گردد اما ممکن است حتی تا ۶ ماه بعد از قطع مصرف کماکان نشانه هایی از افکار هذیانی و توهمات شنوایی باقی بماند.

- ▶ اکثراً بعد از فروکش کردن حالات سایکوز بیمار به وجود آن بصیرت و آگاهی یافته و آنها را ناشی از مصرف مواد محرک تلقی می کند.
- ▶ جنون استقرار یافته (settled insanity): به این معنی که جنون متعاقب مصرف مواد محرک مستقر شده و ماهیت مجزا و مستقلی به دست آورده است.
- ▶ در حالت دوم یا سایکوز مسمومیتی علاوه بر وجود مجموعه ای از هذیانهای سازمان یافته و غیر سازمان یافته و توهمات بینایی و شنوایی – بیمار از مشکلات عمده شناختی – رفتاری و حتی فیزیولوژیک نیز رنج می برد. سطح آگاهی معمولاً دچار اشکال است و بیمار از انجام بسیاری از امور ظریف و دقیق عاجز است.

- ▶ پرخاشگری به خصوص پرخاشگری کلامی و فیزیکی کور به دیگران شایع است.
- ▶ سایکوز مسمومیتی معمولاً به دنبال مصرف مقادیر بالای مت آمفتامین یا مصرف توام آن با سایر مواد روانگردان ایجاد می گردد. این حالت در واقع ملغمه ای از سایکوز و دلیریوم است و با قطع مصرف مواد محرک و روانگردان به سرعت و اکثراً ظرف ۱ تا ۷ روز برطرف می گردد.
- ▶ در بسیاری از مواقع بیماران پس از اتمام حالات سایکوز مسمومیتی خاطره درستی از وقایع نداشته و آن را به صورت یک کابوس به یاد می آورند.
- ▶ گاهی نیز بخشی از رفتارهای خود را کاملاً فراموش کرده و منکر ارتکاب آن می شوند.

▶ به خاطر داشته باشید که لزوماً تمامی موارد سایکوز به صورت واضح و مانند آنچه گفته شد نبوده و در برخی موارد مرز بین دو حالت فوق مبهم و محو است. در چنین حالتی تمایز بین آنها غیرممکن و غیر ضروری است.

▶ برخورد با بیماران غیر سایکوتیک مسیر متفاوتی از برخورد با موارد سایکوتیک را در بر می گیرد.

▶ صرفنظر از اینکه ماهیت سایکوز از نوع استقرار یافته ناشی از مواد است یا سایکوز مسمومیتی الگوریتم و پروتکل مشابهی دارد.

▶ این الگوریتم تحت عنوان دستورالعمل A نامگذاری شده که در ادامه توضیح داده شده است.

تمایز بین سایکوز استقرار یافته ناشی از مصرف مواد محرک و سایکوز مسمومیتی:

▶ سایکوز:

- ✓ هوشیاری طبیعی است. علائم خواب آلودگی وجود ندارد.
- ✓ حافظه-یادگیری-دقت-توجه و تمرکز عادی است.
- ✓ صحبت کردن و تلفظ لغات و آهنگ کلام نرمال است.
- ✓ راه رفتن و حرکات ظریف طبیعی هستند.
- ✓ مشکلی در تنفس-ضربان قلب و دمای بدن دیده نمی شود.
- ✓ عرق ریزش و لرز دیده نمی شود.
- ✓ تحریک پذیری کمتر است.
- ✓ گسیختگی تداعی و پرش افکار ممکن است وجود داشته باشد اما خفیف تر است.

- ✓ به غیر از هذیانها و حالات توهمی سایر کارکردهای روانی چندان آسیب ندیده اند.
- ✓ پرخاشگری در ارتباط با هذیانها یا شرایط بیرونی است.
- ✓ بیمار در حوزه های جدا از هذیان کارکرد و قدرت قضاوت خود را حفظ کرده است.
- ✓ ماده مخدر مصرفی اکثرا مت آمفتامین است.
- ✓ بعد از قطع مصرف مواد محرک ممکن است علائم بین ۱ تا ۶ ماه استمرار یابند.
- ✓ لزوما ارتباطی با اوج و میزان مصرف ندارد.

▶ معمولاً بعد از مدت نسبتاً طولانی (حدوداً چند ماه) از مصرف مواد ظاهر می شود.

▶ در معاینه فیزیکی معمولاً مشکلی وجود ندارد.

▶ سايکوز مسموميتی:

- ✓ بیمار ممکن است خواب آلود-بهت زده- ناهوشیار یا گیج باشد.
- ✓ فراموشی-بی توجهی- عدم تمرکز و از دست دادن حس زمان و مکان دیده می شود.
- ✓ کلام مبهم-لرزان-تودماغی و بریده بریده است.
- ✓ عدم تعادل-سقوط مکرر و ناتوانی در انجام امور دستی دیده می شود.
- ✓ بیمار مریض حال است و تنفس و نبض تند- کند یا نامنظم است.
- ✓ لرزش اندامها یا تب یا لرز امکانپذیر است.
- ✓ تحریک پذیری بسیار بالاست.

- ✓ پرش افکار و گسستگی تداعی ها شدیدتر است.
- ✓ هذیانها و توهمات در میان مجموعه ای از علائم فوق ظاهر می شوند.
- ✓ پرخاشگری کور و واکنش به هر محرکی است.
- ✓ کارکرد بیمار کلا مختل و قضاوتها معیوب هستند.
- ✓ معمولا چند ماده مخدر از جمله مت آمفتامین و همچنین داروهای آرامبخش به صورت مخلوط استفاده می شوند.
- ✓ با قطع مصرف مواد علائم بسیار سریع و معمولا بین ۱ تا ۷ روز بعد ناپدید می شوند.
- ✓ در اوج مصرف و هنگام مصرف مقادیر بالا بروز می کند.

✓ ممکن است حتی بعد از یکی دوبار مصرف سنگین ظاهر گردد.

✓ ممکن است با حرکات غیر عادی-تشنج-اسپاسم و انقباضات دیس تونیک همراه باشد.

۲. بررسی از نظر پرخاشگری

- ▶ در الگوریتم درمانی و از نظر سلسله مراتب تصمیم گیری بعد از بررسی سایکوز- بررسی از نظر پرخاشگری شدید قرار دارد.
- ▶ شدت و غیر قابل کنترل بودن آن؟ - قصد آسیب به بستگان دوستان یا افراد غریبه؟
- ▶ در موارد شدید مصرف مت آمفتامینها و به دنبال بروز مسمومیت عصبی بیماران به شدت ستیزه جو و خشن می شوند. به هرگونه انتقاد-برخورد یا حتی پیامهای خنثی واکنش اغراق آمیز نشان می دهند.
- ▶ صحنه هایی چون حمله به دیگران با چاقو-عربده کشی-فحاشی و تهدید کور دیگران به کرات دیده می شود.
- ▶ گاهی پرخاشگری همراه سایکوز است و با آن مانند آنچه در مبحث سایکوز گفته شد برخورد می شود.

- ▶ اما گاهی نیز پرخاشگری کور و فراگیر بدون سایکوز واضح ظاهر می شود. الگوریتم درمانی در برخورد با این حالت نیز بر اساس دستورالعمل A صورت می گیرد. در این حالت پرخاشگری معادل جنون تعبیر می شود. نکته مهمی که درمانگر باید به آن توجه داشته باشد این است که پرخاشگری کور و بی هدف باید از خشونت حساب شده و هدفمند افتراق داده شود.
- ▶ بیماری که خواهان پول برای مصرف است و وقتی که با مخالفت خانواده مواجه می شود پرخاش می کند مصداق پرخاشگری کور نیست.
- ▶ یا اگر اقدامات وی برای ارباب اطرافیان یا جهت کتمان علائم مصرف به کار می رود باید هشیار بود که انگ پرخاشگری کور به بیمار زده نشود.

▶ پرخاشگریهای بی هدف معمولاً متعاقب مصرف سنگین صورت گرفته و بیمار از آن بهره خاصی نمی برد.

▶ در جریان آن نیز بیمار توجهی به منافع خود ندارد. این حالات شباهت زیادی به پرخاشگریهای افراد در حین بدمستی و مصرف سنگین الکل دارد.

۳. بررسی از نظر افسردگی شدید و افکار خودکشی

- ▶ در برخی مصرف کنندگان نه علائم سایکوز وجود دارد و نه اینکه بیمار دچار پرخاشگری غیر قابل کنترل است اما بیمار از افسردگی شدید و افکار خودکشی رنج می برد.
- ▶ بیمار بر این باور است که زندگی ارزش ادامه ندارد. خود را در توقف مصرف مواد ناتوان می بیند و احساس دوگانه و متضادی به ادامه آن دارد.
- ▶ در حسرت مرگ و مردن است یا دارای افکار آزار به خود و خودکشی است. حتی ممکن است اقدامی نیز صورت داده باشد یا مقدمات آن را فراهم کرده باشد.
- ▶ این گونه بیماران نیز باید تحت الگوی A مورد درمان قرار گیرند.

▶ در این حالت نیز توجه داشته باشید که ملاک وجود افسردگی شدید و علائم آسیب به خود است. این که بیمار احساس ضعف می کند یا مانند گذشته شاد نیست و انگیزه فعالیتهای وی کاهش یافته است از نظر به کار بردن دستورالعمل A کفایت نمی کند.

▶ توجه داشته باشید که در دل این دستورالعمل استفاده از جبر و زور برای درمان بیمار دیده شده است و در مرحله ای خانواده و درمانگر مجبور هستند بیمار را به مرکز درمانی هدایت کنند. در این حالت لازم است بیمار در شرایطی باشد که قادر به تصمیم گیری نبوده و در عمل نیازمند اقدامات قیم مایانه باشد.

- ▶ در روانپزشکی عمومی نیز ما شاهد این امر هستیم و درمانگر با صلاحدید خانواده درجه یک بیمار درمان اجباری را به اجرا می گذارد.
- ▶ در واقع بسیاری از بیماران سایکوتیک یا افرادی که مرتکب خودکشی می شوند. حتی خلاف خواست خود تحت درمان قرار می گیرند.
- ▶ روانپزشکی بر این باور است که بیمار در حالات مذکور قادر به دادن یا ندادن رضایت نیست و مسئول تصمیمات خود تلقی نمی شود.
- ▶ بر همین اساس میزان اختلال (به عنوان مثال افسردگی یا فکر خودکشی) باید به حدی رسیده باشد که بیمار از قدرت تصمیم گیری ساقط تلقی شود.

▶ متاسفانه با توجه به گسترش سریع مصرف مواد محرک در جامعه و نبود امکانات بستری روانپزشکی برای اکثریت آنهایی که از سایکوز یا افسردگی شدید رنج می‌برند به ناچار پروتکل مکمل یا آلترناتیوی به نام A' توصیف می‌گردد. در این پروتکل به جای درمان بستری در مرکز روانپزشکی درمان فشرده سرپایی توصیه شده است.

▶ ظرافت دستورالعمل A' و تفاوت آن با A در این مرحله نهفته است. باید گروه درمانگران کلیه اقدامات درمانی را که در جریان بستری به عمل می‌آورند در این مرحله به صورت سرپایی اجرا کنند. این موارد شامل معاینه دقیق- ایجاد محدودیت برای مصرف مواد در منزل- تجویز داروها و نظارت بر مصرف آنها.

▶ باید اعتراف داشت که این اقدامات تا حدی دشوار بوده و مهارت بالای گروه درمانی را لازم دارد.

▶ **۴. اشکالات عمده شناختی:**

در این حالت که ممکن است علائم شباهت زیادی به سایکوز داشته باشند رویکرد A مد نظر است.

□ **۵. عوارض خفیف تر مصرف مت آمفتامین و وابستگی به آن:**

با کنار رفتن افرادی که از عوارض عمده ای چون سایکوز - افسردگی شدید و پرخاشگری غیر قابل کنترل رنج می برند به بیمارانی می رسیم که مشکل اصلی در آنها وابستگی و اعتیاد به مت آمفتامین است.

▶ در کنار وابستگی ممکن است عوارض سبکتر مصرف مانند مشکلات ملایم تر شناختی مانند اشکال در حافظه یا برخی رفتارهای تکراری و جبری وجود داشته باشد.

▶ ویژگی عمده این حالت این است که بیمار در مرز جنون یا اختلال روانپزشکی که نافی قدرت تصمیم گیری مستقل وی باشد قرار ندارد.

▶ این گونه بیماران هر قدر هم وابسته به مت آمفتامین و سایر مواد محرک باشند از نظر علمی-عرفی-اخلاقی و قانونی مسئول اعمال و تصمیمات خود بوده و باید خود تصمیم به تغییر و درمان بگیرند.

▶ به همین دلیل سؤال اصلی که در این مرحله مورد توجه قرار می گیرد این است که آیا بیمار مایل به ترک و شروع درمان است یا خیر؟ پاسخ به این سؤال ادامه راه را مشخص خواهد کرد.

- ▶ بیمارانی که جواب منفی به سؤال فوق می دهند یعنی یا راغب به درمان نیستند یا اصلاً وابستگی و مشکل را انکار می کنند. رویکرد B برای این دست بیماران پیشنهاد شده است.
- ▶ بنابراین رویکرد B خاص بیمارانی است که دارای وابستگی به مواد محرک بوده و دچار سایکوز-افسردگی شدید-خودکشی و پرخاشگری غیرقابل کنترل نیستند اما خود علاقه ای به درمان ندارند. این موارد بیماران غیر راغب را تشکیل می دهند.
- ▶ از آنجایی که عدم رغبت آنان به درمان از به هم ریختگی شدید روانی و سایر شرایطی که نفی کننده اختیار باشد نشأت نمی گیرد نمی توان و نباید آنها را با استفاده از اجبار وارد درمان ساخت .

▶ این کار نه تنها کمکی به بیمار نمی کند بلکه باعث بروز مقاومت و حتی حس انتقام در وی می شود.

▶ متأسفانه شاهد این هستیم که خیلی از خانواده ها از روی ناآگاهی یا استیصال این دسته از بیماران را یا از طریق زور یا فریب وارد درمان می سازند. اقدامی که به ندرت پاسخ مناسبی به همراه دارد.

▶ اقدام یا مداخله کلیدی درباره این بیماران به کار بردن مجموعه مداخلات راغب سازی (انگیزشی) است . راغب سازی در کنار یک نقش حمایتی قوی از طریق فشار منسجم-سازنده و افزایش یابنده توسط خانواده ها بیمار را به درمان مجبور یا ترغیب می کند. با اجرای صحیح مراحل مختلف راغب سازی درصد قابل توجهی از بیماران غیر علاقمند به درمان تشویق می شوند.

▶ در صورتی که بیمار برای ورود به درمان راغب باشد دستورالعمل C دربارہ ایشان اجرا می شود. پروتکل C ساده ترین شکل درمان است و بیشتر اختصاص به جلوگیری از عود و بازگشت به مصرف در بیمارانی دارد که خود علاقمند به درمان بوده و از عوارض شدیدی چون سایکوز یا افسردگی شدید رنج نمی برند.

دستور العمل A

- ▶ بیمار مبتلا به سایکوز است یا دچار پرخاشگری یا افسردگی شدید بوده و احتمال خودکشی وجود دارد.
- ▶ شرح حال دقیق از بستگان و تا حد امکان از بیمار
- ▶ لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به ویژه علائم سایکوز-میزان پرخاشگری و احتمال آسیب به خود و دیگران شرح حال و اطلاع دقیقی حاصل نماید.
- ▶ استناد به گزارشات غیر دقیق و دست چنم صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند.

✓ بستری در بخش روانپزشکی یا بخش بسته بیمارستان

حتی در صورتیکه بیمار بصیرت کافی برای بستری ندارد یا اینکه انگیزه ای برای قطع مصرف در خود نمی بیند به دلیل جلوگیری از احتمال آسیب به خود یا دیگران لازم است در واحد روانپزشکی بستری گردد.

البته فراموش نباید کرد که با به کار بردن صحیح تکنیکهای مصاحبه و ایجاد ارتباط درست درمانی بسیاری از بیماران پرخاشگر و غیر راغب به شروع درمان علاقمند یا راضی می شوند. این مسئله در مورد بیماران مصرف کننده مت آمفتامین برجسته تر است و برخلاف بسیاری از بیماران سایکوتیک غیرمصرف کننده مواد که برای ورود به درمان سرسختی خاصی نشان می دهند مصرف کنندگان مت آمفتامین با مصاحبه ملایم و آگاهی دهی در باره علائم ناراحت کننده و ایجاد حس حمایت روانی – راضی به درمان می شوند.

- ▶ نکته مهمی که باید در نظر داشت این است که هدف در این مرحله مجاب سازی بیمار برای ورود به درمان مت آمفتامین و قطع کامل مصرف آن نیست، بلکه هدف تقلیل علائم آزار دهنده ای چون افسردگی-بدبینی شدید-عصبانیت مفرط – دلشوره و اضطراب و بسیاری از علائم ناراحت کننده ای است که بیمار به آنها وقوف داشته و از درمان آنها استقبال می کند.
- ▶ صحبت آرام با بیمار و سعی در القا حس آرامش از طریق کلام از تکنیکهای موفق است.
- ▶ در جریان مصاحبه و مجاب سازی نباید بیمار را فریب داد و استفاده از مسائل کذب نه تنها کمک کننده نیست بلکه به رابطه درمانی و حس اعتماد بیمار آسیب می زند .

▶ بنابراین ادعاهایی مانند اینکه وی را به عنوان مثال به مهمانی می برید قصد معاینه دندانها را دارید یا می خواهید مطالبات وی را تسویه کنید یا لازم است برای ادای شهادت در اداره پلیس حاضر گردد و بسیاری موارد مشابه که خانواده ها برای فریب بیمار استفاده می کنند توجیه علمی نداشته و نباید توسط درمانگران استفاده شود.

▶ شاید بهترین عبارات کلی این است که شما به هر دلیلی دچار حالاتی شده اید که شما را آزار می دهند. می دانیم این حالات برای شما ناخوشایند هستند و ما می خواهیم به شما کمک کنیم تا کمتر از آنها رنج ببرید.

▶ در برخی حالات با وجود تلاش و تبحر درمانگر برای راغب سازی وی به درمان، کماکان بیمار از خود مقاومت نشان داده و حاضر به پذیرش درمان نمی شود.

▶ در اینگونه موارد علاوه بر تکنیکهای مجاب سازی و استفاده از فشارهای کلامی و عاطفی بستگان و نزدیکان گاهی نیاز به استفاده از قوه قهریه و اعمال زور وجود دارد. انتقال تحت حفظ به مرکز درمانی به کمک نیروی پلیس یا پرسنل درمانی و اورژانس و همچنین بستری در بخش بسته و بهره گیری از وسایل مهار فیزیکی (فیکس کردن) از جمله این اقدامات هستند. در برخی موارد نیز به دلیل پرخاشگری و خشونت شدید در بیمار استفاده از داروی آرامبخش به منظور انتقال به مرکز درمانی لازم می گردد.

▶ قبل از اقدام به انتقال اجباری به بیمارستان لازم است رضایت نامه کتبی از بستگان درجه یک بیمار اخذ گردد. انتقال به بیمارستان باید توسط پرسنل آموزش دیده یا نیروی انتظامی صورت گیرد.

▶ در جریان انتقال نباید بیمار مورد هرگونه توهین-آزار-ضرب و جرح یا پرخاشگری قرار گیرد. باید دقت کافی صورت گیرد که در صورت نیاز به اعمال زور و بستن اندامها از هر گونه فشار آسیب زا به بدن به ویژه نواحی حساس اجتناب گردد.

□ معاینه و اخذ شرح حال دقیق و انجام آزمایشهای ضروری:

در بدو بستری لازم است ضمن انجام مشاوره با روانپزشک-شرح حال و معاینه دقیق روانی و جسمی به عمل آید. به خصوص باید احتمال سایر عوامل عضوی ایجادکننده سایکوز-پرخاشگری یا خلق افسرده بررسی گردند. در این میان باید به وجود عوامل عفونی-ضایعات قلبی عروقی یا مغزی عروقی- مسمومیت یا سایر ترکیبات روانگردان و ضایعات فضاگیر مغزی دقت کافی مبذول گردد.

- ▶ آزمایشات روتین شامل موارد زیر ضروری است. آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت-قند ناشتا-آنزیمهای کبدی- شاخصهای کارکرد کلیوی از جمله بیلی روبین و کراتینین – وضعیت تری گلیسیریدها و کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین-بنزودیازپینها و مت آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است.
- ▶ در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد.
- ▶ انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی-عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است.

- ▶ اصولاً انجام تصویر سازی مغزی برای تمام بیماران توصیه نمی شود اما برای بیمارانی که علاوه بر علائم روانی نشانه هایی از ضایعات فضاگیر یا علائم موضعی و عمده نورولوژیک مانند فلج-ضعف اندامها- عدم تعادل-اشکال تکلم و کاهش سطح هوشیاری دارند تصویرسازی به صورت سی تی اسکن و MRI توصیه می گردد.
- ▶ در اینگونه موارد بهتر است علاوه بر مشاوره روانپزشکی- مشاوره با متخصص مغز و اعصاب نیز صورت پذیرد.
- ▶ کنترل علامتی پرخاشگری و بی قراری به کمک دارو:
- ✓ در بدو بستری لازم است به کمک داروهای آرامبخش علائم و شکایات عمده بیمار کنترل گردد.

▶ استفاده از داروهای آنتی سایکوتیک مانند هالوپریدول-ریسپریدون-تری فلوپرازین-الانزاپین و کلرپرومازین برای کاهش پرخاشگری و بی قراری بیماران توصیه می شود.

▶ استفاده از بنزودیازپینهایی مانند کلونازپام-لورازپام و دیازپام نیز در این مرحله مجاز است.

▶ استفاده از آرامبخشها در تقلیل بی قراری ناشی از افسردگی و کاهش احتمال خودکشی های تکانه ای و ناشی از خشم و عصبانیت مؤثر است.

▶ به یاد داشته باشید که در درمان عوارض مصرف مواد محرک داروهای آرامبخش جایگاه برجسته ای دارند و در کنترل بسیاری از عوارض مؤثر هستند. مراقبت از نظر اقدام به خودکشی و آسیب به خود و دیگران در این مرحله الزامی است.

▶ ایجاد محدودیت در مصرف مواد محرک:

لازم است از طریق نظارت دقیق بر رفتارهای بیمار مانع مصرف هرگونه ماده مخدر و محرک شده و از طریق آزمایشهای هر ۳ روز یک بار ادرار از پرهیز بیمار مطمئن گردید.

- ✓ پرهیز ولو کوتاه مدت از مصرف مواد محرک منجر به کاهش سریع پرخاشگری-افسردگی و حتی علاوم سایکوز می گردد.
- ✓ قطع مصرف تنها به مدت یک هفته با کاهش چشمگیر مشکلات بیمار ان همراه است.
- ✓ سایکوز مسمومیتی نیز در اکثریت مواقع بعد از چند روز پرهیز و تجویز داروهای ضد سایکوز فروکش می کند.

▶ استمرار تجویز داروهای آنتی سایکوتیک برای سایکوز ناشی از مواد: در صورتی که تشخیص سایکوز ناشی از مصرف مواد مسجل گردد نه تنها لازم است که تا فروکش کردن کامل علائم سایکوز تجویز داروهای آنتی سایکوتیک ادامه یابد بلکه توصیه می شود جهت تثبیت وضعیت بیمار داروها تا سه ماه بعد از محو توهم ها و هذیانهای بیمار ادامه یابند.

▶ در مواردی که علائم هذیانی و توهمی بخشی از مسمومیت حاد مصرف مواد محرک باشند نیازی به استمرار تجویز داروهای آنتی سایکوتیک نبوده و می توان با فروکش کردن علائم سایکوز تجویز این داروها را نیز متوقف کرد.

کنترل و درمان افسردگی و افکار خودکشی

- ▶ در اکثریت موارد علائم افسردگی بعد از یک ماه پرهیز از مصرف مواد محرک و بدون تجویز داروهای ضد افسردگی برطرف می شوند. افکار خودکشی نیز معمولاً چند روز بعد از بستری و قطع مصرف مت آمفتامین ناپدید می شوند.
- ▶ بر این اساس توصیه می شود در صورتی که افکار خودکشی تهدید جدی نباشند تصمیم به استفاده از داروهای ضد افسردگی به یک ماه بعد از قطع مصرف مت آمفتامین موکول می گردد.
- ▶ در این زمان در صورتی که علائم افسردگی استمرار داشته و بیمار را آزار دهند استفاده از این داروها مد نظر قرار گیرد.
- ▶ اگر تخمین درمانگر بر این است که تهدید به خودکشی جدی است و با کنترل علامتی پرخاشگری و بی قراری سریعاً در روزهای اول بستری برطرف نگردد استفاده از الکتروشوک باید مد نظر قرار گیرد.

- ▶ متاسفانه در چنین حالتی نیز داروهای ضد افسردگی کمک چندانی نیستند.
- ▶ اصولاً استفاده از داروهای ضد افسردگی در مصرف کنندگان مت آمفتامین در ماه اول درمان توجیه زیادی ندارد.
- ▶ ورود به رواندرمانی های ساختاری سرپایی (به عنوان مثال برنامه ماتریکس):
با فروکش کردن علائم سایکوز و کنترل پرخاشگری و افکار خودکشی توصیه می گردد بیماران به رواندرمانی های ساختاری منتقل شوند.
- برای ورود به رواندرمانی لزومی ندارد که کلیه حالات هذیان و توهم برطرف شوند بلکه رسیدن به بصیرت نسبی و احساس لزوم ادامه درمان- کنترل پرخاشگری و توان شرکت کردن در جلسات و دنبال کردن محتوای جلسات برای حضور در رواندرمانی کافی است.

▶ گاهی اوقات بیماران هنوز توهمات شنوایی را تجربه می کنند و به برخی افکار هذیانی باور دارند ولی از آنجایی که این امور در پذیرش درمان و شرکت در جلسات تداخلی ایجاد نمی کنند و برای درمانگر و اطرافیان بیمار خطر جدی تلقی نمی شوند بیماران در جلسات ماتریکس شرکت کرده و از آن بهره می برند.

▶ قبل از ورود به جلسات رواندرمانی ساختاری، جلسات ارزیابی- توجیهی و پیش درمانی برگزار می شود. بدین منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می گیرد.

▶ بیمار بعد از توجیه-ارزیابی و برگزاری جلسات پیش درمانی وارد جلسات ساختاری می شود.

▶ جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می گیرد.

دستور العمل 'A

▶ بیمار مبتلا به سایکوز است یا دچار پرخاشگری یا افسردگی شدید بوده و احتمال خودکشی وجود دارد.

▶ شرح حال دقیق از بستگان و تا حد امکان از بیمار

بسان پروتکل A لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به ویژه علائم سایکوز- میزان پرخاشگری و احتمال آسیب به خود و دیگران شرح حال و اطلاع دقیقی حاصل نماید. استناد به گزارشات غیر دقیق و دست چنم صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند.

▶ مدیریت سرپایی علائم سایکوز- پرخاشگری و افسردگی:

در صورتی که بستری در بخش روانپزشکی و تحت نظر روانپزشک به هر دلیل از جمله نبود امکانات بستری میسر نباشد به ناچار بیمار ان باید به شکل سرپایی مدیریت شوند.

- ▶ در چنین حالتی ویزیت روزانه یا حداقل هفته ای سه بار توصیه می شود. در صورتی که بیمار قادر یا حاضر به مراجعه نباشد پزشک می تواند ویزیت در منزل به عمل آورد.
- ▶ حضور یک یا چند نفر از بستگان یا همراهان به منظور کنترل بیمار در جلسات ویزیت الزامی است.
- ▶ در صورتی که بیمار حاضر به مصرف داروها نباشد می توان از اشکال تزریقی استفاده کرد.
- ▶ در جلسات ویزیت پزشک معالج باید علاوه بر توجه به وضعیت روانی- مراقب وضعیت جسمی بیمار باشد و اموری چون بیماریهای سیستمیک- اختلال در کارکرد قلبی عروقی- تغذیه صحیح بیمار و آسیبهای فیزیکی از نظر دور نمانند.

► معاینه و اخذ شرح حال دقیق و انجام آزمایشهای ضروری:

در بدو ملاقات بیمار لازم است ضمن انجام مشاوره با روانپزشک- شرح حال و معاینه دقیق روانی و جسمی به عمل آید.

به خصوص باید احتمال سایر عوامل عضوی ایجاد کننده سایکوز-پر خاشگری یا خلق افسرده بررسی گردند.

در این میان باید به وجود عوامل عفونی- ضایعات قلبی عروقی یا مغزی عروقی- مسمومیت با سایر ترکیبات روانگردان و ضایعات فراگیر مغزی دقت کافی مبذول گردد.

► آزمایشات روتین شامل موارد زیر ضروری است. شمارش گلبولی و هماتوکریت-قند ناشتا-آنزیمهای کبدی-شاخصهای کارکرد کلیوی از جمله بیلی روبین و کراتینین- تری گلیسیرید- کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین-بنزودیازپینها و مت آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است.

► در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد.

► انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی-عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است.

- ▶ اصولاً انجام تصویر سازی مغزی برای تمام بیماران توصیه نمی شود اما برای بیمارانی که علاوه بر علائم روانی نشانه هایی از ضایعات فضاگیر یا علائم موضعی و عمده نورولوژیک مانند فلج-ضعف اندامها- عدم تعادل-اشکال تکلم و کاهش سطح هوشیاری دارند تصویرسازی به صورت سی تی اسکن و MRI توصیه می گردد.
- ▶ در اینگونه موارد بهتر است علاوه بر مشاوره روانپزشکی- مشاوره با متخصص مغز و اعصاب نیز صورت پذیرد.
- ▶ کنترل علامتی پرخاشگری و بی قراری به کمک دارو:
- ✓ در بدو بستری لازم است به کمک داروهای آرامبخش علائم و شکایات عمده بیمار کنترل گردد.

- ▶ استفاده از داروهای آنتی سایکوتیک مانند هالوپریدول-ریسپریدون-تری فلوپرازین-الانزاپین و کلرپرومازین برای کاهش پرخاشگری و بی قراری بیماران توصیه می شود.
- ▶ استفاده از بنزودیازپینهایی مانند کلونازپام-لورازپام و دیازپام نیز در این مرحله مجاز است.
- ▶ استفاده از آرامبخشها در تقلیل بی قراری ناشی از افسردگی و کاهش احتمال خودکشی های تکانه ای و ناشی از خشم و عصبانیت مؤثر است.
- ▶ به یاد داشته باشید که در درمان عوارض مصرف مواد محرک داروهای آرامبخش جایگاه برجسته ای دارند و در کنترل بسیاری از عوارض مؤثر هستند. مراقبت از نظر اقدام به خودکشی و آسیب به خود و دیگران در این مرحله الزامی است.

▶ ایجاد محدودیت در مصرف مواد محرک:

لازم است از طریق نظارت دقیق بر رفتارهای بیمار مانع مصرف هرگونه ماده مخدر و محرک شده و از طریق آزمایشهای هر ۳ روز یک بار ادرار از پرهیز بیمار مطمئن گردید.

- ✓ پرهیز ولو کوتاه مدت از مصرف مواد محرک منجر به کاهش سریع پرخاشگری-افسردگی و حتی علاوم سایکوز می گردد.
- ✓ قطع مصرف تنها به مدت یک هفته با کاهش چشمگیر مشکلات بیمار ان همراه است.
- ✓ سایکوز مسمومیتی نیز در اکثریت مواقع بعد از چند روز پرهیز و تجویز داروهای ضد سایکوز فروکش می کند.

▶ استمرار تجویز داروهای آنتی سایکوتیک برای سایکوز ناشی از مواد: در صورتی که تشخیص سایکوز ناشی از مصرف مواد مسجل گردد نه تنها لازم است که تا فروکش کردن کامل علائم سایکوز تجویز داروهای آنتی سایکوتیک ادامه یابد بلکه توصیه می شود جهت تثبیت وضعیت بیمار داروها تا سه ماه بعد از محو توهم ها و هذیانهای بیمار ادامه یابند.

▶ در مواردی که علائم هذیانی و توهمی بخشی از مسمومیت حاد مصرف مواد محرک باشند نیازی به استمرار تجویز داروهای آنتی سایکوتیک نبوده و می توان با فروکش کردن علائم سایکوز تجویز این داروها را نیز متوقف کرد.

کنترل و درمان افسردگی و افکار خودکشی

- ▶ در اکثریت موارد علائم افسردگی بعد از یک ماه پرهیز از مصرف مواد محرک و بدون تجویز داروهای ضد افسردگی برطرف می شوند. افکار خودکشی نیز معمولاً چند روز بعد از بستری و قطع مصرف مت آمفتامین ناپدید می شوند.
- ▶ بر این اساس توصیه می شود در صورتی که افکار خودکشی تهدید جدی نباشند تصمیم به استفاده از داروهای ضد افسردگی به یک ماه بعد از قطع مصرف مت آمفتامین موکول می گردد.
- ▶ در این زمان در صورتی که علائم افسردگی استمرار داشته و بیمار را آزار دهند استفاده از این داروها مد نظر قرار گیرد.
- ▶ اگر تخمین درمانگر بر این است که تهدید به خودکشی جدی است و با کنترل علامتی پرخاشگری و بی قراری سریعاً در روزهای اول بستری برطرف نگردد استفاده از الکتروشوک به صورت سریایی باید مد نظر قرار گیرد.

▶ اما اصولاً در اینگونه موارد تأکید مضاعف وجود دارد که بیمار بستری شود و به هر نحو ممکن امکان انتقال به واحد بستری فراهم گردد. متأسفانه در چنین حالتی نیز داروهای ضد افسردگی کمک چندانی نیستند.

▶ استفاده از داروهای ضد افسردگی در مصرف کنندگان مت آمفتامین در ماه اول درمان توجیه زیادی ندارد.

▶ ورود به رواندرمانی های ساختاری سرپایی (به عنوان مثال برنامه ماتریکس):

با فروکش کردن علائم سایکوز و کنترل پرخاشگری و افکار خودکشی توصیه می گردد بیماران به رواندرمانی های ساختاری منتقل شوند.

برای ورود به رواندرمانی لزومی ندارد که کلیه حالات هذیان و توهم برطرف شوند بلکه رسیدن به بصیرت نسبی و احساس لزوم ادامه درمان- کنترل پرخاشگری و توان شرکت کردن در جلسات و دنبال کردن محتوای جلسات برای حضور در رواندرمانی کافی است.

- ▶ گاهی اوقات بیماران هنوز توهمات شنوایی را تجربه می کنند و به برخی افکار هذیانی باور دارند ولی از آنجایی که این امور در پذیرش درمان و شرکت در جلسات تداخلی ایجاد نمی کنند و برای درمانگر و اطرافیان بیمار خطر جدی تلقی نمی شوند بیماران در جلسات ماتریکس شرکت کرده و از آن بهره می برند.
- ▶ قبل از ورود به جلسات رواندرمانی ساختاری جلسات ارزیابی- توجیهی و پیش درمانی برگزار می شود. بدین منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می گیرد.
- ▶ بیمار بعد از توجیه-ارزیابی و برگزاری جلسات پیش درمانی وارد جلسات ساختاری می شود.
- ▶ جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می گیرد.

دستور العمل B

- ▶ بیمار مشکلی از بابت تصمیم گیری نداشته و نشانه ای از جنون- مسمومیت روانی و دلیریوم- پرخاشگری غیر قابل کنترل یا افسردگی شدید به همراه خودکشی ندارد. اما خود علاقه ای به قطع مصرف نشان نمی دهد. درچنین حالتی بستگان هستند که اصرار به درمان دارند.
- ▶ شرح حال دقیق از بستگان: لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به ویژه عوارض مصرف مواد- میزان و نحوه مصرف مواد مخدر و همچنین عوارض فراگیر و تغییرات عمومی در کارکرد بیمار اطلاع دقیقی حاصل نماید. استناد به گزارشات غیر دقیق و دست چنم صحیح نبوده و بیمار یا اشخاصی که با وی زندگی می کنند باید مستقیماً مورد مصاحبه قرار گیرند.

▶ از آنجا که در این حالت فرد مصرف کننده علاقه ای به درمان ندارد ممکن است حتی برای جلسات ارزیابی نیز حاضر نگردد به همین دلیل وظیفه درمانگر دشوارتر شده و باید به گزارشات اطرافیان بسنده کند. لذا مهم است از چند منبع مختلف درباره بیمار اطلاعات مؤثقی به دست آورد.

▶ ارزیابی موقعیت برای امکان اجرای فرایندهای راغب سازی: در صورتی که درمانگر با استناد به شرح حال خانواده به این نتیجه برسد که مشکل جدی در زمینه استفاده از مواد وجود دارد و خانواده انگیزه و امکانات لازم برای وادار ساختن بیمار را در اختیار دارند آنها را به اجرای مداخله تشویق می کند. موافقت خانواده با اجرای مداخله الزامی است و آنها باید حاضر به پذیرفتن تعهد و عوارض احتمالی آن باشند.

▶ درمانگر فرایند انواع مداخلات راغب سازی را توضیح می دهد و در صورتی که خانواده آنرا پذیرفتند اقدامات بعدی آغاز می شود.

▶ اجرای مداخلات راغب سازی:

درمانگر خانواده را جهت انجام مداخله جانسونی یا مداخله ARISE آموزش داده و مقدمات اجرای آن را فراهم می کند. بدین منظور خانواده باید موارد نگران کننده خود را فهرست نمایند. در کنار آن اقداماتی را که از بیمار انتظار دارند از جمله ورود به درمان یا تغییر رفتار معین کنند. در نهایت تحریمها یا فشارهایی را که بیمار در صورت امتناع متحمل خواهد شد نیز معین کنند. سپس در جلساتی غیر مترقبه (مدل جانسون) یا با هماهنگی با بیمار - مجموعه موارد نگران کننده- اقدامات مورد انتظار و فشارهای تنبیهی را برای او توضیح دهند.

خوشبختانه در صورت اجرای صحیح مداخلات انگیزشی اکثریت بیماران برای درمان مراجعه می کنند. البته در بدو مراجعه افراد مصرف کننده دارای درجات متفاوتی از انگیزه هستند اما رسیدن به حداکثر انگیزه الزامی نبوده و حتی بیمارانی که به واسطه فشار خانواده مراجعه کرده اند کاندیدای قابل قبولی برای ورود به درمان هستند.

▶ ارزیابی انگیزشی بیمار:

بعد از اقدامات راغب سازی مصرف کنندگان در درجاتی از انگیزه برای ادامه درمان قرار می گیرند. در این زمان لازم است درمانگر جلساتی را با قصد افزایش انگیزه مراجع و همچنین ارزیابی مشکلات وی برقرار نماید. بهتر است در این مرحله تمرکز بر روی مشکلات بیمار و نه صرفاً بر روی مصرف مواد مخدر قرار گیرد.

▶ باید مصرف کنندگان قادر باشند مشکلات خود را در محیطی صمیمی-حمایتگر و غیر قضاوتی مطرح سازند و درمانگر نیز به جای ایراد سخنرانی- انجام نصیحت و دستور دادن به وی از طریق تکنیکهای مصاحبه انگیزشی او را به ادامه درمان علاقمند سازد. یکی از اقداماتی که در این مرحله باید مورد توجه قرار گیرد تلاش برای وقفه ولو موقت در مصرف مواد و رسیدن به حداقل یک آزمایش منفی است.

▶ با پایدار شدن بیمار از نظر روانی و تلاش وی جهت کنترل مصرف امکان ورود او به رواندرمانی ساختاری فراهم می شود.

▶ دارو درمانی علامتی: پزشک می تواند برای برخی علائم بیمار مانند بی قراری - بی خوابی-احساس خشم و عصبانیت-کابوسهای شبانه و عوارض جسمی مصرف مواد محرک از داروهای ضد اضطراب- خواب آور و آرام بخش استفاده نماید. متأسفانه دارو درمانی در حال حاضر تنها در حد کنترل علامتی مؤثر شناخته شده است و برای کاهش وسوسه- افزایش ماندگاری بیماران در درمان و کاهش مصرف مواد چندان مؤثر نبوده و تفاوتی با پلاسی بو ندارد.

▶ استفاده از دارو جهت بهره گیری از اثر دارونمایی (پلاسی بو) دارای ظرافت هایی می باشد.

▶ ورود به رواندرمانی های ساختاری سرپایی (به عنوان مثال برنامه ماتریکس):

قبل از ورود به جلسات رواندرمانی ساختاری جلسات ارزیابی- توجیهی و پیش درمانی برگزار می شود. بدین منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می گیرد.

▶ بیمار بعد از توجیه-ارزیابی و برگزاری جلسات پیش درمانی وارد جلسات ساختاری می شود.

▶ جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می گیرد.

انجام آزمایشهای پاراکلینیک

- ▶ با ورود بیمار به درمان و کسب رضایت وی جهت شرکت در جلسات رواندرمانی لازم است آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت-قند ناشتا-آنزیمهای کبدی- شاخصهای کارکرد کلیوی از جمله بیلی روبین و کراتینین – وضعیت تری گلیسیرید ها و کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین-بنزودیازپینها و مت آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است.
- ▶ در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد.
- ▶ انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی-عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است. هر چند اصولاً بهتر است از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود.

دستور العمل C

✓ بیمار مشکلی از بابت تصمیم گیری نداشته و نشانه ای از جنون- مسمومیت روانی و دلیریوم- پرخاشگری غیر قابل کنترل یا افسردگی شدید به همراه افکار خودکشی ندارد. خود نیز اعلام می دارد که مایل به قطع مصرف مواد است. اما بیمار به دلایلی چون وسوسه-خستگی و روحیه افسرده- عدم توان توقف مصرف یا مشکلات بیرونی قادر به ترک نیست و خواستار کمک درمانگر است. به همین دلیل بیمار بدون اجبار دیگران به تنهایی یا به همراه بستگان مراجعه کرده است.

▶ ارزیابی انگیزشی بیمار:

در این زمان لازم است درمانگر جلساتی را با قصد افزایش انگیزه مراجع و همچنین ارزیابی مشکلات وی برقرار نماید. بهتر است در این مرحله تمرکز بر روی مشکلات بیمار و نه صرفاً بر روی مصرف مواد قرار گیرد.

▶ باید مصرف کنندگان قادر باشند مشکلات خود را در محیطی صمیمی-حمایتگر و غیر قضاوتی مطرح سازند و درمانگر نیز به جای ایراد سخنرانی- انجام نصیحت و دستور دادن به وی از طریق تکنیکهای مصاحبه انگیزشی او را به ادامه درمان علاقمند سازد. یکی از اقداماتی که در این مرحله باید مورد توجه قرار گیرد تلاش برای وقفه ولو موقت در مصرف مواد و رسیدن به حداقل یک آزمایش منفی است.

▶ با پایدار شدن بیمار از نظر روانی و تلاش وی جهت کنترل مصرف امکان ورود او به رواندرمانی ساختاری فراهم می شود.

انجام آزمایشهای پاراکلینیک

- ▶ با ورود بیمار به درمان و کسب رضایت وی جهت شرکت در جلسات رواندرمانی لازم است آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت-قند ناشتا-آنزیمهای کبدی- شاخصهای کارکرد کلیوی از جمله بیلی روبین و کراتینین – وضعیت تری گلیسیرید ها و کلسترول و همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین-بنزودیازپینها و مت آمفتامین جهت کلیه بیماران ضروری است.
- ▶ در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد.
- ▶ انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی-عروقی یا سن بالای ۴۰ سال الزامی است. هر چند اصولاً بهتر است از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود.

اخذ شرح حال و گرفتن اطلاعات تکمیلی از بستگان بیمار

- ▶ در صورت تمایل بیمار و اجازه وی لازم است پزشک معالج از وضعیت بیمار به ویژه عوارض مصرف مواد-میزان و نحوه مصرف مواد مخدر و همچنین عوارض فراگیر و تغییرات عمومی در کارکرد بیمار اطلاع تکمیلی حاصل نماید.
- ▶ بهتر است اشخاصی که با بیمار زندگی می کنند مورد مصاحبه قرار گیرند.

▶ دارو درمانی علامتی: پزشک می تواند برای برخی علائم بیمار مانند بی قراری - بی خوابی-احساس خشم و عصبانیت-کابوسهای شبانه و عوارض جسمی مصرف مواد محرک از داروهای ضد اضطراب- خواب آور و آرام بخش استفاده نماید. متأسفانه دارو درمانی در حال حاضر تنها در حد کنترل علامتی مؤثر شناخته شده است و برای کاهش وسوسه- افزایش ماندگاری بیماران در درمان و کاهش مصرف مواد چندان مؤثر نبوده و تفاوتی با پلاسی بو ندارد.

▶ استفاده از دارو جهت بهره گیری از اثر دارونمایی (پلاسی بو) دارای ظرافت هایی می باشد.

▶ ورود به رواندرمانی های ساختاری سرپایی (به عنوان مثال برنامه ماتریکس):

قبل از ورود به جلسات رواندرمانی ساختاری جلسات ارزیابی- توجیهی و پیش درمانی برگزار می شود. بدین منظور معمولاً ۴ جلسه فشرده در طی یک هفته انجام می گیرد.

▶ بیمار بعد از توجیه-ارزیابی و برگزاری جلسات پیش درمانی وارد جلسات ساختاری می شود.

▶ جلسات شامل ۲ تا ۳ جلسه ۴۵ دقیقه در هفته است. محتوای این جلسات بر اساس کتابچه درمان مراجعان صورت می گیرد.

Long Term Methamphetamine Use



10 Years of Meth Use



Long term Meth



به امید داشتن دنیایی خالی از مواد مخدر....

