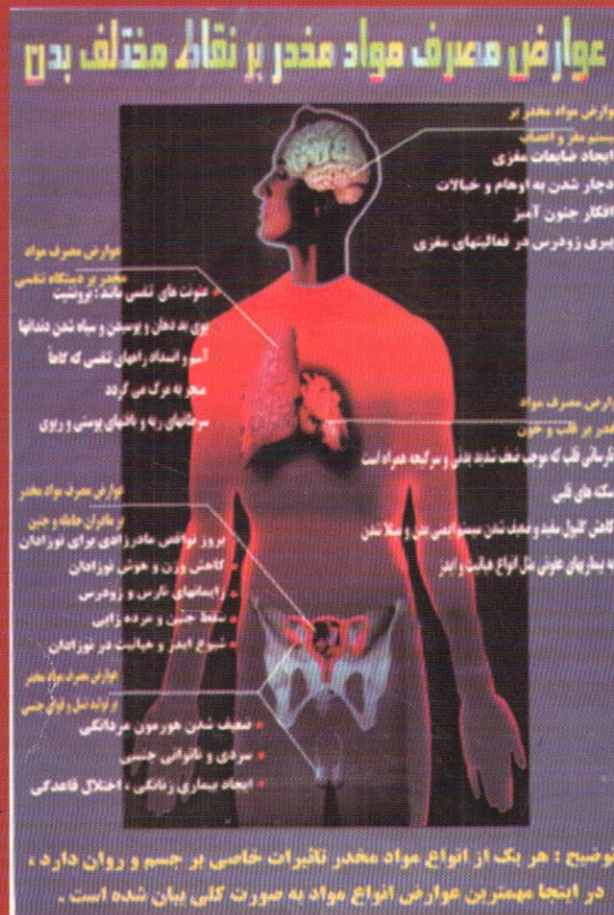


راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با همکاری

دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

۱۳۸۰

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

با همکاری

دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

راهنمای کاربردی

درمان سوء مصرف کنندگان مواد

۱۳۸۰

شناسنامه کتاب

راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد

تدوین : دکتر سید کاظم ملکوتی

ناظر : دکتر محمد علی بیطرف

ناشر : پرشکوه- تلفن : ۶۸۷۶۴۳۲

حروفچینی : شرکت سدید رایانه تلفن : ۶۴۹۲۵۹۲-۶۴۱۰۸۲۴

ویراستار : دکتر امان الله ترجمان

چاپ اول : زمستان ۱۳۸۰

تیراژ : ۵۲۰۰ نسخه

شابک : ۹۶۴-۷۳۷۶-۰۵-۲

ای . ای . ان : ۹۸۷۹۶۴۷۳۸۶۰۵۰

قیمت : ۱۰۰۰ تومان

کلیه حقوق برای کمیته درمان ، بازپروری و حرفه آموزی ستاد مبارزه با مواد مخدر محفوظ است .

از کلیه عزیزان تقاضا می شود نظرات و پیشنهادهای خود را در خصوص درمان معتادان به
آدرس: تهران - خیابان شهید بهشتی - خیابان سرافراز - کوچه پنجم - پلاک ۱۲ - ستاد
مبارزه با مواد مخدر، اداره کل درمان، باز پروری و حرفه آموزی ارسال نمایند.
تلفن: ۸۷۵۲۱۴۲، نمابر: ۸۷۳۶۱۰۶

فهرست اسامی تدوین کنندگان به ترتیب حروف الفبا

دکتر آفرین رحیمی موقر، مدیر کل دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی
دکتر گلناز فیض زاده، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دکتر مجید صادقی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علیرضا ظهیر الدین، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر حمید مصطفوی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر آذرخش مگری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سید کاظم ملکوتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مشاوره
امور روان پزشکی معاونت درمان وزارت بهداشت
دکتر امیر هوشنگ مهریار، استاد روانشناسی بالینی، مرکز پژوهشهای سازمان
برنامه و بودجه
دکتر محمد کاظم عاطف وحید، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران

فهرست اسامی صاحب نظران در امر اعتیاد که در مورد مبانی
 راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد
 از آنها نظر خواهی شده است به ترتیب حروف الفبا:

- | | |
|--|---------------------------------|
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه اصفهان | ۱- دکتر قربانعلی اسد الهی |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز | ۲- دکتر حمید اشکانی |
| عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران | ۳- دکتر سید اکبر بیان زاده |
| ریاست انستیتو روانپزشکی تهران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۴- دکتر جعفر بوالهیری |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز | ۵- دکتر نصرت ... پورافکاری |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد | ۶- دکتر ابوالقاسم حسینی |
| مسئول برنامه های درمان اعتیاد سازمان بهزیستی | ۷- دکتر سید مهدی حسینی |
| عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل | ۸- دکتر فرزانه خیر خواه |
| مدیر کل دفتر سلامت، جوانان و مدارس وزارت بهداشت | ۹- دکتر عمران محمد رزاقی |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد | ۱۰- دکتر محمد رفیعیان |
| عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد | ۱۱- دکتر محمد رضا سرگلزائی |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان | ۱۲- دکتر حسین ضیاء الدینی |
| روانپزشک، پژوهشگر در زمینه درمان اعتیاد | ۱۳- دکتر محمد عبهری |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز | ۱۴- دکتر سید کاظم علوی فاضل |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | ۱۵- دکتر یددا... فرهادی |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان | ۱۶- دکتر عبدا... فرهادی نسب |
| استادیار مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | ۱۷- دکتر ضیاء قائم مقام فراهانی |
| مسئول برنامه های درمان اعتیاد معاونت سلامت وزارت بهداشت | ۱۸- دکتر سید منصور گتمیری |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران | ۱۹- دکتر فریدون محرابی |
| استادیار مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | ۲۰- دکتر آرش میراب زاده |
| مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ساری | ۲۱- دکتر غلامرضا ناطقی |
| ریاست سازمان هلال احمر ایران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران | ۲۲- دکتر احمد علی نور بالا |
| مشاور روانپزشکی معاونت سلامت وزارت بهداشت | ۲۳- دکتر علی نیک جو |
| دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | ۲۴- دکتر محمد تقی یاسمی |

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل دوم: مبانی کاربردی راهنمای کاربردی سوء مصرف کنندگان مواد
۸۲	..... ساختار و کادر درمانی کلینیک درمان اعتیاد.....
۸۳	..... ملاکهای درمان بستری (بالغین).....
۸۴	..... فرآیند درمان.....
۸۵	..... I- پذیرش.....
۸۷	..... II-ارزیابی اولیه وضعیت پزشکی.....
۸۷	..... III-ارزیابی روانپزشکی.....
۸۸	..... IV- ارزیابی روانشناختی.....
۸۸	..... V- مددکاری اجتماعی.....
۹۰	..... سم زدایی با کلونیدن.....
۹۲	..... راهنمای سم زدایی با جایگزینی متادون.....
۹۴	..... سم زدایی با کلونیدن+ متادون.....
۹۴	..... راهنمای سم زدایی فوق سریع یا (UROD).....
۹۷	..... درمان نگهدارنده.....
۱۰۰	..... پیگیری.....
۱۰۲	..... منابع.....
۱۱۷	..... پیوستها.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
الف	پیشگفتار
ب	مواد، سوء مصرف ، وابستگی
۱	مقدمه
۵	روش تدوین راهنمای کاربردی
۹	معرفی مواد مخدر (Narcotics)
۱۰	علائم و نشانه های ترک (Withdrawal Signs & Symptoms)
۱۴	سم زدایی (Detoxification)
۱۶	روشهای سم زدایی
۱۸	درمان زنان حامله وابسته به مواد افیونی نوزادان
۲۵	درمان نگهدارنده
۳۲	اقدامات درمانی روان شناختی - اجتماعی
۳۴	اهداف درمانهای غیر دارویی (مداخلات روانی / اجتماعی)
۳۵	شاخص شدن اعتیاد (ASI Addition Severity Index)
۳۶	گروه درمانی (Group Therapy)
۴۲	زندگی متعادل (Living in Balance) (LIB)
۴۳	روش های رفتار درمانی
۴۷	خانواده درمانی
۴۷	درمانهای شناختی - رفتاری
۵۵	شرکت در گروههای خودیاری (Self Help Groups-NA)
۵۹	پیشگیری از عود
۶۵	کاهش آسیب های ناشی از سوء مصرف مواد (Harm Reduction)
۷۴	مدیریت مورد (Case Management)

پیشگفتار

پدیده سوء مصرف مواد، بعنوان یک بیماری با زمینه های غالب روانی، اجتماعی در کنار ابعاد شناخته شده زیست شناختی آن، چالشی اساسی برای نظام بهداشتی هر کشور محسوب می گردد.

سابقه این موضوع در نظام بهداشتی کشور ما به دهه سی شمسی بازمی گردد. اگرچه در آن زمان فناوری درمان معنادان، اعم از درمان با زمینه زیست شناختی، روان شناختی و جامعه شناختی، به حد امروزی پیش نرفته بود، جامعه پزشکی آن روزگار از تلاش برای پذیرش مسئولیت حرفه ای خود و اقدام در این مورد فروگذار نکرد. این تلاش ها به دلیل گسترش مصرف سواد افیونی و با توسعه فن آوری که به کارگیری داروهای اختصاصی نظیر متادون در دهه پنجاه نیز انجامید به تدریج رو به تعمیق گذاشت. لیکن با تصویب قانون سال ۱۳۵۹ که نگاه یکسویه و مبتنی بر نگرش صرفاً مجرمانه به مصرف مواد داشت اقدامات نظام بهداشتی کشور به یکباره تعطیل گردید. جای خوشوقتی است که سیاستگذاران با دقت نظر در تبعات این سوگیری، سعی در رفع این نقیصه تا حد اصلاح قانون در سال ۱۳۷۶ نمودند.

حال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان مرجع سلامت کشور در تلاش است تا جبران خسارت مربوط به حدود دو دهه تعطیلی برنامه های کاهش تقاضای مواد در کشور که هم شامل عقب ماندگی در مهارت بکارگیری فناوری های نوین و هم شامل قریب منابع انسانی متخصص می باشد، با پذیرش مجدد مسئولیت، دین خود را به جامعه ادا نماید. این تلاش که در سال های اخیر عمدتاً در حوزه سازمان بهزیستی متمرکز بوده است، بتدریج به سایر اجزاء وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به کل نظام سلامت کشور گسترش می یابد.

مجموعه حاضر نمونه ای از این تلاش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در این مجموعه که به همت مسئولین وقت معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیش از ایجاد ساختار نوین و تشکیل معاونت سلامت، شکل گرفت، تلاش شده است تا بر اساس اطلاعات روز آمد، راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد در حد نسبتاً جامعی گرد آید تا اقدامات درمانی پزشکان و سایر حرف تابع این وزارت را تا حد ممکن در چارچوب متکی بر موازین علمی هدایت نماید. لیکن به دلیل همان ضعف بنیادین تخصصی که به آن اشاره شد حتی در همین مرحله نیز اجماع نظر متخصصینی که از ایشان در مجموعه نام برده شده است فراهم نیامد. بنابراین مجموعه حاضر فقط به عنوان اولین قدم محسوب می گردد و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس دریافت نظرات تکمیلی و یا اصلاحی متخصصین و مراجع صالح، به تدریج این مجموعه را ارتقاء خواهد بخشید.

معاونت سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

الف

مواد ، سوء مصرف ، وابستگی

تاریخ بشر در اعصار مختلف گواهی از وجود موادی می دهد که مصرف آن باعث تغییراتی در رفتار و هیجانات مصرف کننده می شده است . امروزه به بازار آمدن انواع متعددی از این مواد (طبیعی ، سنتتیک) و نیز افزایش مصرف آنها در میان مردم در جوامع مختلف ، نقل و انتقال قاچاق مواد مخدر را به یک تجارت سودآور بزرگ مبدل کرده است . امروزه مبارزه با مصرف مواد ، شناسایی بیماران (مصرف کنندگان مواد) و ارائه خدمات پیشگیری کننده و درمانی جزء فعالیتهای جدی سیستم بهداشتی - درمانی بیشتر دول جهان قرار گرفته است .

مواد substance

انسان برای درمان بیماریهای جسمی و روانی خود مبادرت به مصرف دارو برای بهبود بیماری و یا تسکین علائم آن میکند . مواد موثر بر وضعیت روانی عمدتاً نه به منظور درمان و تسکین آلام بیماری ، بلکه برای ایجاد تغییر در رفتار و هیجانات مصرف کننده ، مورد سوء مصرف قرار می گیرد . این تغییرات با اثر بر سیستم اعصاب مرکزی و روانی فرد ایجاد می شود .

وابستگی به مواد Substancance dependence

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد، از وابستگی نام برده می شود، هر چند که در میان مردم این بیماری به "اعتیاد" و خود بیمار به عنوان "معتاد" شناخته شده است .

بر اساس آخرین جمعبندیهای علمی که در دهه هشتاد انجام گرفت "وابستگی" یک سندورم بالینی است که در پی مصرف مواد ، علائمی

در حالات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف کننده ظاهر می گردد. میزان وابستگی کمی است و به درجات مختلفی میتواند وجود داشته باشد. شدت وابستگی با رفتارها، متعاقب مصرف، سنجیده میشود. بیمار وابسته به مواد علیرغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد، قادر به قطع مصرف آن نیست و بطور اجباری و وسواس گونه به مصرف آن ادامه می دهد. مصرف مواد یک الگوی رفتاری غیر انطباقی و بیمار گونه است که با بروز علائم رفتاری، فیزیولوژیکی و شناختی به اختلالات بالینی در فرد مصرف کننده منجر می شود. این اختلالات عبارتند از:

۱- ایجاد تحمل: بیمار در دفعات بعدی مصرف، برای رسیدن به سطح قبلی روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد، باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند.

۲- بروز علائم ترک: با عدم مصرف مواد، علائم جسمانی و روانی ترک مانند بیقراری، اضطراب، بیخوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر میشود.

۳- تمایل بعدی در بیشتر بیماران برای قطع مصرف مواد وجود دارد ولی بیمار قادر به این کار نمی باشد.

۴- بیمار برای تهیه مواد، وقت و سرمایه های دیگران و خانواده را مصرف می کند.

۵- در پی استمرار مصرف مواد و تغییرات روانی و رفتاری در بیمار، مشارکت وی در فعالیتهای خانوادگی، اجتماعی، تفریحی و شغلی کاسته می شود.

۶- علی‌رغم آگاهی بیمار از عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی باشد.

در تعریف آکادمیک برای اینکه فردی را بیمار وابسته به مواد بدانیم لازم است حداقل ۱۲ ماه الگوی مستمر مصرف مواد را داشته باشد.

سوء مصرف کنندگان مواد:

در مقابل بیماران "وابسته"، کسانی هستند که اقدام به مصرف می کنند ولی با مشخصاتی که در بالا برای بیماران وابسته به مواد ذکر شد، مطابقت ندارند. در این گروه شدت مصرف به حدی نیست که وابسته تلقی شوند. این گروه از بیماران مکرراً و بطور متناوب از مواد مصرف می کنند تا به حدی که با "تحمل" و علائم "ترک" همراه باشند. الگوی مصرف این دسته نیز بر خلاف گروه بالا مقاومت ناپذیر نبوده و جنبه اجباری ندارد، اما بهر حال نتایج مضر و مخرب مواد را در پی دارد. از این موارد می توان: غیبت از مدرسه و محل کار، درگیری با همکاران و دوستان، عدم انجام تعهدات اجتماعی و خانوادگی، بی توجهی به بچه ها و خانواده ... را نام برد. الگوی مصرف می تواند به هرگونه ای باشد که با مخاطرات فیزیکی نیز همراه گردد مانند مصرف مواد هنگام رانندگی و یا بروز مشکلات قانونی. علی‌رغم وجود معیارها و تعاریف نسبتاً مشخص، گاهی نمی توان نقطه دقیقی را برای تفکیک بیماران "وابسته به مواد" از بیماران "سوء مصرف کننده مواد" ارائه نمود.

کمیته درمان، بازپروری و حرفه آموزی

ستاد مبارزه با مواد مخدر

مقدمه

سوء مصرف مواد و مسأله اعتیاد، امروزه پا از مرزهای بهداشتی - درمانی فراتر نهاده و به یک معضل اجتماعی درمانی تبدیل شده است. افزایش مصرف مواد مخدر طی سده گذشته نگرانی روزافزونی را برای کلیه جوامع در پی داشته است. مطالعات نشان می دهند که مصرف مواد مخدر در متولدین دهه بیست و سی از ۱-۲٪ به ۲۰٪ در متولدین دهه پنجاه افزایش یافته است (سیلبرینسن و همکاران، به نقل از کاهری نخست، حمیدرضا، ۱۳۷۸). مصرف مواد مخدر سیر نوسانی داشته بطوریکه طی قرن گذشته جهان شاهد افزایش مصرف در دهه اول تا دوم، دهه ششم تا هشتم و اواسط دهه نهم میلادی بوده است (همان منبع).

با هر بار شیوع سوء مصرف مواد مخدر، تمهیدات بسیاری از نظر وضع قوانین سخت تر، برخورد جدی با عرضه مواد، بکارگیری اقدامات بهداشتی، آموزشی و درمانی در کشورهای مختلف فراخور امکانات و شرایط اجتماعی و سیاسی اتخاذ شده و همزمان با کنترل نسبی و فروکش کردن اقبال جامعه به مواد، از شدت اقدامات فوق و اتحاد جامعه برای مبارزه با عرضه و مصرف مواد مخدر کاسته شده است.

گفته می شود تجارت غیرقانونی مواد مخدر قریب به ۴۰۰ میلیارد دلار سود نامشروع نصیب سوداگران می کند. حجم و گستره درآمد و فعالیت قاچاقچیان، گویای عمق معضل جهانی سوء مصرف مواد مخدر است و از این رو سیاست گذاران کلان جامعه را به داشتن نگرشی جامع، برنامه ریزی همه جانبه و برنامه های مستمر و مبتنی بر نیازها و واقعیت های جامعه فرا می خواند.

در کشور ما مبارزه با مواد مخدر و مسأله اعتیاد، حکایت از تاریخ رسمی و ثبت شده صد ساله دارد. اولین قانون ممنوعیت مصرف به سال ۱۲۹۰ بر می گردد. در سال ۱۳۱۷ مقدار صادرات رسمی تریاک ۴۶۸ تن بود که قریب به ۱۰٪ درآمد دولت را تشکیل می داد. مروری بر روند تحولات سوء مصرف مواد مخدر نشان

می‌دهد که هر ۱۰ تا ۱۵ سال یکبار، جامعه با تصویب قوانین جدید برای مبارزه با اعتیاد قیام نموده است. در طی این سالها فشارهای بین‌المللی و گروههای مردمی مبارزه با اعتیاد، منجر به اقدامات بسیاری گردیده است. در سال ۱۳۳۴ با تصویب قانون منع کشت خشخاش، روند قاچاق مواد مخدر آغاز و در سال ۱۳۴۴ میزان قاچاق تریاک از ۱۳ تن به ۱۷ تن رسید. در سال ۱۳۴۷ پلیس بین‌الملل، ایران را از لحاظ کشف مواد مخدر در دنیا، در مقام اول معرفی نمود (رزاقی، عمران محمد و همکاران، ۱۳۷۸) بعد از انقلاب با مصوبه شورای انقلاب در سال ۱۳۵۹، مصرف مواد مخدر جرم تلقی شد و مصرف‌کنندگان آن پس از دستگیری به اردوگاههای بازپروری تحت نظارت سازمان زندانها و کمیته انقلاب اسلامی معرفی گردیدند. تا سال ۱۳۶۷ اقدامات انجام شده منحصراً به فعالیت‌های مبارزه با عرضه مواد منحصر گردید. اردوگاههای بازپروری از سال ۱۳۶۲ به سازمان بهزیستی محول گردید. از سال ۱۳۷۳ اقدامات جامع مربوط به پیشگیری از اعتیاد در سطح استانها توسط سازمان بهزیستی آغاز گردید و از سال ۱۳۷۵، سازمان مزبور اقدام به توسعه درمانگاههای اعتیاد در استانهای کشور نمود بطوریکه تا سال ۱۳۷۸ موفق به احداث ۴۰ مرکز سرپایی درمان اعتیاد در سراسر کشور گردید (همان منبع).

نظر به افزایش تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر، درخواست خانواده‌ها و بیماران به دریافت خدمات درمانی که فراتر از ظرفیت و خدمات ارائه شده توسط سازمان بهزیستی بود^(۱)، لزوم مشارکت کلیه معاونت‌های وزارت بهداشت و درمان و دانشگاههای علوم پزشکی کشور در اقدامات مربوط به پیشگیریهای سه‌گانه از سوی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر مطرح و به دستور رئیس جمهور محترم، از سال ۱۳۷۸ وزارت متبوع با حضور اعضاء ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیز معاونت

۱- طبق گزارش عملکرد معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان خراسان، مراکز خود معرف با آغاز فعالیت خود با مراجعه‌کننده بسیاری مواجه بودند به طوری که برای ارائه خدمات درمانی ناگزیر به برقراری لیست انتظار برای بیماران مراجعه‌کننده گردیدند.

پیشگیری سازمان بهزیستی به تشکیل کمیته‌های مختلف و مشارکت عملی در امر اعتیاد مبادرت نمود.

هم اکنون درمانگاهها و مراکز روانپزشکی با مراجعه مکرر بیماران معتاد به مواد مخدر و درخواست مکرر خانواده‌های آنها برای دریافت خدمات سرپایی و بستری روبرو می‌باشند. رفع موانع قانونی برای درمان، تبلیغ رسانه‌های گروهی و سازمانهای مردمی برای خودداری از مصرف مواد و ترغیب معتادان برای اقدام به درمان و افزایش آگاهی جامعه از خطرات و عوارض وخیم اعتیاد، مراکز درمانی را با خیل بزرگی از مراجعه کنندگان مواجه نموده است. طبق آمار رسمی ۱۲۰۰۰۰۰ بیمار معتاد وجود دارند که ۵٪ افراد بالغ جامعه را تشکیل می‌دهند (مکری، آذرخش، ۱۳۷۸).

امکانات محدود درمانی موجود در مراکز روانپزشکی اعم از سرپایی و بستری جهت بیماران معتاد، درکنار ارائه خدمات درمانی بیماران روانی، توان پاسخ به نیاز فعلی جامعه برای تأمین خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران معتاد و خانواده آنها را ندارد.

در پی مشارکت وزارت متبوع در امر اعتیاد، در یک سال گذشته ۱۵ دانشگاه علوم پزشکی کشور اقدام به تأسیس مرکز سرپایی و پذیرش بیماران معتاد نموده و متعاقباً خواستار داروهای مورد نیاز برای سم‌زدایی بیماران، اعتبارات لازم برای توسعه خدمات بستری و سرپایی و ارائه راهکارهای لازم و ساختار تشکیلاتی مناسب برای ارائه خدمات پیگیری و مشاوره و خدمات روانشناسی مددکاری برای ممانعت از عود بیماری گردیده‌اند. تجربه مراکز درمان اعتیاد قبل از انقلاب و نیز منابع معتبر علمی قابل اعتماد میزان عود اعتیاد در یک سال پس از سم‌زدایی را بالاتر از ۹۰٪ نشان می‌دهند (آذرخش، مکری، ۱۳۷۸).

معاونت درمان وزارت متبوع برای پاسخ به درخواست مراکز دولتی و دانشگاهی و نیز بخش خصوصی، که در سالهای اخیر مجاز و ترغیب به مشارکت در

درمان بیماران معتاد شده اند، تمهیداتی را برای توسعه خدمات مراقبتی - درمانی و فراهم نمودن تسهیلات لازم تدارک دیده است .

تهیه و تدوین ((راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد))، از جمله برنامه های در دست اقدام آن معاونت قرار گرفت. این راهنما با مروری نسبتاً جامع بر منابع علمی و برخوردار از نظرات برخی از صاحب نظران در امر اعتیاد، برنامه ۲ساله را تدارک دیده تا با جمع آوری نتایج تحقیقات در حال انجام در زمینه اعتیاد ، بتواند اهداف جامع تر و استراتژی بلند مدت تری را ترسیم و ارائه نماید .

راهنمای حاضر با ارائه روشهای درمانی مجاز برای سم زدایی و نحوه پیگیری و ارائه خدمات مشاوره ای ، روند یک ساله درمان دارویی (بستری، سرپایی) و بکارگیری اقدامات لازم برای پیشگیری از عود بیماری را تدوین نموده است .

بدینوسیله از دبیر کل محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر، جناب آقای محمد فلاح و جناب آقای رضا صرامی، دبیر محترم کمیته درمان که منابع اعتباری و علمی لازم را جهت این پروژه تامین نمودند. قدردانی می نمایم.

از جناب آقای ((دکتر محمد بیطرف)) معاون محترم درمان وزارت بهداشت و رئیس کمیته درمان که ضرورت تدوین راهنمای درمان را پیشنهاد و تدوین کنندگان را در مراحل مختلف راهنمایی و هدایت نمودند کمال سپاسگزاری را دارم .

دکتر سید کاظم ملکوتی

مشاور امور روانپزشکی معاونت درمان

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

روش تدوین راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد :

در زمینه تدوین راهنماهای درمانی بیماریها، سابقه و تجربه اندکی در دسترس قرار دارد (بشارتی، محمدرضا، ۱۳۷۶). انطباق شیوه‌های درمانی رایج علمی با نیاز جامعه و امکانات موجود اعم از نیروی انسانی، فیزیکی و شرایط اجتماعی، وظیفه‌ای است که راهنماهای درمانی به عهده دارند. نظر به کاربردی بودن راهنماهای درمانی، مباحث نظری و یافته‌های مختلف و متعدد علمی و شیوه‌های متعدد درمانی کمتر محل مناسبی برای طرح پیدا می‌کنند. لذا رئوس کلی مبانی نظری راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد همراه با اصول کلی درمانهای غیردارویی در فصل اول ذکر و در فصل دوم به درمانهای دارویی پرداخته شده است.

تدوین راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد در شرایطی انجام می‌گیرد که کشور ما در بیست سال اخیر، مسیر پرفراز و نشیبی را در مواجهه با مسأله اعتیاد طی نموده و در طول سالهای گذشته راهکارهای پیشگیری، درمان و توانبخشی، عمدتاً از دیدگاههای نظامی و انتظامی تغذیه می‌شده است. در سالهای اخیر علیرغم مداخله نهادهای مسئول پیشگیری و درمان وزارت بهداشت و درمان، ارائه خدمات پیشگیری و درمانی در زمینه اعتیاد با موانع متعددی مواجه بود که از جمله، جرم بودن اعتیاد و اعمال محدودیت در درمان بیماران، زمینه علمی و تحقیقات پزشکی مورد نیاز در حیطه پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماران و امکان دستیابی به درمان‌های رایج و علمی در مراکز دانشگاهی و درمانی را محدود نموده بود که خوشبختانه با مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام معتاد حین درمان اعتیاد مورد منع تعقیب واقع و به این ترتیب درمان اعتیاد به رسمیت شناخته شد. سوابق پژوهشی در حیطه اعتیاد و مطالعات همه گیرشناسی مربوط به آن به سال ۱۳۵۷ بر می‌گردد (احسان‌منش، مجتبی؛ کریمی، عیسی، ۱۳۷۸). از این رو در تدوین این راهنمای کاربردی، کمیته تدوین‌کننده آن تصمیم گرفت با مرور نسبتاً جامع بر متون موجود، چارچوب نظری مستند به آخرین دستاوردهای علمی دنیا را برای تهیه این راهنمای کاربردی تبیین نماید و بدین ترتیب این راهنما از بخش «مبانی نظری» که در راهنماهای درمانی مرسوم نمی‌باشد، برخوردار شده است.

الف) کمیته تدوین

در آغاز کار رئوس محتوی راهنما به شرح زیر تقسیم گردید:

۱- نحوه پذیرش بیمار، فرمهای ثبت اطلاعات، روند و طول مدت درمان.

۲- مرحله سم زدایی.

۳- مرحله درمان نگهدارنده و کاهش عوارض.

۴- اقدامات درمانی روانی - اجتماعی.

اعضاء کمیته برای تدوین مراحل فوق به گروههای زیر تقسیم گردیدند:

۱- گروه اول متشکل از دو روانپزشک برای تدوین مرحله سم زدایی.

۲- گروه دوم متشکل از سه روانپزشک برای تدوین مرحله درمان نگهدارنده و کاهش عوارض.

۳- گروه سوم متشکل از دو روانپزشک و دو متخصص روانشناس بالینی (با درجه Ph.D) برای تدوین مرحله ۱ و ۴.

هر یک از گروهها پس از بررسی منابع داخلی و خارجی، موضوع گروه خود را در دو بخش «مبانی نظری» و «اصول کاربردی» تدوین نمودند. بخش دوم متناسب با نیاز و امکانات موجود از نظر دارو، نیروی متخصص و نیمه متخصص و امکان اجرای آن در سطوح مختلف خدمات بهداشتی - درمانی طراحی گردید.

ب) کمیته مشورتی

به دلایل پیش گفت، پیش بینی می گردید که نزد متخصصین روانپزشکی و روانشناسی و دیگر صاحب نظران که در حیطه درمان سوء مصرف مواد مخدر در ایران و جهان دارای دانش و تجربه کافی می باشند، نظرات مختلف و متناقضی در رویکردهای درمانی بیماران معتاد وجود داشته باشد، و در نتیجه کارآیی راهنمای حاضر را با دشواریها و موانع جدی روبرو سازد.

از این رو استفاده از نظرات و پیشنهادات صاحب نظران، که یقیناً بر تجربه طولانی درمان بیماران مبتلا سوء مصرف مواد مخدر متکی است، می تواند جای خالی گزارشات مستند و پژوهشهای علمی و نیز وجود دیدگاههای مشترک حاصل از تضارب آراء علمی را به طور نسبی پر نماید.

هر چند که به اعتقاد تدوین کنندگان این راهنما، بسیاری از روانپزشکان و

روانشناسان کشور، صاحب نظر و دارای تجربه و دانش کافی در امر اعتیاد می باشند، لیکن به علت محدودیت اجرایی پروژه و عدم دسترسی به کلیه اساتید، تعدادی از صاحب نظران انتخاب و یک نسخه از پیش نویس راهنما جهت مطالعه و اظهار نظر آنان ارسال گردید. پس از گردآوری کلیه پیشنهادات و انتقادات و بحث و بررسی آنها در کمیته تدوین، پیش نویس نهایی تهیه و ارائه گردید.

نظر به آغاز تجربه نوین درمان بیماران معتاد در بیست سال اخیر و پژوهشهای متعدد در حال انجام در زمینه درمان سوء مصرف مواد مخدر و ضرورت انطباق تدریجی وزارت بهداشت و درمان در امر پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماران معتاد، مفاد این راهنما به مدت ۲ سال به اجراء در خواهد آمد. امید است پس از انتشار نتایج پژوهشها و جمع بندی نتایج اجرای دو ساله این راهنما و امکان سنجی بیشتر از نظر توان سرویس های خدماتی - درمانی، راهنمای کاربردی درمانی جامع تری برای درمان اعتیاد به مواد مخدر تدوین گردد.

فصل اول

هیاتی نظری راهنمای کاربردی درمان

سوء مصرف کنندگان مواد

بخش ۱- معرفی مواد مخدر و علانم ترک

بخش ۲- اصول سم‌زدایی

بخش ۳- اصول درمان نگهدارنده

بخش ۴- اقدامات درمانی روانشناختی -

اجتماعی

بخش ۵- کاهش آسیب‌های ناشی از سوء

مصرف مواد مخدر

معرفی مواد مخدر (Narcotics)

تریاک عصاره گیاه پاپاور سامنی فرام^(۱) است که الکلئیدهای بسیاری (حداقل ۲۰ نوع) دارد. مهمترین ماده تریاک مورفین است که ۱۲-۱۰٪ تریاک را تشکیل می دهد و حاوی ۵/۰٪ کدئین نیز می باشد. هروئین بصورت صناعی از مورفین تولید می شود و فرمول شیمیایی آن دی استیل مورفین است.

مواد شبه افیونی صناعی دیگر مشتملند بر مپریدین^(۲)، پروپوکسی فن^(۳)، متادون^(۴) (متیل مورفین) (جدول ۱). ضد مخدرها نیز صناعی بوده و نالتراکسون^(۵)، نالورفین^(۶)، لوالورفان^(۷)، آپومورفین^(۸) و نالوکسان^(۹) از آن جمله اند.

داروهایی مانند پنتازوسین^(۱۰)، بوتورفانول^(۱۱) و بوپرنورفین^(۱۲) توأمأً اثرات آگونستی و آنتاگونستی دارند. در آمریکا رایج ترین ماده مخدری که سوء مصرف می شود هروئین است. قبل از سال ۱۹۹۰، ۷/۰٪ جمعیت ایالات متحده به آن معتاد بودند و در سال ۱۹۹۱ حدود ۵/۱٪ جمعیت بالاتر از ۲۵ سال سوء مصرف هروئین داشتند (کاپلان^(۱۳)، سادوک^(۱۴)، ۲۰۰۰).

در ایران تریاک در سطح گسترده تری مصرف می شود، گرچه معتادان زندانی شده اغلب مصرف کننده هروئین هستند. در سال ۱۳۵۹ بیش از ۱۵۰ هزار نفر تریاکی سهمیه بگیر در ایران وجود داشت. اخیراً گفته می شود بین ۳/۵-۲/۵٪ کل جامعه به تریاک وابسته اند. آمارهای رسمی اشاره بر وجود حداقل ۱۲۰۰۰۰۰ معتاد به مواد مخدر در ایران دارد. حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر دیگر نیز مصرف کننده تفننی محسوب می شوند. طبق گزارشات سال ۵۹ حدود ۵۰۰ هزار معتاد به تریاک و ۳۰۰ هزار معتاد به هروئین در ایران وجود داشته است (مجله بازتاب، ۱۳۵۹).

تریاک اغلب به صورت کشیدنی یا خوراکی و ندرتاً به صورت تزریقی مصرف

1-Papaver somniferum

2-Mepidine

3-Propoxyphene

4-Methadone

5-Naltrexone

6-Nalorphine

7-Levallorphan

8-Apomorphine

9-Naloxane

10-Pentazocine

11-Butorphanol

12-Buprenorphine

13-Caolan

14-Sadock

می‌شود. هروئین مصرف‌کشیدنی یا تزریقی دارد و قابل خوردن نیست. مصرف تریاک و هروئین از نظر بالینی موجب احساس نشئگی می‌شود که این احساس در مورد هروئین بیشتر است و احساسی شبیه ارگاسم را بوجود می‌آورد. سایر عوارض مصرف به صورت تنگی مردمک، خواب‌آلودگی، گفتار شل، اختلال توجه و حافظه و قضاوت، اختلال کارکردی و کندی روانی حرکتی و کندی هیجانی ظاهر می‌شود. پس از مصرف نسبت به اثرات ضد اضطراب و بالا برنده خلق تحمل ایجاد می‌شود و نیاز به افزایش دوز اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

در سطح سلولی به نظر می‌رسد در ابتدا آنزیم آدنیلات سیکلاز توسط مواد مخدر مهار شده و G-AMP کاهش می‌یابد، ولی در مصرف مستمر بطور جبرانی آنزیم و نهایتاً C-AMP بیشتری تولید و تحمل ایجاد می‌شود. با قطع ناگهانی مواد مخدر سطح آنزیم فوق و G-AMP به شدت بالا می‌رود و با تحریک نورآدرژیک علائم ترک بروز می‌کند (تقوی، ۱۳۶۳). به همین دلیل کلونیدین که یک آلفا - ۲ آگونیست محسوب می‌شود با تخفیف پر فعالیتی هسته لوکوس سرولوئوس موجب مهار نسبی علائم ترک می‌شود. مصرف مواد مخدر موجب پرخساستی سیستم دوپامینرژیک، کولنیرژیک و سروتونرژیک می‌گردد ولی اثرات نشئه‌کننده و نیز وابستگی روانی آن به تحریک گیرنده‌های اندورفین بخصوص در ناحیه نوکلئوس آکومبوس در سیستم لیمبیک و نهایتاً تحریک دوپامینرژیک گیرنده‌های D2 مربوط می‌شود (بلام^(۱)، نوبل^(۲)، ۱۹۹۷).

علائم و نشانه‌های ترک (Withdrawal Signs & Symptoms)

علائم اولیه ضمن ۳۶-۱۲ ساعت به صورت خمیازه، تعریق، سیخ شدن موها، بی‌خوابی، گشاد شدن مردمک‌ها، بی‌اشتهایی، کرامپ عضلانی، لرزش، ولع به مواد مخدر بروز می‌کند.

علائم دیررس تر ضمن ۷۲-۴۸ ساعت بعد از آخرین مصرف به صورت کرامپ‌های شکمی و اسهال، استفراغ، هیپرتانسیون، افزایش ضربان قلب، تب بروز می‌کند.

سایر علائم نیز به صورت آب ریزش از بینی، خشونت و تشنج گراندمال

(بامپریدین) ظاهر می‌شوند. بعضی علائم خلقی به صورت افسردگی و تحریک‌پذیری و بی‌خوابی تا ماهها ادامه خواهد داشت (کاپلان، ۱۹۹۸؛ سادوک، ۲۰۰۰، تاسمن^(۱)، ۱۹۹۶، گلدن^(۲)، ۱۹۹۶).

جدول ۱- انواع مواد مخدر

نام دارو	متابولیت فعال	نحوه تجویز	قدرت نسبی	مصرف دارویی	نیمه عمر پلاسمایی	مدت اثر (ساعت)
مورفین		IM [#]	۱	مسکن	۲	۴-۶
هورئین	مورفین	IM	۱-۲	ندارد	۰/۵	۳-۵
کودئین		PO ^{##}	۰/۰۵	مسکن، سیاه سرفه	۲-۴	۴-۶
فتنابل		IM	۴۰-۱۰۰	مسکن	۳-۴	۱-۲
هیدرومورفین		IM	۱۳	مسکن	۲-۳	۴-۶
اکسی کودئین		PO	۰/۵-۱	مسکن		۴-۶
متادون		PO	۰/۵	مسکن	۱۵-۴۰	۱۸-۳۰
ال-آ-اسیتیل متادون		PO	۰/۴۰	جایگزین تریاک	۱۴-۱۰۴	۴۸-۸۰
بوپرنورفین		SL ^{###}	آگونیسست نسبی	مسکن	۶-۱۲	۴-۶

جایگزین تریاک (برای تسکین دارو)
(تحت بررسی است)

تزریق عضلانی

مصرف خوراکی

مصرف زیرزبانی

تاسمن و همکاران، ۱۹۹۷، صفحه ۸۶۸

جدول ۲- علائم ترک مواد افیونی
Opiates withdrawal signs & symptoms

علائم ذهنی	علائم عینی	مراحل ترک
ترس از بروز علائم ترک اضطراب ولع مصرف مواد رفتارهای مواد جویانه		مرحله انتظار (۳-۴ ساعت پس از آخرین مصرف)
اضطراب بی قراری احتقان بینی رفتا رمواد جویانه کرامپهای معده	تعریق خمیازه آبریزش بینی آبریزش چشم گشادی مردمکها	مرحله اولیه (۸-۱۰ ساعت پس از آخرین مصرف)
اضطراب شدید بی قراری دردهای عضلانی رفتارهای موادجویانه تکانه‌ای لرز سردرد	لرزش سیخ شدن موها استفراغ اسهال تب اسپاسمهای عضلانی افزایش فشار خون تاکی کاردی	مرحله پیشرفته (یک تا سه روز پس از آخرین مصرف)
بی خوابی کاهش انرژی کاهش اشتها ولع ناشی از محرکهای افیونی)	کاهش فشار خون برادی کاردی	مرحله دیرپا (علائم و نشانه هایی که تا ۶ ماه پس از ترک هم ممکن است باقی بماند)

فریدمن (۱۹۹۶)

سم زدایی (Detoxification)

سم زدایی نخستین گام برای بیمارانی است که وارد برنامه‌های درمان و توانبخشی ترک مواد مخدر می‌شوند. بر خلاف سم زدایی از الکل و سایر مواد که درمان سرپایی غالباً مؤثر است، به عقیده برخی از محققین (تاسمن و همکاران، ۱۹۹۷)، سم زدایی سرپایی مواد مخدر با موفقیت زیادی مواجه نمی‌گردد و در صورتی که پس از سم زدایی، بیمار از شرکت فعال در گروه‌های خودیاری و پیگیری درمانی خودداری نماید، اقدامات درمانی با موفقیت چندانی همراه نخواهد بود (همان منبع).

بعنوان یک قاعده کلی بیمارانی که مدت وابستگی آنها بیش از یکسال نبوده و یا قبلاً سعی در ترک مواد نداشته‌اند نامزد مناسبی برای درمان نگه‌دارنده طولانی با ترکیبات مخدر نیستند. بنابر این شروع درمان غالباً تنها برای کنترل وابستگی جسمانی صورت می‌گیرد.

راهنماهای متعددی برای سم زدایی از مواد مخدر پیشنهاد و به کار گرفته می‌شود که ساده‌ترین آنها درمان علامتی بصورت سرپایی با داروهای مسکن و آرامبخش و خواب‌آور و پیچیده‌ترین آنها بستری و سم زدایی فوق سریع با بیهوشی (URDD) می‌باشد.

مشخصات داروهای مورد استفاده در برنامه‌های سم زدایی و نگهدارنده در جدول ۳ و سایر داروهای کمکی در سم زدایی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳- مشخصات داروهای بی که در سم زدایی از مواد مخدر به کار برده می شوند

شکل دارو	مقدار تجویز روزانه	فراهمی زیستی	متابولیزم	نیمه عمر	مکانیزم اثر	دارو
قرص ۵ میلی گرم	۱۰۰-۱۰ میلی گرم خوراکی	٪۹۰ خوراکی	کبدی	۳۰ ساعت	آگونیست خالص گیرنده	متادون
قرص ۲/۰ میلی گرم آپمول ۳/۰ میلی گرم	۲۴-۸ میلی گرم زیرزبانی	٪۱۰ خوراکی ٪۷۰ زیرزبانی	بیشتر کبدی	۲-۳ روز (اشغال گیرنده ها)	آگونیست نسبی گیرنده	بوبرونولین
قرص ۲/۰ میلی گرم آپمول ۳/۰ میلی گرم	۲-۳/۱ میلی گرم	٪۱۰۰ تقریباً	کبدی کلیوی	۶-۲۴ ساعت	آگونیست آنالژیک	کلونیدین
آپمول ۴/۰ میلی گرم	۲۰-۱۰ میلی گرم انفوزیون دریدی	خوراکی (تقریباً صفر درصد) تزریقی (تقریباً ٪۱۰۰)	کبدی	۱-۲ ساعت	آناگونیست خالص	نالکسون
قرص و کیپسول ۲۵ و ۵۰ میلی گرم	۵۰ میلی گرم روزانه و یا ۱۰۰ میلی گرم یک روز در میان	٪۹۶ خوراکی	کبدی	۲ ساعت ۱۰-۱۲ ساعت برای متابولیت (بتا نالکسون) ۲-۳ روز اشغال گیرنده ها	آناگونیست خالص	نالکسون

جدول ۴ - سایر داروهای کمکی در سم زدایی از مواد مخدر

نمونه دارو	گروه دارویی	مورد مصرف	نحوه مصرف	مقدار مصرف
تیوریدازین	نورولپتیک	بی قراری - بی خوابی	خوراکی	۱۰۰-۲۵۰ mg روزی ۲ تا ۳ بار
دیفنوکسیلات	نارکوتیک	اسهال	خوراکی	۵۰-۲۵۰ mg روزی ۴ تا ۶ ساعت
هیدروکسیزین	آنتی هیستامین	بی خوابی - اضطراب	خوراکی	۱۰۰-۲۵۰ mg روزی ۴-۳ بار
دیازپام	بنزودیازپین	بی خوابی - اضطراب	خوراکی	۶۰-۳۰۰ mg روزانه
پروپن	NSAIDS	درد	خوراکی	۴۰۰-۲۰۰ mg روزی ۴-۳ بار

روشهای سم زدایی

الف) (Diazepam + Diphenoxylate)

در صورتی که مقدار مصرف تریاک کم باشد (حداکثر نیم مثقال کشیدن و یا نیم گرم خوراکی روزانه)، مواد مخدر سریعاً قطع و همزمان داروهای فوق برای درمان علامتی عوارض ترک تجویز می شود.

هر دو این داروها خطر وابستگی و سوء مصرف دارند و باید تحت نظارت دقیق مصرف شوند.

طول دوره درمان: ۳ روز است.

لوموتیل: ۲ قرص هر ۶ ساعت به مدت ۲۴ ساعت

۱ قرص هر ۶ ساعت به مدت ۴۸ ساعت

سپس به تدریج کم و قطع می کنیم

دیازپام ۱۰ میلی گرم: دوبار در روز (صبح و شب) به مدت ۳ روز

همراه با داروهای فوق می توان متناسب با علائم بیمار داروهای پروپرانولول، تیوریدازین و کلونیدین تجویز نمود (گلدنر و همکاران، ۱۹۹۶)

ب) کلونیدین (Clonidine)

کلونیدین با اثر بر هسته لوکوس سرولئوس و مهار پرکاری سیستم آدرنرژیک علائم ترک را در مرحله درمان سم زدایی کنترل می کند. میزان موفقیت آن را در بیماران بستری ۹۰-۸۰٪ گزارش نموده اند. این میزان در بیماران سرپایی مصداق ندارد (تاسمن و همکاران، ۱۹۹۷).

عوارض عمده آن عبارت است از: افت فشار خون، لتارژی، سرگیجه، خواب‌آلودگی و آرامبخشی زیاد. تمام این عوارض را می‌توان به خوبی در بیمارستان کنترل کرد (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۸؛ سادوک و همکاران، ۲۰۰۰)

ج) متادون (Methadone)

در حال حاضر متادون خوراکی رایج‌ترین داروی شبه افیونی برای کاهش شدت علائم ترک مواد مخدر است. در صورتی که مقدار مصرف هرئوئین زیاد باشد از متادون برای کاهش علائم ترک استفاده می‌شود.

متادون یک داروی شبه افیونی صناعی است که جایگزین هرئوئین شده و از راه خوراکی هم قابل مصرف است. مدت اثر متادون بیش از ۲۴ ساعت است. بنابراین مصرف یکبار در روز آن کافی است. طول دوره درمان در موارد بستری می‌تواند کوتاه‌تر باشد (تا ۳۰ روز) و در صورت درمان سرپایی ممکن است هفته‌ها به طول انجامد (تا ۱۸۰ روز).

دوز متادون در شروع بین ۸۰-۲۰ میلی‌گرم در روز بسته به میزان مصرف بیمار تعیین می‌گردد. دوزهای بیش از ۵۰ میلی‌گرم را باید با احتیاط تجویز نمود زیرا ممکن است در افرادی که نسبت به آن تحمل ندارند باعث مسمومیت حاد و کشنده شود. باید توجه داشت که معتادین معمولاً میزان مصرف خود را بیش از میزان واقعی ذکر می‌کنند تا متادون بیشتری دریافت کنند و علائم ترک کمتری داشته باشند.

معمولاً دوز اولیه ۲۰-۱۵ میلی‌گرم علائم را کنترل می‌کند و در بیشتر موارد ۴۰ میلی‌گرم در روز برای اغلب بیماران کافی است (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۸؛ سادوک و همکاران، ۲۰۰۰؛ تاسمن و همکاران، ۱۹۹۷؛ گلدر و همکاران، ۱۹۹۶).

درمان زنان حامله وابسته به مواد افیونی و نوزادان

حدود سه چهارم نوزادان متولد شده از مادران معتاد سندرم ترک را تجربه می‌کنند که برای جنین خطرناک بوده و ممکن است موجب سقط و یا مرگ جنین شود. تجویز دوز نگهدارنده در حد ۱۰ تا ۴۰ میلی‌گرم در روز در زن معتاد به هروئین احتمالاً کم خطرترین کاری است که در چنین مواردی می‌توان انجام داد. با این دوز پائین سندرم ترک نوزاد بسیار خفیف بوده و پس از تولد با دوزهای پائین شربت پارگوریک قابل کنترل می‌باشد.

اگر حاملگی زمانی روی دهد که بیمار تحت مداوا با دوز بالای متادون است جهت کنترل علائم ترک کاهش دوز متادون بایستی کاملاً آهسته (یک میلی‌گرم هر سه روز یکبار) صورت می‌گیرد و حرکات جنین بدقت کنترل شود. اگر ترک اعتیاد لازم و یا مورد قبول بیمار باشد در سه ماهه دوم حاملگی می‌توان آنرا با حداقل خطر انجام داد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

زن معتاد حامله می‌تواند HIV را از طریق جریان خون جفتی وارد بدن جنین نماید. مادر آلوده به HIV از طریق شیردادن نیز می‌تواند عامل بیماری را به کودک منتقل نماید.

د) LAAM (Levo-x-acetylmethadol)

LAAM مشتق طولانی اثر متادون است که کاربرد آن بعنوان درمان نگهدارنده اعتیاد به هروئین توسط FDA در سال ۱۹۹۷ پذیرفته شده است. حداکثر غلظت خونی آن ۴ تا ۸ ساعت پس از مصرف خوراکی ایجاد شده و تا ۷۲ ساعت می‌تواند از بروز علائم ترک مواد شبه افیونی جلوگیری کند. LAAM را با دوز ۸۰-۳۰ میلی‌گرم بصورت ۲ تا ۳ روز یکبار می‌توان استفاده کرد و عوارض جانبی آن مشابه متادون است.

ه) بوپرنورفین (Buprenorphin)

این ماده اثرات توأم آگونیست - آنتاگونیست داشته و اخیراً بنظر می‌رسد جانشین مناسبی برای متادون باشد زیرا کمتر از متادون مورد سوء مصرف واقع می‌شود. علائم ترک با این دارو کمتر از کلونیدین است. میزان موفقیت ۸۰-۶۰٪ گزارش شده است (همان منبع).

در یک مقایسه بین کلونیدین به تنهایی، کلونیدین + نالترکسون و بابوپرنورفین میزان موفقیت به ترتیب ۰/۶۵٪، ۰/۸۱٪ و ۰/۸۱٪ گزارش گردیده است. در دوروش آخر، بیماران دوره درمان را بهتر به پایان رساندند (اکانو^(۱) و همکاران، ۱۹۹۷).

در بررسی دیگری بوپرنورفین به مدت ۳ روز به مقدار زیاد^(۲) با روش ۵ روزه استاندارد کلونیدین در ۲۵ مرد و زن معتاد به هرئین در بین ۱۸ نفری که دوره درمان را کامل کردند، هر چند تفاوت عمده‌ای بین دو گروه نبود اما کلونیدین افت فشارخون و بوپرنورفین اثرات بیشتری در مهار اولیه علائم ترک نشان داد (ویگانو^(۳)، ۱۹۹۸).

مطالعه دیگری روش ۱۰ روزه سم زدایی سریع با مقدار بالای بوپرنورفین را مؤثر نشان می‌دهد و توصیه می‌کند که دوز دارو به منظور کاهش علائم ترک و عدم نیاز به داروهای دیگر بتدریج کم شود (لیو^(۴) و همکاران، ۱۹۹۷).

روش سم زدایی

- ۱- ارزیابی مقدار معادل بوپرنورفین (۸-۲ میلی‌گرم زیر زبان در روز)
- ۲- می‌توان مقدار لازم را یک بار در روز تجویز نمود.
- ۳- برای کاهش مقدار دارو، لازم است پس از ۲۴ تا ۴۸ ساعت که علائم بیماری ثابت شده و کنترل گردیدند، هر دو هفته ۲۵ تا ۵۰ درصد از مقدار تجویز شده کاسته تا قطع گردد.
- ۴- اندیکاسیونهای بستری و سرپایی مشابه متادون است.
- ۵- در بیمارانی که سابقه مشکلات قلبی تنفسی، خطر خودکشی و مسمومیت با متادون دارند می‌تواند انتخاب مناسبی باشد (ویگانو، ۱۹۹۸؛ لیو و همکاران، ۱۹۹۷؛ چسکین^(۵) و همکاران، ۱۹۹۴).

1-O'Connor

2-High

3-Viganu

4-Liu

5-Cheskin

و) آنتاگونیست‌های مواد افیونی

این مواد آثار مواد شبه افیونی را وقفه داده و یا با آنها مقابله می‌کنند و مانع ظهور آثار این مواد می‌شوند. برخلاف متادون این داروها آثار مخدر نداشته و اعتیادآور نیستند. آنتاگونیستهای مواد افیونی شامل داروهای زیر می‌باشند.

- نالتروکسون (Naltrexone):

نالتروکسون یک آنتاگونیست رقابتی مواد شبه افیونی (عمدتاً مو و تا حدودی کاپا و دلتا) است. تمایل (Affinity) آن برگزیده‌های شبه افیونی ۲۰ برابر مورفین است. نالتروکسون دارای تأثیر دراز مدت بوده و بصورت روزانه ۵۰ میلی‌گرم یکبار مصرف می‌شود.

البته بایستی از دوز ۱۰ میلی‌گرم در روز شروع کرد و بتدریج ظرف سه روز به دوز ۵۰ میلی‌گرم در روز رساند. کاربرد نالتروکسون بر این نظریه متکی است که وقفه تأثیرات مواد افیونی (بخصوص نشئه) بیمار را از رفتار مواد جویانه دلسرد ساخته و موجب رفع حالت شرطی نسبت به مواد افیونی می‌شود. تنها ضعف مدل درمان با آنتاگونیستها فقدان سازوکاری است که شخص را به ادامه مصرف آنتاگونیست وادار سازد.

مصرف نالتروکسون به میزان ۵۰ میلی‌گرم در روز با اکثر آثار ذهنی و عینی مصرف مواد شبه افیونی مانند دپرسیون تنفسی و تنگی مردمک و نشئه و ولع مصرف مواد افیونی مقابله می‌کند. نالتروکسون با دوز بالا (۳۰۰ میلی‌گرم در روز) بصورت وابسته به دوز می‌تواند موجب آسیب سلولهای کبدی شود.

نالتروکسون در درمان وابستگی به الکل نیز از طریق مهارگیرنده‌های شبه افیونی درون‌زا می‌تواند مفید باشد بعلاوه آنکه مصرف آن برخلاف دی‌سولفیرام موجب بروز واکنش خطرناک و ناخوشایند نمی‌شود بلکه صرفاً با مهار احساس ذهنی نشئه موجب پیشگیری از ولع (Craving) مصرف الکل می‌شود.

موفقیت نالتروکسون ارتباط زیادی با عوامل اجتماعی نظیر تحصیلات، شغل، تأهل، انگیزه بالا، حمایت خانوادگی و اجتماعی مناسب و ادامه رفتار درمانی دارد (اُ-کانر، ۲۰۰۰).

- نالوکسون (Naloxane)

مشابه نالترکسون عملی می‌کند اما تنها به شکل تزریق داخل وریدی قابل استفاده است و بصورت آمپولهای ۰/۴ میلی‌گرم در یک میلی لیتر موجود می‌باشد.

ز) سم زدایی سریع با Clonidine + Opiate Antagonist

- ۱- تجویز کلونیدین و افزایش سریع مقدار آن
 - ۲- تجویز نالوکسان حدود ۲ میلی‌گرم عضلانی/زیرجلدی در روز
 - ۳- اضافه نمودن آرامبخش‌ها (بنزودیازپین‌ها، نروپتیک‌ها، آنتی هیستامین‌ها)
 - ۴- اطمینان از حصول ترک با انجام تست نالوکسان
- روش درمانی فوق بایستی بصورت بستری با امکانات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه صورت گیرد.

اندیکاسیون: در موارد مقاوم و شکست‌های متعدد با روشهای دیگر این روش را می‌توان در افراد جوان، سالم که از درمانهای آگونیست نتیجه نگرفته‌اند و یا به فروش آگونیست‌ها در بازار سیاه روی آورده و یا به مسمومیت مبتلا شده‌اند، بکار برد (جرا^(۱) و همکاران، ۱۹۹۵؛ بل و همکاران، ۱۹۹۹؛ گلد و همکاران، ۱۹۹۹).

ح) سم زدایی فوق سریع (UROD) Ultra rapid opioid detoxification

طول فاز حاد سم زدایی را می‌توان با استفاده از آنتاگونیستهای مواد شبه افیونی با جابجایی آگونیست‌ها از روی گیرنده‌های شبه افیونی بطور قابل ملاحظه‌ای کوتاه نمود. البته انجام این روش موجب بروز علائم ترک با شدت بسیار بیشتر از قطع ناگهانی مواد شبه افیونی می‌شود. پژوهشگران دانشگاه یال^(۲) از کلونیدین برای کاهش علائم ترک همراه با شروع نالترکسون استفاده کردند. سایر پژوهشگران به رژیم کلونیدین - نالترکسون داروهای آرامبخش^(۳) را نیز اضافه کردند. گزارش شده که اگر این روش با استفاده از بی‌هوشی کامل به کمک تیوپنتون^(۴) و متوهگزیتون^(۵) بمدت ۳-۴ ساعت انجام شود می‌تواند زمان سندرم ترک حاد را به کمتر از دو روز کاهش دهد.

1-Gerra

2-Yale

3-Sedative

4-thiopentone

5-Methohexitone

اساس این روش استفاده از داروهای کمکی قبل از بی‌هوشی جهت کاهش استفراغ و فعالیت روده‌ها مانند ساندوستاتین (Octroctide) و سایمتیدین (Tayamet) و تنظیم فعالیت خودکار با استفاده از کلونیدین (Catapress) است که بدنبال آن بیمار Intubate، Sedate می‌شود و تحت بی‌هوشی عمومی سبک با استفاده از میدازولام (Versed) و یا پروپوفول (Diprivan) قرار می‌گیرد. پس از آن از نالترکسون با لوله معده (و یا نالوکسون وریدی) جهت سم‌زدایی تحت بی‌هوشی عمومی بمدت ۸-۴ ساعت استفاده شده و بیمار به اتاق ریکاوری منتقل می‌شود در حالیکه برخی از بیماران ممکن است پس از اتمام بی‌هوشی علائم خفیف ترک را تجربه نمایند بسیاری از بیماران ممکن است ۷۲-۲۴ ساعت بعد نیز احساس درد و ناکامی (washed out) نمایند. بیماران بلافاصله پس از اتمام سم‌زدایی باید رژیم نالترکسون خوراکی (25-50 mg/d) را شروع کنند.

* از آنجا که پس از اتمام سم‌زدایی فوق سریع مواد افیونی باقیمانده ممکن است بمدت ۳-۵ روز در خون وجود داشته باشند عدم استفاده از نالترکسون خوراکی نگهدارنده ممکن است منجر به اعتیاد مجدد بیمار گردد. برخی از محققین ذکر کرده‌اند که مصرف نالترکسون خوراکی به میزان ۵۰-۲۵ میلی‌گرم در روز بمدت یک تا دو ماه پس از سم‌زدایی فوق سریع احتمال عود سوء مصرف مواد شبه افیونی را کاهش می‌دهد. اظهار نظر قطعی در مورد سودمند بودن این روش نیازمند تحقیقات بیشتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

قبل از مجرمیت اعتیاد و درمان آن طبق مصوبه سال ۱۳۵۸ شورای انقلاب، درمان سم‌زدایی در کشور ما در مراکز مجاز با تجویز شربت متادون و قرص تریاک انجام می‌گرفت.

جداول مربوط به نحوه تجویز قرص و شربت متادون برحسب نوع و مقدار مصرف مواد مخدر به عنوان نمونه در پیوست شماره ۱ آمده است.

در حال حاضر قرص تریاک در اداره نظارت بر دارو معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور وجود دارد و به بیماران جسمی مانند مبتلایان به سرطان بر طبق تجویز پزشک و مدارک پزشکی تجویز می‌گردد.

جدول ۶- مقایسه روش های مختلف سم زدایی

معیار	مزیای	میزان موفقیت	مدت	روش
احتمال اعتیاد، مدت طولانی، احتمال مسمومیت	علامت کم، پذیرش درمان بالا، ولع به	سریای ۶۵-۵۰٪	روز ۱۲-۱۸	متادون
گران، برای موارد شدید مناسب نیست، مصرف مخدر کم، ارزان	علامت کم، میزان موفقیت بالا، خطر	سریای ۸۰-۶۰٪	روز ۱۴-۲۸	بوبرونورفین
احتمال اعتیاد	مسمومیت کم	سریای ۶۵-۳۰٪	روز ۱۰-۲۱	کلونیدین به تنهایی
ولع به مصرف مواد مخدر زیاد، علامت زیاد، عوارض زیاد	ارزان، نازکوتیک نیست	بستری ۹۰-۸۰٪		
احتمال اعتیاد	احتمال اعتیاد ندارد			
احتمال اعتیاد	ارزان، علامت کم، سریع تر، پذیرش درمان بالا	۶۵-۵۰٪	روز ۷-۲۸	کلونیدین + متادون
علامت نسبتاً زیاد، نیاز به بستری، ولع به مصرف مواد مخدر زیاد، نیاز به درمان نکه دارنده با نالترکسون	موفقیت زیاد، سریع - احتمال اعتیاد ندارد، ارزان	حدود ۸۰٪	روز ۲-۳	کلونیدین + آناگونیست
نیاز به مراقبت ویژه، بیوشی با احتمال پرمونی اسپیراسیون، نیاز به درمان نکه دارنده با نالترکسون	میزان موفقیت خیلی زیاد سریع احتمال اعتیاد ندارد عملآبدون علامت	۱۰۰-۹۵٪	ساعت ۲-۱۲	کلونیدین + آناگونیست + آریبخشی بالا
هر چه زیاد - بروز علامت ناگهانی و شدیدتر - ریسک کمی هوشی	احتمال عود کمتر - عدم نیاز به آگونیست			

قرص‌های تریاک موجود توسط کارخانه داروپخش حدود ۲۰ سال پیش ساخته شده است. اطلاعات دقیق و موثقی در مورد مقدار تریاک آن در دست نیست. بنا به نظریه متفاوت کارشناسان احتمالاً هر قرص حاوی ۱۰۰-۳۰۰ میلی‌گرم تریاک می‌باشد.

در منابع خارجی (مارتین دیل^(۱)، ۱۹۸۲) که احتمالاً این قرصها براساس مفاد آن تهیه گردیده است، تریاک به صورت‌های مختلف به اشکال دارویی تبدیل شده است.

پودر دوور^(۲) از ۱۰ گرم پودر اپیکا و ۱۰ گرم پودر تریاک و ۸۰ میلی‌گرم لاکتوز تشکیل شده است. میزان مرفین آن ۱ درصد می‌باشد.

قرص دوور متشکل از پودر اپیکا و تریاک حاوی ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرم تریاک می‌باشد. قرص‌های تریاک متشکل از پودر اپیکا و تریاک به صورت ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرمی وجود دارد به این ترتیب دارای ۳ تا ۶ میلی‌گرم مرفین می‌باشد. به نظر می‌رسد قرصهای تریاک موجود در ایران از نوع ۳۰۰ میلی‌گرمی باشد.

درمان نگهدارنده

درمانهای نگهدارنده در مجموع به دو گروه مجزا تقسیم می‌شوند:

الف) درمان با آگونیستهای افیونی مانند متادون، بوپرنورفین و ال آفاستیل متادول (LAAM)

ب) درمان با آنتاگونیستهای افیونی: مانند نالتروکسون

الف) درمان نگهدارنده با آگونیستهای مواد افیونی

مبانی نظری، میزان موفقیت، گروههای مخاطب، شیوه اجرا در دو گروه فوق به میزان زیادی با یکدیگر تفاوت دارند. در مورد نخست آگونیستهای افیونی جایگزین مواد افیونی غیر مجاز و قاچاق شده و ممکن است سالها تجویز آنها ادامه یابد. مبانی نظری تجویز آگونیستهای افیونی بدین قرار است:

۱- پرهیز کامل و دراز مدت از سوء مصرف مواد افیونی برای گروه معتادان بسیار دشوار است و نسبت قابل توجهی از افرادی که دوره سم زدایی را پشت سر گذارده‌اند بعد از ۶ ماه مجدداً عود می‌کنند. به همین دلیل بهتر است بجای تلاشهای کم موفقیت برای سم زدایی، جایگزین مناسبی برای مصرف مواد مخدر غیر مجاز فراهم گردد.

۲- ترکیبات مخدر دارویی بطور بهداشتی تهیه شده و بطور قانونی و با قیمت نازل توزیع می‌گردند. ماهیت بهداشتی این مواد از خطرات مصرف مواد غیر مجاز مانند مسمومیت‌های احتمالی و انتقال بیماریهای عفونی مانند ایدز، هپاتیت و آندروکاردیت می‌کاهد. ماهیت قانونی آنها باعث می‌گردد که افراد معتاد بجای تماس با شبکه‌های جنایت پیشه و نامطمئن با کادر سالم پزشکی در تماس باشند. عدم مراجعه به شبکه‌های غیر مجاز توزیع، از سود آوری فعالیت این عده می‌کاهد و خود بخود باعث محدودیت قاچاق مواد مخدر می‌گردد. عدم تماس با این شبکه‌ها از صدمات احتمالی درگیری با آنها نیز می‌کاهد و باعث کاهش آمار نزاع و درگیری با قاچاقچیان می‌شود. قیمت نازل و بعضاً رایگان مواد مخدر جایگزین، باعث می‌گردد که معتادان برای تهیه دوز روزانه خود مجبور به انجام امور خلاف قانون جهت کسب پول نباشند. به همین دلیل، این کار علاوه بر کمک به اقتصاد خانواده، از انجام خلاف‌هایی نظیر چون سرقت، فحشاء و

قاچاق مواد برای کسب هزینه آن می‌کاهد. بدین طریق عده زیادی از وابستگان به مواد مخدر از سلطه و استثمار سوداگران مواد مخدر رهایی می‌یابند.

۳- آگونیستهای مواد افیونی به گونه‌ای ساخته شده‌اند که دارای نیمه عمر طولانی هستند به همین دلیل می‌توان آنها را به فواصل طولانی تر مصرف نمود که بر بهبودی فعالیت معتادان اثر مثبت خواهد داشت. از طرف دیگر نیمه عمر طولانی این داروها از بروز عوارض محرومیت^(۱) در طی روز جلوگیری می‌کند و با حذف این حالات بر احساس راحتی^(۲) معتادان اثر مثبت می‌گذارد. سطح سرمی یکنواخت و غیر نوسانی آگونیستها مانع بروز حالات ولع برای مصرف مواد نیز می‌شود. حالات ولع سر منشاء بسیاری از رفتارهای تکانه‌ای^(۳) معتادان است و از حالات خشم، رفتارهای ستیزه جویانه و ناپایداری تصمیم‌گیری و رفتاری جلوگیری می‌کند.

۴- دوز تجویزی آگونیستها به گونه‌ای است که می‌تواند علاوه بر رفع علائم محرومیت، سطح بالاتری از آگونیست در بدن ایجاد کند که برای افراد غیر معتاد ممکن است مسموم کننده باشد. سطح بالای آگونیستها باعث می‌گردد تا مصرف مقادیر متعارف سایر مواد مخدر برای فرد نشئگی ایجاد نکند. اگر بیماری که تحت درمان با آگونیستها است بخواهد بصورت توأم مواد افیونی غیر مجاز نیز مصرف کند باید از مقادیر بالای مواد مخدر استفاده کند که همین امر مانع مصرف تفننی و جزئی مواد مخدر می‌شود. مصرف سنگین مواد مخدر غیر مجاز نیز گران تمام شده و معمولاً بیمارانی که تحت درمان با آگونیستها هستند تمایل کمتری بدان دارند (روتبارد^(۴)، ۱۹۸۸؛ روزن^(۵)، ۱۹۹۷).

در گروه آگونیستها متادون، بوپرنورفین و LAAM قرار دارند.

متادون (Methadone)

متادون توسط دل^(۶) و نیس واندر^(۷) در سال ۱۹۶۵ تهیه گردید. متادون یک

1-wilhdrawing

3-impulsive

5-Rosen

7-Nyswander

2-well-being

4-Rothbard

6-Dole

آگونیست گیرنده‌های مو با نیمه عمر نسبتاً طولانی (۳۶-۲۴ ساعت) است. دوزهای پایین‌تر (حدود ۳۰-۲۰ میلی گرم) در کاهش علائم ترک مؤثر است اما برای درمان نگهدارنده و ایجاد حالات مندرج در بندهای فوق، دوزهای ۱۰۰-۶۰ میلی گرم مورد نیاز است (استرین^(۱) و همکاران، ۱۹۹۹، وارد^(۲) و همکاران، ۱۹۹۹). مصرف متادون بطور واضح و آشکار از جرم و جنایت، احتمال ابتلاء به ایدز و رفتارهای تکانه‌ای و سوء مصرف مواد مخدر می‌کاهد (توافقنامه مؤسسه ملی روانپزشکی^(۳)، ۱۹۹۸).

تحقیقات نتایج متفاوتی را در میزان همکاری با برنامه‌های مصرف متادون نشان داده‌اند. برای نمونه به موارد زیر می‌توان اشاره نمود:

در یک مطالعه بر روی ۶۰۰ مصرف‌کننده متادون مشخص شد که بعد از یکسال^۳ بیماران کماکان در برنامه متادون باقی مانده و از این عده ۵۸ درصد ابراز داشتند که طی سال قبل مصرف هروئین نداشته‌اند. پرهیز از مصرف هروئین طی ماه گذشته ۷۱ درصد گزارش شده بود. در مطالعه دیگری مشخص گردید که ۲ سال بعد از شروع درمان ۷۶ درصد معتادان ماده مخدر غیر مجاز مصرف نمی‌کردند در حالیکه این رقم در افرادی که متادون نمی‌گرفتند تنها ۶ درصد بود (وارنر^(۴) و همکاران، ۱۹۹۷) در مطالعه‌ای دیگر میزان تداوم یکساله برنامه متادون ۵۲ درصد گزارش گردید (مادوکس^(۵) و همکاران، ۱۹۹۷). در مجموع پایبندی یکساله به برنامه‌های متادون ۷۰-۵۰٪ است. پایبندی در دوزهایی بالاتر از ۵۰ میلی گرم در روز، بیشتر از دوزهای کمتر از ۵۰ میلی گرم می‌باشد (استرین و همکاران، ۱۹۹۹، شوتن فلد^(۶) و همکاران، ۱۹۹۷). سوء مصرف مواد مخدر نیز در برنامه‌های متادون کاهش یافته و به حدود نصف محدود می‌گردد. نکته مهم آنکه پایبندی به برنامه‌های نگهدارنده با متادون و اثرات مثبت حاصل از آن زمانی قابل توجه است که برنامه‌های مذکور با درمانهای دیگر مانند مشاوره، روان درمانی، گروه درمانی، بازتوانی و فعالیتهای مددکاری همراه باشد. در یک مطالعه مشخص گردید که در

1-Strain

2-Ward

3-NIH Consensus

4-Warner

5-Maddux

6-Schotten feld

یک برنامه نگهدارنده در صورت تجویز متادون و عدم وجود سایر برنامه‌ها در ۶ ماه تنها ۳۰ درصد بیماران از مصرف مواد مخدر و کوکائین خودداری می‌کنند در حالیکه در صورت انجام مشاوره ۵۵ درصد و در صورت انجام سایر درمانهای غیر دارویی ۶۸ درصد از مصرف مواد مخدر غیر مجاز دوری خواهند کرد (مک للان^(۱) و همکاران، ۱۹۹۳). از درمان نگهدارنده با متادون تمامی معتادان صرف نظر از تشخیصهای دوگانه^(۲) و وجود یا عدم وجود اختلال شخصیت سود می‌برند و در این میان تفاوت بارزی مشاهده نمی‌گردد (سکتون^(۳) و همکاران، ۱۹۹۶، کاسیوبا^(۴) و همکاران، ۱۹۹۶). اداره کنترل مواد غذایی و دارویی ایالت متحده^(۵) برنامه درمان نگهدارنده با متادون برای افراد بالای ۱۸ سال با سابقه حداقل یکسال وابستگی و بروز علائم محرومیت هنگام ترک را مجاز می‌شمارد. ارائه دارو بصورت "بردن به منزل"^(۶) مجاز است (وارنر و همکاران، ۱۹۹۷).

درمان نگهدارنده با متادون مزایای زیر را دارد:

- ۱- شخص وابسته به مواد افیونی را از وابستگی به مصرف وریدی هروئین رها کرده لذا شانس انتشار HIV از طریق سوزن آلوده را کاهش می‌دهد.
- ۲- حداقل حالت نشئه را بوجود می‌آورد.
- ۳- در مصرف دراز مدت ندرتاً موجب خواب‌آلودگی و افسردگی می‌شود.
- ۴- به بیمار امکان می‌دهد که بجای فعالیتهای مجرمانه به مشاغل مفید روی آورد. عیب عمده متادون آن است که بیمار نسبت به یک ماده مخدر وابسته باقی می‌ماند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

1-McLellan

2-Dual Diagnosis

3-Sexton

4-Caccioba

5-FDA

6-Take-Home

بوپرنورفین (Buprenorphine)

یک آگونیست نسبی^(۱) گیرنده‌های مخدر است. جذب خوراکی آن پایین است و در واقع از ۱۰ درصد فراتر نمی‌رود اما جذب زیر زبانی آن ۷۰ درصد است. این دارو برای سم زدایی، درمان نگهدارنده کوتاه مدت و دراز مدت توصیه شده است. تجویز بصورت یک روز در میان نیز میسر است. مطالعات مختلف حاکی از اثر بخشی بوپرنورفین بعنوان یک درمان نگهدارنده آگونیستی است. این دارو مانند متادون در کاهش سوء مصرف مواد مخدر غیر مجاز و رفتارهای مجرمانه و ولع مؤثر است. دوز پیشنهادی ۱۶-۸ میلی‌گرم بصورت روزانه یا یک روز در میان است (وارنر و همکاران، ۱۹۹۹، گرین اشتاین^(۲) و همکاران، ۱۹۹۷). طبق بعضی مطالعات با دوز ۱۲ میلی‌گرم زیر زبانی در روز مشابه ۶۵ میلی‌گرم متادون اثر بخشی دارد (شاتن فلد^(۳) و همکاران، ۱۹۹۷).

یکی از مزایای عمده درمان نگهدارنده با بوپرنورفین این است که در صورت مصرف دوزهای بالاتر از میزان تجویز شده حالات نشئگی یا وقفه تنفسی کمتر مشاهده می‌شود و از این جهت داروی کم خطری است. مصرف ۳۲ میلی‌گرم بصورت زیر زبانی در کسانی که سابقه تماس با دارو را نداشته‌اند نیز باعث اشکال تنفسی نشده است (گرین اشتاین و همکاران، ۱۹۹۷).

● مقررات تجویز بوپرنورفین به عنوان درمان نگهدارنده مانند مقررات تجویز متادون است.

● تجویز بوپرنورفین تنها بصورت قرص زیر زبانی مجاز است.

ب) درمان نگهدارنده با آنتاگونیست‌های مواد افیونی

اساس و فلسفه درمان نگهدارنده با آنتاگونیست‌ها با فلسفه آن در مورد آگونیست‌ها متفاوت است. تجویز آنتاگونیست باعث مهار اثر آگونیست‌های مخدر می‌گردد. بدین ترتیب شخص معتاد در صورتیکه قبل از مصرف مواد افیونی، آنتاگونیست دریافت کرده باشد، با مصرف مواد مخدر دچار حالات نشئگی نخواهد شد. لذا این مسأله از تمایل او به مصرف مواد افیونی خواهد کاست. در عمل بسیاری از معتادان بعد از

1-partial

2-Green Stein

3-Shottenfeld

ترک حاضر به تداوم مصرف آنتاگونیست نیستند. معروفترین آنتاگونیست خوراکی که مورد مصرف قرار می‌گیرد نالتروکسون است.

نالتروکسون (Naltrexone)

نالتروکسون یک آنتاگونیست نسبتاً خالص گیرنده مو است که دارای خواص اندک و قابل اغماض آگونیستی است. نیم عمر نالتروکسون ۴ ساعت و متابولیت فعال آن بتانالتروکسون^(۱) حدود ۱۲-۱۰ ساعت است. اما مدت مهار گیرنده‌های مغزی بیشتر است: یک دوز ۵۰ میلی گرمی برای ۳ روز قادر است ۸۰ درصد گیرنده‌های مغزی را مهار نماید. بدین دلیل مصرف روزانه ۵۰ میلی گرم یا ۱۰۰ میلی گرم شبانه‌ها و دوشنبه‌ها و ۱۵۰ میلی گرم چهارشنبه‌ها و یا ۱۵۰ میلی گرم دوشنبه‌ها و ۲۰۰ میلی گرم پنجشنبه‌ها میسر است. مصرف نالتروکسون با تغییرات عمده خلقی یا سایر اختلالات روانی همراه نیست. عوارض عمده جسمانی نیز گزارش نشده است. مصرف حتی ۱۰ سال آن بدون عارضه گزارش شده است. شروع مصرف نالتروکسون نیازمند سم زدایی کامل است و مطلقاً نباید به بیماری که سم زدایی بصورت کامل نشده است، نالتروکسون تجویز نمود زیرا با علائم شدید ترک و محرومیت همراه است. جهت اطمینان از سم زدایی توصیه می‌شود از آزمون مقابله با نالوکسان^(۲) استفاده شود بدین صورت که ۰/۲ میلی گرم نالوکسان بصورت زیر جلدی تزریق می‌گردد. در صورت عدم مشاهده علائم ترک ۰/۴ و سپس ۰/۸ میلی گرم بصورت زیر جلدی یا وریدی تزریق می‌شود. در صورت عدم بروز علائم عمده ترک، نالتروکسون با دوز ۲۵ میلی گرم شروع می‌شود.

موفقیت استفاده از نالتروکسون برای درمان نگهدارنده به میزان زیادی به عوامل شخصیتی و اجتماعی بیمار وابسته است. مشاهده گردید که در مصرف کنندگان بی‌کار و خیابانی هروئین، پابندی به مصرف نالتروکسون بسیار اندک است و بعد از یکماه حدود ۴۰ درصد درمان را رها می‌کنند. این رقم بعد از ۶ ماه به ۹۰-۸۰ درصد می‌رسد. طبق گزارشهای مراکز تحقیقاتی کشورهای غربی، میزان عود و رها نمودن نالتروکسون در جمعیت عمومی بعد از ۹ ماه ۹۰ درصد است. اما در گروه بیماران با سطح تحصیلات و رفاه اجتماعی بالا، موفقیت بطور واضحی افزایش

می‌یابد به گونه‌ای که در جمعیت دارای لیسانس و بالاتر، بعد از ۶ ماه ۷۵ درصد کماکان به استفاده از نالتروکسون ادامه می‌دهند (گرین اشتاین و همکاران، ۱۹۹۷، داشتن و همکاران، ۱۹۸۴) وجود فشار انضباطی از جانب کارفرمایان و سیستم قانونی از جمله عوامل مهم دیگر در موفقیت است. افرادی که تحت نظارت قانونی بوده و قانون آنها را موظف به ترک کرده است^(۱) پایبندی بهتری به برنامه نالتروکسون دارند و بعد از ۶ ماه بیش از نصف بیماران کماکان در برنامه باقی می‌مانند (کورنیش^(۲) و همکاران، ۱۹۹۷) در مجموع وجود تحصیلات بالاتر از دیپلم، اشتغال، وجود نظارت قانونی، نیاز به انجام مرتب آزمایش از نظر سوء مصرف مواد مخدر و سطح اجتماعی - اقتصادی^(۳) بالاتر، از عوامل موفقیت با این درمان هستند.

از آنجائیکه موفقیت نالتروکسون وابستگی زیادی به متغیرهای فردی - اجتماعی بیماران دارد و این دارو دارای قیمت نسبتاً زیادی است توصیه می‌گردد راهنما تجویز آن بعد از گزارش نتایج تحقیقات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، در مورد کارایی آن در جمعیت ایرانی، تدوین گردد. با توجه به خواص دارو و گونه‌شناسی معتادان ایرانی، تدوین کنندگان این راهنما بر این باور هستند که نالتروکسون در جمعیت ایرانی نتایج خوبی به همراه خواهد داشت که تأیید آن منوط به انجام تحقیقات بالینی است. همچنین استفاده از نالتروکسون بصورت کاشت (In plant) زیر جلدی در مواردی که بیمار در خطر بالایی از نظر عود بویژه در ۴-۵ هفته اول پس از سم‌زدایی است توصیه شده که نیاز به تحقیقات بالینی بیشتری دارد.

اقدامات درمانی روانشناختی - اجتماعی

نظر به تنوع عوامل مؤثر در گرایش افراد به مواد مخدر از نظر روانی، اجتماعی و فرهنگی و نیز تعدد مشکلات حاصل از ابتلا به اعتیاد، ضروریست ویژگیهای فردی بیماران در تدوین برنامه‌های درمانی آنها مدنظر قرار گیرد (گوساپ^(۱) و استرنگ^(۲)، ۱۹۹۹). بدین جهت هر نوع طرح درمانی باید مبتنی بر نیازهای فردی معتاد باشد. در این صورت ضروری خواهد بود که همه مراجع مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و با توجه به اطلاعات بدست آمده در مورد علل و تبعات جسمی و روانی - اجتماعی اعتیاد فرد، برنامه‌ای مناسب و طبیعی طرح ریزی گردد.

عوامل زمینه‌ساز وابستگی مواد

عوامل اجتماعی	فردی	عوامل
گروه‌های همپا	عوامل ژنتیکی و مادرزادی	قبلی
روابط خانوادگی	وقایع دوره‌های رشد	
روابط بین فردی	یادگیریهای اولیه	
سوء مصرف والدین	تجربیات دارویی قبلی	
فوانین موجود	وضعیت خلقی فرد	فعلی
فشارهای اجتماعی	علائم ترک	
دسترسی به مواد	توقعات فرد	
عوامل دموگرافیک		

کاپلان - سادوک (۲۰۰۰)

با توجه به دلایل فوق، ارائه یک برنامه درمانی مؤثر که در تمام مراکز و در مورد همه مراجع بطور یکنواخت اجرا شود عملاً غیر ممکن بوده و اثربخش نیز نخواهد بود. اما می‌توان براساس مطالعات و تحقیقات وسیع و گسترده‌ای که در زمینه درمان اعتیاد انجام شده و با استفاده از تجربیات بدست آمده در سالهای اخیر در ایران و دیگر کشورهای جهان، یک راهنما جامع از درمان‌های غیر دارویی ارائه داد که شامل خدمات و سرویس‌هایی باشد که همه معتادین نیازمند آن هستند و از انعطاف‌پذیری کافی برای انطباق با بیمار و شرایط مراکز درمانی برخوردار باشد. چنین راهنمایی نه

تنها می‌تواند فعالیتهای درمان اعتیاد را در سراسر کشور همگون و هماهنگ نماید، بلکه ارزیابی اثربخشی و کارآئی آن را ممکن سازد.

اصول درمانهای غیردارویی و توانبخشی معتادین

برنامه‌های درمانی غیردارویی باید از ویژگیهای زیر برخوردار باشند:

- ۱- جامع باشند
- ۲- دارای ساختار باشند
- ۳- بلند مدت باشند
- ۴- از مجموعه‌ای از متخصصین بهره بگیرند
- ۵- انعطاف‌پذیر باشند، یعنی ویژگیها و نیازهای هر مراجع را مدنظر داشته و براساس آنها برنامه درمانی تدوین گردد.
- ۶- خانواده‌گرا باشند، به این معنی که فقط روی مراجع تمرکز نداشته بلکه نیازها و مسائل خانواده را در فرایند درمان در نظر داشته باشند.
- ۷- امکانات و منابع لازم برای تشخیص و درمان معتادین با تشخیص‌های دوگانه^(۱) را داشته باشند.

ارزیابی نیازها

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند معتادینی که در یک برنامه درمانی شرکت می‌کنند نیاز به مداخلات درمانی در حیطه‌های زیر دارند:

- ۱- اطلاعات و آموزش در مورد اعتیاد، بازگیری و درمان .
- ۲- یادگیری توانائیهایی که به آنها در حل و فصل احساسات و عواطفشان کمک خواهد کرد.
- ۳- یادگیری و رشد مهارتهای پیشگیری از عود .
- ۴- یادگیری مهارتهای عملی زندگی .
- ۵- مواجهه صریح و مستقیم با انکارها و رفتارها یا افکار تحریف شده خود.
- ۶- نیازهای حمایتی و مددکاری اجتماعی .

برنامه‌های مداخله روانی - اجتماعی

مطالعات و تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که در درمان معتادین، برنامه‌هایی

موفق‌تر و مؤثرتر بوده‌اند که جامع باشند. همانطور که قبلاً اشاره شد سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر پدیده پیچیده‌ای بوده و عوامل مختلفی در بروز و تداوم آنها دخالت دارند و علاوه بر بروز مشکلاتی از قبیل اختلالات روانی و شخصیتی، بیکاری، مشکلات قانونی، پزشکی، و اقتصادی، برای بیمار، خانواده وی نیز با معضلات متعددی مواجه می‌گردد که آشفتگی و بهم ریختگی خانواده، طلاق و جدائی، فشارهای اقتصادی و بروز بیماری روانی و اعتیاد در دیگر اعضای خانواده از این قبیل می‌باشد.

با توجه به این موضوع، مداخله و درمان اعتیاد باید چند وجهی و قادر به ارائه خدمات ضروری برای فرد در زمینه‌های فوق باشد.

بررسی مطالعاتی که در زمینه کارائی^(۱) و مؤثر بودن درمانهای دارویی و غیردارویی در ترک مصرف مواد مخدر انجام گرفته اکثراً نشان داده‌اند که بطور کلی درمانهای دارویی هر چند موفقیت‌های چشمگیری در سم‌زدایی معتادین داشته‌اند اما نتوانسته‌اند به مدت طولانی از عود آنها جلوگیری کنند (کورتی و بال، ۱۹۸۷، بال و راس، ۱۹۹۱، رانزویل، ۱۹۹۵).

بررسی متون موجود در زمینه درمان اعتیاد نشان می‌دهد که ترکیب درمانهای دارویی و درمانهای غیر دارویی نتایج بهتری در درمان اعتیاد به مواد مخدر داشته است (رانزویل و کتلین، ۱۹۹۰، کلبور و کاستن، ۱۹۸۴، رانزویل، ۱۹۹۵، کورتی و بال، ۱۹۸۷، بال و راس، ۱۹۹۱). مضافاً بر اینکه تجربیات برنامه‌های ترک اعتیاد نشان داده‌اند که ارزیابیهای دقیق اولیه در زمینه شدت اعتیاد، انجام تشخیص‌های روانپزشکی جهت تعیین اختلالات همبود و برنامه‌ریزی طرح درمانی فردی براساس اطلاعات بدست آمده و ارائه خدمات جامع و پیگیری در موفقیت برنامه درمانی بسیار مؤثر بوده‌اند.

اهداف درمانهای غیردارویی (مداخلات روانی / اجتماعی)

- ۱- ایجاد و تقویت انگیزه برای ادامه درمان.
- ۲- جلب همکاری خانواده برای تشویق و تقویت مراجع.
- ۳- آموزش مراجع برای پی بردن به علل گرایش به سوء مصرف مواد، منافع و

- مضرات مصرف مواد، روابط خانوادگی، نقاط ضعف و قوت شخصیتی، وجود مشکلات روانی و عاطفی دیگر.
- ۴- ارائه مشاوره روان درمانی حمایتی به مراجع و اطرافیان او.
- ۵- کمک به تقلیل اضطراب و ترس مراجع و تغییر باورهای نادرست او درباره فرایند سم‌زدایی.
- ۶- آموزش مهارت‌های رفتاری و شناختی لازم برای مقابله با عوارض جسمی و روحی ترک و تحمل بهتر آنها.
- ۷- مشاوره و راهنمایی درباره هدف و فرایند درمان نگهدارنده دارویی و آماده کردن مراجع و خانواده او برای این مرحله از درمان.
- ۸- ارائه مداخلات روانی لازم برای رفع کمبودهای رفتاری و ضعف‌های شخصیتی که ممکن است به قطع درمان یا عود منجر شوند.
- ۹- ارائه کمک‌های روانی/اجتماعی لازم از طریق روان درمانی فردی، گروهی و خانوادگی برای پذیرش مراجع توسط خانواده و سازگاری خانوادگی او.
- ۱۰- ارائه کمک‌های روانی - اجتماعی لازم برای قبول و ادامه یک سبک زندگی بدون مصرف مواد.
- ۱۱- آموزش یا بازآموزی مهارت‌های شناختی و حرفه‌ای لازم در پیدا کردن شغل مناسب و قابل قبول توسط مراجع و یا انجام بهتر وظائف شغلی خود.
- ۱۲- تشویق به شرکت در گروه‌های خودیاری.

ارزیابی جامع

هر مراجعی که به مرکز مراجعه می‌نماید و پذیرش می‌شود پس از طی مراحل اولیه از نظر شدت و وضعیت اعتیاد، تاریخچه اعتیاد و مشکلات پزشکی و روانپزشکی توسط روانپزشک و روانشناس مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. استفاده از «شاخص شدت اعتیاد» (ASI) در سنجش وضعیت بیماران مفید می‌باشد.

شاخص شدت اعتیاد (Addiction Severity Index) ASI

این پرسشنامه که با هدف ارائه نیم‌رخ (۱) از شدت مشکلات هر بیمار توسط مک‌لن و همکاران (۱۹۸۷) تدوین شده است با ارزیابی ۷ حیطه یا عوامل مؤثر در

بروز و تداوم اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر اطلاعات نسبتاً جامعی در مورد مراجع و مشکلات او ارائه می‌دهد. این عوامل شامل شرایط طبی، وضعیت شغلی، نوع و شدت مصرف مواد، درگیریهای قانونی، ارتباطات خانوادگی و سابقه سوء مصرف مواد در خانواده و مشکلات روانپزشکی می‌باشد. مشکلات بیمار در هر یک از زمینه‌های فوق بسته به شدت از صفر تا ۹ نمره گذاری شده و بیمار از نظر شاخص شدت اعتیاد در ۵ گروه فائق سد، خفیف، متوسط، نسبتاً شدید و شدید قرار می‌گیرد. این ابزار می‌تواند در جهت تدوین برنامه درمانی برای مراجع و بررسی و ارزیابی نتایج درمان بکار برود.

گروه درمانی (Group Therapy)

بسیاری از برنامه‌های درمان اعتیاد توجه خاصی به گروه درمانی داشته و در برنامه‌های درمانی به یک روش مرسوم تبدیل شده است. اوئی و جکسون (۱۹۸۲)، به نقل از WHO (۱۹۹۳) در یک مطالعه کنترل شده نشان دادند که گروه درمانی شناختی - رفتاری در درمان معتادین به الکل مؤثر بوده است.

بعضی معتقدند گروه درمانی بهترین روش برای درمان معتادین می‌باشد. ویژگیهای گروه درمانی عبارتند از:

- ۱- امکان صحبت در مورد مشکلات.
- ۲- شناخت دامنه اثر مواد بر زندگی فرد.
- ۳- درک و فهم بهتر احساسات و رفتارهای خود و دیگران.
- ۴- بررسی و بحث و تبادل نظر در مورد مشکلات مربوط به فرایند درمان.
- ۵- بررسی تعهدات رفتاری ویژه‌ای که از عود بیماری جلوگیری می‌کند.

اهمیت و فوائد گروه

روشهای گروهی فوائد زیر را دارا می‌باشند:

- ۱- مقرون به صرفه است زیرا تعداد زیادی مراجع یا مددجو در یک زمان خدمات درمانی دریافت می‌کنند.
- ۲- تجربه گروه احساس تنهایی را کاهش می‌دهد و اجازه رشد روانی - اجتماعی به افراد داده و باعث می‌شود که افراد ریسک تغییر را قبول کنند.
- ۳- گروه موقعیتی بوجود می‌آورد که اعضا بتوانند از تجربیات یکدیگر استفاده کنند.

- ۴- درک متقابل اعضاء باعث تسهیل حمایت از یکدیگر می شود.
 - ۵- گروه موقعیت حمایت کننده و تشویق کننده ای را بوجود می آورد که در طی زمان تغییر در رفتار می تواند اتفاق بیفتد.
 - ۶- وجود دیگران یک موقعیت بی نظیر جهت تمرین توانائی تعامل اجتماعی با همتاها در یک محیط امن را فراهم می سازد.
 - ۷- ساختار گروه مراجعین را تشویق می کند که به دیگران در مورد رفتارهایشان پسخوراند بدهد و به آنها رفتارهای جدیدی را توصیه کند.
 - ۸- اعضاء گروه احساس می کنند مورد قبول، اعتماد و علاقه دیگران قرار می گیرند و توسط دیگران حمایت و یاری می شوند.
 - ۹- افراد همچنین به این موضوع که گروه موقعیت و امکان این را فراهم می کند که دیگران را همانگونه که هستند قبول کرده و به آنها اعتماد نموده و کمک کنند، ارزش قائل می شوند.
 - ۱۰- گروه به افراد این فرصت را می دهد که بسیاری از رفتارها و نقطه نظرهایشان را در فرایند پاسخ به خواسته های گروه تغییر دهند.
 - ۱۱- افراد در گروه، توانائیهای مدیریتی را یاد گرفته و در جهت کمک به دیگر اعضاء نقش بزرگی را بازی می کنند و همچنین در اداره گروه و زیر نظر داشتن اهداف گروه و یادگیری «درخواست کمک کردن» تجربیات مهمی کسب می کنند.
 - ۱۲- درک متقابل اعضاء همچنین این مکان را می دهد که انکارها و طفره رفتن هایی که از مکانیسم های دفاعی شاخص درونی معتادین می باشند، شناسائی شده و با آنها برخورد مناسب شود.
 - ۱۳- معتادین با شناختی که نسبت به هم پیدا می کنند و می توانند افکار تحریف شده و دلیل تراشی های یکدیگر را شناسائی و همدیگر را با آنها مواجهه دهند. از آنجائیکه این مواجهه ها توسط همتاها آنها انجام می شود بیشتر مورد قبول واقع و مقاومت کمتری را باعث می شود.
- تعدادی از عوامل درمانی در درمانهای گروهی شناسائی شده اند. یالوم^(۱)

(۱۹۸۵، بروان^(۱) و یالوم، ۱۹۷۷) به یازده عامل مؤثر اشاره می‌کند که عبارتند از:

۱- القاء امید (Instillation of Hope)

القاء و ابقاء امید در تمام روشهای روان درمانی نقش تعیین کننده‌ای دارد. داشتن امید نه تنها باعث ماندن فرد در گروه (ادامه درمان) می‌شود، تا سایر عوامل درمانی بتوانند تأثیر خود را داشته باشند، بلکه اعتقاد به روش درمان، خود می‌تواند در نتیجه درمان مؤثر باشد. دیدن اینک سیحران در گروه بهبود پیدا کرده‌اند فرد را امیدوار می‌کند و این خود عامل محرکی جهت ادامه درمان می‌شود. البته باور درمانگر به روش درمانی و خودباوری وی از اهمیت زیادی برخوردار است.

۲- عمومیت (Universality)

بسیاری از مراجعین با این باور درمان را شروع می‌کنند که تنها آنها مشکل دارند یا مشکل آنها شدیدتر از دیگران بوده یا مشکلی که آنها دارند بی نظیر یا غیر عادی است. اما در جریان درمان متوجه می‌شوند که این باور صحیح نبوده و دیگران نیز مشکلاتی شبیه آنها یا حتی حادثتر از آنها دارند. این کشف خود باعث کاهش اضطراب آنها می‌شود. بطور کلی در جریان درمان گروهی، اعضاء گروه متوجه می‌شوند که همه آنها در جنبه‌های مختلف (احساس، تفکر، رفتار) وجه اشتراک دارند.

۳- نشر اطلاعات (Imparting Information)

منظور اطلاعاتی است که درمانگر به بیماران می‌دهد و به شکل راهنمایی‌ها و نصیحت‌هایی است که از طرف درمانگر یا بیماران ارائه می‌شود.

۴- نوعدوستی (Altruism)

بیماران در گروه می‌توانند کمک زیادی به یکدیگر بکنند. آنها از یکدیگر حمایت نموده، همدیگر را دلداری و به یکدیگر اطمینان می‌دهند، پیشنهاد و توصیه و بصیرت و بینش پیدا می‌کنند که در مشکلات مشابهی با یکدیگر شریک هستند. بسیار اتفاق می‌افتد که اعضاء گروه مشاهدات دیگر اعضاء را در مورد خود بسیار راحت‌تر از مشاهدات درمانگر قبول کرده و می‌پذیرند.

۵- تکرار اصلاحی خانواده اولیه

(The corrective recapitulation of the primary family group)

بطور کلی همه بیمارانی که در گروه درمانی شرکت می‌کنند از روابط رضایت بخشی در خانواده خود برخوردار نیستند. گروه از جهات بسیاری شبیه یک خانواده است و بسیاری از گروه‌ها با درمانگر و کمک درمانگر مرد و زن اداره می‌شود که این ساختار جهت بوجود آوردن ترکیبی مشابه خانواده (پدر و مادر) است. بیماران ممکن است با درمانگر، کمک درمانگر و دیگر اعضای بگونه‌ای رفتار نمایند که زمانی با اعضای خانواده خود رفتار می‌کرده‌اند.

در این فرآیند، تضادها و تعارضات گذشته خانوادگی به گونه‌ای در گروه تکرار می‌شود و این فرصت در گروه بوجود می‌آید تا این مشکلات بطور صحیح اصلاح شوند.

برای بیشتر بیماران، حل تضادها و تعارضات با درمانگر و دیگر اعضای به مثابه تکمیل کار ناتمام (unfinished business) از گذشته‌های دور است.

۶- رشد مهارت‌های اجتماعی (Developing of socialization techniques)

یادگیری یا رشد مهارت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر درمانی است که در هر نوع روان درمانی اتفاق می‌افتد. طبیعت مهارت‌هایی که آموخته می‌شود و صراحت فرآیند آن از یک روش درمانی به روش درمانی دیگر تفاوت دارد.

۷- رفتار تقلیدی (Imitative Behavior)

بیماران معمولاً از رفتار درمانگر تقلید می‌کنند. در طی جلسات درمان، بیماران ممکن است آنطور که درمانگر می‌نشیند، حرف می‌زند، راه می‌رود رفتار کنند. بیماران همچنین ممکن است برخی رفتارهای دیگر اعضای گروه را نیز تقلید کنند.

۸- یادگیری روابط بین فردی (Interpersonal learning)

این یادگیری مشابه عوامل درمانی در روان درمانی انفرادی یعنی بصیرت، انتقال^(۱)، تجربه هیجانی اصلاحی^(۲) است و همچنین دارای فرآیندهای مخصوص درمان گروهی می‌باشد.

تشخیص و توجه درمانی به روابط بین فردی ناسازگارانه از مهمترین وظایف

درمانگر است.

دو اصل مهم که در گروه باید بدان توجه نمود، موضوع انتقال و بصیرت^(۱) است. در مورد انتقال، یالوم معتقد است که یک نوع تحریف ادراکی بین فردی است و تشخیص و حل آن از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

۹- انسجام گروه (Group Cohesiveness)

چسبندگی در گروه درمانی مشابه اتحاد درمانی^(۲) در رواندرمانی فردی است. شواهد بالینی اشاره بر این دارد که موفقیت درمان فردی بستگی به طبیعت رابطه درمانگر و درمانجو دارد.

عضویت در گروه، مورد قبول و تأیید شدن، در رشد فرد بسیار مهم است. مثلاً تعلق داشتن به گروه همسالان و رفتار کردن به گونه‌ای که آنها رفتار می‌کنند از اهمیت زیادی برخوردار است.

طرفی که چسبندگی گروه باعث تغییر رفتار در اعضای گروه می‌شود عبارتند از:

- ۱- مورد قبول واقع شدن توسط گروه .
 - ۲- حمایت گروه .
 - ۳- اعتماد متقابل و قبول کردن یکدیگر.
 - ۴- بیان احساس .
 - ۵- واقعیت‌سنجی، برداشت از محیط، خود و تجربیات فرد .
 - ۶- پی بردن به تضاد بین تجربه‌ها و برداشت فرد از خود .
 - ۷- آگاهی به تجربیاتی که قبلاً آنها را انکار می‌کرد .
 - ۸- تجربه خود به عنوان یک موجود^(۳) ارزشمند .
- رفتارهای زیر در گروه منسجم نسبت به گروه غیرمنسجم بیشتر دیده می‌شود.
- ۱- بیشتر سعی می‌کنند بر اعضای دیگر تأثیر بگذارند.
 - ۲- بیشتر توسط دیگر اعضای تحت تأثیر قرار می‌گیرند.
 - ۳- تمایل بیشتری برای گوش کردن به سخنان دیگران و پذیرش آنها دارند.
 - ۴- احساس امنیت و آرامش بیشتری در گروه می‌نمایند .

۵- بیشتر در جلسات شرکت می‌کنند.

۱۰- تخلیه هیجانی (Abreaction)

ابراز آزاد عواطف، برای فرآیند درمان گروهی حیاتی است. بدون آن گروه درمانی به صورت یک گروه خشک و بی‌ثمر در خواهد آمد.

شدت تخلیه هیجانی نسبی است و بستگی به دیدگاه هر عضو دارد. مثلاً برای کسی که عواطف خود را بسیار کنترل می‌کند، ابراز گنگ و غیرکلامی هیجانات ممکن است نشان دهنده حالات شدید هیجانی باشد.

۱۱- عوامل وجودی (Existential Factors)

اثرات این عوامل در درمان عبارت است از:

- ۱- توجه به این موضوع که زندگی، گاهی ناعادلانه است.
- ۲- توجه به این که نهایتاً از بعضی ناراحتی‌ها و مشکلات زندگی و همچنین از مرگ نمی‌توان فرار کرد.
- ۳- توجه نمودن و رسیدن به این درک که هر چه فرد سعی در نزدیک شدن به دیگران داشته باشد در نهایت بایستی به تنهایی با مسائل زندگی روبرو شود.
- ۴- روبرو شدن با مسائل مربوط به زندگی و مرگ.
- ۵- آموختن اینکه فرد نهایتاً باید مسئولیت روشی که برای زندگی انتخاب کرده است بپذیرد، صرف نظر از اینکه دیگران چه راهنمایی‌ها و حمایت‌هایی از او نموده باشند.

محتوی و اهداف گروه درمانی

- ۱- آموزش مهارت‌های اجتماعی.
- ۲- آموزش تأثیرات و خطرات مواد مخدر.
- ۳- آموزش جرأت ورزی و ابراز وجود.
- ۴- پیشگیری از عود.
- ۵- تقویت عزت نفس.
- ۶- آموزش حل مسأله.
- ۷- آموزش حل تضاد.
- ۸- آموزش روش‌های کنترل استرس.

بعضی گروهها بر روی موضوعات خاصی تمرکز دارند مانند گروه تقویت عزت نفس یا گروه پیشگیری از عود، و در بعضی گروهها موضوعات متعددی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، گروهها را برحسب ویژگیهای اعضای آنها می‌توان تقسیم‌بندی کرد. مثلاً گروهی می‌تواند مختص معتادین نوجوان باشد یا گروهی می‌تواند فقط شامل زنان و گروه دیگر شامل افراد بی‌خانمان باشد. در زیر برخی دیگر از روشهای مدون درمانی که بعضاً می‌توانند بصورت گروهی بکار گرفته شوند به اختصار آورده می‌شود.

زندگی متعادل (LIB) Living in Balance

روش درمانی «زندگی متعادل» که توسط هافمن و همکاران (۱۹۹۳) در بخش مرکز تحقیق و درمان اعتیاد مؤسسه کبا (Koba) تدوین شده است یک مدل درمان اعتیاد مبتنی بر نظریه زیستی روانی اجتماعی اعتیاد می‌باشد. این برنامه که ابتدا جهت درمان سوء مصرف کوکائین تدوین شده بود از تکنیک‌های مختلف شناختی، رفتاری، و بالینی بهره گرفته و بر پیشگیری از عود تأکید می‌نماید. در این مدل درمانی، از روشهای آموزشی و فرایند تعامل گروهی استفاده شده و تکنیک‌های مختلفی از قبیل بازی نقش^(۱)، تن آرمیدگی^(۲)، تمرین تصویرسازی ذهنی^(۳)، تمرین‌های گروهی و اطلاع‌رسانی بکار می‌رود.

این برنامه شامل ۱۴ بخش می‌باشد که می‌توانند در ۸۰ جلسه گروهی یا ۳۶ جلسه فشرده گروهی ارائه شوند. هر بخش دارای اجزاء روانی - آموزشی، تجربه‌ای، فعالیتهای گروهی و پیشگیری از عود می‌باشد. این ۱۴ بخش عبارتند از:

۱- پیشگیری از عود.

۲- آموزش در مورد مواد مخدر.

۳- سلامت جسمی.

۴- سلامت عاطفی.

۵- سلامت اجتماعی.

۶- آموزش بزرگسالان.

- ۷- مهارت‌های زندگی .
- ۸- فرزندپروری .
- ۹- آموزش خودیاری .
- ۱۰- مسائل جنسی .
- ۱۱- بیماریهای مقاربتی .
- ۱۲- معنویت .
- ۱۳- سوگواری .
- ۱۴- رشد مهارت‌های حرفه‌ای .

در طول برنامه درمان، مراجعین یاد می‌گیرند که بطور فعال در درمان شرکت نمایند. آنها یاد می‌گیرند که احساسات و رفتارهای خود را زیر نظر داشته باشند و از تکنیک‌های تن‌آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی در فرایند ارزیابی خود و تعیین اهداف خود استفاده نمایند. آنها می‌آموزند که چگونه خود را ارزیابی نمایند و چگونه توانائیهای سازگاری و پیشگیری از عود را بکار ببرند. بنا به نظر تدوین کنندگان این برنامه، یکی از نقاط قوت این روش درمانی این است که به مراجعین یاد می‌دهد چگونه نقش فعالی در پیشگیری از عود داشته باشند و این موضوع از طریق آموزش اجزاء روانشناختی و فیزیولوژیکی اعتیاد و سم‌زدایی و انواع مداخلات و مهارت‌های زندگی امکان‌پذیر است.

مدل درمانی عصب - رفتاری (Neurobehavioral Treatment Model)

این مدل که توسط مؤسسه ماتریکس^(۱) (۱۹۸۹) در کالیفرنیا تدوین شده است یک برنامه درمانی انعطاف‌پذیر است که از روشهای فردی، خانوادگی و گروهی استفاده می‌کند و نسبت به برنامه «زندگی متعادل» کمتر بر تجربه و فرایند گروهی تأکید می‌نماید. این برنامه مبتنی بر تئوری شناختی - رفتاری است و تأکید بیشتری بر پیشگیری از عود دارد.

روش‌های رفتار درمانی

در روش رفتار درمانی از نظریه‌های یادگیری استفاده می‌شود. در این روش اعتقاد بر این است که انسان نه خوب است و نه بد و رفتار به وسیله عوامل محیطی،

محرك‌ها و نیازهای فرد بوجود می‌آید. انسان هم رفتار سازگار و هم رفتار ناسازگار را یاد می‌گیرد.

علل رفتار ناسازگار عبارتند از:

- ۱- عدم فرصت کافی برای یادگیری .
- ۲- وجود موانع احتمالی در یادگیری .
- ۳- کمبود تجربه کافی .
- ۴- اختلال در ادراک .
- ۵- اشکال در تعمیم .

در رفتار درمانی با استفاده از روشهای زیر می‌توان تغییرات مناسبی را در رفتار بوجود می‌آورد:

- ۱- کنترل محیط .
 - ۲- مصرف دارو .
 - ۳- تغییر در نتایج پاسخ به محرك با استفاده از تکنیک‌های گوناگون .
- از تکنیک‌های رفتار درمانی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- ۱- حساسیت‌زدائی از طریق تکرار سریع محرك یا پاسخ.
 - ۲- خاموش‌سازی از طریق قطع تقویت .
 - ۳- تقویت منفی - معرفی محرك ناخوشایند هنگامیکه پاسخ نامطلوب بروز می‌کند.
 - ۴- شرطی کردن متقابل .

رفتار درمانگران به وفور از تقویت‌کننده‌های متعدد استفاده می‌کنند. در این روش درمانگر بر اعمال و فعالیت‌های گروه کنترل زیاد دارد و بطور کلامی و غیرکلامی به تشویق اعضای گروه می‌پردازد و اعضاء را در جهت نیل به هدف‌های تعیین شده رهبری می‌کند.

درمان‌گروهی معمولاً با هفت یا هشت نفر عضو که با مصاحبه مقدماتی انتخاب می‌شوند، تشکیل می‌گردد. جلسات معمولاً ضبط می‌شود. جلسات هفتگی گروه به مدت یک یا دو ساعت ادامه می‌یابد و مشاور از فنون و تکنیک‌های رفتاری متعدد استفاده می‌کند مانند:

- ۱- سرمشق‌گیری یا الگوگیری^(۱).
- ۲- آموزش توانایی سازگاری.
- ۳- تمرین آرمیدگی.
- ۴- آموزش حل مسأله.
- ۵- تمرین یا مرور^(۲).

بعنوان مثال فن مرور یا تمرین رفتاری به صورت زیر انجام می‌گردد. در آموزش جرأت ورزی، شرکت‌کنندگان در گروه موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که مایل هستند در آن موقعیت جرأت بیشتری برای ابراز وجود داشته باشند. سپس اعضاء گروه نظرات خود در مورد اینکه چگونه با چنین موقعیتهایی برخورد خواهند نمود را ابراز می‌کنند. پس از آن به اعضاء نقش‌هایی داده می‌شود که آن موقعیت را تمرین کنند و این تمرین ضبط تصویری می‌شود. سپس اعضاء نوار را نگاه و بررسی می‌کنند و باز خورد می‌دهند. این موقعیت آنقدر تمرین و مرور می‌شود تا فرد احساس کند که می‌تواند با رضایت خاطر در آن موقعیت ابراز وجود نماید.

مدیریت مشروط^(۳)، یکی از روشهای رفتار درمانی است که در آن از قبل نتایج مثبت و منفی برای تقویت خویشنداری یا تنبیه رفتارهای مرتبط بامواد براساس یک برنامه‌ریزی در نظر گرفته شده است. در این روش عواقب منفی برای سوء مصرف می‌تواند اطلاع به مراجع قانونی با موافقت قبلی بیمار یا اعضاء خانواده باشد.

مواجهه با محرک^(۴)، یا درمان وضعیتی براساس اصول خاموش‌سازی^(۵) در رویکرد یادگیری تدوین شده است و به صورت مواجهه سازی بیمار با محرکهایی است که سبب اشتیاق وی برای مصرف مواد می‌شود و علیرغم آن بیمار از مصرف مجدد مواد پرهیز می‌کند.

این روش می‌تواند با روشهای آرمیدگی عضلانی و آموزش پرهیز از مواد به منظور تسهیل فرایند خاموش‌سازی اشتیاق شرطی شده بیمار، همراه باشد.

1-modeling

2-rehearsal

3-contingency management

4-cue exposure

5-extinction

روش انزجار^(۱) در این روش مصرف ماده با یک تجربه ناخوشایند توأم می‌شود مانند شوک الکتریکی، داروهای تهوع‌آور.

پرورش مهارت‌های فردی در اینجا مداخلات از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی و شناختی صورت می‌گیرد.

گروه‌های آموزش مهارت‌های زندگی

این گروه‌ها روی آموزش موضوعات خاص از قبیل ابراز وجود، آموزش والدین، آموزش ارتباطات در زوج‌ها، و کاهش استرس تمرکز می‌کنند.

البته بعضی گروه‌ها روی موضوعات کلی از قبیل «بدست آوردن کنترل بر زندگی خود»، «بدست آوردن اعتماد به نفس» «کنترل وزن» متمرکز شده و فعالیت می‌کنند. روش‌هایی که در این گروه‌ها بکار می‌روند عبارتند از سخنرانی‌های کوتاه، تمرین‌های تعامل اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی. بیشتر گروه‌های آموزش مهارت‌ها، از تکنیک‌های مداخله شناختی - رفتاری (CBT) استفاده می‌کنند. مدت زمان دوره محدود است و برای هر جلسه یک دستور کار مشخص وجود دارد که جلسه بر طبق آن اداره می‌شود و این به علت محدودیت تعداد جلسه‌ها و اهداف گروه می‌باشد.

رز (۱۹۸۶) اظهار می‌دارد که این گروه‌ها روی رشد مهارت‌های شناختی، احساسی و سازگاری اجتماعی که جهت بهبود روابط فرد با دیگران یا سازگاری مؤثرتر با مشکلات یا موقعیت‌های مشکل‌زا ضروری است، تمرکز می‌کنند. در این گروه‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری به افراد کمک می‌شود تا انواع روش‌های حل مسأله و سازگاری را بیاموزند.

تکنیک‌های مورد استفاده عبارتند از: سرمشق‌گیری و الگوسازی، تمرین رفتاری، آماده‌سازی و پس‌خوراند گروهی. روش‌های شناختی مانند ایمن‌سازی در مقابل استرس و بازسازی شناختی و همچنین آموزش حل مسأله. حمایت متقابل، آموزش، نشان‌دادن، پس‌خوراند اعضا به یکدیگر برای موفقیت گروه ضروری است.

خانواده درمانی

خانواده ناکارآمد و وجود ارتباطات نارسا میان اعضاء خانواده و ناتوانی در برقراری محدودیتها و معیارهای مشخص رفتاری در درون خانواده، با اعتیاد مرتبط می باشد.

خانواده درمانی برای نوجوانان مبتلاء به سوء مصرف مواد و بیمارانی که در حال ترک اعتیاد هستند مؤثر است.

اهداف خانواده درمانی

- ۱- ترغیب خانواده به حمایت از خویشن داری و ترک در بیمار
- ۲- شناخت نگرشهای فعلی بیمار در مورد مواد مخدر
- ۳- افزایش تبعیت درمانی در بیمار
- ۴- افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار
- ۵- کاهش ارتباطات بیمار با همسالان مصرف کننده مواد
- ۶- افزایش سطح خودداری و ترک در بیمار
- ۷- حفظ روابط زناشویی
- ۸- بهبود و تقویت تبعیت از روشهای درمانی

درمانهای شناختی - رفتاری

بر طبق نظریه شناخت درمانی، بسیاری از معتادین ویژگیهایی دارند که آنها را در معرض اعتیاد قرار داده است. این ویژگیها عبارتند از:

- ۱- حساسیت بیش از حد به احساسات ناخوشایند خود و دیگران
- ۲- کمبود انگیزه برای کنترل رفتار
- ۳- تکانشگری (Impulsivity)
- ۴- هیجان طلبی و تحمل کم و بی حوصلگی
- ۵- آستانه پایین تحمل ناکامیها
- ۶- نداشتن روشهای مورد قبول اجتماع جهت کسب لذت
- ۷- احساس ناامیدی در مورد رسیدن به اهداف

اعتیاد معمولاً بدنبال اضطراب شروع شده و سپس با بروز خلق افسرده، فرد را به خود درمانی با الکل و مواد مخدر ترغیب می کند. این رفتار به نوبه خود منجر به

بروز مشکلات اقتصادی، اجتماعی، پزشکی می شود که اضطراب را تشدید کرده و بیمار سعی می کند با مصرف بیشتر آن را کنترل کند و به این ترتیب این حلقه معیوب ادامه می یابد.

معتادین معمولاً اعتیاد خود را به ولع غیر قابل کنترل به مصرف مواد^(۱) نسبت می دهند. اما افکار ناکارآمد^(۲)، ولع را تشدید می کند.

مصرف کنندگان معمولاً مشکلات خود را کم اهمیت جلوه می دهند، انکار می کنند، به آنها بی توجهی کرده و یا اینکه آنها را به مسائلی غیر از مواد و الکل نسبت می دهند.

یک عامل بسیار مهم در وابستگی روانی بیماران این باور است که ترک مواد مخدر باعث بروز عوارض غیر قابل تحمل خواهد شد. باور اساسی دیگر احساس ناتوانی معتاد در کنترل ولع مصرف مواد است.

ولع و تمایل به مصرف بطور خود بخود اتفاق می افتند. اساس درمان این است که روشهای آگاهانه کنترل این تمایلات در بیمار ایجاد شود. شناخت درمانی یک سیستم روان درمانی است که سعی می کند رفتارها و باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد را تغییر داده و روشهای کنترل را آموزش دهد.

تکنیک درمان شامل سست کردن تمایلات از طریق سست کردن باورهایی است که آنها را تقویت می کند.

تأکید این روشها بر موارد زیر است:

۱- تغییر فرایندهای شناختی که به رفتار ناسازگارانه غیر انطباقی سوء مصرف مواد می انجامد

۲- مداخله در زنجیره رفتارهایی که در نهایت منجر به سوء مصرف مواد می شوند

۳- کمک به بیماران برای مقابله با حالت های مزمن و حاد ولع به مواد

۴- ارتقاء و تقویت مهارتها و رفتارهای اجتماعی برای پرهیز از مصرف

در این روش تأکید بر شناسایی و اصلاح الگوهای تفکر ناسازگارانه است. این اصلاحات به بیمار کمک می کند تا عواطف منفی برخاسته از سوء مصرف مواد را کاهش دهد.

یکی از روشهای درمانی مبتنی بر شناخت درمانی پیشگیری از عود می باشد. این رویکرد، با استفاده از روشهای شناختی - رفتاری به بیمار کمک می کند تا توانایی خویشتن داری بیشتری را برای پیشگیری از عود بدست آورد.

۱- بحث در دوسوگرایی عاطفی (Emotional Ambivalence)

۲- شناسایی محرکهای موقعیتی و عاطفی ولع به مصرف مواد

۳- کمک به تقویت مهارتهای مقابله ای برای رویارویی با فشارهای درونی و بیرونی

۴- فهم روشن زنجیره رفتارها و تصمیم هایی که منجر به مصرف مجدد می شود

۵- بررسی دقیق عودهای قبلی و عوامل مؤثر در عود

۶- آموختن روشهای مؤثر در مداخله زودرس و به موقع

شناخت درمانی سوء مصرف مواد، دارای ویژگیهای زیر است:

۱- همکارانه است (ایجاد اعتماد می کند)

۲- فعالانه است

۳- براساس اکتشافات هدایت شده و ارزیابی تجربی باورها، استوار است

۴- دارای ساخت و چهارچوب مشخص بوده و متمرکز است

۵- سوء مصرف مواد را یک مشکل فنی که برای آن راه حل معینی وجود دارد در

نظر می گیرد

اصول کلی شناخت درمانی

۱- آموزش معتادین در مورد شناخت درمانی

۲- تعیین اهداف

۳- تکنیک های شناخت درمانی

الف) بررسی منافع و ضررها

ب) تشخیص و تعدیل باورهای مربوط به سوء مصرف مواد

ج) تکنیک فلش رو به پایین (اگر این طور شود چه می شود)

د) اسناد دوباره مسئولیت

ه) ثبت افکار روزانه

مشخص نمودن اینکه بیمار قبل از استفاده از مواد چه احساسی دارد

۴- برخورد با ولع و تمایل به مصرف مواد .

۵- تمرکز روی باورهای بیمار .

۶- حل و فصل و کنترل مشکلات زندگی بیمار .

۷- مداخله در بحران .

۸- درمان افسردگی بیمار .

۹- عصبانیت و اضطراب بیمار .

۱۰- پیشگیری از عود .

اصول کلی فنون رفتاری

۱- توجه به برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه توسط بیمار .

۲- انجام آزمایشات رفتاری مصرف نکردن مواد و توجه به اینکه آیا دوستان خود را از دست می‌دهد آنطور که فکر می‌کند .

۳- توجه دادن به بیمار به اینکه آیا آنگونه که فکر می‌کند دوستان خود را از دست خواهد داد؟ .

۴- نقش بازی کردن (مانند تمرین نه گفتن) .

۵- تن آرمیدگی (Relaxation) - تمرین شلی عضلانی .

۶- انجام تکالیف درجه بندی شده مانند رفتن به سینما با دوست غیر معتاد و سپس از دیاد این رفتارها .

۷- تمرین روشهای حل المسأله‌ای .

۸- انجام تمرینات بدنی .

۹- کنترل محرکها میل به مصرف مواد مانند خودداری از معاشرت با دوستان معتاد و اجتناب از حضور در محیطهای آلوده .

محتوی برنامه آموزشی - روانی

۱- آموزش در مورد مواد مخدر

بسیاری از معتادین در مورد مواد مخدر و فرایند فیزیولوژیکی و آثار این مواد بر سلسله اعصاب مرکزی و اثرات روانی آنها اطلاعات چندانی نداشته و یا اینکه اطلاعات نادرست دارند. اطلاعات آنها در مورد فرایند بهبودی^(۱) نیز بسیار اندک است. لذا ضروری است مراجعین به مراکز درمان اعتیاد در مورد مواد مخدر و

تأثیرات آنها آموزش داده شده و بالاخص در مورد فرایندهای روانشناختی مربوط به تمایل به مصرف مواد و عود اعتیاد، اطلاعات صحیحی در اختیار آنها گذاشته شود. در جلسات گروهی و یا فردی با مراجعین در مورد شرطی شدن کلاسیک و نقش نوع پاسخ فرد به محرکات درونی یا بیرونی منجر به عود گفتگو می‌شود. همچنین مراجعین در مورد فنون کاهش نشانه‌ها و محرکهای شرطی آموزش دیده و روش‌های کنترل آنها را تمرین نمایند.

۲- پیشگیری از عود (Relapse Prevention)

عود یا بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر پس از ترک یکی از مشکلات عمده درمان اعتیاد می‌باشد. این پدیده در مورد همه مواد مورد سوء مصرف (از سیگار و مشروبات الکلی گرفته تا مواد افیونی و کوکائین) و با همه روشهای درمان مشاهده شده است. بعلاوه، احتمال بازگشت و یا عود در اغلب موارد بسیار بالاست و طبق مطالعات موجود، بیش از سه چهارم معتادانی که دوره درمان را تمام کرده‌اند در طی سال اول ممکن است به مصرف مجدد مواد اقدام کنند. به این دلیل مواجهه با موارد عود و پیشگیری از آن باید بعنوان یکی از هدفهای عمده هر برنامه درمان اعتیاد تلقی شود. بدلیل اهمیت عوامل روانی و اجتماعی در ایجاد پدیده عود، طبیعی است که مسئولیت اصلی مقابله با مسأله عود با کادر روانشناسی و مددکار اجتماعی تیم درمانی می‌باشد.

۳- سلامت عاطفی (Emotional Health)

معتادین به مواد مخدر مشکلات مختلف عاطفی را در طی دوره اعتیاد خود تجربه می‌کنند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که درصد بالایی از معتادین علاوه بر مشکل اعتیاد، از اختلالات خلقی نیز رنج می‌برند. بالاخص در دو دهه اخیر، به موضوع همبودی اختلالات روانی و اعتیاد توجه بسیاری شده است و مطالعات مختلف شیوع اختلالات روانی را در بین معتادین از ۲۵٪ تا ۸۰٪ گزارش نموده‌اند. شیوع هم ابتلائی اختلالات روانی در مورد وابستگی به مواد افیونی ۹۰٪ ذکر شده است.

مشکلات عاطفی که بیشتر معتادین تجربه می‌کنند شامل افسردگی، اضطراب، ترس، عصبانیت، احساس گناه و شرمندگی است. ضروری است که در درمان

معتادین به این مشکلات توجه و به آنها در جهت حل و فصل و یا کنار آمدن با اینگونه مشکلات کمک شود.

۴- سلامت اجتماعی (Social Health)

اعتیاد تأثیرات منفی در روابط بین فردی و اجتماعی معتادین داشته و در این زمینه مشکلات بسیاری برای آنها پیش می‌آورد. ضروری است در درمان معتادین در ارتباط با تأثیر سوء مصرف مواد مخدر در روابط بین فردی و تعاملات اجتماعی و نقش دیگران در گرایش آنها به مواد مخدر و یا تداوم مصرف و بالاخص نقش فشار همگنان در مصرف مواد یا عود اعتیاد و روابط مبتنی بر مواد آگاهی‌های لازم داده شود و به آنها در جهت تغییر رفتار و تقویت روابط بین فردی و روابط اجتماعی سالم کمک شود.

در این راستا، فنون مختلفی از جمله الگوسازی یا سرمشق‌گیری، بازی نقش و تمرین رفتاری می‌توانند مورد استفاده قرار بگیرند. علاوه بر این، از طریق آموزش و تمرین‌های گروهی می‌توان به مراجعین در جهت ایجاد و یا گسترش حمایت‌های اجتماعی که در اثر اعتیاد از دست داده‌اند کمک نمود.

۵- مهارت‌های زندگی (Life Skills)

از آنجا که بسیاری از معتادین به علت سبک زندگی خاص خود با مشکلات زیادی در اداره زندگی خویش مواجه هستند، ضروری است در طول درمان مهارت‌هایی را نیز در این زمینه آموزش ببینند. این آموزشها با توجه به مشکلات و ضعف‌های خاص آنها می‌تواند در زمینه‌های مختلف از قبیل یافتن مسکن، روش یافتن شغل، بودجه‌بندی و نگهداری دخل و خرج باشد. همچنین مراجعین در زمینه مهارت‌های اجتماعی از قبیل ابراز وجود، افزایش احساس خود کنترل و خودبستگی، راهکارهای مقابله سازگارانانه با موقعیتهای استرس‌آور و مقاومت در مقابل فشار گروه هم‌تا باید آموزش ببینند.

۶- معنویت (Spirituality)

بطور کلی معنویت در متن اعتقادات مذهبی مورد توجه قرار می‌گیرد. اما این مفهوم همچنین به معنی داشتن هدف و جهت در زندگی تعریف می‌شود (هافمن و دیگران، ۱۹۹۳). هر چند توجه به معنویت در تعریف عام آن سابقه نسبتاً طولانی

در درمان اعتیاد دارد و بطور کلی درمانهای مبتنی بر سنت دوازده مرحله‌ای (12-step) بر این اساس قرار دارند، اما در سالهای اخیر برنامه‌های درمان اعتیاد با گرایش‌های مختلف توجه خاصی به این موضوع نموده‌اند.

۷- سوگواری (Bereavement)

معتادین در طی دوره اعتیاد خود ممکن است با مسأله از دست دادن اشخاص مهم در زندگی، موقعیت‌ها و موفقیت‌های مهم در زندگیشان مواجه شوند. بسیاری از آنها نمی‌توانند با این موضوع کنار بیایند و این از دست دادن‌ها می‌تواند در دوره بازگیری و بهبود موجب عود و مصرف دوباره مواد مخدر شود. از این جهت ضروری است که در برنامه درمان به موضوع از دست دادن موقعیت‌ها یا اشخاص مهم در زندگی و نحوه پاسخ به آنها، یعنی سوگواری، پرداخته شود. افراد باید با فرایند سوگواری و مراحل آن آشنا شوند و به عواملی که این فرایند را تحت تأثیر قرار می‌دهند توجه نمایند. همچنین روشهای برخورد با از دست دادن موقعیتها و یا اشخاص مهم زندگی با بیماران مرور شود تا بتوانند با بکارگیری آنها به نحو مؤثرتری مراحل سوگواری را بگذرانند. در فرایند درمان بیماران بایستی منابع حمایتی که می‌توانند آنها را در سپری کردن موفقیت‌آمیز دوره‌های سوگواری، کمک نمایند شناسایی و از آنها استفاده نمود. اینگونه منابع حمایتی می‌توانند اعضاء خانواده، دوستان، اقوام، آشنایان و یا برنامه‌های موجود در جامعه، سازمانها و یا نهادها باشند.

۸- ارزیابی خود، تعیین اهداف، برنامه‌ریزی و نظارت خود (Self Assessment)

در هر برنامه درمان اعتیاد باید به معتادین توانائی ارزیابی خود در ارتباط با جنبه‌های مختلف زندگی آموزش داده شود تا آنها بتوانند براساس این ارزیابیها، اهداف شخصی ترک اعتیاد و نحوه بهبود وضع زندگی خود را تعیین و در جهت رسیدن به آنها برنامه‌ریزی نمایند. علاوه بر این ضروری است در ارتباط با نظارت بر پیشرفت خود در این زمینه‌ها نیز آموزش داده شوند.

۹- کنترل استرس (Stress Management)

از آنجاکه اکثر معتادین در جهت کنار آمدن با استرسها و موقعیت‌های استرس‌زا به مواد مخدر رو می‌آورند، آموزش کنترل استرس از اجزاء مهم برنامه درمان

معتادین می باشد. این آموزش می تواند شامل کسب توانائیهای متناسب با موقعیت های استرس زا: برای فرد معتاد باشد (WHO, 1992). بطور کلی آموزش تن آرمیدگی، آموزش تنفس عمیق، تغییر نگرش نسبت به موقعیت استرس زا و جرأت - آموزی از جمله برنامه های مؤثر در کنترل استرس است .

۱۰- بیماریهای مقاربتی (Veneral Disease)

شیوع بالای بیماری AIDS در میان معتادین، بالاخص معتادین تزریقی، ضرورت آموزش معتادین در زمینه مسائل جنسی و بیماریهای مقاربتی را به وضوح نشان می دهد. در این رابطه، معتادین نیاز به آموزش در مورد موارد زیر را دارند.

- ۱- بیماریهای مختلف مقاربتی از جمله AIDS و عوامل خطر برای ابتلاء به هر یک از آنها
- ۲- راهکارهای کاهش خطر (در معتادین تزریقی)
- ۳- شناسائی و کنترل رفتارهای پرخطر از جمله استفاده از سرنگ مشترک و غیره ...
- ۴- آموزش رفتار جنسی سالم

آزمایش ادرار

آزمایش ادرار از اجزاء اصلی و ضروری درمان سرپایی اعتیاد می باشد (واشتون^(۱)، ۱۹۹۷).

آزمایش ادرار باعث بوجود آمدن یک محیط سالم برای معتادین می شود و همچنین باعث بوجود آمدن اعتماد بین مراجع و درمانگر می گردد. علاوه بر این، آزمایش ادرار معیاری برای ارزیابی پیشرفت درمان می باشد. هدف از آزمایش ادرار مچ گیری مراجع نبوده بلکه ایجاد اطمینان نسبت به درمان است .

به گفته واشتون (۱۹۹۷) معمولاً معتادین از آزمایش ادرار اجباری استقبال می کنند زیرا این باعث می شود که بتوانند با تمایل به استفاده از مواد و پنهان کردن آن مقابله کنند. علاوه بر این، وقتی آزمایش ادرار دقیق انجام می شود خانواده و اعضاء تیم درمان با خیال راحت تر با معتاد برخورد حمایت کننده خواهند داشت. برای حصول نتایج اطمینان بخش آزمایش ادرار لازم است شرایط زیر وجود داشته باشد (واشتون، ۱۹۹۷).

- ۱- نمونه گیری تحت نظارت دقیق انجام شود .

۲- نمونه‌گیری حداقل هفته‌ای دوبار و بصورت تصادفی انجام شود. به عبارت دیگر مراجعین از زمانی که ممکن است از آنها خواسته شود آزمایش ادرار بدهند اطلاعی نداشته باشند و از نقطه نظر آنها هر موقع که به مرکز مراجعه می‌کنند احتمال این وجود داشته باشد که روز آزمایش ادرار باشد.

۳- نمونه‌ها با روش‌های enzyme-immunoassay (EIA) یا radioimmunoassay (RIA) تجزیه و تحلیل شود و در صورتی که نتیجه آزمایش با یک روش مثبت باشد حتماً با روش دیگر مجدداً چک شود.

۴- آزمایش ادرار برای مواد اعتیادآور مختلف، از قبیل آمفتامین، حشیش، باریتورات‌ها سایر مواد شایع نیز انجام شود.

۵- در تمام طول دوره درمان آزمایش ادرار بخش اساسی از طرح درمان معتادین باشد و هیچگاه قطع نشود. اگر مراجعی در مراحل پیشرفته درمان می‌باشد و بنظر می‌رسد که عملکرد خوبی دارد و هیچگونه موادی مصرف نمی‌کند ممکن است آزمایش ادرار بجای دوبار در هفته یکبار در هفته انجام شود.

شرکت در گروههای خودیاری (Self Help Groups-NA)

گروههای خودیاری گروه‌هایی هستند که توسط خود معتادین به منظور حمایت از یکدیگر، گفتگو، راهنمایی و ارائه راه حل به یکدیگر تشکیل می‌شود. گروههای خودیاری معتادین به مواد مخدر^(۱) به پیروی از گروههای خودیاری معتادین به الکل (AA) شکل گرفته و در سالهای اخیر بطور وسیع در تمام کشورهای جهان گسترش یافته است. این گروهها فاقد درمانگر هستند و خود معتادین آنها اداره می‌کنند. روش کار این گروهها معمولاً براساس مواجهه و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت می‌باشد. با توجه به اینکه در کشورهای غربی، بالاخص آمریکا، فقط معتادین می‌توانند در این گروهها شرکت کنند، مطالعات و تحقیقات علمی و کنترل شده‌ای در مورد کارائی آنها انجام نگرفته است. اما گزارشهای خود معتادین حاکی از سودمندی این گروهها می‌باشد. متخصصین و مشاورین نیز به سودمندی این گروهها بعنوان یک روش در کنار روشهای دیگر اذعان دارند. به

1-narcotic anonymus (NA)

عنوان مثال، واف^(۱) و همکاران (۱۹۹۶) در یک مطالعه نظرخواهی از متخصصین و درمانگران معتادین در مورد سودمندی گروههای خودیاری به این نتیجه دست یافتند که همه آنها معتقد بودند که بطور کلی گروههای خودیاری برای افراد با مشکل اعتیاد یا سوء مصرف مواد مخدر مفید هستند.

از نظر متخصصین، مهمترین جنبه گروههای خودیاری ارائه حمایت‌های اجتماعی است. کسانی که انگیزه بالایی برای حل مشکلاتشان را نشان می‌دهند از این گروهها سود می‌برند و آن دسته از بیماران که انگیزه کافی نداشته و تمایل به انکار مشکلاتشان را دارند، ممکن است این نوع گروهها را مفید نیابند.

گروههای خودیاری برای معتادین حمایت گروهی فراهم می‌کند و با مرور مکرر عوارض دردناک مصرف مواد و سودمندی‌های ترک آن و ارائه پند و اندرزهای مستقیم توسط اعضاء، سعی در پیشگیری از عود اعتیاد می‌نماید. اما در این گروهها به مسائل و مشکلات روانی توجه چندانی نمی‌شود.

مراکز درمان اعتیاد باید مراجعین مرکز را به تشکیل چنین گروهها و یا شرکت در گروههای موجود تشویق و ترغیب نمایند.

پیگیری درمان

با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عودکننده است و عوامل و شرایط زیستی - روانی - اجتماعی منجر به گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر پس از تکمیل دوره درمانی می‌شود، ضروری است که مراکز درمان اعتیاد پس از تکمیل دوره درمان، برای مدتی که احتمال عود بالاست ارتباط مراجعین با مرکز درمانی را حفظ نمایند. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که میزان عود در بین معتادین به الکل و مواد مخدر بسیار بالاست (دالی و مارلت، ۱۹۹۲). به عنوان مثال میلر و هستر (۱۹۸۰) در بررسی ۵۰۰ گزارش تحقیقی در مورد نتایج و اثر بخشی برنامه‌های ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که $\frac{3}{4}$ افرادی که دوره درمان را کامل نموده بودند در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته‌اند. کاتالونو و دیگران ۱۹۸۸ (به نقل از دالی و مارلت، ۱۹۹۲) میزان عود در بین مصرف‌کنندگان مواد افیونی بین ۲۵ تا ۹۷ درصد بود. بنابر نتایج این تحقیقات،

افرادی که در جوامع درمانی^(۱) (T.C) درمان شده بودند کمترین میزان عود را داشتند. هانت و دیگران (۱۹۷۱) نشان دادند که حدود ۶۵ تا ۷۰ درصد الکلی‌ها، معتادین به مواد مخدر و مصرف‌کنندگان سیگار در فاصله یکسال پس از شروع درمان عود داشته‌اند و به گفته آنها بیشترین عودها در فاصله سه ماه بعد از تکمیل دوره درمان اتفاق افتاده بود.

نتایج این مطالعات ضرورت پیگیری معتادین درمان شده را نشان می‌دهند و بنظر می‌رسد که پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان می‌تواند به موفقیت بیشتر مراجعین در پرهیز از مصرف مواد مخدر منجر شود. از آنجا که در سه ماه پس از درمان احتمال عود بالاست، مراجعین در این دوره باید ارتباط بیشتری با مرکز داشته باشند.

معتادین با تشخیص دوگانه

اصطلاح تشخیص دوگانه در برنامه‌های ترک اعتیاد به بیمارانی اطلاق می‌گردد که علاوه بر سوء مصرف مواد روانگردان به حداقل یکی دیگر از بیماریهای روانی محور یک یا دو مبتلا باشند. در سبب شناسی آن چهار فرضیه ارائه شده است (بیدر و میلمن، ۱۹۹۲، به نقل از لوینسون و همکاران، ۱۹۹۲).

- ۱- اختلال روانی منجر به مصرف مواد مخدر شده است.
- ۲- مصرف مستمر مواد مخدر باعث بوجود آمدن بیماری روانی شده است.
- ۳- وجود مستقل اعتیاد و اختلال روانی در فرد بدون اینکه یکی علت یا معلول دیگری باشد.

۴- سبب شناسی واحد برای هر دو وضعیت، یعنی اینکه یک عامل مشترک باعث بوجود آمدن هر دو باشد.

در مورد هر بیماری یک یا چند مورد از این فرضیات می‌تواند صدق کند. صرف نظر از چگونگی پدید آمدن همبودی اعتیاد و اختلالات دیگر روانپزشکی، برای درمان موفقیت‌آمیز و پیشگیری از عود، هر دو اختلال باید بطور همزمان درمان شود.

در ارتباط با شیوع همبودی اعتیاد و اختلالات دیگر روانپزشکی، گزارشات

مختلفی وجود دارد و در این مورد بین متخصصین و محققین اتفاق نظر وجود ندارد. بطور کلی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی (محور ۱ و محور ۱۱ براساس DSM) در بین مصرف کنندگان مواد مخدر از ۲۵٪ تا بیش از ۸۰٪ گزارش شده است (هلزر و پرایزیک، ۱۹۸۸؛ راس و دیگران، ۱۹۸۸؛ رانزویل و دیگران، ۱۹۸۲؛ نیس و دیگران، ۱۹۹۱؛ استرنبرگر، ۱۹۸۹؛ کانتزبان و تریس، ۱۹۸۵؛ پرایس، ۱۹۹۴).

علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی در بین معتادین، بیشتر برنامه‌های درمان توجه لازم را به اختلال روانی همبود با اعتیاد نمی‌کنند که در نتیجه، اقدامات درمانی اکثراً یا به شکست می‌انجامد و یا اینکه فرد پس از درمان اعتیاد، به علت اختلالات روانپزشکی درمان نشده، مجدداً به مصرف مواد مخدر روی می‌آورد. از این جهت ضروری است تمام برنامه‌های درمان اعتیاد به این امر توجه و امکان درمان اختلالات روانی معتادین را فراهم نمایند که شامل مراحل زیر خواهد می‌باشد:

- ۱- ارزیابی دقیق تاریخچه مصرف مواد مخدر.
- ۲- ارزیابی دقیق روانپزشکی و روانشناختی بیمار با توجه به اینکه مواد مخدر می‌توانند علائمی شبیه به علائم اختلالات روانپزشکی را تقلید نمایند. توصیه می‌شود که ارزیابی جامع و تشخیص‌گذاری اختلالات روانی پس از دو هفته از شروع درمان یا سم‌زدایی انجام شود. ابزارهای مختلف از قبیل تست‌های روانشناختی و روانپزشکی، تست‌های عینی و فرافکن شخصیت، پرسشنامه ساخت یافته مصاحبه بالینی برای DSM-IV (SCID) در جهت تشخیص اختلالات روانی در بین معتادین بکار می‌رود.
- ۳- انجام آزمایشات پزشکی که باید شامل آزمایشات نورولوژیکی نیز باشد.
- ۴- درمان همزمان علائم ترک و علائم اختلال روانپزشکی.
- ۵- در صورت لزوم، ارجاع مراجع جهت بستری شدن.

پیشگیری از عود

مفهوم "بهبود"^(۱) لغزش یا پس رفت موقت^(۲) و عود^(۳)

برای اینکه وظایف و اهداف تیم درمان در پیشگیری از عود روشن گردد، لازم است تعریف نسبتاً دقیقی از مفهوم بهبود در نظر گرفته شود. این اصطلاح در مورد بسیاری از بیماریهای جسمی به معنی بازگشت به حالت طبیعی یا سالم قبل از بیماری بکار می‌رود. در رابطه با اختلالات رفتاری و ناراحتیهای عاطفی رایج در حیطه روانپزشکی، مفهوم بهبود تا حدی جنبه نسبی پیدا می‌کند چون حالت طبیعی و سالم قبل از تشخیص بیماری بسته به نوع معالجه و نوع بیماری و خصوصیات شخصیتی بیمار و موقعیتهای اجتماعی او و چگونگی مقابله و سازگاری توسط او ممکن است بسیار تغییر کند. در مورد مصرف مواد نیز، بسته به نوع ماده، نگرش جامعه نسبت به آن، و نیز عواقب منفی ناشی از مصرف، هدف از "بهبود" ممکن است ترک کامل و همیشگی ماده مورد مصرف، کم کردن میزان یا دفعات مصرف یا محدود ساختن مصرف ماده به موقعیتهای خاصی باشد که با خطرات شخصی و اجتماعی کمتری همراه است. در بیشتر کشورهای غربی که مصرف مشروبات الکلی ممنوع نیست، در برنامه‌های مبارزه با الکلسم در سالهای اخیر معمولاً به جای اصرار بر ترک کامل، بر مصرف کنترل شده و متعادل آن تأکید می‌کنند.

در صورت قبول برداشت نسبی از مفهوم بهبود، پدیده عود نیز ممکن است حداقل بخشی از معنی بسیار منفی و دلسردکننده خود را از دست بدهد. در واقع مطالعات متعدد نشان داده‌اند که علیرغم بالا بودن نرخ عود در اکثر روشهای درمان معتادان، افراد درمان شده در مدت بازگشت مجدد به مصرف مواد، غالباً از لحاظ مقدار، دفعات و نحوه مصرف مواد، درجات مختلفی از بهبود را از خود نشان می‌دهند که ممکن است از دیدگاه سازگاری اجتماعی، خانوادگی و نیز پیشگیری از مضرات ثانوی^(۴) یا کاهش آسیب، بسیار قابل توجه باشد.

1-Recovery

2-Lapse

3-Relapse

4-Harm reduction

عوامل مؤثر در عود

این عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیاد آمیز قبلی پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق، بهمان اندازه گرایش به سمت سوء مصرف مواد در وهله اول، پیچیده است و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آنها در طراحی برنامه درمان هم برای موفقیت اقدامات درمانی و هم برای پیشگیری از عود، حائز نهایت اهمیت می باشد. براساس نتایج مشاهدات بالینی و تحقیقات بعمل آمده در کشورهای غربی عوامل مؤثر در عود را می توان به چهار گروه عمده شخصی، بین شخصی، اجتماعی، و موقعیتی تقسیم نمود:

عوامل شخصی (Personal Factors)

این عوامل شامل ویژگیهای شخصی، نگرشها و مهارتهای اجتماعی و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی می باشد. طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخصی و نقشی که سوء مصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می کنند بنوبه خود می توانند روی احتمال عود تأثیر بگذارند.

عوامل بین شخصی (Interpersonal Factors)

به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده و دوستان نزدیک و خرده فرهنگ حاکم بر آن اشاره می کند. افراد عمده درگیر در این روابط (والدین، همسر، فرزندان، اعضاء دیگر خانواده و دوستان نزدیک)، نگرشهای آنان درباره سوء مصرف مواد و واکنشهای مثبت و منفی آنان در مقابل سوء مصرف مواد یا ترک آن می تواند در تسریع یا پیشگیری از عود بسیار مؤثر باشد. برای نمونه، فرد معتادی که پس از ترک سوء مصرف مواد مجبور است، با خانواده ای زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضاء آن به مشکل اعتیاد دچار هستند، بیشتر در معرض خطر عود قرار دارد. همینطور معتادی که علیرغم کوشش در ترک مواد با عکس العمل منفی و طرد کننده اعضاء خانواده خود مواجه شود و همچنان خود را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خودباوری خود را از دست بدهد و بعنوان نوعی راه حل مشکلات ناشی از این احساس، مجدداً به دوستان معتاد پناه برد.

عوامل اجتماعی (Social Factors)

به موضوعاتی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذران اوقات فراغت، داشتن مهارت‌های لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش کارفرمایان و نسبت به سوء مصرف مواد و معتادان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان معتاد و بالاخره دیدگاه کلی جامعه در باره مصرف مواد اشاره می‌کنند. نوجوانی که بخاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذران اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط، بطرف سوء مصرف مواد کشانده شده، اگر پس از طی مرحله سم‌زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جایی و امکانی برای گذران اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد، همچنان در خطر عود عادات و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. بهمین ترتیب، معتادانی که پس از ترک اعتیاد امکان تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در بازار کار را نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبرو خواهند شد که برای فرار از آنها ممکن است بطرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت بکار سابق محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها محروم می‌سازد می‌تواند آنها را بسوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق دهد و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود.

عوامل موقعیتی (situational Factors)

به محلها و موقعیتهای مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت می‌کنند. بعلت آمادگی خاص افراد معتاد به یادگیری علائم و قرینه‌های درونی و بیرونی حاکی از وجود امکان مصرف مواد (هم از طریق یادگیری شرطی کلاسیک و هم براساس یادگیری شرطی عامل)، افرادی که دوره مسمومیت‌زدایی و ترک را طی کرده‌اند، در معرض خطر بسیار بالای احساس علاقه و کشش بسیار شدید بسوی محلهایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند قرار دارند. این ولع بسیار شدید درونی^(۱) بعنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد شناخته شده‌اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث

می‌شود که فرد معتاد خطر ابتلاء خود را نادیده بگیرد. به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و قرینه‌های محیطی یا موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف بعنوان یکی از هدفهای عمده برنامه‌های پیشگیری از عود تلقی می‌شوند.

پیشگیری از عود (Relapse Prevention)

با توجه به عوامل مذکور راهکارهای متعددی برای پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفته است. این استراتژیها با استفاده از مدل‌های روانشناختی متفاوتی تهیه شده‌اند که از میان آنها الگوی مداخله درمانی شناختی - رفتاری با استقبال بیشتر صاحب‌نظران روبرو شده و کارآیی بیشتر آن نیز در مطالعات علمی متعددی مورد ارزشیابی قرار گرفته است. باین دلیل، بنظر می‌رسد در مراکز درمانی ایران نیز باید از همین الگو و مداخلات درمانی مبتنی بر آن بعنوان اساس شیوه‌مقابله با عود تأکید شود. اساس برداشت شناختی - رفتاری از پدیده اعتیاد و عود آن تأکید روی نقصها و تحریفهای شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارتهای رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) می‌باشد. این الگوی جامع از پدیده سوء مصرف مواد و درمان آن که بدو توسط مکتب شناخت درمانی فیلادلفیا (آرون بک و همکاران) برای درمان اختلالات عاطفی (به‌خصوص افسردگی) براساس نحوه نگرش بیمار نسبت به خود و دنیا و آینده پیشنهاد شده بود در دهه اخیر بصورت الگوی غالب در درمان سوء مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۵) و پیشگیری از عود (واینگارانت و همکاران، ۱۹۹۰؛ دلی و مارلت، ۱۹۹۲) درآمده است. این مدل مجموعه‌ای از روشهای مداخله رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معتاد (و اطرافیان او) را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارتهای اجتماعی او را بنحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیتهای خطر آفرین یا بحرانی، بدامن سوء مصرف مواد پناه ببرد.

مداخلات شناختی رفتاری

۱- کمک به حفظ و ادامه حالت ترک یا خودداری از سوء مصرف مواد و تغییر کلی سبک و شیوه زندگی بنحوی که فرد معتاد بتواند در جهت «غیر معتاد بودن» تغییر هویت دهد. بدیهی است در مورد اکثر افرادی که در حال کوشش برای ترک سوء مصرف و پرهیز از مصرف مجدد آن هستند، هدفهای خاص حفظ و نگهداری حالت ترک از اولویت خاص برخوردار است. برای دستیابی به این اهداف خاص برنامه پیشگیری از عود باید بکوشد:

- مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای شناسایی و پیش بینی موقعیتهای خطرناک (از لحاظ مصرف مجدد مواد) و اجتناب و مقابله با آنها را به فرد معتاد یاد دهد.
- هرگاه فرد معتاد دچار لغزش شد (و مثلاً برای آزمایش قدرت اراده خود یا علل دیگر به مصرف مواد پرداخت) با او کمک کند تا از بروز عود کامل پرهیز نماید.
- احساس اعتماد به نفس و خودکفایی فرد معتاد در باره امکان ادامه حیات بدون مواد را افزایش دهد.

- چون تجربه نشان می‌دهد که بدون تغییر اساسی شیوه زندگی احتمال موفقیت معتادان سابق در ادامه مهارت‌های اختصاصی مذکور در فوق چندان بالا نیست، برنامه پیشگیری از عود باید به هدف دوم، یعنی:

۲- تغییر کلی شیوه زندگی، نیز بهمان اندازه هدف اول توجه نماید. برای رسیدن به این منظور لازم است:

- منابع فشار و ناراحتی فرد معتاد شناسائی و روشن شود.
- قالب‌های رفتاری و عادات ناسالم او شناسایی و تغییر داده شوند.
- به فرد معتاد کمک شود تا فعالیتهای مثبت و شادی آوری را که در شرایط زندگی او امکان پذیر هستند، کشف و بجای سوء مصرف مواد یا رفتارهای منفی دیگر به آنها بپردازد.

- مهارت‌های لازم برای استفاده صحیح و مؤثر از وقت و استعداد‌های خود را فراگیرد تا بدینوسیله بتواند خلاً ناشی از ترک سوء مصرف مواد را پر نماید.
- به شیوه زندگی کلاً متعادلتری دست یابد.

روشهای عمده پیشگیری از عود

- ۱- کمک به درمانجو (معتاد) در شناسایی عوامل خطرزا (از لحاظ عود)
- ۲- کمک به درمانجو برای فراگیری و اعمال راهکارهای مؤثر برای مقابله با موقعیتهای خطرزا (HR)
- ۳- کمک به درمانجو (معتاد) برای فهم عود بعنوان نوعی فرآیند و نه یک حادثه منفرد
- ۴- کمک به درمانجو (معتاد) برای مقابله با علائم بیرونی مربوط به مواد (موقعیتهای مصرف، دوستان معتاد، غیره)
- ۵- کمک به درمانجو (معتاد) برای شناسایی سریع قرینه‌ها یا علائم درونی احساس کشش یا انتظار لذت از مصرف مواد (...)
- ۶- کمک به درمانجو (معتاد) برای شناسایی و مقابله با فشارهای اجتماعی در جهت مصرف مواد
- ۷- کمک به درمانجو (معتاد) برای ایجاد یک شبکه حمایت اجتماعی در جهت پیشگیری از عود
- ۸- کمک به درمانجو (معتاد) برای فراگیری روشهای مقابله یا سازگاری با حالات عاطفی منفی ناشی از مشکلات زندگی یا قطع مصرف مواد
- ۹- کمک به درمانجو (معتاد) برای فراگیری و بکار بستن روشهای مقابله با تحریفهای شناختی یا افکار منفی ناکارآمد
- ۱۰- کمک به درمانجو (معتاد) برای فراگیری و تعقیب برنامه‌ای صحیح و عملی جهت بیرون کشیدن خود از حالت بازگشت موقتی (یا لغزش)
- ۱۱- کمک به درمانجو (معتاد) برای تغییر شیوه زندگی کلی خود و اتخاذ یک شیوه زندگی سالم و متعادل

بدیهی است اهداف و راهکارهای مذکور مستلزم آن است که روانشناس یا متخصص درمان معتادان و پیشگیری از عود با اصول و روشهای رایج درمان رفتاری- شناختی آشنایی کافی داشته و بتواند این روشها را با ویژگیها و نیازهای افراد مورد درمان تطبیق دهد. چون همکاری خانواده و افراد مهم دیگر موجود در زندگی فرد معتاد برای موفقیت درمان و جلوگیری از عود حائز نهایت اهمیت است.

مددکار اجتماعی عضو تیم درمان باید از نزدیک در جریان کار بوده و کوششهای لازم را در جهت جلب حمایت خانواده معتاد و دیگر اعضاء مهم جامعه (کارفرما، دوستان، غیره) بعمل آورد.

کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد (Harm Reduction)

در سالهای اخیر برنامه‌های متمرکز بر کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد^(۱) در دنیا رو به گسترش است و پیش بینی می‌شود در آینده نه چندان دور جهت‌گیری اصلی سیاست‌گذاران کلان در خصوص سوء مصرف مواد را به خود اختصاص دهد.

در جهان میلیاردها دلار برای جلوگیری از تولید، ورود و توزیع مواد هزینه می‌شود که در بهترین شرایط نیز تأثیر محدودی داشته است. عدم موفقیت اقدامات کاهش عرضه در محدود نمودن دسترسی به مواد، لزوم طراحی و اجرای برنامه‌های متنوع کاهش تقاضا را نشان داده است. جامعه بشری پذیرفته است که مشکل مواد و اعتیاد قابل ریشه کنی نیست و تا انسان هست مصرف مواد ادامه خواهد یافت.

در طول سالهای اخیر مصرف مواد منجر به گسترش بیماریهایی نظیر ایدز و هپاتیت شده که به نظر می‌رسد پاندمی این بیماری‌ها بیش از سوء مصرف مواد، جان انسانها را به مخاطره انداخته و موجب حمایت جدی سیاستگذاران از برنامه‌های کاهش آسیب را فراهم نموده است (برتل^(۲)، ۱۹۹۸، سینگل^(۳)، ۱۹۹۶).

در بسیاری از کشورهای دنیا تزریق مواد یکی از مهمترین راههای انتقال HIV می‌باشد. سوء مصرف مواد ارتباط نزدیکی با HIV دارد. انتقال HIV در معتادان عمدتاً از طریق استفاده از وسایل آلوده تزریق اتفاق می‌افتد. از میان تمام راههای انتقال ویروس، تزریق مستقیم مواد آلوده به ویروس به جریان خون مؤثرترین راه انتقال HIV به شمار می‌رود. احتمال آلودگی به این شیوه بسیار بیشتر از راه انتقال جنسی می‌باشد. به همین دلیل در بسیاری از اپیدمی‌های ایدز در مناطق مختلف دنیا،

تزریق مواد نقش اساسی را ایفا می‌نماید. در حالی که در جهان میزان انتقال HIV ناشی از وسایل آلوده تزریق مواد ۵ تا ۱۰ درصد کل موارد انتقال HIV را تشکیل می‌دهد (گزارش سازمان جهانی بهداشت^(۱)، ۱۹۹۹)، این رقم در ایران به بیش از ۶۰ درصد موارد می‌رسد. میزان HIV/AIDS شناسایی شده در گروه‌های کم خطر حدود یک در ۱۶۰۰۰۰ نفر می‌باشد و این رقم در معتادان تزریقی به یک در ۷۲ نفر رسیده است.

در حال حاضر رقم معتادان تزریقی در جهان بین ۵/۵ تا ۱۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در گزارش سازمان ملل از ایدز^(۲) در مورد شیوع اعتیاد در کشور ما رقم دقیقی در دست نیست. اما تعداد بیماران معتاد بین ۷۰۰۰۰۰ تا ۱/۲ میلیون نفر تخمین زده شده است (رزاقی^(۳) و همکاران، ۱۹۹۹). بر اساس مطالعه "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران" در سال ۱۳۷۸ که روی گروه‌های متعددی از معتادان سراسر کشور انجام گردید، ۱۶/۲ درصد معتادین در طول یک ماه قبل از مطالعه، از تزریق استفاده کرده بودند. سایر نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از ۲۰ درصد از معتادان نام بیماری ایدز را تا آن روز نشنیده بودند و بیش از ۳۰ درصد آنان که شنیده بودند اطلاعی از امکان انتقال ایدز از طریق وسایل آلوده تزریق نداشتند. همچنین ۵۰ درصد از معتادان تزریقی سابقه استفاده از سرنگ مشترک را ذکر کردند. این نتایج نشان دهنده میزان بالای خطر گسترش ایدز ناشی از بی اطلاعی و رفتارهای غیر بهداشتی مرتبط با مصرف مواد می‌باشد.

به طور کلی نظام بهداشت، در برخورد با هر بیماری مزمن صعب‌العلاج، علاوه بر تلاش در بهبود، کنترل و کاهش علائم بیماری، کاهش عوارض ناشی از بیماری و افزایش توانایی‌های جسمی، روانی، اجتماعی بیمار را نیز در نظر می‌گیرد.

تعریف

از کاهش آسیب تعاریف متعددی ارائه شده است. لیکن برای محدود کردن تعریف آن به گونه‌ای که مرزهای روشنی داشته باشد، کاهش آسیب را به برنامه‌هایی محدود می‌کنند که بیماران که در مصرف مواد تعمد دارند را مورد

1-WHO(report)

2-UNAIDS(report)

3-Razzaghi

هدف قرار دهد. ابعاد اصلی این مفهوم را می‌توان در سه مورد زیر خلاصه نمود:

۱- در این تعریف این واقعیت که فرد مصرف‌کننده تعمداً تصمیم دارد به مصرف مواد ادامه دهد مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در اقدامات کاهش آسیب فرض بر این است که در حال حاضر فرد مصرف‌کننده به مصرف خود ادامه می‌دهد و ما ناچاریم این واقعیت را بپذیریم هر چند که این به معنای تأیید ادامه مصرف مواد از سوی کارکنان بهداشت روانی نمی‌باشد.

۲- با فرد مصرف‌کننده مانند یک انسان طبیعی، با احترام برخورد می‌شود. انتظار می‌رود که فرد مصرف‌کننده مانند هر شهروند دیگری، از حقوق قانونی خود برخوردار باشد. بنابراین مصرف‌کننده مواد نیز مسئول رفتارهای خویش است.

۳- هر چند کاهش آسیب قدم اول در کاهش و ترک کامل مصرف مواد می‌باشد لیکن آنرا هدف اصلی خود قرار نداده است. با برخورد محترمانه با معتاد، برنامه‌های کاهش آسیب می‌توانند در ترغیب بیمار برای شرکت در برنامه‌های درمانی مؤثر باشند. نکته مهم در کاهش آسیب اولویت‌گذاری اهداف می‌باشد. بر این اساس، در خصوص کسانی که با نگاهی واقع‌گرایانه، انتظار نمی‌رود در آینده نزدیک مصرف موادشان را ترک نمایند، اهداف فوری اولویت بیشتری می‌یابند. ولی این نگاه، تناقضی با هدف نهایی ترک ندارد.

بنابراین تعریف مناسب کاهش آسیب عبارت است از: سیاست یا برنامه‌ای که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح ریزی شده باشد هر چند که فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد خود ادامه می‌دهد (سینگل، ۱۹۹۶؛ هیتز^(۱) و همکاران، ۱۹۹۳ و وداک^(۲)؛ همکاران، ۱۹۹۵ و سینگل، ۱۹۹۵).

اقدامات مربوط به کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف دارو
۱- آموزش:

مهمترین و مؤثرترین راه کاهش آسیب، آموزش می‌باشد. به طوری که گفته می‌شود نمی‌بایست از هیچ‌کدام از شیوه‌های دیگر کاهش آسیب بدون آموزش استفاده کرد. آموزش مهم‌ترین شیوه‌ای است که امکان تغییرات رفتاری آگاهانه را از

رفتار مخاطره‌آمیز به سمت رفتارهای کم‌خطرتر فراهم می‌آورد. آموزش همچنین با فراهم کردن ارتباط معتادان با خدمات و تسهیلات بهداشتی و آموزشی، امکان آشنایی و دسترسی به خدمات درمانی و ترک کامل را فراهم می‌سازد. در کشور ما با توجه به سابقه جرم بودن اعتیاد و باور مسئولین به لزوم تشدید مجازات مصرف مواد و نیز مصالح سیاسی که منجر به کاهش امکان بهره‌گیری از اقدامات کاهش آسیب می‌شود، استفاده از آموزش به عنوان اساسی‌ترین شیوه کاهش آسیب اهمیت بیشتری می‌یابد. در حال حاضر امکانات بسیاری برای دسترسی به معتادان جهت ارائه آموزش وجود دارد. به طور متوسط سالانه بیش از ۴۰۰۰۰ فرد معتاد به همراه افراد خانواده به مراکز درمان سرپایی معتادان و مراکز بازپروری وابسته به سازمان بهزیستی کشور مراجعه می‌نمایند (معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی، ۱۳۷۸). بخش بزرگی از معتادان به مطب‌های خصوصی پزشکان و در طول سالهای آینده به درمانگاهها و بیمارستانها برای درمان مراجعه خواهند نمود. آمار حاصل از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که بین دو سوم تا سه چهارم معتادان سابقه حداقل یکبار ترک مصرف مواد را دارند. بنابراین انتظار می‌رود بسیاری از معتادانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند دچار عود شده و به رفتار اعتیادی خود بازگشت نمایند.

ارائه آموزش‌های کاهش آسیب همراه با اقدامات درمانی باعث خواهد شد تا احتمال رفتارهای پرخطر بعد از عود کاهش یابد. همچنین از آنجا که بیشترین رفتارهای مخاطره‌آمیز و بیشترین موارد HIV/AIDS در معتادان زندانی مشاهده می‌شود، آموزش این دسته از معتادان در محل زندان اجتناب‌ناپذیر، ضروری و در عین حال سهل‌الوصول می‌باشد. علاوه بر این در حال حاضر با شکل‌گیری گروههای معتادان بهبود یافته که بیش از یکسال از بهبودی آنان می‌گذرد امکان دسترسی به معتادان آزاد جامعه که به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند، از طریق این گروهها وجود دارد. این گروهها برای اشاعه پیام بهبودی خود و کمک به معتادان دیگر برای دستیابی به زندگی بهتر انگیزه بالایی دارند.

چه چیزی را آموزش دهیم؟

الف) آموزش مضرات مصرف تزریقی مواد

ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران (رزاقی و همکاران، ۱۹۹۰) نشان داده است که حدود ۱۶ درصد از معتادان، مصرف‌کننده تزریقی مواد می‌باشند. قسمت عمده‌ای از این معتادان از شیوه‌های ترکیبی برای مصرف مواد استفاده می‌نمایند. افرادی که از شیوه‌های متفاوت برای مصرف مواد استفاده می‌کنند با سهولت بیشتری می‌توانند مصرف تزریقی را کنار گذاشته و از روش‌های کم‌خطرتر برای مصرف مواد استفاده نمایند. بر اساس نتایج حاصل از همین مطالعه اکثریت معتادان اطلاعات مناسبی در خصوص عوارض مصرف تزریقی مواد بخصوص ایدز، میزان خطر و راههای پیشگیری از آن نداشتند. این ناآگاهی موجبات آسیب‌پذیری بیشتر معتادان را فراهم می‌نماید.

ب) آموزش کنترل مصرف

این شیوه بخصوص در مورد موادی که مصرف آنها در جامعه شیوع بالاتری دارند و معمولاً بصورت یک هنجار اجتماعی مصرف می‌شوند، اهمیت بیشتری می‌یابد. در جوامع غربی از این شیوه برای کنترل مصرف الکل در جمعیت سالم و نیز افراد الکلیک استفاده می‌شود. در این روش راههای مصرف الکل و مصرف مشروبات با درجه الکل کمتر، برای کاهش وقوع مسمومیت (مستی)^(۱) توصیه می‌شود. در کشور ما، در برخی از مناطق مصرف تریاک شیوع بالایی دارد؛ تا جایی که بصورت هنجار اجتماعی درآمده است. استفاده از شیوه‌های کنترل مصرف مواد در چنین مناطقی و همچنین در معتادانی که تعداد زیادی از اعضای خانواده و اطرافیان آنها مصرف‌کننده مواد می‌باشند و ترک اعتیاد با احتمال عود بسیار بالایی همراه می‌باشد، می‌تواند از شدت آسیب ناشی از اعتیاد بکاهد.

ج) آموزش شیوه‌های ضد عفونی وسایل تزریق

بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران، بیش از ۵۰ درصد از معتادان تزریقی، از سوزن و سرنگ بیش از یکبار استفاده می‌کنند. همچنین حدود نیمی از معتادان تزریقی، سابقه استفاده از سرنگ مشترک را گزارش می‌دهند. شیوه‌های غالب برای تمیز کردن وسایل تزریق استفاده از آب سرد، آب داغ، آب دهان، لباس و انگشتان می‌باشد. به ندرت مواد ضد عفونی‌کننده‌ای مانند آب ژاول

مورد استفاده قرار می‌گیرد. این یافته‌ها نشانگر دسترسی محدود معتادان به سرنگ و سوزن یکبار مصرف و یا کم توجهی و ناآگاهی آنان به ضرورت آن می‌باشد. آموزش خطرات ناشی از عدم توجه به این مسأله و آموزش شیوه‌های ضد عفونی وسایل تزریق، می‌تواند موجب کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز شده و ابتلا به بیماریهای عفونی قابل سرایت از راه خون را کاهش دهد.

د) آموزش شیوه‌های ضد عفونی پوست

بر اساس ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران، نسبت قابل توجهی از معتادان سابقه ابتلا به آبسه‌های پوستی و آندوکاردیت را ذکر نموده‌اند. استفاده از شیوه‌های مطمئن ضد عفونی محل تزریق در پیشگیری از آندوکاردیت و آبسه پوستی اهمیت بسزایی دارد.

پیش بینی می‌شود چنین آموزشهایی با صرف کمترین وقت و هزینه می‌تواند در کاهش هزینه‌های لازم برای درمان بیماریهای ناشی از تزریق مواد که فشار سنگینی را بر اقتصاد خانواده و بودجه عمومی دولت وارد می‌سازد، سهم بسزایی داشته باشد.

ه) آموزش رفتار سالم در ارتباط جنسی

ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران نشانگر میزان بالای رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی شامل ارتباط جنسی با جنس مخالف بوده است. استفاده از کاندوم نیز در این ارتباطات مرسوم نمی‌باشد (همان منبع). افزایش آگاهی معتادان از خطرات بیماریهای منتقله از طریق جنسی جهت اجتناب از روابط ناسالم و غیر بهداشتی منجر به کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز خواهد شد.

۲- چه اقدامات دیگری می‌توان انجام داد

الف) جایگزینی با مواد کم خطرتر

جایگزینی مصرف تزریقی هروئین با مصارف کنترل شده متادون و یا قرص تریاک خوراکی موجب کاهش عوارض مصرف می‌شود. از این طریق اولاً عوارض ناشی از مصرف تزریقی کاهش یافته، ثانیاً از شدت عوارض دیگر ناشی از مصرف یک ماده افیونی قوی با نیمه عمر کوتاه (عوارض رفتاری، جسمی و اجتماعی) کاسته می‌شود. اجرای مقدماتی این راهنما و استفاده از متادون در درمان نگهدارنده

برخی از بیماران و استخراج نتایج آن، می‌تواند تجربیات گرانقدری را برای نهادهای اجرایی کشور در نظارت دقیق برگسترش خدمات درمانی سم زدایی و نگهدارنده فراهم سازد.

ب) اجرای برنامه‌های کنترل شده تعویض سرنگ یا سرسوزن و یا در اختیار گذاشتن کیت‌های ضد عفونی .

در کنار اقدامات آموزشی و خدمات مشاوره‌ای به طور آزمایشی در مراکز بهداشتی، درمانی در بیمارانی که به نظر می‌رسد تمایلی به قطع مصرف تزریقی مواد ندارند، عوارض ناشی از مصرف تزریقی مواد را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، دسترسی آسان به سرنگ و سرسوزن از طریق داروخانه‌ها و کاهش قیمت آنان می‌تواند موجب کاهش موارد تزریق غیر بهداشتی در معتادان گردد.

ج) دسترسی آسان و رایگان به کاندوم، انجام واکسیناسیون هپاتیت بیماران معتاد در مراکز بهداشتی

ارائه خدمات درمانی به معتادان، که در این راهنما پیش بینی گردیده، در کنار سایر روشهای پیش‌گفت می‌تواند در کاهش بیماریهای عفونی مؤثر باشد.

به طور کلی بر اساس دانش حاصل از سالها تجربه اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در جوامع مختلف مشخص شده که، این اقدامات می‌بایست چند منظوره باشد و به استفاده از یکی از این شیوه‌ها محدود نگردد (برتل، ۱۹۹۸). عموماً توصیه می‌شود که آموزش و مشاوره به عنوان یکی از اجزای اصلی در هر برنامه کاهش آسیب مورد توجه ویژه قرار گرفته و در هر بستری که امکان ارائه خدمات درمانی و توانبخشی فراهم می‌گردد، تمهیداتی جهت افزایش انگیزه بیمار معتاد به ترک کامل مصرف مواد بکار گرفته شود، چرا که، اکثر معتادان بارها به قطع مصرف مواد تمایل نشان می‌دهند که در چنین مقاطعی مداخلات درمانی با هدف ترک کامل، نسبت به اقدامات کاهش آسیب اولویت بیشتری خواهند یافت.

تأثیر اقدامات مربوط به کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف مواد مخدر

اقدامات مربوط به کاهش آسیب در سه حوزه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد:

۱- موفقیت در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد

۲- افزایش آسیب‌های ناشی از اعتیاد، زمانی که سیاست‌های معکوس اتخاذ شود

۳- بی خطر بودن اقدامات مربوط به کاهش آسیب

۱- موفقیت در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد:

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برنامه کاهش آسیب تأثیر مثبتی در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و کاهش گسترش HIV و عفونتهای دیگر داشته و به معتادین کمک نموده است تا بتوانند به عنوان عضوی از جامعه زندگی طبیعی و مولدی داشته باشند (سینگل، ۱۹۹۵).

به عنوان مثال در آمریکا، سوئد و سویس میزان مصرف تزریقی مواد در کسانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفته‌اند به طور قابل توجهی کاهش یافته است. همچنین در این افراد نسبت به گروه کنترل که مصرف کننده تزریقی مواد بودند، میزان مثبت شدن سرم از نظر HIV به شرط درمان دراز مدت به میزان قابل توجهی کمتر بوده است (ترومن^(۱) و همکاران، ۱۹۸۹، نوویک^(۲) و همکاران، ۱۹۹۰، ویلیام^(۳) و همکاران، ۱۹۹۰؛ بلیکس^(۴) و همکاران، ۱۹۸۸).

همچنین مطالعاتی که در هلند، آمریکا و ایتالیا انجام شده نشان داده است که آموزش و مشاوره می‌تواند موجب کاهش خطر در مصرف کنندگان تزریقی شوه و در اختیار قرار دادن سرنگ و سر سوزن همراه با آموزش و مشاوره تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز مانند استفاده از سرنگ مشترک دارد. برنامه‌های تعویض سوزن بدون ارائه آموزش تأثیر چندانی در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز نداشته است (چیت وود^(۵) و همکاران، ۱۹۹۰، لارنس^(۶) و همکاران، ۱۹۸۹، تمپستا^(۷) و همکاران، ۱۹۹۰).

در بسیاری از مطالعات نشان داده شده که چگونه تمیز کردن وسایل تزریق و دادن بطری‌های ضد عفونی کننده، موجب افزایش قابل ملاحظه استفاده از این وسایل شده است. همچنین این ارتباط موجب افزایش قابل توجه ورود معتادان به برنامه‌های درمانی دیگر و ترک مصرف تزریقی مواد شده است (نیومیر^(۸) و

1-Truman

3-William

5-Chitwood

7-Tempesta

2-Novick

4-Blix

6-Lawrence

8-Newmeyer

همکاران، ۱۹۸۹؛ فلین^(۱) و همکاران، ۱۹۸۸ و ویبل^(۲) و همکاران، ۱۹۹۰). شیوه‌های آموزشی بخصوص در مکان‌هایی مثل زندان که در اختیار گذاشتن سوزن به دلیل مسائل امنیتی مقدور نیست استفاده شده و نتایج مطلوبی داشته است (ماروسیچ^(۳) و همکاران، ۱۹۹۰).

همچنین نشان داده شده است که برنامه‌های آموزشی شیوه‌های تمیز کردن محل تزریق منجر به کاهش قابل توجه خطر آندوکاردیت و آبسه‌های پوستی می‌شود (هرب و همکاران، ۱۹۹۰).

در گزارشات بسیاری که از مناطق مختلف آمریکا و هلند موجود است، به طور کلی به کار بردن برنامه‌های کاهش آسیب منجر به کنترل افزایش مثبت بودن سرم از نظر هپاتیت B و HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد شده است (برتل، ۱۹۹۸).

۲- افزایش آسیب‌های ناشی از اعتیاد زمانی که سیاستهای معکوس اتخاذ می‌شود

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که زمانی که دسترسی به اقدامات کاهش آسیب محدود می‌شود، مصرف تزریقی مواد و ابتلای به HIV/AIDS افزایش می‌یابد. در یک مطالعه جامع، مشاهده شد که در ادینبورگ در پی اجراء سیاست کنترل و محدودیت شدید در توزیع سرنگ و سوزن اپیدمی هپاتیت B و HIV از سال ۱۹۸۰ شروع و در سال ۱۹۸۴ به اوج خود رسید، و این در حالی بود که شهرهای دیگر انگلستان حتی شهرهای مجاور با چنین مشکلی مواجه نبودند (برتل، ۱۹۸۸ و فولت^(۴) و همکاران، ۱۹۸۶).

۳- بی‌خطر بودن اقدامات کاهش آسیب

برنامه‌های کاهش آسیب گاهی با مخالفت برخی از افراد روبرو شده است. مخالفین اعتقاد دارند که برنامه‌های کاهش آسیب ممکن است موجب افزایش یا تسهیل مصرف مواد شود و مشکل مواد را افزایش دهد (سینگل، ۱۹۹۵). مهمترین نگرانی در برنامه‌های کاهش آسیب این است که کاهش خطر ابتلا به بیماریهایی مانند ایدز ممکن است موجب تشویق معتادان، مصرف‌کنندگان یا جمعیت طبیعی

1-Flynn

2-Wiebel

3-Marusich

4-Follett

نسبت به مصرف مواد شود. لیکن تاکنون شواهدی مبنی بر افزایش مصرف کنندگان تزریقی بعد از برنامه‌های کاهش آسیب حتی برنامه‌های تعویض سوزن، دیده نشده است. نتایج مطالعات انجام شده در انگلستان و هلند کاهش دفعات تزریق و افزایش سن مصرف کنندگان تزریقی را نشان داده‌اند (بانینگ^(۱) و همکاران، ۱۹۸۶، هارتگرز^(۲) و همکاران، ۱۹۸۹، اسکاتیش^(۳) و همکاران، ۱۹۸۹).

مدیریت مورد (Case Management)

سیستم مدیریت مورد از دهه ۷۰ بدنبال آغاز سیاست مؤسسه زدایی^(۴) که از دهه ۶۰ در کشورهای غربی آغاز شده بود، بعنوان یکی از روشهای تأمین خدمات مراقبین - درمانی برای بیماران مزمن روانی بکار گرفته شد (کاپلان^(۵) و همکاران، ۱۹۹۹).

در چند دهه گذشته، تحقیقات فراوانی اثربخشی سیستم مدیریت مورد در ارائه بهتر خدمات درمانی به بیمار و خانواده او و کاهش هزینه‌های درمانی را نشان داده‌اند.

فارغ از نوع و حوزه مداخله مدیر مورد در ارائه خدمات به بیمار، اصول زیر بر کلیه سیستم‌های مدیریت مورد حاکم می‌باشد (مینکف^(۶) و همکاران، ۱۹۹۴).

- ۱- دسترسی به خدمات^(۷) برای کلیه بیمارانی که نیازمند آن می‌باشند.
- ۲- ارائه مستمر خدمات^(۸) بدون ایجاد وقفه در آن.
- ۳- جامعیت^(۹) در ارائه انواع خدمات مراقبتی و درمانی به بیمار.
- ۴- کفایت^(۱۰) سرمایه‌گذاری برای تأمین خدمات مورد نیاز بیمار.
- ۵- خدمات رسانی^(۱۱) و ترغیب بیماران نیازمند به استفاده و بهره‌برداری از خدمات.

1-Buning

3-Scottish

5-Kaplan

7-Accessibility

9-Comprehensivity

11-Outreach

2-Hartgers

4-Deinstitutionalization

6-Minkoff

8-continuity

10-Adequacy

۶- حفظ کیفیت^(۱)، به معنی وجود فرایندی که مانع از کاهش هزینه‌ها و نتیجتاً کاهش کیفیت و کمیت ارائه خدمات به بیماران شود.

اسلج^(۲) و همکارانش (۱۹۹۵) مشخصات سیستم مدیریت مورد را اینگونه بیان کرده‌اند:

الف) وظایف مدیران مورد

- شناسایی بیماران^(۳) و مشخص نمودن اینکه آیا نیاز بیماران و خدمات در دسترس آنها با اهداف سیستم، امکانات و محدودیت منابع مطابقت دارد.

- ارزیابی نیازهای بیماران^(۴) به انواع خدمات مراقبتی - درمانی.

- تأمین خدمات^(۵) مانند راضی کردن خانه‌های گروهی برای پذیرش بیمار معتاد مبتلا به ایدز.

- برقراری ارتباط^(۶) با سرویس‌های خدماتی - درمانی مورد نیاز بیمار.

- حمایت از بیمار^(۷) با پیگیری و مذاکره با مسئولین و سیاست‌گذاران.

- هماهنگی^(۸) با سازمانهای مختلف برای تأمین نیاز بیمار.

- برنامه‌ریزی^(۹) و مشورت با سیاست‌گذاران برای تدوین بهترین راه تأمین نیاز بیماران.

- ارائه خدمات درمانی مستقیم^(۱۰) با برقراری ارتباط درمانی و انجام، روان درمانی حمایتی که البته در ارائه این نوع خدمات اتفاق نظر میان متخصصین وجود ندارد.

ب) پاسخگویی^(۱۱)

مشخص نمودن اینکه مدیران مورد، به چه کسانی باید گزارش بدهند. چه کسانی وظایف مدیران را تعیین و ابلاغ می‌کنند و راهنمایی آنها با کیست؟

1-Quality Incentive

3-Identifying patients

5-Brokering

7-Advocacy

9-Planning

11-Accountability

2-Sledge

4-Assessing needs

6-Linkage

8-Coordination

10-direct service

ج) اقتدار^(۱) مدیر مورد

که بستگی به تجربه، دانش، کنترل بر منابع و اطلاعات و حوزه عملکردی مدیر دارد.

انواع سیستم مدیریت مورد

در سه دهه گذشته تجربیات متعدد و متفاوتی از سیستم مدیریت مورد ارائه شده است (لاشانس^(۲) و همکاران، ۱۹۹۴).

در نوع Minimal Model، خدمات رسانی، ارزیابی بیمار، برنامه‌ریزی و ارجاع به سرویس‌های خدماتی پیش‌بینی شده است.

در Coordinative Model، علاوه بر وظایف قبلی، کار درمانی مستقیم با بیمار و تأمین حمایت از بیمار را نیز شامل می‌شود.

در Comprehensive Model، علاوه بر دو مورد فوق، کنترل کیفیت خدمات، آموزش جامعه و دخالت در بحران نیز از وظایف مدیر مورد محسوب می‌گردد.

بچراچ^(۳) (۱۹۸۹) با مروری بر منابع وظیفه مدیر مورد را مورد سؤال قرار داده است. وی مدل‌های مدیریت مورد به اجراء در آمده را در سه گروه: خدماتی، بالینی و یا ترکیبی از هر دو تقسیم نموده است.

مدل ICM^(۴) مدلی خدماتی است که در آن بجای بکارگیری مفاهیم بالینی، از اصطلاحاتی مانند کمک‌ویاری استفاده شده است. در این روش، مدیر یک کمک‌کننده و تأمین‌کننده خدمات است و وظیفه درمانگری ندارد. در این روش یک مدیر می‌تواند یک کارشناس جامعه‌شناسی، مددکاری، روانشناسی یا پیرشناسی باشد.

مدل دومی که بچراچ معرفی می‌کند (CCM^(۵))، مدل بالینی است که علاوه بر

1-Authority

2-Lachance

3-Bachrach

4-Intensive Case Management

5-Clinical Case Management

تأمین خدمات مورد نیاز، بر اهمیت برقراری رابطه درمانی میان بیمار و مدیر نیز تأکید دارد. در دسترس دائمی بودن مدیر برای بیمار به مثابه یک الگوی رفتاری سالم برای همانندسازی تلقی می‌گردد. در این روش مدیر می‌بایستی یک فوق لیسانس یا دکتری حرفه‌ای بوده و آموزش لازم در مورد آسیب‌شناسی روانی را گذرانده باشد.

بچراچ معتقد است CCM، دو انتهای طیف سیستم مدیریت مورد بوده و اکثر سیستم‌های مدیریت مورد که در وسط این طیف قرار دارند، خدماتی بصورت ترکیبی از هر دو نوع را ارائه می‌کنند. ولی جهت‌گیری سیستم‌های مدیریت مورد به طرف CCM می‌باشد. به موازات تغییر وضعیت بالینی بیمار ضروریست وظایف مدیر مورد نیز متناسب با آن متحول گردد. از سوی دیگر بسته به نوع بیماری، تعداد بیماران تحت پوشش هر مدیر متغییر خواهد بود و بسته به نظر مدیر انواع مشخصی از بیماران می‌تواند تحت سرپرستی مدیر قرار گیرد. درگیر شدن دوستان و وابستگان بیماران در سیستم مدیریت مورد^(۱) (CCM) از دیگر پیشنهادات بچراچ و همکارانش (۱۹۹۲) است. تغییرات فوق با ارائه بهتر خدمات می‌تواند از شدت فرسودگی مدیر مورد کاسته و حتی جلوگیری نماید.

انواع دیگری از سیستم مدیریت مورد توسط لاشانس و همکاران (۱۹۹۴) معرفی شده‌اند. در مدل CTT^(۲) مدیریت مورد بصورت گروهی اجراء می‌گردد. تیم شامل ۷ عضو می‌باشد. ۱ نفر مسئول، سه نفر مدیر مورد و سه نفر تکنسین. هرنفر ۵ بیمار را تحت پوشش قرار می‌دهد و جمعاً ۳۵ بیمار تحت حمایت تیم قرار می‌گیرند.

در نوع ICMT^(۳)، کار بصورت انفرادی انجام می‌گیرد و هر مدیر ۲۰ بیمار را تحت پوشش خود قرار می‌دهد.

اسوک^(۱) و کنتوس^(۲) (۱۹۹۵) مدل‌های دیگری را معرفی نموده‌اند که کم و بیش با انواع قبلی تفاوت دارند. نوع ACT^(۳) سیستم مدیریتی مورد تیمی است که در آن روانپزشک مستقیماً با تیم ارتباط داشته و هر مدیر مسئولیت ۷-۵ بیمار را به عهده دارد. در حالیکه نوع مدیر مورد رایج، ۳۰-۲۵ بیمار را تحت پوشش و حمایت خود قرار می‌دهد.

مدل PACT^(۴) توسط دیکسون^(۵) و همکارانش (۱۹۹۵) برای تأمین خدمات به بیماران بی‌خانمان معرفی گردید. اهداف این برنامه شامل ثبات بیمار و کنترل علائم، پیگیری درمانی، تأمین نیازهای اساسی، ارتقاء کیفیت زندگی و مطلوب‌سازی عملکرد اجتماعی بیمار بوده است. در سالهای اخیر حدود ۳۰۰ نوع PACT در ۲۰ استان ایالات متحده به اجرا درآمده است. به دلیل کمبود امکانات، فرم تعدیل یافته PACT که واجد مشخصات زیر می‌باشد، در مورد بیماران مزمن روانی و معتاد با موفقیت به اجرا درآمده است:

- ۱- وظایف اعضاء تیم چند منظوره می‌باشد. در این برنامه دو پرستار کارهای متعدد بهداشتی، درمانی و پرستاری را به عهده داشتند.
- ۲- بعثت بعد مسافت، امکان دسترسی به مدیر مورد در تمام ۲۴ ساعت و روزهای هفته وجود ندارد. آموزش اعضاء خانواده، همسایه‌ها و سایر وابستگانی که با بیمار در ارتباط نزدیک قرار دارند، می‌تواند این نقیصه را جبران نماید.
- ۳- تعداد بیماران تحت کنترل هر مدیر از ۲۰-۱۰ مورد افزایش یافت.
- ۴- استمرار ارائه خدمات، کاریابی، ادامه تحصیل و ...
- ۵- خدمات رسانی قاطع و مداوم^(۶)، حتی در صورت عدم حضور بیمار در درمانگاه.

1-Essock

3-Assertive Community Team

5-Dixon

2-Kontos

4-Program of Assertive Community Team

6-Assertive outreach

۶- توانبخشی در محیط طبیعی زندگی بیمار. زندگی در روستا بعثت فقدان پیچیدگیهای زندگی شهری، امکان توانبخشی روانی با بکارگیری شیوه‌های ساده مانند غذاپختن، لباس شستن و ... را امکانپذیر می‌سازد.

سیستم‌های مدیریت مورد در خصوص بیماران معتاد و تشخیص دوگانه نیز بکاررفته و اثربخشی آنها مورد بررسی قرار گرفته است. تیگ^(۱) و همکاران (۱۹۹۵) مدل PACT را در مورد بیماران با تشخیص دوگانه بکار برده و نتایج سودمندی را گزارش نموده‌اند. مرسییر^(۲) و همکاران (۱۹۹۵) سیستم مدیریت مورد را برای زنان بی‌خانمان و معتاد بکار بردند و اثربخشی آنرا در این دسته از بیماران نشان دادند. اثربخشی سیستم مدیریت مورد

تحقیقات نشان داده است که انجام سیستم مدیریت مورد می‌تواند در ابعاد مختلف اثرات مفیدی به همراه داشته باشد.

۱- ارائه خدمات مستقیم که منافع سریع و قابل لمس بیشتری دارد، مانند تأمین خانه و مسکن، از نیازهایی بوده که مدیر مورد برای زنان بی‌خانمان معتاد تأمین نموده است (مرسییر و همکاران، ۱۹۹۵).

۲- رضایت بیشتر از درمان و کنترل بیشتر علائم روانی و کاهش فشار روانی خانواده در سیستم مدیریت مورد از نتایجی بوده است که پژوهش مارکس^(۳) و همکاران (۱۹۹۴)، ویرسما^(۴) و همکاران (۱۹۹۱) و برنز^(۵) و همکاران (۱۹۹۵) نشان داده است.

۳- کاهش دفعات بستری، روزهای بستری و هزینه درمان (برنز و همکاران، ۱۹۹۵؛ مارکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ لاشانس و همکاران، ۱۹۹۴).

در ایران تجربه مدیریت مورد وجود ندارد اما نتایج برخی گزارشها و تحقیقات

1-Teague

2-Mercier

3-Marks

4-Wiersma

5-Burns

انجام گرفته در خصوص مراقبت‌های درمانی و پیگیری از بیماران مزمن روانی پس از ترخیص از بیمارستان و سپری شدن مرحله حاد بیماری، اثربخشی مفید و مؤثر گروه‌های مراقبت پیوسته و تیم‌های مراجعه به منزل بیماران را نشان داده است (ملکوئی، نوروزی، ۱۳۷۴؛ ملکوئی و همکاران، ۱۳۷۷؛ بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۷۷). عمده فعالیت این گروه‌ها شامل آموزش بیمار و خانواده، ویزیت در منزل، مداخله در بحران، مراقبت در استمرار مصرف دارو، ارائه خدمات مددکاری در مشکلات شغلی و اجتماعی بوده است. مهمترین نتایج حاصل از تحقیقات فوق عبارتند از:

- ۱- کاهش دفعات و روزهای بستری
- ۲- کاهش هزینه درمان در مقایسه با روش مرسوم
- ۳- کاهش فشار روانی مراقبین بیمار
- ۴- کاهش دفعات عود بیماری (منجر یا عدم منجر به بستری)
- ۵- افزایش کیفیت زندگی بیمار
- ۶- افزایش همکاری بیمار در مصرف دارو

فصل دوم

هیانی کاربردی راهنمای کارپردی درهان

سوء مصرف کنندگان مواد

بخش ۱- فرآیند پذیرش و درمان بیمار

بخش ۲- سمزدایی

بخش ۳- درمان نگهدارنده

بخش ۴- پیگیری درمان سرپایی

ساختار و کادر درمانی کلینیک درمان اعتیاد

لازم است کلینیک درمان اعتیاد از فضایی متشکل از حداقل سه اتاق برای پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مشاوره‌ای جهت بیماران معتاد برخوردار باشد. پرسنل مورد نیاز شامل:

- روانپزشک، حداقل ۱ نفر (بعنوان مدیر تیم درمان*).
 - پزشک عمومی حداقل ۱ نفر.
 - پرستار با مدرک کارشناسی، حداقل ۱ نفر (ترجیحاً کارشناس ارشد روانپرستاری).
 - روانشناس بالینی با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، حداقل ۱ نفر.
 - روانشناس مشاوره یا عمومی آموزش دیده حداقل، ۱ نفر.
 - مددکار اجتماعی با مدرک کارشناسی، حداقل ۱ نفر.
- شرایط زیر در کادر درمانی مرکز، به کیفیت خدمات درمانی و مشاوره خواهد افزود:
- ۱- گذراندن دوره آموزش ویژه در زمینه کار با معتادین.
 - ۲- سابقه آموزش یا کار تجربی در استفاده از روشهای تشخیصی - مداخله‌ای رایج در ارتباط با تخصص خود.
 - ۳- سابقه آموزش و تجربه درمانی و مشاوره با معتادین با استفاده از روشهای زیر:
 - الف) آموزش مهارتهای اجتماعی.
 - ب) آموزش مهارتهای حل مسأله.
 - ج) آموزش مهارتهای حل تضاد.
 - د) آموزش پیشگیری از عود.
 - ه) آموزش مهارتهای شناختی لازم برای تشخیص موقعیتهای خطرزا.
 - و) مشاوره خانوادگی و زوج درمانی.
 - ز) مشاوره گروهی و فردی.

* در مناطقی که روانپزشک در دسترس نمی‌باشد مدیریت تیم درمان می‌تواند بعهده پزشک عمومی دوره دیده در زمینه روانپزشکی و اعتیاد قرار داده شود.

- ح) روشهای تن آرمیدگی و حساسیت زدایی .
ط) آموزش ارتباطات مؤثر .
ی) تقویت عزت نفس .

ص) آموزش مددکاری و حمایت اجتماعی، پیگیری و درمان در منزل .

ملاکهای درمان بستری (بالغین)

بیماران بالغ واجد ملاکهای اختلال وابستگی به مواد (براساس DSM-IV) در صورت داشتن حداقل دو مورد از ۶ مورد زیر اندیکاسیون درمان بستری را دارند:

۱- بیمار در خطر بروز علائم شدید ترک بوده و یا در زمینه درمان پس از سم زدایی در گذشته با شکست‌هایی روبرو شده باشد.

۲- بیمار در شرایطی از نظر طبی قرار داشته باشد که نیاز به مراقبتهای ویژه جهت ترک مصرف مواد دارد.

۳- وجود یکی از موارد زیر:

الف) مشکلات عاطفی و رفتاری که با مسأله امساک و پایداری بیمار در ترک بصورتی تداخل نماید که بیمار نیازمند محیط ساختار یافته بصورت ۲۴ ساعته باشد.

ب) خطر متوسطی از نظر احتمال آسیب به خود و دیگران وجود داشته باشد و یا بیمار انگاری در جهت آسیب به خود و دیگران بدون برنامه عملی داشته و رستهای خودکشی و تهدید به دیگرکشی داشته باشد.

ج) بیمار رفتارهای پر استرسی در رابطه با فقدانهای قبلی و یا احتمالی در حدی که زندگی روزمره او را مختلف نماید داشته و نیازمند مراقبت ۲۴ ساعته از نظر روی آوردن به مواد باشد.

د) بیمار تاریخچه رفتارهای خشن و ایدایی و احتمال آسیب به خود و دیگران حین سم زدایی داشته باشد.

ه) بیمار اختلال شخصیتی همراه در حدی که موجب بروز رفتارهای سازمان نیافته داشته و نیاز به اتخاذ روشهای کنترل کننده بطور مداوم داشته باشد.

۴- با وجود بروز عواقب سوء مصرف مواد بیمار مشکل خود را قبول نکرده و نیاز به اتخاذ روشهای انگیزه دهنده در محیط ساختار یافته بصورت ۲۴ ساعته

داشته باشد.

۵- وجود یکی از موارد زیر:

الف) بیمار علیرغم شرکت فعال در یک مراقبت غیر ویژه و یا در یک گروه خودیاری از تجربه بحرانی حاد همراه با عدم رضایت از علائم ترک رنج می برد و بدون نظارت ۲۴ ساعته به ادامه سوء مصرف مواد روی خواهد آورد.

ب) بیمار نمی تواند بر سوء مصرف مواد در شرایطی که دسترسی به مواد مقدور است کنترلی داشته باشد.

ج) انجام درمانهای ضروری برای بیمار نیازمند بستری شدن باشد.

۶- وجود یکی از موارد زیر:

الف) بیمار در محیطی زندگی می کند که درمانهای سرپایی با موفقیت روبرو نخواهد شد (مانند محیطهای آشفته و مملو از درگیریهایی بین فردی که تلاش بیمار در جهت بهبودی را سست می کند). و در صورت وجود خانواده و یا شرایط محیطی بی ثبات و یا اعتیاد سایر افراد مهم در خانواده که موجب آسیب به روند بهبودی بیمار می شوند.

ب) در مواردیکه بیمار امکان مراجعه و ادامه درمان در محیطهای درمانی سرپایی را ندارد.

ج) وجود خطر سوء استفاده جسمی جنسی هیجانی از بیمار.

د) اشتغال بیمار به حرفه ای که موجب ادامه مصرف مواد و یا بروز خطر اساسی قریب الوقوع برای سلامتی شخصی و عمومی می شود (پرکینسون، ۱۹۹۷).

فرآیند درمان

۱- پذیرش و تشکیل پرونده توسط واحد پذیرش (در مراکز ادغام یافته، پذیرش مرکزی درمانگاه و یا بیمارستان می تواند پذیرش معتادان را انجام دهد).

۲- معاینه طبی توسط پزشک عمومی و گرفتن شرح حال توسط روانشناس و آشنا کردن مراجع با برنامه مرکز و تکمیل و امضاء فرمهای لازم.

۳- ارجاع به روانپزشک جهت ارزیابی روانپزشکی و تدوین طرح درمانهای دارویی و غیر دارویی.

۴- ارزیابی روانشناختی در صورت لزوم (ارجاع توسط روانپزشک) توسط

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

۵- اجرای طرح درمان اولیه توسط تیم درمان.

۶- مشاوره و روان درمانی (براساس طرح درمانی تنظیمی از سوی تیم درمان).

۷- مددکاری اجتماعی، آموزش خانواده، پیگیری، درمان در منزل، آموزش عمومی.

۱- پذیرش

مراکز درمانی ترک اعتیاد معتادانی را که جهت ترک به این مراکز مراجعه می‌کنند پذیرش می‌نمایند. پذیرش بیماران مطابق فرمهای پذیرش انجام خواهد شد. در صورتیکه تعداد مراجعین بیش از ظرفیت پذیرش باشد، در صورت وجود مراکز دیگر، به آن مراکز ارجاع داده می‌شوند و در غیر این صورت در لیست انتظار قرار می‌گیرند. در صورتیکه علائم اعتیاد مراجع شدید بوده و ملاکهای درمان بستری را داشته باشد، جهت بستری شدن ارجاع داده می‌شود. هر مرکز درمانی موظف است هر ماه آمار تعداد مراجعین تحت درمان را به تفکیک جنسیت و ماده مصرفی و نوع درمان دارویی، تعداد مراجعینی که درمان را کامل نموده و مرخص شده‌اند، تعداد مراجعینی که درمان را رها کرده‌اند، تعداد مراجعینی که به دلیل عدم پذیرش درمان^(۱) یا نقض مقررات مرکز اخراج شده‌اند، تعداد مراجعینی که جهت بستری شدن ارجاع داده شده‌اند، و همچنین تعداد مراجعینی که در لیست انتظار قرار دارند را به معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال نمایند. فرم آماری با هماهنگی اداره خدمات ماشینی معاونت درمان متعاقباً تهیه و ارسال خواهد شد. مراحل پذیرش به شرح زیر است:

۱- مسئول پذیرش برای مراجع مطابق روال جاری درمانگاه یا بیمارستان پرونده تشکیل داده و فرم پذیرش را تکمیل می‌نماید و سپس مراجع را جهت گرفتن شرح حال، آشنا شدن با برنامه مرکز و تکمیل و امضاء فرمهای لازم به روانشناس، ارجاع می‌دهد.

۲- روانشناس و یا مشاور، ارزیابی اولیه و شرح حال اولیه را تهیه کرده و فرمهای

1-Non-compliant

※ ارسال آمار به معاونت درمان جهت تشکیل بانک اطلاعاتی درمان اعتیاد و انجام پژوهشهای مربوطه ضروری است.

مربوطه را به امضاء مراجع می‌رساند. تمام فرمهایی که توسط روانشناس مشاور و پذیرش یا مراجع تکمیل می‌شود باید حاوی تاریخ، نام کامل (یا کد مخصوص) باشد. در مراکز دانشگاهی انترن روانپزشکی می‌تواند به اخذ شرح حال و تکمیل فرمها اقدام نماید.

الف) برگه موافقت با درمان و تعهد به رعایت قوانین و مقررات مرکز (پیوست شماره ۲)

ب) برگه پذیرش مخصوص بیماران معتاد* (پیوست شماره ۳)

ج) برگه شرح حال که شامل تاریخچه خانوادگی، تاریخچه رشدی، تاریخچه پزشکی، تاریخچه روانپزشکی، تاریخچه اعتیاد می‌باشد (مطابق پرونده پزشکی درمانگاه یا بیمارستان).

۳- پس از اتمام این مرحله، مراجع به پرستار جهت بررسی و ثبت علائم حیاتی ارجاع داده می‌شود.

معمولاً در برنامه‌های درمان معتادین (ترک اعتیاد)، مسئولین و کادر درمانی مرکز تصور می‌کنند که همه معتادین مثل هم هستند و مشکلات و نیازهایشان یکسان بوده و یک روش درمانی می‌تواند همه معتادین را درمان کند. بدین جهت ممکن است روش درمانی مشابه بدون کمترین تغییری در مورد همه مراجعین بکار گرفته شود. بعلاوه احتمال دارد کادر درمان فقط با یک روش درمانی آشنا باشد. ضروری است جهت تطابق^(۱) نیازها و اهداف مراجع با فعالیتهای و امکانات، برنامه ویژه‌ای برای هر مراجع توسط کادر درمانی طراحی گردد.

مسائل و موضوعات اساسی که در درمان معتادین باید مورد توجه قرار بگیرند عبارتند از:

*# نظر به اینکه در سالهای اخیر معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی همزمان با دایر نمودن مراکز خود معرف به منظور جمع‌آوری اطلاعات لازم از مراجعین فرم مخصوص طراحی نموده و چند بار مورد بازنگری قرار گرفته و نیز به منظور یکسان‌سازی عملکرد نهادهای مختلف تحت پوشش وزارت بهداشت و درمان اعم از سازمان بهزیستی و دانشگاههای علوم پزشکی و نیز استفاده از اطلاعاتی که هم اکنون طی سالهای گذشته توسط فرمهای مزبور جمع‌آوری گردیده، عین همان فرم پذیرش معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی بدون هیچگونه تغییری (پیوست ۳) انتخاب گردید.

- ۱- حالات خلقی و احساسی منفی
 - ۲- منش تروماتیک (آسیب‌زا)
 - ۳- منش نابهنجار^(۱)
 - ۴- سوگواری حل نشده (عدم سازگاری یا از دست دادن نزدیکان مانند پدر، مادر و...)
 - ۵- اختلال در رشد شخصیت
 - ۶- انکار مداوم اعتیاد
 - ۷- نگرشهای غلط در مورد اعتیاد
- روش درمان مؤثر در ترک اعتیاد باید جامع و براساس اصول شناختی، رفتاری و تجربی باشد.

II- ارزیابی اولیه وضعیت پزشکی

قبل از ارجاع مراجع به روانپزشک، پزشک عمومی و پرستار مرکز مراجع را از نظر وضعیت علایم حیاتی (وزن، فشار خون، نبض، درجه حرارت) بررسی نموده و اطلاعات مربوطه را در پرونده بیمار ثبت می‌کنند.

پس از انجام معاینه اولیه پزشکی توسط پرستار، مراجع همراه با پرونده به روانپزشک ارجاع داده می‌شود. در صورت لزوم پرستار حضوراً توضیحات لازم را به روانپزشک خواهد داد.

III- ارزیابی روانپزشکی

روانپزشک مرکز مسئولیت اصلی درمان مراجعین و مسئولیت تیم درمانی متشکل از پزشک عمومی، روانشناس، پرستار، مددکار را به عهده دارد. وی به کمک تیم درمانی، برنامه درمان و پیگیری بیمار را طراحی می‌نماید. روانپزشک پس از بررسی پرونده و انجام معاینات لازم و ارزیابی روانپزشکی، برنامه سم‌زدایی مراجع را طرح‌ریزی نموده و داروهای لازم را تجویز می‌نماید. تمام اقدامات روانپزشک، از قبیل تشخیص و نوع درمان در پرونده پزشکی بیمار براساس ملاکهای تشخیصی معتبر جهانی (DSM و یا ICD) ثبت می‌گردد. در صورتیکه مراجع علاوه بر اعتیاد، اختلالات روانی دیگری نیز داشته باشد، روانپزشک نوع اختلال و درمان

داروئی و غیر داروئی مناسب را نیز در فرم مخصوص ثبت خواهد نمود. در صورتیکه روانپزشک ارزیابیهای تکمیلی روانشناختی و شخصیتی و انجام آزمونهای مربوطه را ضروری بداند، مراجع را به روانشناس مرکز معرفی می نماید. پس از اتمام ویزیت روانپزشکی و اقدامات درمانی لازم، بیمار جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانهای روانشناختی به روانشناس مرکز ارجاع داده می شود.

۱۷- ارزیابی روانشناختی

در هر مرکز درمانی، یک روانشناس بالینی با درجه حداقل کارشناسی ارشد (که ترجیحاً تجربه قبلی کار با معتادان را داشته باشد) در ترکیب تیم درمانی حضور خواهد داشت. روانشناس بالینی ارزیابی‌های روانشناختی مراجعین را به عهده خواهد داشت. روانشناس بالینی همچنین گروههای درمانی برای مراجعینی که مشکلات خاصی دارند ارائه خواهد داد.

ارزیابی‌های روانشناختی شامل تعیین بهره هوشی، کمک به تشخیص‌های افتراقی و ارزیابی شخصیتی و انجام سایر آزمونهای مربوطه است که توصیه می شود حداقل دو هفته پس از شروع سم زدایی انجام شود چراکه پاسخ بیماران به آزمونهای مزبور می تواند متأثر از علایم مصرف و یا ترک مواد مخدر باشد.

در مواردی که علت ارجاع، وجود مشکلات حاد روانی، از قبیل اختلالات سازگاری PTSD، سوگواری، اختلالات شخصیتی و مشکلات خانوادگی یا زناشویی باشد روانشناس بالینی موظف خواهد بود ارزیابی دقیقی از این مشکلات نموده و با مشارکت مراجع و سایر اعضای تیم درمان، طرح درمانی اولیه را تدوین نماید. طرح درمانی بایستی در دو هفته اول پذیرش انجام گیرد.

۷- مددکاری اجتماعی

در طول دو هفته پس از پذیرش، مراجعین توسط مددکار مرکز مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت. وظائف و مسئولیت‌های مددکار اجتماعی به شرح زیر می باشد:

۱- ارزیابی وضعیت اجتماعی - شغلی - اقتصادی مراجع

۲- ارزیابی نیازهای تحصیلی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی مراجع

۳- ارزیابی وضعیت خانوادگی مراجع

۴- فعالیت در جهت تأمین خدمات رفاهی مراجع

- ۵- کمک به مراجعین در فراگیری آموزشهای حرفه‌ای و کاریابی
 - ۶- تسهیل و تشویق تشکیل گروههای NA و تشویق مراجعین به شرکت در آنها
 - ۷- ارتباط با نهادها و سازمانهای مختلف در جهت تقویت منابع شغلی و حرفه‌ای و مالی برای مراجعین
- مددکار اجتماعی حداقل ماهی یکبار با هر یک از مراجعین و در صورت لزوم با خانواده آنها جلسه داشته و مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی مراجعین را بررسی و مداخلات لازم را انجام خواهد داد.
- تمام فعالیتهایی که مددکار اجتماعی انجام می‌دهد باید در پرونده مراجع ثبت گردد.

سم زدایی با کلونیدین

اصول

- برای بیمارانی که مدت کوتاهی است که به مواد مخدر وابستگی پیدا نموده‌اند (کمتر از یکسال).
- در کسانی که به مصرف تریاک به مقدار کم (معادل روزانه حدود نیم مثقال یا کمتر بصورت کشیدنی) اعتیاد دارند.
- در کسانی که فاقد بیماری جسمانی که مانعی برای تجویز کلونیدین باشد، هستند.
- در کسانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده‌اند.
- در افراد جوان و سالم.
- در کلیه کسانی که همکاری و پذیرش درمان سم زدایی با کلونیدین را دارند.
- در افراد بالای ۴۵ سال و یا وجود بیماری طبی (بویژه مشکلات قلبی - عروقی) توأم، سم زدایی با کلونیدین بصورت بستری توصیه می‌شود.

روش و مقدار تجویز دارو

کلونیدین بصورت قرص‌های ۰/۲ میلی گرم در بازار ایران وجود دارد. بهتر است با مقدار کم شروع و به تدریج افزایش داد. در درمان سرپایی حداکثر ۱/۲ میلی گرم در روز و در درمان بستری تا ۲ میلی گرم روزانه می‌توان تجویز نمود (جاف^(۱) ۱۹۹۶) بصورت ۰/۱ تا ۰/۲ میلی گرم هر ۴ تا ۶ ساعت یکبار بصورت خوراکی. در صورت کاهش فشار خون سیستولیک از ۹۰ میلیمتر جیوه و یا بروز برادی کاردی لازم است دارو قطع شود. پس از ۲ تا ۳ روز که علائم ترک کنترل گردید دارو بتدریج کم می‌شود تا طی ۱۰-۵ روز قطع شود (سادوک و همکاران، ۲۰۰۰).

نظر به اینکه کلونیدین در تسکین درد و بی‌خوابی مؤثر نمی‌باشد طبق نظر پزشک می‌توان از داروهای زیر برای تسکین آنها استفاده نمود^(۲) (کلبر^(۳)، ۱۹۹۴).

1-Jaffe

۲- در این خصوص معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی نیز جزوهای منتشر نموده که مطالعه آن می‌تواند مفید باشد.

3-Kleber

آسپرین:	۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت.
ایبوپروفن:	۲۰۰-۸۰۰ میلی گرم ۳ تا ۴ بار در روز.
دیفن هیدرامین:	۲۵-۵۰ میلی گرم هر ۶-۴ ساعت (۵۰ میلی گرم برای درمان بی خوابی در شب).
هیدروکسی زین:	۲۵-۱۰۰ میلی گرم هر ۸-۶ ساعت.
ترازودون:	۵۰-۱۰۰ میلی گرم شبها برای بی خوابی.
آمی تریپتیلین:	۲۵-۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت (برای بی خوابی می توان شبها ۵۰-۱۰۰ میلی گرم تجویز نمود).
دوکسپین:	۲۵-۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت.
دiazepam:	۵-۱۰ میلی گرم هر ۸-۴ ساعت بمدت ۲ تا ۳ هفته.
توصیه می شود از بنزودیازپین های کوتاه اثر (مانند آلپرازولام) حتی الامکان استفاده نشود زیرا وابستگی سریعتر نسبت به آنها در بیمار بوجود می آید.	
در صورت تهوع و استفراغ و علائم گوارشی می توان از داروهای زیر استفاده نمود:	
هیوسین:	۲۰ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت یا ۲۰ میلی گرم در روز تزریق عضلانی.
متوکلوپریمید:	۱۰-۱۵ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت نیم ساعت قبل از غذا
تری فلوپرازین:	۱ میلی گرم هر ۱۲-۸ ساعت، تزریق عضلانی.
کلیه پزشکان عمومی و متخصص که دانش و تجربه لازم برای سم زدایی بیماران را فرا گرفته اند ^(۱) ، مجاز می باشند در محل کار خود اعم از مطب خصوصی، کلینیک های دولتی و عمومی، مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشت روستایی با رعایت اصول ذکر شده و سایر موازین پزشکی، از این روش برای سم زدایی بیماران معتاد اقدام نمایند.	

۱- لازم است کلیه پزشکانی که مایل می باشند در درمان بیماران معتاد مشارکت نمایند مدرک حضور در دوره بازآموزی مدون سوء مصرف مواد را که توسط دانشگاه علوم بهیستی، توانبخشی، دانشگاه های علوم پزشکی، یا انجمن علمی روانپزشکان ایران برگزار می گردد، کسب نمایند.

راهنمای سم زدایی با جایگزینی متادون اصول کلی

- افراد سالخورده و زنان باردار.
 - بیماران مبتلا به اختلالات قلبی و عروقی.
 - بیماران جوان که موفق به ترک باکلونیدین نبودند.
 - براساس نظر روانپزشک برای درمان سرپایی بیمارانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده و کمتر از یکسال سابقه اعتیاد دارند.
 - درمان بستری افراد مسن و کسانی که توأمأ دچار بیماری جسمی هستند.
 - عدم موفقیت و رضایت بیمار از سایر روشهای درمانی
 - بیماران معتاد به هروئین
- #### روش و مقدار تجویز دارو

متادون بصورت قرصهای ۵ میلی گرمی و آمپولهای ۵ و ۱۰ میلی گرمی در بازار ایران موجود است.

- ۱- ارزیابی مقدار مصرف روزانه متادون معادل (۸۰-۲۰ میلی گرم در روز).
- ۲- داروی مورد نیاز روزانه را بایستی در ۳ تا ۴ نوبت تجویز نمود.
- ۳- پس از کنترل و تثبیت علائم ترک (۲۴ تا ۴۸ ساعت اول)، روزانه ۱۰ تا ۲۰ درصد از مقدار مصرف روزانه کاسته می شود تا قطع گردد.
- ۴- مدت درمان سرپایی حداکثر ۴ هفته و بستری ۲ هفته می باشد.

نحوه تعیین دوز متادون

نظر به اینکه بیماران از بیان مقدار و نحوه مصرف تریاک خودداری و آنرا کمتر یا بیشتر از مقدار واقعی مطرح نموده و نیز وجود درصد متنوعی از ناخالصی تریاک موجود در بازار در نواحی مختلف کشور، تعیین مقدار دقیق متادون مورد نیاز مشکل است، نکات زیر به همراه تجربه روانپزشک معالج می تواند در تعیین دوز متادون کمک نماید. البته تدابیر لازم در جهت عدم سوء استفاده از متادون بایستی اتخاذ شود.

- ۱- تریاک خالص حدود ۱۰ درصد مرفین دارد (کاپلان، ۱۹۹۸).
- ۲- شیره تریاک حدود ۲ برابر و شیره سوخته حدود ۴ برابر تریاک، مرفین دارند

(مجله بازتاب، ۱۳۵۹).

۳- مرفین تریاک در مصرف وافوری حدود ۳۰٪ و در مصرف قلبانی و سیخی حدود ۶۰٪ جذب می شود. جذب مرفین تریاک خوراکی ۲-۳ برابر نوع کشیدن

قلبانی آن است^(۱) (مصطفوی، ۱۳۷۸)

۴- یک لول تریاک نزدیک به ۱/۸ گرم برابر با ۴ مثقال می باشد. طول هر مثقال برابر طول یک تیغ ریش تراشی و وزن آن برابر با ۴-۵ گرم می باشد^(۲).

۵- یک میلی گرم متادون برابر با ۲ میلی گرم هروئین و ۴ میلی گرم مرفین و ۱۰ میلی گرم کدئین می باشد (کتاب داروهای ژنریک ایران، ۱۳۶۹؛ تقوی، ۱۳۶۳).

۱- مثلاً اگر خالص تریاک ۱۰٪ باشد، مصرف ۱ گرم خوراکی تریاک، ۲۵ میلی گرم متادون؛ مصرف کشیدن با قلبان یا سیخ، حدود ۱۵ میلی گرم متادون؛ مصرف کشیدن با وافور، حدود ۷/۵ میلی گرم متادون نیاز دارد. مصرف هروئین رانیز می توان برحسب بند ۵ محاسبه نمود.

۲- سایر برابریهای مصطلح از نظر مصرف تریاک به شرح زیر می باشد. یک نخود برابر با $\frac{1}{33}$ مثقال و ۴ گندم است. یک گندم برابر با ۲ عدس، یک عدس برابر با ۴ ارزن می باشد.

سم زدایی با کلونیدین + متادون

اصول کلی

- اصول موجود در هر یک از روشهای سم زدایی با کلونیدین و متادون، در این روش نیز صادق است.
- در مواردیکه سم زدایی سریعتر و مصرف کمتر متادون مورد نظر باشد.
- با نظر روانپزشک معالج.
- روش مقدار تجویز دارو
- تعیین مقدار مصرف روزانه متادون معادل مصرف بیمار.
- تجویز کلونیدین توأم با متادون هنگامیکه مقدار متادون به ۳۰-۲۰ میلی گرم در روز برسد.
- قطع سریعتر متادون (سرپایی کمتر از ۴ هفته و بستری کمتر از ۲ هفته).
- میزان کلونیدین را می توان از روزانه ۰/۰۵ میلی گرم در روز شروع و به تدریج مقدار آنرا بالا برد بطوریکه با قطع متادون مطابق روش کلونیدین تنها، درمان ادامه می یابد.
- درمان سرپایی و بستری مشابه روشهای کلونیدین و متادون است.

محل درمان - درمانگر

فقط درمانگاههای روانپزشکی که مجوز درمان اعتیاد را از وزارت بهداشت و درمان کسب نموده اند و نیز بیمارستانهای روانپزشکی دولتی، مجاز به تجویز متادون می باشند. در مراکز فوق فقط روانپزشک مجاز به تجویز متادون برای مراجعه کنندگان بیمار می باشد.

راهنمای سم زدایی فوق سریع با (UROD)

اصول کلی

- در افراد جوان و سالم.
- در کسانیکه از درمانهای آگونست نتیجه نگرفته اند.
- در کسانیکه به فروش آگونستها (متادون) در بازار سیاه روی آورده اند.
- در کسانیکه به مسمومیت با آگونستها دچار شده اند.
- در کسانیکه به سایر روشهای سم زدایی مقاوم بوده و با شکستهای متعدد

روبرو بوده‌اند.

- در کسانی که تحمل علائم شدید ترک را نداشته و یا بطور مکرر قادر به تکمیل برنامه ترک نبوده‌اند.

- این روش در شرایط بستری و با حضور متخصص بیهوشی و امکانات احیاء قلبی - تنفسی مجاز است.

روش و مقدار تجویز دارو

۱- تجویز کلونیدین خوراکی معمولاً به میزان ۰/۱ میلی‌گرم (نصف قرص ۰/۲ میلی‌گرم) هر ۱۲ ساعت شروع شده و با افزایش روزانه ۰/۱ میلی‌گرم تا دوز ۱/۲ میلی‌گرم در روز در بیماران سرپایی و تا دوز ۲ میلی‌گرم در روز در بیماران بستری بصورت منقسم (هر ۶ ساعت) با کنترل فشار خون استفاده می‌شود (در صورت افت فشار خون پائین‌تر از ۹۰/۶۰ میلی‌متر جیوه از مصرف آن وعده دارو خودداری شود) برای جلوگیری از افزایش انعکاس فشار خون که حدود ۲۰ ساعت پس از آخرین دوز کلونیدین پدید می‌آید قطع این دارو باید بتدریج صورت گیرد (لوینسون، ۱۹۹۷).

۲- تجویز وریدی آرامبخش قوی (ترجیحاً میدازولام یا دیازپام) قبل از بیهوشی

۳- انفوزیون ۱۰ تا ۴۰ میلی‌گرم نالوکسان وریدی طی ۸-۴ ساعت تحت بیهوشی عمومی

۴- تجویز فلومازنیل (مهارکننده بنزودیازپین) در صورت بروز آرامبخشی شدید مربوط به بیش مصرف بنزودیازپین‌ها.

جدول شماره ۷-

شرایط	مدت	درمانگر	موارد تجویز	روش
سرپایی (و در منزل)	سرپایی: حداکثر ۳ هفته	پزشک عمومی یا متخصص (روانپزشک و غیر روانپزشک)	مناسب برای موارد خفیف، کوتاه مدت، همکاری و پذیرش درمانی مناسب، بدون بیماری جسمی	کلونیدین
(۱) درمانگاههای روانپزشکی دولتی دارای مجوز ترک اعتیاد (۲) بیمارستانهای روانپزشکی دولتی	سرپایی: حداکثر ۴ هفته بستری: حداکثر ۲ هفته	روانپزشک	به هر دلیلی که نتوان از روشهای دیگر استفاده کرد (مثلاً کتراندیکاسیونها و موارد احتیاط مصرف کلونیدین، دوران بارداری، بیماری قلبی - عروقی، نارسائی کلیه و سایر بیماریهای طبی، عدم تحمل به دلیل عوارض شدید ترک، اثر ناکافی در کنترل علائم ترک، عدم رضایت بیمار)	متادون یا کلونیدین
(۱) بیمارستانهای عمومی (۲) بیمارستانهای روانپزشکی با امکانات بیهوشی و احیاء قلبی - تنفسی	۲۴ ساعت	روانپزشک - همراه با متخصص بیهوشی	موارد شدید، مقاوم به سایر درمانها	روش فوق سریع

* نظارت کامل وزارت بهداشت و درمان به طریقی که سازمانهای مسئول تعیین خواهند نمود، بر نگهداری و تجویز متادون در مراکز ذیربط ضروریست.

درمان نگهدارنده

متادون

تجویز متادون بعنوان درمان نگهدارنده (بیش از ۱۸۰ روز) تنها در مراکزی که شرح آن در درمان سم زدایی رفت مجاز است^(۱). این مراکز تحت نظارت گروه روانپزشکی دانشگاههای علوم پزشکی و یا سازمان بهزیستی دایر می‌گردد و دارای ویژگیهای زیر است:

- ۱- مسئول درمانگاه روانپزشک است.
 - ۲- مجهز به آزمایشگاه جهت تشخیص سوء مصرف مواد مخدر به شیوه کروماتوگرافی است.
 - ۳- درمان بصورت گروه درمانی، مشاوره فردی، روان درمانی فردی و سیستم مددکاری جهت پیگیری بیماران وجود دارد.
- تجویز متادون در مراکز فوق جنبه آزمایشی^(۲) داشته و مسئولین آن ملزم به ارائه درمان نگهدارنده با متادون به تمامی مراجعین نبوده و تنها با داشتن یکی از ملاکهای زیر مجوز مصرف متادون طولانی مدت صادر خواهد شد.
- معیارهای تجویز متادون بعنوان درمان نگهدارنده
- ۱- معتادان مصرف کننده هروئین یا ترکیبات مخدر دیگر بصورت تزریقی (مانند تزریق تریاک یا مرفین)
 - ۲- بیماران دارای حداقل یکی از شرایط زیر باشند:
- الف) اختلال عمده محور یک روانپزشکی بصورت پسیکوز، بیماری خلقی یک قطبی یا دوقطبی، اختلالات اضطرابی شدید (PTSD، GAD و...).
- ب) اختلال عمده محور دو (اختلال شخصیتی مانند اختلال شخصیت مرزی،

۱- سازمان زندانها با نظارت دانشگاهها یا سازمان بهزیستی کشور می‌توانند چنین مراکزی را در زندانها تأسیس نمایند.

ضد اجتماعی، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال...)

ج) اختلال عمده رشد - تکاملی (اتیسم، Asperger) و عقب ماندگی ذهنی .
د) بیماری عمده غیر روانی که ترک سوء مصرف مواد مخدر باعث عوارض ناگوار یا ناراحت کننده گردد (مانند بدخیمی ها، بیماری پیشرفته کبدی کلیوی، قلبی، گوارشی یا ریوی).
ه) افکار جدی خودکشی با سابقه مبادرت به آن در زمان ترک مصرف مواد مخدر، انجام خود زنی و صدمات عمدی بخود و دیگران در هنگام ترک مصرف مواد مخدر.

و) بارداری.

ز) سابقه اقدام به ترک ناموفق (حداقل ۳ بار) در مراکز معتبر طبی و با استفاده از روشهای استاندارد تحت نظر روانپزشک.

ح) سایر موارد که توسط کمیونی متشکل از ۳ نفر روانپزشک یا پزشک متعهد مرکز تأیید گردد. ارائه متادون مصرفی بصورت بردن به منزل مجاز نیست و بیماران ملزم هستند دوز روزانه خود را در کلینیک در حضور پرسنل آن مصرف نمایند.

ضروری است کلینیک تنها در صورت تشکیل نظام منظم ثبت اطلاعات و مشخصات بیماران، مطابق ضوابط مندرج در بخش ۱، به ارائه متادون اقدام نماید. تمامی موارد تجویز متادون با ذکر نام دریافت کننده، زمان، مقدار دارو صورت خواهد گرفت. مسئولین درمانگاه موظف به ارائه این اطلاعات بطور ماهانه به وزارت بهداشت می باشند.

سایر مقررات فعالیت درمانگاه توسط گروه روانپزشکی دانشگاه مربوطه تعیین می گردد. درمان نگهدارنده با متادون برای ۲ سال بطور آزمایشی انجام می شود و راهنمای بعدی با توجه به دستاوردهای برنامه آزمایشی و نتایج تحقیقات آن برای ارائه متادون در سطح وسیعتر (مراکز غیر دولتی و خصوصی) تدوین خواهد شد.

جهت شروع برنامه متادون توصیه می‌گردد از مقدار ۴۰-۱۰ میلی‌گرم روزانه (۳ یا ۴ بار در روز) استفاده شود و بطور تدریجی با توجه به تحمل بیمار افزایش یافته تا به ۱۰۰-۶۰ میلی‌گرم برسد. البته سقفی برای آن مشخص نیست و رفاه و پذیرش بیمار شرط اصلی است. برنامه درمان نگهدارنده با متادون ممکن است تا آخر عمر ادامه یابد اما با توجه به نظر بیمار، اطرافیان و پزشک معالج، قطع آن بعد از ۵-۲ سال پیشنهاد می‌شود. جهت قطع برنامه از کاهش تدریجی دوز مصرفی مطابق جدول ۸ استفاده می‌شود (وارد و همکاران، ۱۹۹۹).

جدول ۸- برنامه کاهش مقدار متادون

میزان کاهش مناسب	دوز نگهدارنده روزانه
۱۰ میلی‌گرم در هفته	>۸۰mg
۵ میلی‌گرم در هفته	۴۰-۸۰mg
۲/۵ میلی‌گرم در هفته	<۴۰mg

پیگیری

دوره پیگیری بمدت یکسال ادامه خواهد داشت. در اولین هفته پس از پذیرش، طرح درمان اولیه توسط تیم درمان تدوین و به مشاور بیمار ارجاع داده می‌شود. مشاور بیمار در طول مدتی که خدمات مشاوره‌ای را به بیمار و خانواده وی ارائه می‌دهد، از طریق حضوری و تلفنی در دسترس بیمار قرار دارد.

لازم است به منظور ترغیب بیمار برای حضور در جلسات مشاوره، در صورت غیبت تلفنی با بیمار و خانواده وی تماس گرفته شده و علت جویا و مورد بررسی قرار گیرد و نیز برای جلوگیری از موارد مشابه، مشاور یا مددکار بیمار طی تماس تلفنی زمان تشکیل جلسه بعدی را به بیمار و خانواده وی یادآوری گردد. هدف از این اقدامات، بکارگیری تمهیداتی است که در طول مدت پیگیری، از حذف بیمار از پروسه درمان و پیگیری جلوگیری بعمل آید.

مراحل پیگیری به شرح زیر انجام خواهد شد:

۱- در سه ماه اول پس از تکمیل دوره سم‌زدایی، علاوه بر شرکت در گروه‌های خودیاری، مراجعین دو هفته یکبار در گروه پیگیری مرکز شرکت می‌نمایند* در گروه که توسط مشاورین مرکز اداره خواهد شد، موضوعات زیر آموزش داده خواهد شد:

الف) سازگاری با زندگی بدون مصرف مواد مخدر

ب) پیشگیری از عود

ج) کنترل استرسها و کنار آمدن با فشارهای زندگی

د) تشویق و ترغیب به شرکت یا ادامه شرکت در گروه‌های خودیاری

۲- در سه ماه دوم مراجعین ماهی یکبار در گروه پیگیری شرکت می‌نمایند.

۳- در شش ماه دوم، مراجعین می‌توانند دو ماه یکبار در گروه شرکت نمایند.

در طی مدت پیگیری، مراجعین می‌توانند در مواقع ضروری با مشاور مرکز جلسات کوتاه مدت فردی داشته باشند که در این جلسات، مشاور ارزیابی مختصری از وضعیت روانی مراجع انجام داده و حمایت و راهنمایی‌های لازم

* به ازای هر مشاور ۵۰ مراجع و به ازای هر مددکار اجتماعی نیز ۵۰ مراجع پیشنهاد می‌گردد. کلیه خدمات مشاوره‌ای و مددکاری در طول مدت پیگیری (یکسال) به عهده مشاور و مددکار ویژه بیمار خواهد بود.

جهت ترغیب و تشویق وی به ادامه پرهیز از مصرف مواد و در صورت نیاز جهت برقراری جلسات مشاوره بیشتر، برنامه‌ریزی خواهد نمود.

اعضاء تیم با توجه به نتایج ارزیابی‌های روانپزشکی، روانشناختی و مددکاری، طرح درمانی متناسب با نیازها، تواناییها و ضعف‌های مراجع را تدوین و نوع خدماتی که مراجع باید دریافت نماید را مشخص خواهند کرد. طرح درمانی مراجعین هر دو ماه یکبار توسط تیم درمان و پیگیری مورد بررسی مجدد قرار گرفته و براساس گزارشات کادر درمانی و بالاکس گزارشات مشاور مراجع در مورد پیشرفت درمانی بیمار، مورد تجدید نظر قرار خواهد گرفت و تغییرات مورد نظر در طرح درمانی ملحوظ خواهد شد.

منابع

- احسان‌منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال پنجم، شماره ۳.
- بیان‌زاده، سیداکبر؛ نوری، اشرف؛ عشایری، حسن؛ آزدگان، فیروز (۱۳۷۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال چهارم، شماره ۱.
- تقوی، ابراهیم (۱۳۶۳). خیال دیو. تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، صص ۱۹۰-۱۳۰.
- داروهای ژنرتیک ایران (۱۳۶۹). بخش بررسی‌های علمی شرکت سهامی دارو پخش. ص ۸۲۸.
- حاجیان مطلق، ناصر (۱۳۷۷). بررسی مقایسه‌ای تأثیر روشهای مختلف درمان اسکیزوفرنیا و میزان سلامت روانی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در درمانگاه شهید اسماعیلی. پایان نامه تخصصی روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دفتر اعتیاد (۱۳۷۹). معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان. گزارش فعالیتهای حوزه ستادی معاونت درمان در امر بازگیری معتادین.
- فخارزاده، محمد (۱۳۷۷). بررسی مقایسه‌ای تأثیر روشهای مختلف درمان اسکیزوفرنیا بر میزان فشار روانی مراقبین آنها در درمانگاه شهید اسماعیلی. پایان نامه دریافت تخصصی روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله بازتاب، ویژه نامه اعتیاد، پاییز ۱۳۵۹.
- مصطفوی، حمید. (۱۳۷۸). کلیاتی در مورد سوء مصرف مواد مخدر، پزشک پنج ستاره، شماره ۱، سال اول.
- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان خراسان، ۱۳۷۶. گزارش آماری و عملکرد سال. واحد پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف.
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، گزارش فعالیتهای مراکز درمان و بازپروری، ۱۳۷۸.

- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، بررسی مشخصات معتادان و الگوهای مصرف مواد در مرکز بازپروری استان هرمزگان، ۱۳۷۶.
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، بررسی مشخصات معتادان و الگوهای مصرف مواد در معتادان اردوگاه کارکرمانشاه، ۱۳۷۵.
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان فارس، بررسی مشخصات معتادان و الگوهای مصرف مواد در زنان و مردان معتاد (زندانیان عادل آباد و اردوگاه پیر بناب، ۱۳۷۷).
- مکری، آذرخش (۱۳۷۹). بحثی پیرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال اول، شماره دوم.
- ملکوتی، کاظم؛ نوری، ربابه؛ نصر، مهدی؛ اثنی عشری، ربابه (۱۳۷۷). بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته (پیگیری) در درمان سرپایی بیماران مزمن روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ۴، شماره ۱.
- ملکوتی، کاظم؛ نوروزی، فاطمه (۱۳۷۴). پیگیری و بهداشت روانی در بیماران روانی مزمن. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ۲، شماره ۱ و ۲.
- Azaraksh, M. (1999). Commented summaries from current medical literature. *Archives of Iranian Medicine*. Vol. 2, No. 3, July.
- Bachrach, L. L. (1989). Case management: Toward a shared definition, hospital and community psychiatry, Vol. 40, No. 9, 883-884.
- Bachrach, L. L. (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry*, Vo. 149, No. 11, 1455-1463.
- Ball, J. C.; Ross, A. (1991). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York: Springer-Verlag.
- Beauvais, F.; Spooner, S.; Oething, E.R. (1991). The Role of the Psychologist on

- the Drug User Treatment Team. *The International Journal of the Addictions*, 26 (11), 1137-1158.
- Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F. and et al. (1993). *Cognitive therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press (Specially Chapter 17 "Relapse prevention in the cognitive therapy of substance abuse".
- Bell, J. R., Young, M. R., Masternan, S. C. (1999). A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification opioid dependence, *Med. J. Aust*, Jul 5, 171 (1): 26-30.
- Blix, O., & Gronbladh, L. AIDS and IV heroin addicts: (1988). The preventative effect of methadone maintenance in Sweden, *IV International Conference on AIDS*: Stockholm, Sweden.
- Blumk, Noble, E. (1997). *Psychiatric Genetics*, GRC Press.
- Brette, R. P. & Nelles B. (1988). Special Problems of Injecting Drug Misuers. *British Medical Bulletin* ; 44: 149-60.
- Brette, R.P. (1986). Epidemic of AIDS related virus infection among intravenous drug abusers. *Brithish Medical Journal*; 292:1671.
- Brown, S.; Yalom, I. D. (1977). Interactional group therapy with alcoholics. *Journal of Studies on alcohol*. 28, 426.
- Buning E.C., Coutinho R.A., Van Brussel G.H., Van Santen G.W., Van Zadelhoff A.W. (1986). Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*; 1435.
- Burns, B. J. Santos, A. B (1995). Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatric Services*, Vol. 46, No. 7.

- patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 184: 234-239.
- Catalano, R.; Howard, M.; Hawkins, J.; and et al. (1988). Relapse in the addictions: rates, determinants, and promising prevention strategies. *In 1988 surgeon General report on health consequences of smoking*. Washington, D. C.: Office of smoking and Health, Government Printing Office.
- Cheskin, L. J., Fudal, P. J, Johnson, R. E. (1994). A controlled comparison of buprenorphine acute detoxification from opioids, 36 (2) 115-21.
- Chitwood, D. D., McCoy, C. B., McCoy, H. V., McKay, C., McBride, D.C. (1990). Evaluation of a risk reduction programme for intravenous drug users. *Vith International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.
- Cornish J.W., Metzger, D., Woody G. E., Wilson, D. McLellan, A. T., Vandergift, B. & O'Brien, C.P., (1997). Naltrexone Pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 14: 529-534.
- Corty, E.; Ball, J. C. (1987). Admission to methadone maintenance: Comparison between programs and implications for treatment. *Journal of Substance Abuse*. Treatment, 4, 181-187.
- Craig, R.J. (1987). Clinical management of Substance Abuse Programs. Springfield. Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Cucchia, A. T., Monnat, M., Spagnoli, J. (1998). Ultrarapid opiate detoxification using deep sedation: *Drug Alcohol Depend*. Nov. J 2(3): 243-50.
- Daley, D. C.; Marlatt, G. A. (1996). "Relapse Prevention: Cognitive and Behavioral Interventions". In Lowinson, J. H. et al, *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, Baltimore: Williams Wilkins.
- Daley, D. C.; Marlatt, G. A. (1996). Relapse Prevention. In J. H. Lowinson, et al

- (Eds). **Substance Abuse: A comprehensive Textbook**. (3 rd ed).
- Dixon, L. B., Krauss, N., Kernan, E. (1995). Modying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. **Psychiatric services**, Vol. 46, No. 684-688.
- Essock, S. M., Kontox, N. (1995). Implimenting assertive community treatment teams. **Psychiatric Services**. Vol. 46, No. 7, 679-683.
- Fishbain, D. A., rosomobb, H. L., Cutler, R. (1993). Opiate detoxification protocols. **Ann Clinical Psychiatry**, 5 (1) 53-65.
- Flynn N, Jain S, Keddie E, Harper S, Carlson J, Bailey V. (1988). Cleaning IV Paraphernalia: Bleach was just the begining. **IV International Conference on AIDS**: 13-16, Stockholm, Sweden.
- Flynm, P.M.; Craddock, S. G.; Luckey, J. W.; and et al. (1993). Comorbidity of Antisocial personality and mood disorders among psychoactive substance-dependent treatment clients. **Poper presented at the 27th annual association for the advancement of behavioral therapy convention**, Atlental, Georgia.
- Follett, E.A.C., McIntyre, A., O'Donnell, B., Clements, G.B., Desselberger, U. (1986). HTLV-III Antibody in Drug Abusers in the West of Scotland: The Edinburgh Connection. **Lancet**. 446-447.
- Friedman (1996). Source book of substance abuse and addiction.
- Gelder, T. et al. (1996). **Oxford textbook of psychiatry**. Oxford University Press.
- Gerra, g., Marcato, A., Caccavari, R. & et al. (1995). Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroing addiction. **Journal Substance Abuse**

- Treatment**, Jan-Feb, 12 (1), 35-41.
- Gold, C. G., Cullen, D. J., Gonzales, S. (1999). Rapid opioid detoxification during general anesthesia: review of 20 patients. *Anesthesiology*, 91 (6): 1639-47.
- Gossop, M.; Strang, J. (1990). Psychological Treatment. In H. Ghodse & D. Malwell, (Eds.), **Substance Abuse and Dependence**: An introduction for the caring professions London: the macmillan press.
- Greenstein R.A., Fudala P.J., & O'Brien C.P., (1996). Alternative pharmacotherapies for opiate addiction. In JH Lowinson, P. Ruiz, R.B., Millman & J.C., Langrod (Eds.). **Substance Abuse: A Comprehensive Textbook**. 3 rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hartgers, C., Buning, E.C., Coutinito, R.A. (1989). Evaluation of needle exchange program in Amsterdam. **Vth International Conference on AIDS**, Montreal, Canada.
- Heather N, Wodak A, Nadelmann E. and O'Hare P. (1993). Psychoactive Drugs and Harm-reduction: From Faith to Science. London: Whurr Publishers.
- Helzer, J. E.; Prizbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in general population and its impact in treatment. **Journal of Studies in Alcohol**, 49, 219-224.
- Hensel, M., Kox, W.J. (2000). Safety, efficacy and long term results of a modified version of rapid opiate detoxification under general anesthesia. **Acta Anaesthesiol Scand**, 44(3), 526-33.
- Herb, F., Watters J.K., Case, P., Petitti, D. (1989). Endocarditis, subcutaneous abscesses and other bacterial infections in intravenous drug users and their association with skin cleaning at drug injection sites. **Vth International**

Conference on AIDS, Montreal, Canada.

Hoffman, J. A.; Candill, B.D.; Landry, M. (1993). Living in Balance: **A Comprehensive Substance Abuse Treatment and Relapse Prevention Manual**. Washington, D.C.: Kola Associates, Inc.

Hoffman, J.A.; Moolchan, E. T. (1994). The phases of treatment model for methadone maintenance: implementation and evaluation. **Journal of Psychoactive**, Vol. 26(2), 181-197.

Hunt, W.; Barnett, L.; Branch, L. (1971). Relapse rates in addiction programs. **Journal of Clinical Psychology**, 27, 455-456.

Jaffe, J.H. (1996). Opiates: Clinical Aspects. **In Substance Abuse A Comprehensive Textbook**. Edited by Lowinson, J. H., Ruizp, Millman, R. B. 3r. Edition, Williams & Wilkins.

James, E. F., Reynolds, (1982). The extra pharmacopocia. Textbook of Martindale, 28ed.

Jarvis, T. J.; Tabbut, J.; Mattick, R. P. (1995). Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence: An Introductory Guide. New York: John Wiley.

Kadden, R.; et al. (1992). Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual. Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kaplan, H., Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of Psychiatry** (8th ed.), Williams & Winlkins, Baltimore, 442-443.

Kaplan, H., Sadock, B.J. (2000). **Comparehensive Textbook of Psychiatry** (7th ed.), Williams & Wilkins, 941.

Khantzian, E.J.; Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotics addicts: Recent findings. **Archives of General Psychiatry**, 42, 1067-1071.

- Kleber, H.D. (1994). OpioidsL detoxification, in **textbook of substance abuse treatment**. Edited by Galanter M, Keber HD. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Lachance, K. R., Santos, A. B., Burns, A. B. (1994). The response of an assertive community treatment program following a natural disaster. **Community Mental Health Journal**. Vol. 30, No. 5, 505-515.
- Lawrence, D.W., Atkinson, W., Risi, G., Lauro, A. (1989). Needle sharing practices among intravenous drug users in a state allowing the purchase of injecting equipment. **Vth International conference on AIDS**, Montreal, Canada.
- Liu, Z. M., Cai, Z.J., Wang, X.P. (1997). Rapid detoxification of heroin dependence by buprenorphine, *Chang Kuo Yao Li Hsueh Paom*, 18 (2): 112-4.
- Lowinson, J. H.; Ruiz, P.; Millman, R. B.; and et al. (1996). Substance Abuse: A comprehensive Textbook. (3 red ed). Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- McLellan At, Arndt 10, Metzger D.S., (1993). The effects of Psychosocial services in substance abuse treatment. **JAMA**. 269: 1953.
- Maddur J.F., & Desmond D.P., (1997). Outcome of methadone Maintenance 1 year after admission. **Journal of Drug Issues**. 27: 225-238.
- Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M. & et al. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 165, 179-194.
- Marusich, S., Finn, J., Hoxworth, T. (1990). Graffiti murals reach intravenous drug users. **Vth International Conference on AIDS**, San Francisco, USA.
- McLellan, A.T.; Luborsky, L.; Woody, G.E. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity

- Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- Mclellan, A.T., Grisson, G.R.; Zanis, D.; and et al. (1997). Problem service matching in addiction treatment: A Prospective Study in 4 Programs. *Archives of general psychiatry*, Vol. 54.
- Mercier, C., Racine, G. (1995). Case management with homeless woman: A descriptive study. *Community Mental Health Journal*. Vol. 31, No. 1, 25-37.
- Miller, W. R.; Hester, R. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. Miller (Ed.). *The Addictive Behaviors*. New York: Pergamon press.
- Minkoff, K., (1994). Community mental health in the nineties: public sector managed care. *Community Mental Health Journal*. Vol. 30, No. 4, 317-321.
- Montic, P. M.; Abrams, D. B.; Kaddan, R.M.; and et al. (1989). Treating Alcohol Dependence: a Coping Skills Training Guide. New York: Guilford.
- NIH consensus conference (1998). Effective medical treatments of opiate addiction. *JAMA*. 280: 1936-1943.
- Newmeyer, J.A., Feldman, H.W., Biernacki, P., Watters, J.K. (1989). Preventing AIDS contagion among intravenous drug users. *Medical Anthropology*. 10: 167-175.
- Novick, D.M., Joseph, H., Croxson, T.S., Salsitz, E.A., Wang, G., Richman, B.L., et al. (1990). Absence of antibody to HIV in long term socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Archives Internal Medicine*. 150: 97-99.
- O'Conner, P. G., Fiellin, D.A. (2000). *Pharmacologic Treatment of Heroin Dependent Patients*. *Annals of Internal Medicine*, July 4, 133, 40-54.
- O'Conner, P. G., Kosten, t. R. (1998). Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques, *JAMA*, Jan 21; 279 (3): 229-34.

- O'Conner, P. Carroll, K.M. Shi, J. M. & et al. (1997). Three methods of opioid detoxification in a primary care clinic, *Ann. Inter. Med.* 1, 127 (7): 526.
- Oei, T. P.; Jackson, P. R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies and Alcohol*, 1982, 43, 532-547 (Cited in WHO Approaches to treatment of substance abuse, 1993).
- Perkinson, R. R. (1997). *Chemical Dependency counseling*.
- Price, A. (1994). Dual diagnosis: Substance Abuse and Mental Illness. The Source Vol 4 (3).
- Rabinowitz, J., Cohen, H., Kotler, M. (1998). Outcomes of ultrarapid opiate detoxification combined with naltrexone maintenance and counselling. *Psychiatr serv*, 49 (6); 831-3.
- Razzaghi, E.M., Rahimi, A., Hosseini, M. (1999). Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran, *Prevention Department of Welfare Organization & UNDCP*.
- Rosen M. (1997). Use of pharmacological agents in opiate detoxification. In S.M., Stine & T.R., Kosten (Eds.). *New Treatments for Opiate Dependence*. New York: The Guilford Press.
- Ross, H. E.; Glaser, F. B.; Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-31.
- Rothbard, A., Alterman, A., Rutherford, M., Liu, F., Zelinski, S. & McKaj, J. (1999). Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reduction in the 1990. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 16:329-335.
- Rounsaville, B. J. (1995). Can psychotherapy rescue naltrexone treatment of opioid

- addictions? *NIDA Research Monograph*. 105, 37-52.
- Rounsaville, B. J.; Weissman, M. M.; Kleber, H. D., and et al. (1982). Heterogeneity of psychiatric Diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-166.
- Rounseville, B.J.; Carroll, K.M. (1996). Individual Psychotherapy. In J.H. Lowinson: et. al. (eds). *Substance Abuse: A comprehensive Textbook* (3rd ed.). Balitmore. Maryband: Williams & Williams.
- Sadock, B., Sadock, V., (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed.
- Scherbaun, N., Klein, S., Kaube, H. (1998). Alternative strategies of opiate detoxification, evaluation of the so called ultrarapid detoxification. *Pharmacopsychiatry*, 31 (6), 205-9.
- Scottish Home and Health Department (1986). HIV infection In Scotland. *Report of the Scottish Committee on HIV Infection and Intravenous Drug Misues*. Scottish Home and Health Department, Edinburgh.
- Seoane, A., Carrascd, G., Cabre, L. & et al. (1997). Drricacy and safety of two new methods of rapid detoxification in heroing addicts. *Br. J. Psych.*, Oct, 171, 340-5.
- Sexton, A.J., Wells, E.A., Fleming, C. & Jackson, T.R., (1996). Pretreatment characteristics program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction*. 91: 1197-1209.
- Single E. (1995). Defining harm reduction. Special Issue: Harm Reduction. *Drug and Alchol Review*. 14(3) 287-290.
- Single, E. (1996). The Concept of Harm Reduction and its Application to Alcohol,

Canadian Centre on Substance Abuse.

- Sledge, W. H., Astrachan, B. Thompson, K. & et al. (1995). Case management in psychiatry: An analysis of task. *American Journal Of Psychiatry*, Vol. 152, No. 9, 1259-1265.
- Sternberg, D. E. (1989). Dual diagnosis: Addiction and Affective Disorder. *The Psychiatric Hospital*, 20, 71-77.
- Strain, E. C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., & Stitzer M.L (1999) Moderate vs highdose Methodone in the treatment of Opioid dependence. *JAMA*. 281:1000-1005.
- Tasman, A. et al. (1997). Psychiatry Saunders.
- Teague, G. B., Drake, R. E., Ackerson, T. H. (1995). Evaluation use of contiuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*. Vol. 46, No. 689-695.
- Tempesta, E. and Di Giannantonio, M. (1990). The Italian epidemic: A case study in AIDS and Drug Misuse edited by John Strang and Gerry Stimson published by Routledge, London: New York, Page 112.
- Truman, B., Schmann, J.S., Brown, L., Peyser, N., Peyser, N., Peters, D., Des Jarlais, D. et al. (1989). HIV infection among intravenous drug users (IVDU) in NYC. *Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Canada.
- UNAIDS (1999). Drug use and HIV/AIDS statement presented at the United Nations General Assembly Special Session on Drugs.
- Viganu, J. (1998). Prelimiary assessment of a 10 day rapid detoxification Programme using high dosage buprenorphie: *Eur. Addict Res*. 4 suppl 1: 29-31.

- WHO Regional Office for Europe (1999), principles for Preventing HIV infection among drug users.
- Wanigaratne, S. et al. (1990). Relapse Prevention for Addictive Behaviours: **A Manual for Therapists**. Oxford: Blackwell.
- Ward, J., Wayne, H., & Mattick R.P., (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. **Lancet**. 353: 221-26.
- Warner, E.A., Kosten, T.R., & O'conner, P.G., (1997). Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. **Medical Clinics of North America**. 81: 909-925.
- Washton, A. M. (1996). Structured outpatient Group therapy. In J. H. Louwison, et al. (Eds) Substance Abuse: a comprehensive Textbook. (3 rd ed). Baltimore: Williams & Withins.
- Wiebel, W., Chene, D., and Johnson, W. (1990). Adoption of bleach use in a cohort of street intravenous drug users in Chicago. **Vith International Conference on AIDS**, June 1990, San Francisco, USA.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F. J. & et al (1991). Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. **Schizophrenia Bulletin**. Vol. 17, No. 3, 411-419.
- Williams, A., Vranizan, K., Gorter, R., Brodie, B., Meakin, R., Moss, A. (1995). Methadone maintenance, HIV serostatus and race in injection drug users (IDU) in San Francisco, Ca. **Vith International Conference of AIDS**, June 1990, San Francisco, USA.
- Wodak, A., and Saunders, B., (1995). Harm reduction means what I choose it to mean. **Drug and Alcohol Review**, 14, 269-271.
- Woff, I.; Toumbourou, J.; Herbiby, E.; and et al. (1996). Service providers

perceptions substance use self-help groups. *Substance use and Misuse*, 31(10), pp. 1241-1258.

Woshton, A.M., Pottash, A.C., & Gold, M.S., (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*. 45: 39-41.

Yalom, I. D. (1975). *The therapy and Practise of Group Psychotherapy*. (2 nd ed.). New York: Basic Boahs.

Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (3 rd ed). New York: Basic Boals.

پیوست ۱

پیوست ۲

برگه موافقت با درمان

برگه موافقت با درمان

- اینجانب: فرزند: بدینوسیله موافقت خود را با شرکت در برنامه درمانی مرکز وابسته اعلام می‌دارم. با امضاء این موافقت‌نامه، اینجانب پایبندی خود را به قوانین و مقررات مرکز اعلام نموده و خود را ملزم به رعایت نکات زیر می‌نمایم:
- ۱- اطلاعاتی که جهت برنامه‌ریزی درمانی برای من ضروری است با رعایت اصل صداقت در اختیار تیم درمان قرار خواهم داد.
 - ۲- با اعضاء تیم درمان در برنامه‌ریزی و در فرایند درمان همکاری لازم را خواهم نمود.
 - ۳- نوع درمان دارویی را که توسط پزشک مرکز برای من مناسب تشخیص داده می‌شود می‌پذیرم.
 - ۴- در برنامه درمانی که توسط تیم درمان برای اینجانب تدوین می‌شود بطور کامل شرکت خواهم نمود. به عبارت دیگر، علاوه بر درمان دارویی، در برنامه‌های روانی - آموزشی، گروه درمانی، خانواده درمانی و درمان فردی بطور فعال شرکت خواهم نمود.
 - ۵- عدم رعایت نکات فوق می‌تواند منجر به اخراج اینجانب از برنامه درمانی مرکز گردد.
- در ضمن به اینجانب اطمینان داده شده که پرونده من در مرکز بطور کامل سری نگهداشته خواهد شد و بدون اطلاع و موافقت کتبی من هیچگونه اطلاعاتی در مورد من به هیچ مرجع و نهادی ارائه نخواهد شد (البته مسئولین مرکز می‌توانند اطلاعات کلی در مورد بیماران مرکز را بدون ذکر نام آنها بصورت گزارش عملکرد یا گزارش تحقیق منتشر نمایند).

امضاء همراه

امضاء مراجع

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۱) معنادان به هروئین کشیدن ماگزیم مصرف تا ۰/۵ گرم

نام خانوادگی	نام	روزهای درمان	مصرف صبح سی سی	مصرف عصر سی سی
		اول	۱۵	۱۵
		دوم	۱۳	۱۳
		سوم	۱۲	۱۲
		چهارم	۱۱	۱۱
		پنجم	--	۱۱
		ششم	--	۱۲
		هفتم	--	۸
		هشتم	--	۶
		نهم	--	۴
		دهم	--	۲
		ملاحظات	--	جمع کل: ۱۵۰ سی سی

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۲) معنادان به هروئین کشیدن ماگزیم مصرف تا ۰/۶ گرم - یک گرم

نام خانوادگی	نام	روزهای درمان	مصرف صبح سی سی	مصرف عصر سی سی
		اول	۲۰	۲۰
		دوم	۱۷	۱۷
		سوم	۱۵	۱۵
		چهارم	۱۴	۱۴
		پنجم	--	۲۲
		ششم	--	۱۶
		هفتم	--	۱۲
		هشتم	--	۸
		نهم	--	۶
		دهم	--	۴
		ملاحظات	--	جمع کل: ۲۰۰ سی سی

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۳) امتدادن به هروئین کشیدن ماگزیم مصرف یک گرم

نام خانوادگی	نام	روزهای درمان	مصرف صبح سی سی	مصرف عصر سی سی
		اول	۱۵	۲۵
		دوم	۲۲	۲۲
		سوم	۱۹	۱۹
		چهارم	۱۶	۱۶
		پنجم	--	۲۶
		ششم	--	۲۰
		هفتم	--	۱۶
		هشتم	--	۱۲
		نهم	--	۸
		دهم	--	۴
		ملاحظات	--	جمع کل : ۲۵۰ سی سی

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۴) ماگزیم مصرف تیم متقال کشیدنی نیم گرم خوردنی (۲/۵ گرم=۱۲ نخود، تقریباً = ۲/۵ نخود)

نام خانوادگی	نام	روزهای درمان	تعداد صبح	تعداد قرص شب
		اول	۲	۲
		دوم	۲	۲
		سوم	۱	۲
		چهارم	۱	۲
		پنجم	۱	۱
		ششم	۱	۱
		هفتم	--	۱
		هشتم	--	۱
		نهم	--	--
		دهم	--	--
		ملاحظات	--	جمع کل : ۲۰ قرص

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۵) ماگزیلم مصرف نیم متقال کشیدنی یک گرم خوردنی (۵ گرم = ۲۴ نخود تقریبا ۵ نخود)

نام خانوادگی	تعداد قرص صبح	تعداد قرص شب	نام
روزهای درمان			
اول	۳	۳	
دوم	۲	۳	
سوم	۲	۳	
چهارم	۲	۳	
پنجم	۲	۲	
ششم	۲	۲	
هفتم	۱	۲	
هشتم	۱	۲	
نهم	۱	۱	
دهم	--	۱	
ملاحظات		جمع کل : ۳۳ قرص	

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۶) ماگزیلم مصرف دو متقال کشیدنی دو گرم خوردنی (ده گرم = ۴۸ نخود تقریبا ۱۰ نخود)

نام خانوادگی	تعداد قرص صبح	تعداد قرص شب	نام
روزهای درمان			
اول	۴	۵	
دوم	۴	۴	
سوم	۳	۴	
چهارم	۳	۳	
پنجم	۲	۳	
ششم	۲	۲	
هفتم	۱	۲	
هشتم	۱	۲	
نهم	۱	۱	
دهم	--	۱	
ملاحظات		جمع کل : ۴۸ قرص	

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۷) ماکزیم مصرف سه مقال کشیدن سه گرم خوردنی (پانزده گرم = ۷۲ نخود تقریبا ۱۵ نخود)

نام خانوادگی	نام	تعداد قرص صبح	تعداد قرص بعد از ظهر	تعداد قرص شب
روزهای درمان	اول	۴	۴	۴
دوم		۴	۴	۴
سوم		۳	۴	۴
چهارم		۳	۴	۳
پنجم		۲	۳	۳
ششم		۲	۲	۳
هفتم		۲	۲	۲
هشتم		۱	۱	۱
نهم		۱	۱	۱
دهم		۱	-	۱
یازدهم		-	-	۱
ملاحظات	جمع کل : ۷۳ قرص			

قرص ترک اعتیاد

جدول شماره (۸) ماکزیم مصرف سه مقال کشیدن سه گرم خوردنی (۲۰ گرم = تقریبا ۲۰ نخود)

نام خانوادگی	نام	تعداد قرص صبح	تعداد قرص بعد از ظهر	تعداد قرص شب
روزهای درمان	اول	۵	۵	۵
دوم		۵	۵	۵
سوم		۵	۴	۵
چهارم		۴	۴	۵
پنجم		۴	۴	۵
ششم		۳	۳	۴
هفتم		۲	۳	۳
هشتم		۲	۲	۳
نهم		۱	۲	۲
دهم		۱	۱	۲
یازدهم		۱	-	۱
دوازدهم		-	-	۱
ملاحظات	جمع کل : ۱۰۹ قرص			

پیوست ۳

برگه پذیرش بیماران معتاد

در

هراکز سرپایی و بستری

کد:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

دقی کلیتیک / مرکز بستری.....شهرستان.....استان

با پیش:

۱- نام و نام خانوادگی مراجعه کننده (در صورت سایل): ۱- آدرس (در صورت سایل)

۲- سن سال سال سال سال سال سال سال سال سال سال سال

۳- جنس مذکر مؤنث
 ۴- ۵- شهر محله روستا
 ۶- سطح دانش آموز دانشجو سرباز تازک
 ۷- تحصیلات پیوسته خرداد و نوبت ابتدایی سیکل دبلم فوق دبلم لیسانس
 ۸- وضعیت فعلی مجرد متأهل متاهله مطلقه
 ۹- تعداد فرزندان ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بیشتر
 ۱۰- وضع سکون سرتشمینی سراز استساری یا رخص سرز یادی سرز سارمانی سایر
 ۱۱- میزان درآمد ماهانه:
 ۱۲- یکگونه به مرکز معرفی می شود؟ از مراکز بهداشتی از دادگاه انقلاب شکایت خانواده و معرفی از مراکز قانونی مشکلات قانونی مشکلات قانونی مشاور خانواده
 ۱۳- علت مراجعه به مرکز سواض حسنی معرفت نامه بواب دولتی معرفت نامه مشکلات مالی مشکلات قانونی مشاور خانواده
 ۱۴- فشار دوسان فشار همسر اختلاف استعاشی سایر
 ۱۵- معرفت سگار باره چه سنی شروع کردید؟ زیر ۱۷ سالگی ۱۷-۱۸ سالگی ۱۸-۱۹ سالگی ۲۰-۲۱ سالگی ۲۲-۲۳ سالگی ۲۴ سالگی ۲۵ سالگی
 ۱۶- بطور عمده با چه ماده یا مواد سیگاری مصرف می کردید؟ مواد جدید گریه اشباع نمود
 ۱۷- چه کسی سرور برادری هر دو
 ۱۸- روش سیگاری مدغمی عمودی
 ۱۹- یکبار قبل از مراجعه به این مرکز دقتات مصرف روزانه چند بار بود است؟

- ۱۹- متوسط مخارج تهیه مواد در طی ماه چندتر است؟ کمتر از ۱۰۰۰۰۰ تومان ۳۰۰۰۰۰ - ۱۰۰۰۰۰۰ تومان ۷۰۰۰۰۰ - ۲۰۰۰۰۰۰ تومان ۱۲۰۰۰۰۰ - ۷۰۰۰۰۰۰ تومان بیشتر از ۱۸۰۰۰۰۰ - ۱۸۰۰۰۰۰ تومان
- ۲۰- اولین ماهه مورد سوء مصرف چه بود؟ در صورتیکه اولین ماهه الکل بوده دومین ماهه را نیز علامت بزنید.
 الکل تریاک حشیش شیره هروئین سایر ذکرشود.....
 ۲۱- اولین مورد سوء مصرف الکل در چه سنی بوده است؟ زیر ۱۰ سال ۱۰-۱۹ سال ۲۰-۲۹ سال ۳۰-۳۹ سال ۴۰-۴۹ سال ۵۰ سال و بیشتر
- ۲۲- اولین مورد سوء مصرف غیر از الکل در چه سنی بوده است؟ زیر ۱۰ سال ۱۰-۱۹ سال ۲۰-۲۹ سال ۳۰-۳۹ سال ۴۰-۴۹ سال ۵۰ سال و بیشتر
- ۲۳- اولین مورد سوء مصرف (غیر از الکل و سیگار) به پیشنهاد چه کسی بوده است؟ یکی از افراد خانواده یکی از بستگان دوستان (مدرسه)
- ۲۴- اولین بار سوء مصرف مواد را در چه موقعیتی شروع کردید؟ معلم کار منزل خیابان زمین ورزش به خاطر ندارد منزل دوستان
- سایر ذکرشود.....
- ۲۵- آیا قبل از شما فرد دیگری در خانواده سوء مصرف مواد داشته است؟ بله خیر چه کسی پدر مادر برادر خواهر عمو دایی سایر ذکرشود.....
- ۲۶- تا بحال از چه موادی استفاده کرده‌اید؟ حشیش شیره تریاک هروئین الکل می‌توانید چند گزینه انتخاب کنید سایر ذکرشود.....
- ۲۷- آیا تا بحال از سیگار مشترک برای تریاق استفاده کرده‌اید؟ بله خیر
- ۲۸- آیا تاکنون سوء مصرف مواد را ترک کرده‌اید (غیر از سیگار و الکل)؟ بله خیر چندبار دوبار سه بار چهار بار یا بیشتر ذکرشود
- ۲۹- طولانی‌ترین دوره ترک چه مدت بوده است؟ کمتر از یک‌هفته ۱-۴ هفته یکماه و یکروز تا ۳ ماه ۳ ماه و یکروز تا ۶ ماه یکسروز تا ۱۲ ماه
- ۳۰- در گذشته ماهه مورد سوء مصرف را چگونه ترک کردید؟ شخصاً با مراجعه به پزشکان بخش خصوصی با بستری شدن در بخش خصوصی با مراجعه سرپایی به مراکز درمانی دولتی اقامت در مراکز بازپروری اقامت در اردوگاهها و زندانها سایر ذکرشود.....

مواد افیونی Opioids



Papaver somniferum

سازمان بهداشتی جهانی