

سوء مصرف مواد در سالمندان

نویسندگان:

دکتر علیرضا جزایری - دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر نهاله مشتاق - استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چکیده:

سوء مصرف مواد بخصوص مواد افیونی و داروهای تجویز شده توسط پزشکان، به سرعت در حال گسترش میان سالمندان است.

بسیاری از اوقات مصرف مواد به منظور رفع تنهایی، تسکین دردهای مزمن و ضعف در سلامت جسمانی آغاز می شود. در موارد دیگر، سوء مصرف مواد افیونی از دوران جوانی به سالمندی کشیده می شود.

بهرحال، متأسفانه این مشکل کمتر مورد توجه متخصصان و دست اندرکاران امور اعتیاد و سالمندی قرار گرفته است. به طوری که هیچ اطلاعی از شیوع این اختلال، مشکلات همراه با آن و مداخلات پیشگیرانه و درمانی مؤثر در دوران سالمندی در دست نیست.

این مقاله ضمن تأکید بر لزوم برنامه ریزی برای شناسایی و درمان سوء مصرف مواد در سالمندان، تعدادی از روش های موفق درمانی در کشورهای دیگر را معرفی و مرور می نماید.

کلید واژه ها: سوء مصرف مواد - سالمندی - پیشگیری - مداخله درمانی

نویسندگان:
دکتر علیرضا جزایری - دانشیار گروه
روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی
دکتر نهاله مشتاق - استادیار گروه
روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی
تلفن محل کار: ۲۲۱۸۷۵۲
پست الکترونیکی:
alijazzz@yahoo.com

مقدمه:

به بالا رفتن سن نسبت می دهند و بر مبنای یک فرض بیان نشده اما استوار فکر می کنند اگر سوء مصرف مواد سالمند را شاد نگه می دارد بهتر است چند صباح باقی مانده را به همین ترتیب سپری کند زیرا چندان از عمر او باقی نمانده که سختی کنار گذاشتن مواد را تحمل کند.

اما چنین دیدگاهی بر مبنای پیش فرض های کاملاً غلط قرار دارد. تحقیقات نشان داده اند سالمندانی که سعی دارند با مصرف مواد خوددرمانی کنند از تنهایی شکایت دارند و رضایت از زندگی در آنها کمتر است (هندریکس و همکاران ۱۹۹۱). از سوی دیگر مصرف مواد باعث می شود افت کارکردهای بدنی سریعتر اتفاق بیفتد و خطر بیماری و جراحی را افزایش می دهد (گمبرت و کاتسویانیس ۱۹۹۵ تارتر، ۱۹۹۵).

نکته مهم دیگر افزایش سریع در تعداد مبتلایان به سوء مصرف مواد افیونی در سنین زیر ۶۰ سال است. تخمین زده می شود که در میان جمعیت غیرسالمند کشور تا چهار میلیون نفر مبتلا به سوء مصرف مواد می باشند (مکری، ۲۰۰۲) اهمیت این موضوع زمانی روشن می شود که به یافته های تحقیقات در کشورهای دیگر توجه کنیم. این مطالعات

سوء مصرف مواد بخصوص مواد افیونی و داروهای تجویز شده توسط پزشکان، به سرعت در حال گسترش میان سالمندان است. این در حالی است که چنین مشکل بزرگی در زمره اختلالات مورد توجه نمی باشد به طوری که نه در مباحث سوء مصرف مواد به آن اشاره ای می شود نه به طور شایسته در مباحث سالمندشناسی مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. به این ترتیب دانش کم و فقر داده های تحقیقی دست به دست هم می دهند و موجب می شوند دست اندرکاران امور سلامت و بهداشت همانند پزشکان و روانپزشکان این پدیده را نادیده بگیرند. از سوی دیگر علانم سوء مصرف مواد در سالمندان شبیه به دیگر اختلالات جسمی و رفتاری در این سنین می باشد و این باعث می شود تشخیص به سختی صورت بگیرد. احساس خجالت سالمند و اطرافیان و مراقبان او و تلاش آنها برای مخفی نگه داشتن مصرف مواد نیز از دیگر عوامل مهمی محسوب می شود که به پیچیدگی موارد فوق می افزاید و منجر به کمتر از حد تخمین زدن تعداد افراد مبتلا می شود. اطرافیان و فرزندان سالمندان گرایش آنها را به مصرف مواد،

برای شناسایی سوء مصرف مواد، گوش کردن فعال و همدلی از سوی پزشک اهمیت ویژه ای دارد. اگر چه باید دقت کرد که این تکنیک ها منجر به بی اهمیت جلوه دادن کل موضوع نشود. در صورتی که اختلال شناختی وجود داشته باشد، بهتر است برای دستیابی به پاسخ های کامل و دقیق از یکی از اعضای خانواده یا نزدیکان خواست که در مصاحبه شرکت کنند.

علاوه بر مصاحبه، از ابزار خاص ارزیابی سوء مصرف مواد و اختلالات همراه با آن نیز باید استفاده شود. یکی از بهترین ابزارهای تشخیصی که در ایران نیز هنجاریابی شده است، مصاحبه ساختاری DSM-III-R به نام SCID می باشد. این ابزار اختلالات مختلفی از جمله اختلال سوء مصرف مواد، اختلالات پسیکوتیک، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمی، اختلالات تطابقی و اختلالات شخصیت را می سنجد. در صورتی که مصاحبه گر آموزش دیده باشد، ۳۵ سؤال مربوط به سوء مصرف یا وابستگی مواد طی ۳۰ دقیقه به پایان می رسد. (آدامز و همکاران، ۱۹۹۶، بلو و همکاران ۱۹۹۲).

رویکردهای ارجاع و درمان

پس از آن که غربالگری و ارزیابی، وجود مشکل سوء مصرف مواد را ثابت کرد، درمانگر و بیمار باید در مورد مناسب ترین روش درمانی به توافق برسند. برای این گروه سنی معمولاً "مداخله های کوتاه مدت همراه با مشاوره های انگیزشی توصیه می شود (گراهام و همکاران ۱۹۹۶).

مداخله کوتاه مدت شامل یک یا چند جلسه مشاوره ای است که دربرگیرنده استراتژی های انگیزشی، آموزش بیمار، قرارداد و هدف گذاری، تکنیک های اصلاح رفتار و استفاده از جزوه های خودیاری است (فلمینگ و همکاران، ۱۹۹۷). تمام این فعالیت ها را می توان توسط درمانگران آموزش دیده، روانشناسان، مددکاران و مشاوران انجام داد. هدف این است که در فرد انگیزه ایجاد شود تا رفتار سوء مصرف را تغییر دهد (بین و همکاران، ۱۹۹۳)

در صورتی که مداخله کوتاه مدت موفق نبود، درمان گسترده تر و مشاوره انگیزش مورد استفاده قرار خواهد گرفت. درمان تحت نظر یک مشاور ماهر انجام می شود. در این نوع مداخله درمانی، مشاور حداقل ۲ روز قبل از

داده کسانی که در سنین جوانی معتاد به مواد افیونی بودند در سالمندی نیز به این مواد روی می آورند (جینکس و راشکو، ۱۹۹۰). بنابراین با در نظر گرفتن افزایش تعداد سالمندان در سالهای آتی مشخص می شود که به زودی مشکل سوء مصرف مواد افیونی میان این گروه سنی تبدیل به یک بحران خواهد شد. علاوه بر مواد افیونی داروهای که برای سالمندان تجویز می شوند نیز گاه توسط آنها مورد سوء مصرف قرار می گیرند، بخصوص بنزو دیازپین ها و خواب آورها (گمرگ، ۱۹۹۴) خطرات مصرف بی رویه این گروه های دارویی برای سالمندان بسیار است بخصوص خطر ناشی از تغییرات متابولیسم دارو و اثرات تداخل دارویی.

شناسایی، غربالگری و ارزیابی

بیشتر سالمندان چندین بار در سال توسط پزشک خود مورد معاینه قرار می گیرند. در این جلسات باید تمام افراد بالای ۶۰ سال از نظر وابستگی به مواد افیونی الکلی و داروهای تجویز شده ارزیابی شوند. در عین حال پزشک معالج باید به تغییرات زندگی سالمند حساس باشد زیرا بسیاری از این تغییرات می تواند سالمند را در معرض ابتلا به سوء مصرف مواد قرار دهد. از جمله می توان به سندروم آشیانه خالی، بازنشستگی، از دست دادن همسر و مراقبت از نوه ها اشاره کرد.

بستگان سالمند نیز می توانند در شناسایی مشکل کمک قابل توجهی ارائه دهند در صورتی که این افراد در مورد نشانه های سوء مصرف مواد در سالمندی مورد آزمایش قرار گیرند، می توانند در صورت بروز این نشانه ها بخصوص تغییرات خلقی توجه ناپذیر، زوال حافظه، افتادن های ناگهانی، مشکلات گوارشی، اشکال در تمرکز و بی توجهی به بهداشت فردی، با پزشک معالج تماس بگیرند و او را مطلع سازند.

در عین حال مهم است که سؤالات غربالگری در محیط امن و محرمانه و به شیوه حمایتی و بدون قضاوت پرسیده شود. بسیاری از سالمندان به انگ (stigma) سوء مصرف مواد حساس هستند و ترجیح می دهند بیمار جسمی شناخته شوند تا بیمار روانشناختی.

بنابراین اگر سؤالات اول به سلامت جسمی آنها ربط داده شود احساس راحتی بیشتری خواهند کرد. حین مصاحبه

رویکردهای درمانی
 رویکردهای کلی زیر جهت درمان سوء مصرف مواد در
 سالمندان توصیه می شود:
 درمان های شناختی - رفتاری
 درمان های گروهی
 مشاوره های فردی
 درمان های پزشکی - روانپزشکی
 خانواده و زوج درمانی

مسلمانان تمام این روش های درمانی برای مراجعان استفاده نمی شود. بلکه درمانگر با توجه به نیازهای فردی بیمار از یک برنامه ویژه درمانی استفاده می کند. بخشی از مهمترین نکات برنامه های فوق در قسمت های بعدی شرح داده می شود.

رویکردهای شناختی - رفتاری

در این رویکرد، سه گروه کلی وجود دارد: اصلاح، درمان، رفتار، تکنیک های مدیریت خود و درمان های شناختی - رفتاری. مدل شناختی - رفتاری روش سودمندی را جهت از بین بردن مشکلات مرتبط با سوء مصرف مواد ارائه می دهد. درمانگر و بیمار با کمک هم رفتار را تحلیل می کنند و زنجیره رفتاری مصرف را شناسایی می نمایند. این زنجیره شامل موقعیت های افکار و احساسات فراخواننده رفتار، نشانه هایی که هوس به مصرف را ایجاد می کنند، سبک و الگوی مصرف و عواقب مثبت و منفی پیامد آن می باشد. احساساتی از قبیل عصبانیت، سرخوردگی، تنش، اضطراب، تنهایی، بی حوصلگی، غمزدگی و افسردگی می توانند مصرف مواد را فراوان کنند. این احساسات ممکن است در موقعیت هایی نظیر تعارض های خانوادگی، دردهای جسمی و مشکلات زندگی برانگیخته شوند. بنابر این سالمند می آموزد احساسات دردناک فوق را شناسایی کند و راههای دیگری به غیر از مصرف مواد برای کنترل این احساسات و موقعیت های استرس آور پیش از آن بیابد. رفتار آموخته شده طی جلسات درمانی تمرین می شود تا زمانی که سالمند به سطح مهارت مطلوب برسد. (دپری و همکاران ۱۹۸۴، با شن فلدوپری ۱۹۹۶).

با بیمار، خانواده و دوستان او را ملاقات می کند. در این جلسات، مشاور برنامه درمانی را طراحی می کند و به اعضای خانواده در مورد سوء مصرف مواد آموزش می دهد. به علاوه شرکت کنندگان در این جلسات یاد می گیرند که بدون دخالت هیجانانگیز به شیوه ای حمایتی و بدون متهم کردن فرد با او در مورد مسأله مذاکره کنند. در این روش توصیه می شود بیش از یک یا دو نفر از نزدیکترین اعضا به سالمند درگیر نشوند (فلمینگ و همکاران، ۱۹۹۷). هدف این نوع برنامه درمانی این است که به فرد کمک کند تا در مورد شرکت در برنامه های سم زدایی تصمیم بگیرد. این مسیر با توجه به این واقعیت طی می شود که تشخیص سوء مصرف مواد و ابتلا به اعتیاد برای سالمندان بسیار حساسیت برانگیز است. به همان نسبت سم زدایی و درمان نیز می تواند مقاومت فرد را برای ایجاد تغییر فراخوانی کند (بین و همکاران، ۱۹۹۳).

مشاوره انگیزشی

مشاوره انگیزشی سطح آمادگی افراد برای تغییر در رفتار اعتیادی را در نظر می گیرد و با هر فرد از نقطه ای که او قرار دارد آغاز می کند. در این رویکرد، مشاور با احترام و دقت به دیدگاههای سالمند در مورد مصرف مواد گوش می دهد، به او کمک می کند تا عواقب منفی سوء مصرف مواد را بشناسد و مفروضات خود را در مورد تأثیر مواد تغییر دهد. به علاوه به سالمند قدرت می دهد که مشکل خود را بشناسد و برای آن راه حل پیدا کند و توان او را برای ایجاد تغییر مورد حمایت و تشویق قرار می دهد. مشاوره انگیزشی یک فرآیند فعال و فشرده است که از برجسب زدن اجتناب می کند، مواجهه نمی کند، دو سوگرایی ambivalence در مورد تغییر را موجه می داند و مسئولیت تغییر را با خود مراجع می داند (میلر و رل نیک، ۱۹۹۱).

رویکردهای گروهی

تجارب گروهی در درمان سوء مصرف مواد در سالمندان بسیار مؤثرند. زیرا محیطی فراهم می آورند که افراد در آن به تبادل اطلاعات بپردازند، مهارت کسب کنند و مفروضات خود را با واقعیت محک بزنند. برخی از گروهها بر مهارتهای اجتماعی شدن تأکید دارند و به فرد مهارت هایی را می آموزند تا بتواند بهتر با همسالان خود کنار بیاید. گروه های دیگری با تأکید بر اصلاح رفتار طبق اصول مذکور در فوق نیز وجود دارند.

در این گروهها فرد می تواند در مورد رفتار خود بازخورد بگیرد، راههای آلترناتیو را به بحث بگذارد و پاسخ های دیگری را تمرین کند. نوع دیگری از گروهها، گروههای آموزشی می باشند که بخش مهمی از مجموعه درمان اعتیاد برای سالمندان را تشکیل می دهند. در این گروهها افراد در مورد اعتیاد، مواد، مصرف و تأثیر آنها آموزش می بینند. سیستم های حمایتی شکل می گیرند و جنبه های پزشکی اعتیاد برای سالمندان را تشکیل می دهند. در عین حال بسیاری از برنامه های درمانی بیمار را به گروههای خودیاری مانند معتادان گمنام ارجاع می دهند (مایرز و همکاران ۱۹۸۴).

مشاوره های فردی

در مراحل اولیه درمان مشاوره فردی می تواند بسیار مؤثر باشد. اگرچه درمانگر باید فرد را از محرمانه بودن اطلاعات مطمئن نماید. موضوعاتی که معمولاً سالمندان در مطرح کردن آن مردد هستند شامل ارتباط با اعضای خانواده و تعاملات بین فردی، کارکرد جنسی و مسائل مالی است. در این جلسات مشاور می تواند فرد را برای شرکت در جلسات گروهی آماده کند. همچنین مسائل ویژه ای که فرد را خجالت زده کنند یا برای او بسیار سؤال برانگیز باشند در این جلسات مطرح شده و حل می شوند.

درمان های پزشکی و روانپزشکی

سالمند سوء مصرف کننده مواد به علت ابتلاء به مشکلات مختلف جسمی از همتایان جوان خود متفاوت است. جهت درمان موفقیت آمیز سوء مصرف مواد این مشکلات جسمی باید مورد توجه و درمان مناسب قرار گیرند. در عین حال در این مداخلات درمانی باید مساله مسمومیت و تداخل

دارویی با دقت مدنظر پزشک معالج باشد. (اسلین و همکاران ۱۹۹۷).

خانواده و زوج درمانی

اعضای خانواده از جمله فرزندان بزرگسال نقش مهمی در درمان سالمند ایفا می کنند. اگر چه نوع افرادی که باید در درمان بیمار سهیم باشند از یک فرد به فرد دیگر متفاوت هستند. مطالعات نشان داده اند سهم شدن اعضای خانواده در روند درمان، همکاری بیمار با برنامه درمانی را افزایش می دهد (دانلپ ۱۹۹۰). تبادل اطلاعات با اعضای خانواده و تمرکز بر تعارضات خانوادگی از اهداف این رویکرد درمانی است. اگرچه درمانگر باید در دادن اطلاعات به اعضای خانواده کاملاً محتاط باشد و بداند چه موضوعی را با چه کسی در میان بگذارد.

جمع بندی و نتیجه گیری:

دوران سالمندی همراه با تغییرات متعدد جسمی، روانی و اجتماعی است که می تواند فرد را مستعد ابتلاء به سوء مصرف مواد نماید. بسیاری از اوقات مصرف مواد به منظور رفع تنهایی، تسکین دردهای مزمن و ضعف در سلامت جسمانی آغاز می شود. با وجود خواص ضد درد و تسکین دهنده مواد افیونی ابتلاء به سوء مصرف مواد، ناتوانی و بی تحرکی همراه با سالمندی را افزایش می دهد و گاه باعث مرگ پیش از موعد می شود.

علاوه بر این کسانی که در جوانی سابقه سوء مصرف مواد افیونی دارند در دوران سالمندی بیشتر مستعد ابتلاء به این بیماری هستند. این درحالی است که سیستم بهداشتی و متخصصان توجه چندانی به این پدیده در حال رشد ندارند. تقریباً تمامی مداخله های درمانی - تحقیقی بر روی جمعیت زیر ۶۰ سال مبتلا به اعتیاد انجام می شود و از شیوع سوء مصرف مواد، مشکلات همراه با آن و مداخلات پیشگیرانه درمانی مؤثر در دوران سالمندی هیچ اطلاعی در دست نیست. به این ترتیب بنظر می رسد نیاز است در برنامه های مرتبط با اعتیاد و سوء مصرف مواد مجموعه هایی مختص سالمندان طراحی و اجرا شود تا از بروز بحران در سال های آتی جلوگیری به عمل آید. شناخت و درمان سوء مصرف مواد در سالمندان نیازمند کوشش های مبدعانه است که در آن علاوه بر سوء مصرف باید رفتارهای خطرناک، مشکلات

- 1- Bien, T.H.; Miller, W.r., and TONIGAN, j.s. (1993). Brief interventions for alcohol for alcohol problem: A review . *Addiction*. 88: 315-335.
- 2- Blow, f.c.; Brower, K.J.; Schulenberg, J.E.; Demo-dananberg, L.M.; Yong, j.; and Beresford, T.P. The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: clinical and Experimental research*. 16:372
- 3- Dunlop J.(1990). Peer groups support seniors fighting alcohol and drugs. *Aging*. 36(1): 28-32.
- 4- Dupree , L.W.; Broskowski, H.; and Schonfeld, L. (1984). The Gerontology Alcohol Project: A Behavioral treatment program for elderly alcohol abusers. *Gerontologist*. 24: 510-516.
- 5- Fleming, M.; and Barry, K. (1991). A three-sample test of a masked alcohol screening questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*. 26:81-910.
- 6- Gamber, S.R., and Katsoyannis, K.K.(1995). Age-related medical disorders of older heavy drinkers. In: Beresford, T.P., and Gomberg, E. (eds.) *Alcohol and Aging*. New York: Oxford University Press. pp. 70-81.
- 7- Gomberg. E.S.L. (1994). Risk factors for drinking over a womans life span. *Alcohol health and research world*. 18:220-227
- 8- Graham, K.; Clarke, D.; Bois, C.; carver, V.; Dolenki, L.; Smythe, C.; Harrison, S.; Marshenan, J.; and brett, P.(1996). Addictive behavior of elders. *Addictive behaviors*.21(3): 331-348.
- 9- Hendricks, J.; Johnson, T.P.; Sheahan, S.L.; and coons, S.J.(1991). Medication use among older persons incongregate living facilities. *Journal of Geriatric Drug therapy*.6(1): 47-61
- 10- Jink, M.J.; AND Raschko, R.R. (1990). A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community based elderly population. *Drug intelligence and clinical Pharmacy*. 24:971-975.
- 11- Miller, W.R., and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- 12- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L.; Holzer, C.E.; Kramer, M.; and Stolzman. R.(1984). Six-manth prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980- *Archives of General Psychiatry*. 41:959
- 13- Oslin, D.; Liberto, d.G.; OBrien,d.; Krois, S.; and Norbeck, J.(1994). Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 5:324-332.
- 14- Schonfeld, L., and Dupree, L.W. (1995). Treatment approaches for older problem drinks. *International journal of Addictions*. 30(13814):1819-1842.
- 15- Tarter, R.E. (1995). Lognition aging and slcohol. In Beresford, T.P., and Gomberg. E. (eds.) *Alcohol and Aging*. New York: Oxfoed University Press. PP.82_97