



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر سادات روحانی، اجتماعی و اعتیاد

# راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس

نویسنده: دکتر آذرخش مکرری



سرشناسه: مکرى، آذرخش، ۱۳۴۷-

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس، ویرایش چهارم / نویسنده آذرخش مکرى: [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکى، دفتر سلامت روانى، اجتماعى و اعتياد.

مشخصات نشر: تهران: سپیدبرگ، ۱۳۹۲.

مشخصات ظاهرى: ۳۰۴ ص.: مصور، جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۹۳-۰۷-۸

وضعیت فهرست نویسى: فبا.

موضوع: اعتياد -- درمان -- دستنامه‌ها.

موضوع: اعتياد -- جنبه‌هاى روان‌شناسى.

شناسه اف‌ود: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکى. دفتر سلامت روانى، اجتماعى و اعتياد.

رده بندى كنشده: ۱۳۹۲/۲۷۲/۱/۵۸۰ HV

رده بندى ديويى: ۳۶۲/۲۸۳

شماره كتاب‌شناسى: ۳۰۴۳۳

---

■ عنوان راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس

الگوی تغییر یافته ماتریکس

■ نویسنده دکتر آذرخش مکرى

■ ناشر انتشارات سپیدبرگ (۸-۶۶۹۵۴۴۵۷)

■ تیراژ ۲۰۰۰ جلد

■ نوبت چاپ اول - بهار ۱۳۹۲

■ قیمت ۱۰۰۰۰ تومان

■ ليتوگرافى و چاپ ۱۲۸

■ صحافى غزل

■ شابک ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۹۳-۰۷-۸

---

تماس: تهران، خیابان حافظ، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکى،

اتاق ۴۴۰، دفتر سلامت روانى، اجتماعى و اعتياد. تلفن: ۶۶۷۰۷۰۶۳، نمابر: ۶۶۷۰۰۴۱۰

کليه حقوق برای ناشر و دفتر سلامت روانى، اجتماعى و اعتياد محفوظ است و هرگونه

کپی یا برداشت از کتاب فقط با اجازه کتبی ناشر یا وزارت بهداشت امکان پذیر است.

---

## فهرست مطالب

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| دیباجه .....                                                        | ۹   |
| پیش‌گفتار .....                                                     | ۱۳  |
| مقدمه .....                                                         | ۱۵  |
| فصل ۱: مصرف مواد محرک و اثرات آن‌ها .....                           | ۲۷  |
| اثرات کوتاه‌مدت مصرف مواد محرک (مت‌آفتامین) .....                   | ۳۲  |
| فصل ۲: مصاحبه اولیه با بستگان بیمار، زمانی که اطرافیان به مصرف      |     |
| مواد مشکوک هستند .....                                              | ۴۳  |
| نکات بالینی .....                                                   | ۶۷  |
| فصل ۳: آماده‌سازی مصرف‌کنندگان و بیماران غیر راغب برای مراجعه ..... | ۶۹  |
| آن‌چه مانع ورود بیماران به درمان می‌شود .....                       | ۷۱  |
| انجام مداخله .....                                                  | ۷۸  |
| جایگزین‌هایی برای مداخله جانسونی .....                              | ۸۶  |
| فصل ۴: مصاحبه و برخورد اولیه با بیمار مراجعه‌کننده .....            | ۹۲  |
| فصل ۵: کلیات نیازها و مداخلات درمانی در مصرف‌کنندگان مواد           |     |
| محرک .....                                                          | ۱۱۱ |
| الگوی ارائه خدمات .....                                             | ۱۱۲ |



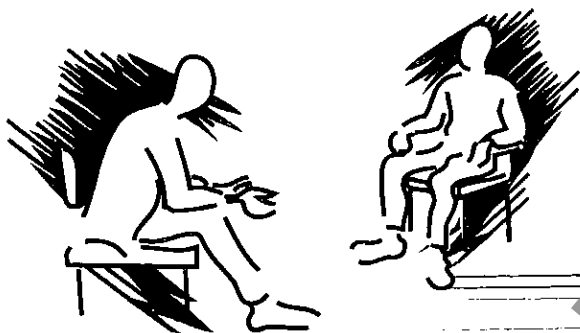
۱. بررسی از نظر پسکوز..... ۱۱۳
  ۲. بررسی از نظر پر خاشگری..... ۱۱۸
  ۳. بررسی از نظر افسردگی شدید و افکار خودکشی..... ۱۱۸
  ۴. اشکالات عمده شناختی..... ۱۲۱
  ۵. عوارض خفیف تر مصرف مت آمفتامین و وابستگی به آن..... ۱۲۱
- فصل ۶: جلسات ساختاری روان درمانی..... ۱۳۸
- نمای کلی جلسات..... ۱۳۹
- اهداف کلی و مشترک جلسات ساختاری..... ۱۴۴
- ساختار و محتوای جلسات..... ۱۵۱
- جلسات..... ۱۵۷
- توضیح محتوای جلسات ساختاری..... ۱۵۹
- جلسه اول: چرا مواد را ترک می کنم (ترازوی تغییر)..... ۱۵۹
- جلسه های دوم، چهارم و پنجم: شروع کننده ها..... ۱۷۰
- جلسه سوم: سیر بهبودی..... ۱۷۵
- جلسه ششم: مشکلات عمده در بهبودی: (۱) بی اعتمادی خانواده..... ۱۸۳
- جلسه هفتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۲) کاهش انرژی و توان..... ۱۹۱
- جلسه هشتم: مشکلات عمده در بهبودی: (۳) مصرف نابه جای دارو و مواد دیگر به عنوان جایگزین..... ۱۹۴
- جلسه های نهم، دهم و یازدهم: وسوسه..... ۱۹۹



|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| جلسه دوازدهم: افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز مصرف..... | ۲۰۵ |
| جلسه سیزدهم: احساس بی‌حوصلگی و افسردگی.....               | ۲۱۰ |
| جلسه‌های چهاردهم و پانزدهم: جلوگیری از عود - فعالیت‌های   |     |
| جلوگیرنده از و مستعدکننده عود.....                        | ۲۱۲ |
| جلسه شانزدهم: کار و بهبودی.....                           | ۲۱۴ |
| جلسه هفدهم: شرم و گناه.....                               | ۲۱۷ |
| جلسه هجدهم: مشغول ماندن.....                              | ۲۲۱ |
| جلسه نوزدهم: انگیزه برای بهبودی.....                      | ۲۲۲ |
| جلسه بیستم: راست‌گویی.....                                | ۲۲۳ |
| جلسه بیست‌ویکم: پاک‌ی کامل.....                           | ۲۲۴ |
| جلسه بیست‌ودوم: روابط جنسی اعتیادگونه.....                | ۲۲۶ |
| جلسه بیست‌وسوم: پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن.....         | ۲۲۷ |
| جلسه بیست‌وچهارم: زرنگ باشید نه قوی.....                  | ۲۲۸ |
| فصل ۷: خاتمه درمان.....                                   | ۲۳۰ |
| فصل ۸: برخی مفاهیم نظری و نکات عملی در روان‌درمانی        |     |
| مصرف‌کنندگان مواد.....                                    | ۲۳۷ |
| آزمایش ادرار.....                                         | ۲۳۷ |
| برخورد با آزمایش مثبت.....                                | ۲۴۵ |
| مطلوب‌نمایی اجتماعی.....                                  | ۲۴۹ |
| دارو محوری.....                                           | ۲۵۶ |
| سبک مقابله‌ای شیمیایی.....                                | ۲۵۶ |



- استفاده از اثر دارونمایی در درمان وابستگی به مواد محرک ..... ۲۶۷
- دو دیدگاه درباره مسئله انگیزه ..... ۲۷۱
- افسردگی و بی حوصلگی ..... ۲۷۹
- راهکارهای مداخله در افسردگی ..... ۲۹۴
- وجه بازدارنده و سازنده در درمان اعتیاد ..... ۳۰۰



مشکل سوء مصرف و وابستگی به مواد صنعتی به ویژه مت‌آمفتامین در سالهای اخیر به ویژه در چند سال گذشته به شکل جدی و بحث‌برانگیز تبدیل شده، به‌طوری که بسیاری از مسئولان را در تمام سطوح از تصمیم‌گیری تا اجرا به فکر چاره‌اندیشی انداخته است. بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۸۶ حدود ۰/۴ درصد افراد سوء مصرف‌کننده مواد را افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. هم‌چنین بر اساس نتایج مطالعه انجام‌شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد به ویژه مت‌آمفتامین می‌دهد.

سوء مصرف مت‌آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، هم‌چنین وسوسه شدید و همراه‌شدن با علائم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیش‌گیری را دچار چالش‌های جدی کرده است. در حال حاضر بخش قابل ملاحظه‌ای از خدمات درمانی روان‌پزشکی متوجه درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شده و این در حالی است که استرس بیماران روان‌پزشکی که نیاز به این خدمات دارند محدود گشته است.

متأسفانه در حال حاضر درمان‌های مبتنی بر شواهد و استاندارد که مختص



سوءمصرف‌کنندگان و افراد وابسته به مواد مت‌آمفتامینی باشد در حد بسیار بسیار اندک (تقریباً هیچ) ارائه می‌گردد و تنها چند مرکز هستند که توانایی ارائه خدمات درمانی مختصر و نه کامل را به سوءمصرف‌کنندگان مواد مت‌آمفتامینی دارند. دیگر این که بسیاری از کلینیک‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری و حتی اقامتی اقدام به ارائه خدمات درمان رایج برای موادمخدر به بیماران وابسته به مواد مت‌آمفتامینی کرده که مشخصاً پاسخگو نبوده و حتی در مواردی آسیب‌رسان نیز بوده است.

به‌علاوه نبود راهنمای بسته‌های استاندارد و درمانی، عدم آموزش‌های تخصصی و کمبود متخصصین تربیت‌شده برای درمان سوءمصرف مت‌آمفتامین سبب شده که بخشی سودجو و غیرعلمی نیز فعال شده و از بازار وفور بیماران وابسته به موادمحرک سوء استفاده کنند که گاهی نتایج نامطلوبی را در پی داشته است.

خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال جلسه هم‌اندیشی که با حضور صاحب‌نظران درمان سوءمصرف مواد مت‌آمفتامینی برگزار کرد، بر آن شد که اولویت را بر آموزش نیروهای تخصصی درمان سوءمصرف مواد محرک قرار دهد و به منظور استانداردسازی ارائه درمان با کمک مراکز تحقیقاتی و افراد متخصص نسخه اولیه بسته آموزشی درمان سوءمصرف محرک را تدوین نماید. این بسته نسخه اولیه راهنمای درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک است که به مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ارائه می‌گردد.

هدف از تدوین نسخه اولیه راهنمای بسته آموزشی درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (روان‌شناسان و پزشکان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران، پرستاران و بهیاران) فراهم آوردن یک



راهنما بر اساس مداخلات مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران سوءمصرف کننده مواد محرک است. این راهنما سعی دارد ظرفیت ارائه خدمات به بیماران مصرف کننده مواد محرک را از طریق افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس و بهبودی شایستگی و ظرفیت های آنان ارتقاء بخشد و نهایتاً افزایش اثربخشی خدمات درمانی برای درمان سوءمصرف محرک و همچنین استاندارد درمانی را در پی داشته باشد.

هم چنین این راهنما می تواند به عنوان یک دستنامه به منظور آموزش فنی به درمان گران غیر دارویی باشد. استفاده از مداخلات روان شناختی در مراکز درمانی سوءمصرف مواد به منظور ارتقاء کیفیت و اثربخشی حداکثری درمان اجتناب ناپذیر است. پیچیدگی بیماری اعتیاد سبب شده تا رویکردهای جامع متعدد درمانی مورد نیاز باشد. با وجود استفاده از مداخلات روان شناختی و اجتماعی در کنار اقدامات پزشکی و روان پزشکی کماکان میزان موفقیت درمان به طور قابل ملاحظه مطلوب نیست. در بررسی ها مشخص گردیده یکی از عوامل ناکارآمدی درمان، عدم آموزش و تربیت صحیح نیروهای تخصصی مداخله گر در مقابله با اعتیاد است.

یکی دیگر از اهداف تدوین این راهنما در زمینه مداخلات روان شناختی در درمان سوءمصرف مواد، تهیه خط مشی واحد درمان در زمینه بعضی مداخلات غیر دارویی، ایجاد هماهنگی و یکپارچه کردن مداخلات و اقدامات روانی اجتماعی بر اساس اصول و یافته های پژوهش است. به دلیل تعدد و تنوع رویکردهای مشاوره و مداخلات غیر دارویی، هم چنین در پاره ای موارد ناآگاهی و کاربرد غلط و نابجای تکنیک های مشاوره و روان درمانی، کارآمدی این مداخلات در حد مطلوب و قابل انتظار نیست. از این رو به منظور افزایش کارآمدی و اثربخشی مداخلات غیر دارویی، ضروری است درک صحیح و واحدی از اختلال

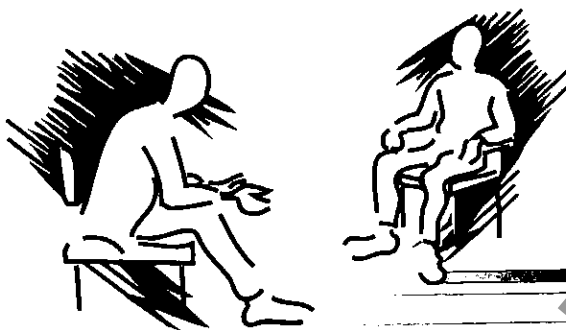


سوءمصرف و وابستگی به مواد، ارزیابی کلی شامل غربالگری، ارزیابی اولیه در همه حیطه‌ها و طرح درمان، مهارت‌های مصاحبه و اصول مشاوره و درمان مؤثر، دانش درمان، نظام ارجاع، هماهنگی و مستندسازی، آمادگی حرفه‌ای از نظر نگرش و ارزش، مشاوره گروهی، خانوادگی، زوج و آموزش مراجع، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده و اجتماع، مطابقت درمان با بیمار و نحوه کاربرد مشاوره و مداخلات روان‌شناختی ارائه گردد. هم‌چنین باید توجه داشت استفاده این مداخلات باید براساس ملاحظات اجتماعی فرهنگی هر منطقه و اقلیم ارائه گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سید حسن امامی‌رضوی



## پیش‌گفتار

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهم‌ترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوءمصرف مواد به‌طور هم‌زمان به بیماری‌های جسمی متعدد مبتلا هستند. هم‌چنین این افراد با احتمال مرگ‌ومیر بیشتر مواجه‌اند، به نحوی که افراد دچار سوءمصرف مواد به‌طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از سایرین عمر می‌کنند.

موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشورهای هم‌چون افغانستان و پاکستان که از تولیدکنندگان عمده مواد مخدر در جهان می‌باشند و از طرفی ترانزیت و عبور و مرور مواد مخدر از کشور ما به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای بازار مصرف داخلی مواد مخدر را تشدید کرده است بر اساس گزارشات سازمان ملل متحد، از ۷۷۰۰ تن مواد مخدر تولیدی افغانستان در سال ۲۰۰۸، سه هزار تن مواد مخدر به ایران وارد شده است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند. اگرچه اعتیاد به‌عنوان یک آسیب اجتماعی، هیچ‌گاه به‌طور کامل



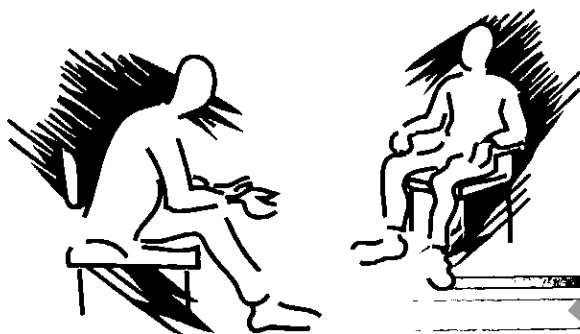
ریشه کن نخواهد شد، آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، نیاز به توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به عنوان سیاست‌های کاهش تقاضا را تأکید می‌کند.

کتاب حاضر یکی از مجموعه کتاب‌هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ارتقاء سطح دانش پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد تهیه و چاپ شده است و امید است قدم مفیدی در این راه باشد.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

www.ketabon.com



مواد محرک، از جمله آمفتامین‌ها و مواد شبه آمفتامینی به‌طور گسترده مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و پس از حشیش بیشترین میزان سوء مصرف را در جهان دارا هستند. طبق گزارش سالانه دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۷، ۲۴/۹ میلیون سوء مصرف‌کننده آمفتامین و ۸/۶ میلیون سوء مصرف‌کننده اکستازی در مقابل ۱/۱ میلیون معتاد به هروئین وجود داشته است.

وابستگی به مواد محرک به‌ویژه ترکیبات آمفتامینی که در ایران نیز مشکل‌ساز اصلی هستند، منجر به افت بسیار سریع توانایی‌های فرد برای انطباق با مسائل شغلی و بین فردی می‌شود. مصرف طولانی‌مدت نیز عوارض بر اعتیاد و وابستگی، عوارض مختلف روانی و جسمی به همراه دارد. در ضمن مصرف هم‌زمان مواد محرک و سایر مواد روان‌گردان به‌ویژه مواد افیونی موجب کندشدن سیر کلی بهبودی و بروز مشکلات مختلفی در سایر درمان‌ها مانند درمان نگهدارنده با متادون نیز می‌شود. به‌عنوان مثال لازم به ذکر است که یک مطالعه در ایران نشان داد که ۳۵٪ از بیمارانی که جهت ترک مواد آپیوئیدی به مراکز



درمانی مراجعه کرده بودند، هم‌زمان از مواد محرک نیز استفاده می‌کردند. در مجموع می‌توان اثرات مخرب مصرف مواد محرک را به سه دسته زیر تقسیم نمود:

۱. وابستگی و اعتیاد
۲. اثرات روانی و رفتاری همراه (مانند پسیکوز، رفتارهای تکراری، وسواس و اختلال در رفتار جنسی)
۳. عوارض بدنی عمده مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، فشار خون، آسیب به عروق قلب و مغز، واسکولیت‌ها و سایر عوارض اعضای داخلی

با توجه به گستره آسیب‌ها و درگیری‌های مختلف روانی و بدنی، تنوع اقدامات درمانی و استفاده از مداخلات مختلف طبی و روانی الزامی به نظر می‌آید. نظام درمانی باید از یک سو به مهار عوارض روانی سوء مصرف بپردازد و عوارضی چون افسردگی و جنون را مد نظر قرار دهد. از سوی دیگر جلوگیری از مصرف و عود بعد از قطع مصرف را سرلوحه مداخلات خود قرار دهد.

طی دو دهه اخیر تلاش‌هایی برای ایجاد الگوهای موفق و پروتکل‌های درمانی مؤثر برای مواد محرک صورت گرفته است. از یک سو استفاده از داروهای مختلف مورد ارزیابی بالینی قرار گرفته‌اند و از سوی دیگر مداخلات گوناگون آموزشی، رفتاری، شناختی و مشاوره‌ای آزمایش شده‌اند. نتایج بررسی‌ها حکایت از آن داشت که درمان دارویی برای جلوگیری از عود و قطع مصرف اثر قابل توجهی نداشته و عمده سهم درمان اعتیاد بر عهده درمان‌های روان‌شناختی است. از این رو، درمان‌گران رو به تهیه برنامه‌های مدون روان‌درمانی‌های ساختاری آورده و آن‌ها را در قالب "راهنما" یا "پروتکل" در اختیار دیگران قرار دادند. یکی از این برنامه‌ها که به موفقیت نسبی دست یافت و مورد تأیید وزارت



بهداشت و منابع انسانی ایالات متحده آمریکا قرار گرفت، به برنامه ماتریکس<sup>۱</sup> شهرت یافته است.

برنامه درمانی ماتریکس که به‌نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک گردید، مداخله سرپایی فشرده و ساختاری است که به مدت ۱۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌گردد. شروع این برنامه در اصل به سال‌های دهه ۸۰ میلادی باز می‌گردد که درمان‌گران در جست‌وجوی راه‌های درمانی مؤثری برای وابستگی به کوکائین بودند. در طی این سال‌ها از طریق تلفیق و تلخیص مکرر روش‌های درمانی گوناگون، تلاش می‌شد تا پروتکل‌های مؤثری برای اعتیاد به ماده مذکوربداع گردد. البته محققین متوجه بودند که اکثر مداخلات اثربخشی یا قابلیت اجرا را نداشته و بعد از مدتی به دست فراموشی سپرده می‌شدند. بعد از حدود ۱۵ سال و با الهام از روش‌های مختلف شناختی - رفتاری، آموزش روانی<sup>۲</sup> و مداخله در خانواده‌ها، نسل جدید پروتکل‌ها تهیه گردید. از ۱۹۹۸ ارزیابی این پروتکل‌ها آغاز شده و سرانجام از سال ۲۰۰۰ به بعد پروتکل‌های مدون آن در اختیار درمان‌گران قرار گرفت.

بر اساس آخرین پروتکل ۱۶ هفته‌ای درمانی ماتریکس، بیماران در جلسات زیر شرکت می‌نمایند:

- ۳ جلسه انفرادی و مشترک با خانواده
- ۸ جلسه گروهی "مهارت‌های بهبودی اولیه"
- ۳۲ جلسه گروهی پیش‌گیری از عود
- ۱۲ جلسه آموزش خانواده
- ۳۶ جلسه گروهی "حمایت‌های اجتماعی"



جلسات انفرادی و مشترک با خانواده (۳ جلسه) و جلسات گروهی "مهارت‌های بهبودی اولیه" (۸ جلسه) هریک به مدت ۵۰ دقیقه و سایر جلسات در حد ۹۰ دقیقه اجرا می‌گردد. جلسات انفرادی/مشترک با خانواده نیز در بدو درمان، هفته ۶ و ۱۶ اجرا می‌گردد. اما هسته مرکزی درمان را ۳۲ جلسه پیش‌گیری از عود گروهی تشکیل می‌دهد. جلسات گروهی با حضور حدود ۱۰ شرکت‌کننده اجرا می‌شوند.

درمان سوء مصرف مواد محرک با مدل ماتریکس مورد کارآزمایی‌های مختلفی قرار گرفته که بزرگ‌ترین آن‌ها بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰ جهت مقایسه مدل ماتریکس و گروه درمان معمول<sup>۱</sup> انجام شده است. مطالعه مذکور نشان داد که بیماران شرکت‌کننده در درمان ماتریکس، زمان طولانی‌تری در درمان مانده و مدت بیشتری پرهیز خود را حفظ کرده‌اند. این مطالعه در واقع نشانگر کارایی خوب مدل ماتریکس به عنوان یک مداخله روانی - اجتماعی سرپایی فشرده در درمان سوء مصرف و وابستگی به محرک‌ها بود. در مطالعه مقایسه‌ای دیگری بین برنامه ماتریکس و درمان معمول، متغیرهایی از قبیل تغییر در سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر از نظر HIV، کیفیت زندگی و رضایت مراجعین مورد بررسی قرار گرفت که در کلیه موارد فوق مدل ماتریکس، برنامه‌ای مؤثر ارزیابی شد. البته فراموش نکنید که شکل‌گیری ماتریکس بیش از آن که وابسته به کارآزمایی بالینی باشد، ناشی از اجماع<sup>۲</sup> صاحب‌نظران و نظر حرفه‌ای گروه متخصصان<sup>۳</sup> بوده است.

از سال ۱۳۸۶، پیاده‌سازی و اجرای درمان مواد محرک با الگویی ماتریکس در ایران به‌ویژه در مرکز ملی مطالعات اعتیاد آغاز گردید. در کنار

1. TAU: Treatment as usual

2. Consensus

3. Expert opinion



اجرای مقدماتی و آزمایشی، کارآزمایی‌های بالینی نیز صورت گرفت. درمان تعداد قابل توجهی از معطادان و تجمع تجربیات و نتایج مطالعات حکایت از چند نکته مهم در اجرای ماتریکس داشتند که به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. پروتکل اصلی ماتریکس توجهی به اثرات غیر اعتیادی مواد محرک از جمله پسیکوز، پرخاشگری، خودکشی و افسردگی شدید ندارد و الگوریتم درمانی برای آن‌ها مشخص نکرده است. پروتکل از جایی آغاز می‌شود که بیمار راغب غیر پسیکوتیک برای درمان مراجعه کرده است. این درحالی است که در کشور ما یکی از عمده شکایات خانواده‌ها مسئله پسیکوز یا پرخاشگری شدید در مصرف‌کنندگان بوده و آن‌ها خواستار نوعی مداخله در مرحله قبل از روان‌درمانی ساختاری هستند. بسیاری از درمان‌گران نیز ابتلای بیماران به عوارضی به غیر از اعتیاد را چالش مهمی ذکر می‌کردند که توسط راهنمای ماتریکس مورد غفلت قرار گرفته است. بدیهی است که اجرای الگوی ماتریکس در چنین حالاتی غیر ممکن است.

۲. بسیاری از درمان‌گران خواستار نوعی دستورالعمل یا راهنمای مداخله برای بیمارانی بودند که برای درمان مراجعه نمی‌کنند اما خانواده آن‌ها مصر هستند که نوعی اقدام درمانی صورت گیرد. از این بیماران به عنوان معطادان غیر راغب یاد می‌شود و بخش مهمی از صحنه درمان اعتیاد به مواد محرک در ایران را تشکیل می‌دهند. به بیان دیگر در الگوی ماتریکس، درمان با مراجعه داوطلبانه بیمار با انگیزه مناسب آغاز می‌گردد و الگویی برای راغب‌سازی غیر مراجعان مطرح نشده است.

۳. در ماتریکس، تأکید عمده بر استفاده از گروه‌درمانی از بدو درمان است. اما اجرای این امر در ایران با مشکلات جدی مواجه شد. برخی دلایل عدم امکان اجرای گروه درمانی از ابتدای برنامه ماتریکس به قرار زیر است:



۳-۱. اکثر مراکزی که داوطلب درمان مواد محرک بودند، از کلینیک‌های کوچک خصوصی با تعداد محدودی بیمار تشکیل می‌شوند که گردش کار اندک مرکز درمانی مانع رسیدن مراجعان آن‌ها به حد نصاب گروه می‌شد. همه بیماران وارد درمان نمی‌شدند و هرکسی که علاقه‌مند به درمان بود لزوماً کاندیدای مناسبی برای روان درمانی تلقی نمی‌شد. بنابراین در بخش عمده‌ای از مراکز درمانی گروه درمانی شکل نمی‌گرفت.

۳-۲. هم‌زمانی ورود بیماران به گروه دشوار بود و گاهی ۲ تا ۳ هفته لازم بود تا حداقل ۶ بیمار برای پرنمودن یک گروه ثبت نام نمایند. در این فرصت برخی بیماران شرکت‌کننده انصراف داده و مجدداً گروه از حد نصاب ساقط می‌شود.

۳-۳. همسان‌سازی گروه‌ها بسیار دشوار بود و به‌ویژه در مراکز کوچک‌تر، بیماران به قدری از لحاظ فرهنگی، تحصیلی و سابقه مصرف متفاوت بودند که تشکیل گروه‌هایی با حداقل شباهت‌های دموگرافیک دشوار می‌نمود.

۳-۴. هدایت گروه برای درمان‌گران به‌ویژه درمان‌گران جوان‌تر و با سابقه کاری کم، بسیار دشوار بود و حتی درمان‌گر با تجربه بالا نیز در هدایت گروه دچار اشکال می‌شد. درمانگرانی که تجربه هدایت گروه را داشتند نیز انجام گروه درمانی برای بیماران وابسته به شیشه را دشوار اعلام نموده و اصولاً آن‌ها را متفاوت از بیمارانی که قبلاً داشته‌اند، ذکر می‌کردند.

۳-۵. حجم بالایی شکایات فردی بیماران در جلسات اول و نیاز به پرداختن به انبوه مشکلات اختصاصی، عملاً آن‌ها را از دریافت



آموزش‌ها و نکات ضروری باز می‌داشت.

۳-۶. بخش عمده‌ای از درمان‌گران را روان‌شناسان زن تشکیل می‌دادند که حضور خود را در جمع ۸ تا ۱۰ نفر مرد مصرف‌کننده شیشه دسوار دانسته و کنترل مباحث را عملاً غیر ممکن می‌دیدند.

۳-۷. بعد از جلسات تعداد کثیری یا عملاً تمامی شرکت‌کنندگان خواستار وقت انفرادی با درمان‌گر خود بودند و اتمام گروه در موعد مقرر دشوار می‌نمود.

۳-۸. بعد از اتمام دوره آموزش روان‌شناسان، حدود نیمی از تشکیل گروه اجتناب می‌نمودند و توانایی خود را در حد لازم برای هدایت درمان جمعی نمی‌دیدند.

۳-۹. درک دینامیک گروه دشوار بوده و برخی روان‌شناسان حتی با تجربه بیش از ۲ سال درمان مبتدیان از کنترل آن عاجز بودند.

۳-۱۰. در برخی موارد متأسفانه مشاجرات لفظی و حتی فیزیکی در گروه رخ می‌داد و درمان‌گر قادر به مهار آن نبود.

۳-۱۱. برخی بیماران از بیان دیدگاه‌های خود در گروه ابا داشتند و گاهی افکار بدبینی و پارانویید آن‌ها مانع شرکت در جلسات غیر انفرادی می‌گردید.

۴. محتوای تعداد قابل توجهی از جلسات با شرایط و نیازهای فرهنگی ایران ناهمخوان بوده و در عمل بدون استفاده می‌ماندند.

۵. هزینه درمان در تمام مراکز توسط بیماران یا خانواده آن‌ها تأمین می‌گردد و درصد قابل توجهی پرداخت هزینه برای ۹۰ جلسه را دشوار می‌دیدند. تقاضای بیماران و درمان‌گران بر این بود که ماتریکس به اجزایی شکسته شود تا امکان شرکت در بخش‌هایی از آن برای همه



فراهم شود. بیمارانی که علاقه‌مند به درمان بیشتر بودند می‌توانستند در جلسات تکمیلی شرکت کنند.

۶. در برنامه اصلی ماتریکس تأکید فراوانی بر ارجاع بیماران به گروه‌های خودیاری به‌ویژه معتادان گمنام شده است. در این الگو تلاش شده که بیماران به سرعت به خودیاری منتقل شوند و از برنامه‌های ۱۲ قدمی بهره‌مند گردند. اما به دلایلی این رویکرد در ایران کمتر مورد استقبال درمان‌گران و بیماران قرار گرفت. در واقع با وجود اثربخشی مناسب نظام‌های مذکور، اکثر علاقه‌مندان به شرکت در جلسات گروه‌های خودیاری در عمل به این گروه‌ها مراجعه داشته و مراجعان مراکز درمانی به‌ویژه مراکز درمانی خصوصی را تشکیل نمی‌دهند. مراجعان به مراکز درمانی بیشتر افرادی هستند که یا تجربه درمان‌های خودیاری را داشته و آن را مناسب خود ندیده‌اند یا به دلایل فردی و سلیقه‌ای یا باوری مایل به شرکت در آن‌ها نیستند.

۷. در اکثر مراکز درمانی، برنامه ماتریکس در عمل به‌صورت تنها فرصت مشاوره و روان‌درمانی برای بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر در آمد. به همین دلیل بسیاری از بیماران مصر بودند تا از آن برای مطرح‌ساختن طیف وسیعی از مشکلات خود اعم از اعتیاد و غیر اعتیاد استفاده کنند. این درحالی است که ساختار جلسات اصلی ماتریکس بسیار بسته بوده و فرصت کمی به بیماران داده می‌شود تا مطالب خارج از دستور جلسه را مطرح نمایند. در عمل مشاهده می‌شد که بیماران خواستار وقت اضافی برای مطالب شخصی خود بودند.



با توجه به مشکلات فوق و با هم‌فکری گروهی از درمان‌گران مواد محرک، برنامه اصلی ماتریکس در چند نوبت مورد بازنگری و ویراستاری قرار گرفت و تغییرات عمده‌ای در آن ایجاد گردید. تغییرات عمده‌ای که طی ۴ نوبت بازنگری صورت گرفته‌است به قرار زیر است:

۱. به منظور پوشش دادن به عوارض روانی ناشی از مصرف مواد محرک مانند پس‌کوز و افسردگی و پرخاشگری شدید، و هم‌چنین ارائه راه‌حل برای بیماران غیر راغب، پروتکل به ۳ حالت A، B و C تقسیم گردید. در ۲ حالت اول، برای عوارض غیر اعتیادی مصرف مواد و هم‌چنین راغب‌سازی بیماران راه‌حل‌هایی پیشنهاد گردیده است.

۲. طول درمان ماتریکس تعدیل شده و از تعداد جلسات مقرر کاسته شد.

۳. جلسات اولیه (۲ پیش‌جلسه و ۲۴ تا ۳۶ جلسه جلوگیری از عود) از قالب گروهی خارج و به فردی تغییر شکل یافتند.

۴. ساختار ۲ پیش‌جلسه و جلسات جلوگیری از عود به ۶ بخش تقسیم شد که یک بخش آن (مشاوره و گوش دادن فعال به مشکلات بیمار) برای پوشش دادن انبوه شکایات مرتبط و غیرمرتبط بیمار اختصاص یافت. در این بخش بیمار نه تنها مجاز است که هر مشکلی را که علاقه‌مند است در دستور جلسه قرار دهد، بلکه عملاً برای بیان طیف وسیعی از حوزه‌های مشکل‌ساز زندگی تشویق می‌گردد.

۵. محتوای جلسات به‌گونه‌ای تغییر داده شد تا حتی‌الامکان با نیازهای مراجع ایرانی منطبق باشد. به‌عنوان مثال برخی مباحث مرتبط با الکل یا نظام قضایی تعدیل شد و به‌جای آن تأکید بیشتری به نقش خانواده داده شد.

۶. ارجاع به نظام خودیاری و استفاده از درمان‌های ۱۲ قدمی از هسته



اجباری و موظف روان درمانی حذف شد. در الگوی آمریکایی ماتریکس، اصرار بر ارجاع فعالانه بیماران به گروه معتادان گمنام و برنامه‌های ۱۲ قدمی است. این مسئله در الگوی تغییر یافته برداشته شد.

در خلال تدوین این راهنما، درمان‌گران زیادی تحت تعلیم الگوی تغییر یافته قرار گرفتند و درمان را به کمک آن در مراکز درمانی متعددی اجرا کردند. بازخورد و تجارب گروه درمان‌گران برای بازبینی مکرر پروتکل مورد استفاده قرار گرفت.

متن حاضر، راهنمای درمانی است که با الهام از برنامه اصلی ماتریکس و تغییرات مد نظر درمان‌گران داخلی صورت گرفته است. در این راهنما که متکی بر ویراستاری چهارم برنامه ماتریکس می‌باشد، تلاش شده که نواقص فوق تا حد امکان اصلاح شوند و راهنما و پروتکلی منطبق بر نیازهای درمان‌گر و بیمار ایرانی ارائه شود. به اعتقاد اینجانب، تغییر در محتوا و ساختار جلسات به قدری فراگیر است که نام ماتریکس را بر آن بی‌مسما می‌کند. اما از آن‌جا که هسته اولیه راهنما با الهام و منطبق با برنامه ماتریکس بوده خواسته یا ناخواسته این اسم بر راهنمای فعلی مانده است. شاید بهتر باشد نامی فارسی و الهام‌گرفته از مسایل داخلی بر آن وضع گردد. تا رسیدن به این توافق و انتخاب نامی مرتبط، به ناچار آن را "الگوی تغییر یافته ماتریکس" خطاب خواهیم کرد.

در بازبینی این متن همکاران مختلفی شرکت داشتند و نظرات گران‌بهای خود را ارائه نمودند که جا دارد در این قسمت از آنان تشکر صورت گیرد. برخی همکارانی که ما را در بازبینی پروتکل مساعدت نمودند به ترتیب الفبا به قرار زیر هستند:

۱. خانم نسیم ابوالقاسمی

۲. خانم آمنه اوجی



۳. خانم دکتر سارا جعفری
۴. آقای دکتر مرتضی جعفری‌نیا
۵. خانم عاطفه حمزه
۶. آقای بهزاد دارابی
۷. خانم دکتر لیلا سیری
۸. خانم هنگامه طهماسبی
۹. خانم محبوبه عباسی
۱۰. آقای دکتر محمد عراقی
۱۱. خانم رحیمه عظیمی
۱۲. آقای امیر قنبری
۱۳. خانم رویا لاریجانی
۱۴. خانم رضوان مسعودی
۱۵. آقای نوژن منصوری
۱۶. خانم زینب مهدوی
۱۷. آقای دکتر نوید هنربخش

هم‌چنین از مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ناصحی و قائم مقام ایشان در این دفتر جناب آقای دکتر نیکفرجام جهت حمایت‌های معنوی از این طرح قدردانی و سپاس‌گزاری می‌نمایم.

هم‌چنین تشکر ویژه از همکاران گران‌قدر آقایان دکتر حامد اختیاری، حمیدرضا طاهری‌نخست، دکتر علی فرهودیان و دکتر علیرضا نوروزی که در تهیه پروتکل و محتوای آن بسیار تأثیرگذار بودند، به‌عمل می‌آید.



تعداد کثیری از همکاران در جریان کارگاه‌های آموزشی و سمینارهای بازآموزی دیدگاه‌های خود را درباره محتوای جلسات مطرح نمودند که از کلیه آنان نیز سپاس گزارم.

www.ketab.ir