



معاونت سلامت
دفتر سلامت روانی اجتماعی و مدارس

پروتکل درمان

سوء مصرف مواد

(درمان وابستگی به مواد
افیونی)

تدوین:

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

مقدمه

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه بندی-DSM
IV-TR وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲
ماه است:

- بروز علائم ترک در صورت عدم مصرف مواد (مانند آبریزش بینی، پا درد یا اسهال)، یا لزوم مصرف مواد برای اجتناب از بروز علائم ترک.

- تحمل، به معنای نیاز به افزایش تدریجی مقدار مصرف برای دستیابی به اثر دخواه، یا عدم برخورداری از اثر دخواه در صورت ادامه مصرف مقدار قبلی.
- مصرف به میزان یا مدتی بیش از انتظار خود فرد.
- تمایل دائمی یا کوشش‌های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف.
- صرف زمان زیادی در فعالیتهای لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده.
- قطع یا کاهش فعالیتهای مهم شغلی، اجتماعی، و تفریحی به دلیل مصرف مواد.
- ادامه مصرف مواد علیرغم ایجاد مشکلات جسمی و روانی.

درمان وابستگی به مواد افیونی همانند بسیاری از دیگر بیماری‌ها در قالب یک پروتکل واحد نمی‌گنجد. روش‌های گوناگونی وجود دارد که بسته به تخصص و تجربه پزشک و تشخیص بالینی و نیازبیمار و امکانات درمانی موجود انتخاب می‌شوند. در این پروتکل تلاش بر این خواهد بود که درمان‌های اصلی با تاکید بر پیش‌نیازها و اقدامات درمانی لازم تشریح گردند. همچنین مدت زمان مورد نیاز برای درمان، سایر درمان‌های موجود و عوارض احتمالی ذکر خواهد شد.

این مجموعه شامل سه بخش است:

۱. مرحله نخست درمان: سم‌زدایی و پایدارسازی
۲. مرحله دوم درمان: پیشگیری از عود و توان‌بخشی یا بازتوانی
۳. درمان‌هایی که پشتوانه علمی آن‌ها به اثبات نرسیده و بنابراین مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیستند.

۱. مرحله نخست درمان: سم‌زدایی و پایدارسازی

سم‌زدایی فرآیندی است که در طی آن با مراقبت پزشکی و درمان دارویی به بیمار کمک می‌شود تا حداقل مشکلات جسمی و روانی را در وضعیت پرهیز تجربه کند و به کارکردی بهتر دست یابد.

سم‌زدایی به خودی خود باعث بهبود درازمدت نمی‌شود، بلکه باید به آن به عنوان مرحله آماده‌سازی بیمار برای تداوم درمان، حفظ وضعیت پرهیز و تشویق به بازتوانی نگریست.

سم‌زدایی به روش‌های گوناگون انجام می‌گردد. مهم‌ترین این روش‌ها عبارتند از:

- سم‌زدایی با آگونیست‌های آلفا آدرنرژیک (مانند کلونیدین)

- سم زدایی با داروهای آگونیست افیونی (متادون)
 - سم زدایی با داروهای آگونیست- آنتاگونیست افیونی (بوپرنورفین)
 - سم زدایی با داروهای آنتاگونیست افیونی (روش سریع یا فوق سریع با نالوکسون یا نالتراکسون)
- باید در نظر داشت که ترک مواد افیونی بدون نظارت پزشک اگرچه برای بیمار دشوار است، اما ممکن می‌باشد. روش‌های گوناگون سم زدایی با هدف کاهش علائم و عوارض ترک ابداع شده‌اند و یکی از وظایف مهم پزشک، انتخاب مناسب‌ترین روش درمانی با در نظر گرفتن کم‌ترین عوارض جانبی نامطلوب و بیشترین احتمال موفقیت برای هر بیمار است.
- از درمان‌های طب جایگزین تنها روش درمانی طب سوزنی است که اثربخشی آن به لحاظ علمی نشان داده شده است.

۱,۱. شاخص‌های موفقیت مرحله سم زدایی و پایداری

هدف اصلی در این مرحله، اداره بدون خطر عوارض طبی ناشی از ترک، دستیابی به پرهیز و ایجاد انگیزه در بیمار برای ادامه درمان و ورود به مرحله پیشگیری از عود و بازتوانی است.

شاخص‌های موفقیت در این دوره عبارتند از:

- تکمیل سم زدایی
- دستیابی به وضعیت پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی
- باقی ماندن در درمان و حفظ رابطه درمانی

۱,۲. شرح حال و مصاحبه

اطلاعات راجع به الگوی مصرف مواد

- انواع مواد مصرفی
 - سن شروع مصرف هر یک از مواد
 - دفعات مصرف روزانه و شیوة مصرف (تزریقی، تدریجی و ...)
 - مقدار مصرف روزانه یا هفتگی
 - تاریخ و زمان آخرین مصرف مواد
- بایستی این نکته را در نظر داشت که بسیاری از بیماران از ترس بروز علائم ترک در حین درمان، میزان مصرف خویش را بیش از واقع گزارش می‌کنند.

بررسی انگیزه درمان

- دلایل اقدام به ترک در حال حاضر
 - ارزیابی انگیزه و توانایی بیمار برای ادامه درمان
- توجه به این نکته ضروری است که انگیزه اغلب بیماران فاقد ثبات لازم است و لازم است پزشک با ابراز همدلی و حمایت و اجتناب از مجادله با بیمار، وی را در تداوم مراجعات درمانی تشویق کند.

سابقه درمان‌های قبلی اعتیاد به مواد افیونی

- انواع درمان‌های انجام شده

- مدت زمان درمانهای قبلی
- نوع و حداکثر مقدار داروهای استفاده شده در درمانهای قبلی

- مدت زمان پرهیز به دنبال درمانهای قبلی
- علل مصرف مجدد مواد به دنبال درمانهای قبلی

سابقه بیماریهای جسمانی و روانپزشکی و وضعیت فعلی

- سابقه بیماریهای جسمانی
- سابقه بیماریهای روانی
- سابقه بستریهای بیمارستانی
- داروهای مصرفی فعلی
- سابقه آلرژی (به خصوص به داروها)

تاریخچه شخصی و اجتماعی

- میزان تحصیلات، سابقه افت و عدم موفقیت در تحصیل
- وضعیت شغلی در گذشته و حال و میزان کارکرد فعلی
- وضعیت ارتباطات اجتماعی از جمله تأهل، ارتباط با همسر و سایر بستگان
- وضعیت فعلی مسکن (و اینکه بیمار با چه کسانی زیر یک سقف زندگی میکند).
- وضعیت مصرف مواد در شریک زندگی

تاریخچه درگیری با قانون

- سابقه دستگیری
- سابقه محکومیت و زندان
- علت دستگیری و محکومیت
- وضعیت فعلی

سابقه خانوادگی

- سابقه مصرف مواد در خانواده، وضعیت فعلی
- سابقه بیماریهای جسمانی در خانواده
- سابقه بیماریهای روانی در خانواده

سابقه رفتارهای پرخطر

- استفاده از روش تزریق در گذشته و حال
- میزان رعایت بهداشت در مصرف تزریقی
- سابقه تزریق مشترک
- ارتباطهای جنسی متعدد
- ارتباطهای جنسی ناایمن
- رفتارهای غیر قانونی
- خالکوبی
- زد و خورد و درگیریهای فیزیکی

۱,۳. محیط درمانی

به عنوان قاعده کلی هر قدر محیط بازگيري بیمار به محیط معمول زندگی وي نزديکتر باشد، در حفظ وضعیت پرهيز، دشواري کمتری خواهد داشت. زیرا فرآیند یادگيري مقابله با محرکهاي مصرف مجدد مواد، از همان زمان بازگيري آغاز می‌شود.

بنابراین در وهله اول درمان سرپايي بر درمان بستري برتري دارد.

در مواردی ممکن است به تشخیص پزشک درمان بستري برای بیمار مفیدتر باشد. این موارد شامل:

- وجود بیماری روانی همزمان
- وجود بیماری جسمی به خصوص بیماریهاي قلبي- ريوي
- عدم حمایت خانوادگی مناسب
- درگيري در خانواده
- سابقه پرخاشگري در دوره سم زدایی
- وجود فرد مصرفکننده دیگر در خانه
- سن بالا
- مشکلات شخصیتی
- احتمال عدم پیروي بیمار از رژیم درمانی در منزل و قطع درمان
- عدم تحمل علايم حین سم زدایی به صورت سرپايي
- تمایل بیمار
- دستور قانونی

۱,۴. سم زدایی با آگونیستهای آلفا آدرنرژیک (کلونیدین) و داروهای کمکی آن

کلونیدین با تحریک گیرنده های آلفا-۲- آدرنرژیک باعث کاهش پرفعالیتی واکنشی آدرنرژیک شده بنابراین علايم بازگيري زیر را تخفیف می‌دهد:

- افزایش فشار خون
 - تاکیکاردی
 - استفراغ
 - دلپیچه و اسهال
 - لرزش
 - تعریق
 - اشکریزش چشم و آبریزش از بینی
 - سیخ شدن موهاي بدن
 - اتساع مردمکها
 - اما علايم زیر تنها تا حدودی تخفیف می‌یابد:
 - بی‌خوابی
 - بیقراری
 - کرامپهاي عضلانی
- کلونیدین علايم زیر را تخفیف نمی‌دهد:

- خمیازه
- سکسکه
- دردهای استخوانی و عضلانی
- افسردگی

۱,۴,۱. پیش از تجویز

- پیش از تجویز کلونیدین رعایت نکات زیر ضروری است:
۱. فشار خون مساوی یا بالاتر از ۸۵/۵۵ میلی‌متر جیوه باشد
 ۲. درمورد بیماران با سابقه بیماری قلبی-ریوی انجام مشاوره داخلی قلب پیش از آغاز درمان ضروری است.
 ۳. به بیمار باید در مورد تداخل کلونیدین با الکل، داروهای آرامبخش - خواب‌آور (باربیتوراتها) مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز، دیورتیک‌ها و سایر داروهای ضد فشارخون توضیح داده شود.
 ۴. باید راجع به خطر کارکردن با ماشین‌آلات و رانندگی به بیمار تذکر داده شود.
 ۵. ضرورت اندازه‌گیری منظم فشارخون باید تصریح شود. در صورت افت فشارخون به پایین‌تر از ۸۵/۵۵ میلی‌متر جیوه، اقدام لازم باید برای بیمار و همراهش توضیح داده شود.
 ۶. باید به بیمار توضیح داد که در صورت قطع ناگهانی و یا فراموش کردن مصرف دارو، افزایش واکنشی فشارخون همراه با علائم تحریک‌پذیری، عصبی شدن، بیخوابی، تعریق، سردرد، ناراحتی شکمی، دردهای عضلانی، و افزایش ترشح بزاق اتفاق خواهد افتاد.

۱,۴,۲. تجویز کلونیدین

- دوز شروع معمولاً ۰/۲ تا ۰/۳ میلی‌گرم در روز (یعنی روزی دو الی سه نصف قرص) است، در صورت عدم افت فشار خون می‌توان آن را در عرض سه تا چهار روز به ۱/۲ میلی‌گرم در روز (معادل ۶ قرص) افزایش داد. برای بسیاری از بیماران حداکثر ۴ قرص در روز کفایت می‌کند.
- دوره سم‌زدایی هرویین اغلب ۵ تا ۷ روز و در مورد تریاک ۷ تا ۱۰ روز به طول می‌انجامد. البته برخی علائم ترک ممکن است تا ۶ ماه نیز ادامه پیدا کنند.
- برای بررسی و تنظیم دارو و کنترل فشار خون لازم است بیمار هفته‌ای دو بار یا بیشتر (و حداقل هفته‌ای یکبار) ویزیت شود. درمورد کسانی که هروئین مصرف می‌کرده‌اند، ویزیت بیمار بافاصله کوتاه‌تر توصیه می‌شود.
- در صورت افت فشار خون به کمتر از ۸۵/۵۵ میلی‌متر جیوه دوز بعدی دارو تجویز نشده و دوز کلی دارو کاهش داده می‌شود. اگر افت فشار خون پایا و بارز باشد، باید دارو را قطع کرد.

۱,۴,۳. ختم درمان

کلونیدین را باید بتدریج و طی ۲ الی ۴ روز کاهش داد و قطع کرد. قطع ناگهانی دارو باعث افزایش واکنشی فشارخون (*rebound hypertension*) می‌شود. در مواردی می‌توان با توجه به نیاز بیمار کاهش دارو را کندتر انجام داد.

۱,۴,۴. داروهای کمکی

کلونیدین برای تسکین گرفتگی و درد عضلانی و استخوانی ناشی از ترک مصرف مواد افیونی کارایی ندارد. در منابع، از داروهای بسیاری برای کمک به سم‌زدایی با کلونیدین نام برده شده است. با این همه علامت اکثر بیماران با ترکیبی از کلونیدین، داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای، داروهای مسکن - ضد التهاب (*NSAIDs*) و احياناً بنزودیازپین‌ها کنترل شده و نیازی به داروهای بیشتر ندارند.

داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای

اگرچه گفته می‌شود این داروها برای تخفیف افت فشارخون ناشی از مصرف کلونیدین، بهبود خواب، کاهش آبریزش از بینی و اشک‌ریزش، بهبود اضطراب و اشتها موثر هستند، اما در مجموع این داروها به دلیل عوارض زیادی که دارند، به خصوص از لحاظ افت فشار خون، توصیه نمی‌شوند.

در صورت تجویز این داروها می‌بایست نکات زیر را مورد توجه قرار داد:

۱. با توجه به احتمال همراه بودن وابستگی به مواد با سایر اختلالات روانی به ویژه افسردگی، امکان استفاده از این داروها به منظور خودکشی را باید مد نظر قرار داد.

۲. این داروها در بیمارانی که سابقه اختلال خلقی دو قطبی دارند می‌توانند باعث بروز حمله مانیا شوند.

۳. تداخل‌های دارویی با سایر داروها مانند تیوریدازین، پرفنازین، پروپرانولول و سایر داروهای ضد افسردگی را باید مورد توجه قرار داد.

۴. داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای دارای خواص بارز آنتی‌کولینرژیک هستند و برای اجتناب از بروز دل‌ریوم آنتی‌کولینرژیک، تجویز آنها همراه با داروهای دیگری با همین خصوصیت باید با احتیاط انجام گیرد.

داروهای ضد درد - ضد التهاب (*NSAIDs*)

داروهای مختلفی از این گروه برای تسکین درد ناشی از سم‌زدایی مورد استفاده قرار گرفته‌اند: آسپیرین، دیکلوفناک، مفنایک اسید و ایبوپروفن. داروی اخیر متداول‌ترین آنها است، زیرا اثر ضد درد آن بیش از سایر داروهای این گروه است. اغلب اوقات تجویز خوراکی دارو کافی است و نیازی به تجویز فرم تزریقی آن نیست. تزریق وریدی نیز در درمان سوء مصرف مواد جایی ندارد، زیرا می‌تواند مشوق مصرف تزریقی در آینده شود. دیکلوفناک به صورت شیاف نیز در برخی موارد توصیه می‌شود.

حداکثر دوز ایبوپروفن تا روزی ۲/۴ گرم در روز، دیکلوفناک ۱۵۰ میلی‌گرم در روز، آسپیرین ۴ گرم در روز و مفنایک اسید ۱/۵ گرم در روز است.

در تجویز این داروها توجه به نکات زیر ضروری است:

۱. در بیماران تحت درمان سوءمصرف مواد، احتمال خونریزی معده به دلایل زیر بیشتر است:

- رژیم غذایی نامناسب پیش از آغاز درمان
 - شیوع بالای مصرف سیگار و الکل
۲. خونریزی گوارشی بیمار ممکن است به علت دلپیچه و تهوع ناشی از سمزدایی از نظر دور بماند، به ویژه اگر به علت یبوست، ملنا نیز قابل مشاهده نباشد. افت فشارخون ناشی از خونریزی ممکن است به عوارض کلونیدین نسبت داده شود.

بنزودیازینها

در بسیاری از منابع تجویز این داروها برای کاهش تنش عضلانی توصیه می‌شود. داروهایی که بیشتر در دوره سمزدایی استفاده می‌شوند عبارتند از کلونازپام و لورازپام با دوز معمول حداکثر تا ۶ میلی گرم در روز. در مواقع لازم این داروها تا ۲۰ میلی گرم در روز نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

فلورازپام برای بهبود تداوم خواب و آلپرازولام برای کاهش اضطراب و بهبود بخواب رفتن استفاده شده‌اند. البته باید توجه داشت که داروهای با نیمه عمر کوتاه‌تر مانند آلپرازولام و لورازپام بیشتر ایجاد وابستگی می‌کنند و باید با احتیاط بیشتری تجویز شوند. با این حال بسیاری از بیماران در دراز مدت به سوءمصرف دیازپام و فلورازپام روی می‌آورند.

باکلوفن

باکلوفن تقویت‌کننده سیستم گابا است که بر گیرنده های مرکزی اثر می‌گذارد. این دارو به طور معمول برای درمان اسپاستیسیته ناشی از اسکروز مولتیپل یا سایر اختلالات به کار می‌رود. برای درمان تنش‌های عضلانی مقاوم به درمان در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد که بسیاری از اوقات تا ماهها پس از سم زدایی طول می‌کشد و معتادان آن را "سیم کشی" می‌نامند، ممکن است موثر باشد.

• پیش از تجویز دارو باید در مورد احتمال بروز ضعف، خواب‌آلودگی، حالت تهوع، اغتشاش شعور، کاهش فشار خون و علائم روانپزشکی مانند توهم به بیمار هشدار داد. باکلوفن خود می‌تواند باعث درد عضلانی شده و در مصرف همزمان با سایر تضعیف‌کننده های تنفسی می‌تواند ایجاد دپرسیون تنفسی کند.

◀ مصرف باکلوفن در این موارد باید با احتیاط باشد: زخم معده، اختلالات شدید روانپزشکی و صرع. در بیماری های کبدی، پایش آنزیم های کبدی الزامی است. در اختلالات کلیوی باید دوز دارو کاهش داده شود.

• دوز دارو ۵ میلی گرم سه بار در روز است و در صورت ضرورت می‌توان آن را تا روزی ۶۰ میلی گرم تجویز نمود. دوزهای بالاتر توصیه نمی‌شوند.

• در اختلال کلیوی معمولاً تجویز ۵ میلی گرم در روز کافی است.

◀ قطع باکلوفن نباید ناگهانی باشد، زیرا می‌تواند باعث حملات صرع گردد. مقدار مصرف را باید به صورت تدریجی و طی دو هفته کاهش داده و سپس قطع کرد.

داروهای آنتی هیستامینی

برای کاهش علائم بی‌قراری و بی‌خوابی می‌توان از داروهای آنتی‌هیستامینی استفاده کرد. قبلاً به ندرت از بنزودیازپین‌ها در درمان اعتیاد استفاده می‌شد، لیکن اکنون بسیاری از پزشکان درمان با بنزودیازپین‌ها را برای تسکین تنش عضلانی مجاز میدانند. بنابراین استفاده از آنتی‌هیستامین‌ها در سم‌زدایی کاهش یافته است.

منگام تجویز این داروها توجه به نکته زیر ضروری است:

◀ آنتی‌هیستامین‌ها خواص بارز آنتی‌کولینرژیک دارند و برای اجتناب از بروز دل‌ریوم آنتی‌کولینرژیک، تجویز آنها همراه با داروهای دیگری با همین خصوصیت بایستی با احتیاط انجام گیرد.

داروهای آنتی‌سایکوتیک

برای تخفیف بی‌قراری یا بی‌خوابی شدید در طی سم‌زدایی، بسیاری از اوقات آنتی‌سایکوتیک‌های فنوتیازینی مفید هستند. در درمان تهوع شدید، در صورت عدم تاثیر کلونیدین، استفاده همزمان از کلرپرومازین مناسب است.

دوز داروی آنتی‌سایکوتیک در سم‌زدایی، دوز معمول مورد استفاده برای بی‌خوابی و بی‌قراری است که به عنوان مثال برای کلرپرومازین ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. در صورت نیاز می‌توان میزان بیشتری تجویز کرد. استفاده از تیوریدازین توصیه نمی‌شود.

توجه به نکات زیر در تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک ضروری است:

۱. باید به تداخل‌های دارویی با سایر داروها مانند کلروکین، پروپرانولول، لیتیم و داروهای ضدافسردگی توجه کرد.

۲. مصرف همزمان تیوریدازین و نالترکسون می‌تواند موجب لتارژی شدید گردد.

◀ آنتی‌سایکوتیک‌های فنوتیازینی اغلب خواص بارز آنتی‌کولینرژیک دارند و جهت اجتناب از بروز دل‌ریوم آنتی‌کولینرژیک، تجویز آنها همراه داروهای دیگری با همین خصوصیت باید با احتیاط انجام گیرد.

داروهای ضدتهوع و ضداسپاسم

در صورتی که تهوع و استفراغ شدید بوده و با کلونیدین قابل کنترل نباشد، می‌توان از متوکلوپرامید و کلرپرومازین استفاده کرد. همچنین برای کنترل اسپاسم شدید روده‌ها و دل‌پیچه می‌توان از هیوسین استفاده نمود. توجه به این نکته جالب است که دوزهای بالاتر کلونیدین، در صورتی که افت فشارخون ندهد، اغلب علائم تهوع و اسپاسم را کنترل می‌کند. به هر میزان

که تعداد داروهای تجویزی کمتر باشند، همکاری درمانی بیشتر و تداخل‌های دارویی کمتر خواهد بود.

۱, ۴, ۵. تشخیص افتراقی دلیریوم در دوره سم‌زدایی

- سم‌زدایی مواد افیونی به تنهایی، به ندرت با دلیریوم همراه است.
- بسیاری از داروهای مورد اشاره خاصیت آنتی‌کولینرژیک دارند. متأسفانه بسیاری از اوقات تعداد زیادی از آنها به طور همزمان تجویز شده و باعث بروز دلیریوم در بیماران می‌شوند. با استفاده مناسب از داروها میتوان از بروز دلیریوم جلوگیری کرد.
- از سوی دیگر بسیاری از بیماران ضمن سوء‌مصرف مواد افیونی، باربیتورات‌ها و بنزودیازپین‌ها را نیز مورد سوء‌مصرف قرار می‌دهند. آنالیز نمونه های هروین خیابانی نشان‌دهنده مخلوط بودن شایع این داروها با این مواد است. ترک باربیتورات‌ها و بنزودیازپین‌ها در بسیاری از موارد موجب دلیریوم می‌گردد و بنابراین باید تشخیص افتراقی دلیریوم مدنظر قرار گیرد.
- یکی دیگر از علل نه چندان شایع، دلیریوم ناشی از ترک مصرف الکل است.
- تشخیص افتراقی دلیریوم در دوره سم‌زدایی همیشه آسان نبوده و مستلزم هوشیاری بالینی پزشک معالج است.

درمان دلیریوم

به عنوان قاعده کلی، در زمان دلیریوم مغز حساسیت بیشتری نسبت به داروها دارد. بنابراین باید از کم‌ترین مقدار دارو برای درمان استفاده کرد. ضمناً اقدامات حمایتی و کنترل بیمار برای جلوگیری از بروز صدمات جسمی ناشی از کاهش سطح هوشیاری در زمان دلیریوم، ضروری است.

هالوپریدول

- با مقادیر بسیار کمتر از دوز لازم در سایکوز، و به میزان ۵/۱ تا ۱ میلی‌گرم خوراکی به کار می‌رود. بسیار بندرت ممکن است نیاز به تجویز مقادیر بیشتر تا ۵ میلی‌گرم باشد. استفاده از محلول خوراکی آن بهتر است.
- هالوپریدول خوراکی نصف یا یک سوم فرم تزریقی کارآیی دارد. بنابراین دوز آن در صورت تجویز عضلانی باید نصف تا دو سوم مقدار خوراکی باشد.

◀ استفاده از کلرپرومازین (لارگاکتیل) بعلت احتمال تشدید علائم دلیریوم به هیچ وجه توصیه نمی‌شود.

◀ در صورت شک به دلیریوم ناشی از داروهای آنتی‌کولینرژیک استفاده از هالوپریدول توصیه نمی‌شود.

بنزودیازپین‌ها

- بنزودیازپین‌ها برای درمان همه انواع دلیریوم اشاره شده در بالا موثر هستند.

- اغلب استفاده از لورازپام که دارویی با اثر کوتاه است، بهترین انتخاب می‌باشد. چرا که در عین رفع علائم دلیریوم آسیب‌زایی کمتری دارد.
- استفاده از دوزهای پایین‌تر، مناسب‌تر هستند.
- در ایران لورازپام به صورت تزریقی موجود نیست. در صورت نیاز به استفاده از فرم تزریقی، تنها دیازپام در دسترس است.
- در صورت شک به دلیریوم ترک الکل (دلیریوم ترمنس)، بستری نمودن بیمار ضروری است. چرا که مواردی که بدرستی درمان نشوند، با مرگ و میر بالایی همراه خواهند بود. درمان دارویی انتخابی کلردیازپوکساید با دوز ۸۰ تا ۱۲۰ میلی‌گرم در روز در چهار نوبت به مدت حداقل چهار روز است.

۱,۵. سم زدایی با آگونیست‌های افیونی (متادون)

به پروتکل درمان با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود.

۱,۶. سم زدایی با آگونیست- آنتاگونیست‌های افیونی (بوپرنورفین)

به پروتکل درمان با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود

۱,۷. سم زدایی با آنتاگونیست‌های افیونی

- اساس این شیوه درمان جدا کردن مواد افیونی از گیرنده‌های خود و در نتیجه تسریع در فرآیند سم زدایی است.
- باید توجه داشت که این درمان هیچ‌گونه مزیتی بر سایر روش‌ها ندارد، ضمن این که در روش URD به دلیل انجام بیهوشی، بیمار در معرض خطر اضافه‌ای قرار می‌گیرد.
- از نظر علمی، برتری این روش بر سایر روش‌های سم زدایی به اثبات نرسیده است.
- این روش موجب بروز علائم شدید ترک می‌گردد و به همین علت باید با استفاده از کلونیدین و آرامبخش‌ها علائم ترک کاهش داده شوند.

۱,۷,۱. سم زدایی فوق سریع (UROD) Ultrarapid Opioid Detoxification

تعریف: سم زدایی فوق سریع روشی است که طی آن با استفاده از داروهای آنتاگونیست مواد اپیوئیدی، فرآیند سم زدایی در مدت کوتاه (چند ساعت) و زیر بیهوشی انجام می‌شود.

- باید توجه داشت که این درمان هیچ‌گونه مزیتی بر سایر روش‌ها ندارد، ضمن این که به دلیل انجام بیهوشی، بیمار در معرض خطر اضافه‌ای قرار می‌گیرد.
- این روش با ریسک بیهوشی و هزینه به مراتب بالاتر همراه است.
- در بعضی از متون معتبر، از این روش به عنوان روشی منسوخ نام برده می‌شود.

این روش در موارد زیر جایز است:

۱. سن کمتر از ۴۰ سال

۲. شدت اعتیاد کم تا متوسط
 ۳. عدم وجود ممانعت طبي يا رواني
 ۴. اصرار بیمار برای سم زدایی با این روش، با وجود این که توضیح کافی در مورد سایر روش‌های سم زدایی داده شده است.
- موارد منع انجام مطلق (کنتراندیکاسیون مطلق):**

۱. بارداری
 ۲. سابقه بیماری قلبی یا شواهدی دال بر بیماری قلبی در معاینه‌های فیزیکی و بررسی‌های پاراکلینیکی
 ۳. اختلال کارکرد کلیوی
 ۴. بیماری پیشرفته کبدی شامل زردی و/ یا آسیت، آنسفالوپاتی کبدی
 ۵. سابقه سایکوز
 ۶. کنتراندیکاسیون بیهوشی برای عمل جراحی انتخابی (elective)
- موارد منع انجام نسبی (کنتراندیکاسیون نسبی):**

۱. سابقه افسردگی
 ۲. وضعیت اجتماعی ناپایدار
- در این روش درمانی موارد زیر می‌بایست رعایت شود:**

- ۱) ماهیت درمان و گزینه‌های مختلف درمانی برای بیمار توضیح داده شود.
- ۲) رضایت‌نامه کتبی اخذ گردد.
- ۳) به بیمار توضیح داده شود که این روش تنها مرحله سم زدایی از فرآیند درمانی است و برای پیشگیری از عود نیاز به مراجعه و ادامه درمان به‌خصوص درمان‌های غیردارویی می‌باشد.
- ۴) کنتراندیکاسیون‌های ذکر شده وجود نداشته باشند.

مزایا

سرعت بیشتر، کاهش علائم آزار دهنده ترک، کمتر بودن میزان درد، به پایان رسیدن مرحله سم زدایی در همه بیماران، و بالا رفتن احتمال ورود به درمان با نالتراکسون

معایب

هزینه بالا، ریسک بیهوشی، باور غلط مبني بر این که این روش درمان قطعی اعتیاد است، خطر بروز دلیریوم در موارد نادر، مواردی از نارسایی کلیه ناشی از رابدومیولیز

روش اجرا

۱. انتخاب و ارجاع بیمار باید توسط روانپزشک صورت پذیرد.
۲. پیش از معرفی، مشاوره داخلی برای بررسی بیماری‌های قلبی، کلیوی و کبدی انجام شود.
۳. نوار قلبی روز قبل از بیهوشی به‌خصوص از نظر آریتمی و بیماری ایسکمیک، اختلالی را نشان ندهد.
۴. آزمایش خون حداکثر مربوط به یک هفته قبل از بیهوشی اختلال بارزی را در زمینه‌های زیر نشان ندهد:
۵. CBC (diff), Hct, Hb, FBS, TG, Chol, BUN, Crea, Uric Acid, SGPT, SGOT, DH, Alk. Phosph., U/A.
۶. معاینه کامل فیزیکی انجام گیرد و سابقه بیماری‌های جسمی، به‌خصوص مصرف داروهای ضد فشارخون بررسی شود.

۷. این روش باید توسط پزشک متخصص بیهوشی انجام شود.
۸. شرایط و امکانات لازم برای انجام بیهوشی عمومی فراهم باشد.
۹. امکان دسترسی سریع به ICU وجود داشته باشد.
۱۰. قبل از بیهوشی به بیمار داروهای کمکی برای کاهش استفراغ و حرکات روده و نیز کلونیدین داده می‌شود.
۱۱. برای پیشگیری از آسپیراسیون باید برای بیمار {چه در بیهوشی کامل باشد و چه در آرامبخشی عمیق (deep sedation)} لوله‌گذاری (intubation) انجام شود.
۱۲. در طی بیهوشی نالوکسون وریدی یا نالتروکسون از طریق NG Tube به بیمار داده می‌شود.
۱۳. مدت بیهوشی حدود ۴ تا ۸ ساعت به طول می‌انجامد.
۱۴. از نظر علائم حیاتی باید بیمار به طور مرتب کنترل شود.
۱۵. روانپزشک باید بیمار را قبل و پس از بیهوشی ویزیت نماید و ادامه درمان پیشگیری از عود را به عهده داشته باشد.
۱۶. پس از به هوش آمدن، بیمار تحت درمان با نالتروکسون قرار می‌گیرد.
۱۷. توصیه می‌گردد که برای حداقل ۲۴ ساعت پس از اتمام فرآیند سم‌زدایی، بیمار در بیمارستان بستری گردد تا علائم احتمالی کوفتگی شدید عضلانی یا دلیریوم مورد بررسی قرار گیرند.

۱،۷،۲. سم‌زدایی سریع

- این روش سم‌زدایی طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت کامل می‌شود. در روز اول ممکن است علائم ترک متوسط تا شدید بروز کنند، اما بعد به سرعت کم می‌شوند.
- مهم‌ترین مزیت این روش درمانی فاصله زمانی کوتاه (۲ تا ۳ روزه) بین شروع سم‌زدایی تا آغاز درمان با نالتروکسون است.
- این روش با داروهای مختلف قابل انجام است که در این پروتکل، روش درمان با کلونیدین شرح داده می‌شود.
- با استفاده مداوم از کلونیدین، و بنزودیازپین‌ها (مانند اکسازپام خوراکی یا میدازولام عضلانی) می‌توان از روز نخست درمان از آنتاگونیست‌های افیونی استفاده کرد.

این روش در موارد زیر جایز است:

۱. سن پایین‌تر از ۴۰ سال
۲. شدت اعتیاد کم تا متوسط
۳. عدم وجود ممانعت طی یا روانی
۴. اصرار بیمار برای سم‌زدایی با این روش، با وجود این که توضیح کافی در مورد سایر روش‌های سم‌زدایی داده شده است.

موارد منع انجام مطلق (کنتراندیکاسیون مطلق):

۱. بارداری
۲. سابقه بیماری قلبی یا شواهدی دال بر بیماری قلبی در معاینه‌های فیزیکی و پاراکلینیکی

۳. اختلال کارکرد کلیوی
۴. بیماری پیشرفته کبدی شامل زردی و / یا آسیت، آنسفالوپاتی کبدی
۵. وابستگی همزمان به بنزودیازپین‌ها، الکل و آمفتامین‌ها
۶. سابقه سایکوز

موارد منع انجام نسی

۱. سابقه افسردگی
 ۲. وضعیت اجتماعی ناپایدار
- بیمارانی که از این روش درمانی سود می‌برند:**

کسانی که انگیزه قوی برای پرهیز از مواد افیونی دارند، از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند (شاغلند، ارتباط بین‌فردی و زناشویی مناسب دارند، و از حمایت خانوادگی خوبی برخوردارند) و دچار مشکل بارز روانشناختی نیستند.

ملاحظات پیش از آغاز درمان

۱. نوار قلبی روز قبل از شروع درمان بخصوص از نظر آریتمی و بیماری ایسکمیک، اختلالی را نشان ندهد.
۲. آزمایش خون حداکثر در به یک هفته قبل از شروع درمان اختلال بارزی را در زمینه‌های زیر نشان ندهد:
۳. CBC (diff), Hct, Hb, FBS, TG, Chol, BUN, Crea, Uric Acid, SGPT, SGOT, LDH, Alk. Phosph., U/A.

۴. معاینه کامل فیزیکی انجام گیرد و سابقه بیماری‌های جسمی، به خصوص مصرف داروهای ضد فشارخون بررسی شود.
۵. برای کاهش خطر دلیریوم، در درمان این بیماران حتی‌الامکان نباید از داروهایی با خواص بارز آنتی‌کولینرژیک، استفاده شود.
۶. امکان ارائه مراقبت‌های اورژانس (در شکل درمانگاهی - ارجاع بیمارستانی) باید وجود داشته باشد.

روش اجرا

- کنترل علائم حیاتی هر شش ساعت و ثبت در پرونده (به‌جز ۱ ساعت اول که علائم حیاتی هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه کنترل می‌شوند)
- رژیم غذایی معمول برای بیمار
- در صورت تایید نوار قلبی و فشارخون بالای ۶۰ / ۹۰ میلی‌متر جیوه، درمان با کلونیدین آغاز می‌شود.
- حتی‌المقدور درمان به صورت بستری انجام گیرد.
- کلونیدین به صورت ۰/۲ میلی‌گرم هر ۲ ساعت برای حداکثر ۹ دوز (۱/۸ میلی‌گرم) تجویز می‌شود. در ۸ ساعت اول درمان، فشار خون می‌بایست هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه اندازه‌گیری شود.
- ۱ تا ۳ ساعت پس از شروع کلونیدین، نالترکسون با دوز یک میلی‌گرم هر ۲ ساعت شروع می‌شود. حداکثر دوز نالترکسون در روز اول، ۱۲/۵ میلی‌گرم می‌باشد.
- برای کاهش کرامپ‌های عضلانی از بنزودیازپین‌های کوتاه اثر مانند اگزاپام ۳۰ تا ۶۰ میلی‌گرم همراه با اولین دوز

کلونیدین می‌توان استفاده نمود. حداکثر دوز اگزازپام، ۱۸۰ میلی‌گرم است.

- در پایان ۸ ساعت اول، بیمار می‌تواند با همراهی یکی از اقوام یا دوستانش به خانه برگردد.
- در روز دوم، دوز کلونیدین و بنزودیازپین همانند روز اول بوده و دوز نالترکسون ۲۵ میلی‌گرم است، که به صورت دوزهای منقسم داده می‌شود. در صورتی که پس از ۳ یا ۴ ساعت بیمار مشکلی نداشته باشد، می‌توان او را به خانه فرستاد.
- در روز سوم، دوز نالترکسون به ۵۰ میلی‌گرم افزایش داده می‌شود.
- کلونیدین و بنزودیازپین به تدریج در طی ۵ تا ۱۰ روز کاهش داده می‌شوند.
- در عمل برای کنترل علائم بازگویی، نیاز به تجربه و مهارت وجود دارد. از این رو انجام آن باید با احتیاط صورت گیرد.

۱,۸. درمان‌های طب جایگزین

طب سوزنی

طب سوزنی تنها روش شناخته شده طب جایگزین برای سم‌زدایی در سوء‌مصرف مواد است که از نظر علمی مورد قبول می‌باشد و اغلب برای کاهش علائم ترک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در انجام این روش توجه به نکات زیر ضروری است:

- سوزن مورد استفاده باید استریل باشد.
- ولتاژ عموماً ۴ تا ۵ ولت و شدت جریان ۳ میلی‌آمپر است.
- برای درد پشت معمولاً نقاط B۲۴-B۵۴ و B۶۰ استفاده می‌شوند. برای بی‌خوابی و اضطراب معمولاً نقاط LI ۴, H۵, H۶ و نقاط گوش استفاده می‌شوند.
- بسیاری از علائم اغلب پس از ۱۵ دقیقه بهبود یافته و پس از ۳۰ دقیقه از بین می‌روند.
- توصیه سازمان بهداشت جهانی آن است که در زنان باردار با احتیاط بسیار انجام شود.
- تحریک طولانی‌مدت می‌تواند منجر به انقباض معده شود که البته اغلب پس از قطع تحریک برگشت پذیر است.
- سایر روش‌های ممکن عبارتند از ماساژ نقاط کلیدی یا استفاده از الکتروود بدون استفاده از سوزن.
- سم‌زدایی به صورت بستری: دو یا سه بار یا بیشتر در روز به مدت ۷ تا ۸ روز
- سرپایی که مشکل‌تر است. طی ۱۴ روز تنها ۱۰٪ بیماران سم‌زدایی می‌شوند.
- اغلب در ترکیب با تمرین‌های آرامش‌سازی (relaxation) انجام می‌شود.
- انجام این روش در ترکیب با درمان‌های زیر نیز مطالعه شده و اثرات درمانی مثبتی به همراه داشته است:

- ❖ سم زدایي فوق سریع
- ❖ درمان نگاه دارنده با متادون
- ❖ ترك ماري جوانا
- ❖ ترك كوكايين
- ❖ ترك آمفتامینها

۱,۹. درمان نگاه دارنده با متادون

به پروتکل درمان نگهدارنده با متادون مراجعه شود.

۲. مرحله پیشگیری از عود - بازتوانی

بازتوانی برای بیمارانی مناسب است که از اثرات حاد فیزیولوژیک و هیجانی مواد رنج نمی‌برند. هدف این مرحله از درمان، جلوگیری از بازگشت به سوء مصرف مواد غیر قانونی و قانونی و یاری بیمار در بدست آوردن کنترل بر ولع سوء مصرف و یاری به او در دستیابی مجدد به تندرستی بیشتر شخصی و ارتقای کارکرد اجتماعی اوست.

دیدگاه‌های نظری در مورد عوامل دخیل در سوء مصرف مواد بسیار متفاوتند. سازوکارهای مختلفی از قبیل عوامل ژنتیک، اختلال‌های بیولوژیک، ناهنجاری‌های اکتسابی متابولیک، الگوهای منفی رفتاری، احساس‌های عمیق و دیرینه خودارزشمندی پایین، خوددرمانی مشکلات اولیه جسمانی و روانی و نبود حمایت خانوادگی و اجتماعی برای توضیح بروز این پدیده مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

راهبردها و روش‌های درمانی نیز به اندازه که دیدگاه‌های نظری علل پیدایش اعتیاد، گوناگونند.

بر حسب روش درمانی مورد استفاده، مدت درمان می‌تواند از یک ماه تا یک سال باشد. لیکن با توجه به میزان بالای

خطر عود در یکسال اول پس از سم زدایی، طول درمان می‌بایست حتی‌الامکان برای این مدت تداوم پیدا کند. عوامل مربوط به اثر بخشی و موفقیت درمان شامل عوامل مربوط به بیمار و عوامل مربوط به نحوه ارایه درمان هستند.

عوامل زیر می‌توانند حتی در صورت ارایه خدمات درمانی بهینه با خطر بالاتر عود همراه باشند:

- وابستگی شدید
 - مشکلات روانپزشکی همراه
 - عدم آمادگی برای درمان، فقدان انگیزه درمانی
 - بیکاری
 - عدم وجود حمایت خانواده و اجتماع
 - این بدان معناست که اقدام در جهت بهبود عوامل فوق در کنار اعمال روش‌های درمانی، از اهمیت بسیاری برخوردار است.
- ### عوامل مربوط به درمان شامل عوامل زیر می‌شوند:
- محیط درمانی- که می‌تواند سرپایی یا بستری باشد. در کشور ما درمان‌های بستری طولانی‌مدت به صورت مراکز اقامتی یا خانه‌های نیمه‌راه موجود نیستند. نتایج پژوهش‌های غیر ایرانی در کل حاکی از آن هستند که محتوای درمانی بیش از محیط درمانی در پیش‌آگهی درمان موثر باشد.
 - به پایان رساندن درمان و باقی ماندن در درمان.
 - درمان‌های دارویی نگاه دارنده همانند متادون، بوپرنورفین یا نالتراکسون خطر عود را کاهش می‌دهند.
 - روان‌درمانی و مشاوره فردی یا گروهی اثر بخشی درمان را به طرز قابل توجهی افزایش می‌دهند.
 - شرکت در گروه‌های خودیاری به پایداری بارز وضعیت بیمار کمک بسیار می‌کند.
 - درمانگرهای مجرب و دلسوز با مهارت برقراری اتحاد درمانی و ارتباط بین‌فردی احتمالاً نقش موثرتری در درمان بهینه نسبت به سایر درمانگران ایفا می‌کنند.

۲،۱. شاخص‌های مرحله پیشگیری از عود/بازتوانی

شاخص‌های درمان در این مرحله عبارتند از:

۱. کاهش یا قطع مصرف مواد غیرقانونی و الکل و سیگار
 ۲. افزایش سطح سلامت و کارکرد فردی و اجتماعی شخص
 ۳. کاهش تهدیدهای بهداشت و امنیت عمومی
- تهدیدهای بهداشت و امنیت عمومی از رفتارهای پرخطر سوءمصرف‌کنندگان مواد ناشی می‌شوند و شامل بیماری‌های ناشی از پاتوژن‌های خونی به واسطه تزریق مشترک یا انتقال بیماری از طریق مقاربت و اعمال بزهکارانه جهت تهیه مواد غیرقانونی است.

۲،۲. پیگیری بیمار و پیشگیری از عود

مطالعات، ضرورت پیگیری معتادان درمان شده را نشان می‌دهند. به نظر 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 اول پس از درمان احتمال عود بالاست، مراجعین در این دوره باید ارتباط بیشتری با مرکز درمانی داشته باشند.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که علیرغم بالا بودن میزان عود در اکثر روشهای درمان معتادان، افراد درمان شده در بازگشت مجدد به مصرف مواد، غالباً از لحاظ مقدار، دفعات و نحوه مصرف، درجات مختلفی از بهبودی را نشان می‌دهند.

لغزش (lapse) یا بازگشت ناگهانی به مصرف مواد با فرآیندی که منجر به مصرف مجدد مواد بصورت منظم تر می‌شود، یعنی عود (relapse) متفاوت است. لغزش لزوماً به عود منجر نمی‌شود. یکی از علل مهم لغزش، ولع (craving) یا اشتیاق و نیاز روانی شدید به مصرف ماده مورد نظر است.

سابقاً به عود به عنوان شکست درمان نگریسته می‌شد. اکنون مشخص شده است که اعتیاد یک بیماری با عودهای مکرر است. بسیاری از معتادان قبل از ترک دائم، چندین بار عود را تجربه می‌کنند. با شناسایی عواملی که منجر به عودهای قبلی شده‌اند، می‌توان احتمال عودهای بعدی را کاهش داد.

صرفنظر از روش انتخاب شده برای سم‌زدایی، اجرای روش‌های پیشگیری از عود بدنبال سم‌زدایی الزامی است. درمان اعتیاد بدون مؤلفه پیشگیری از عود و پیگیری بیماران، درمانی ناقص و غیرعلمی است.

۱، ۲، ۲. پیگیری بیمار

- آزمایش مورفین ادرار بر حسب نیاز و تشخیص پزشک
- نظارت بر مصرف منظم دارو
- درمان بیماری‌های روانپزشکی همراه در حد امکان با مشاوره روانپزشک
- درمان بیماری‌های جسمانی همراه
- ارائه مشاوره در مورد اعتیاد و عوامل روانشناختی همراه

آن

- ◆ ایجاد و تقویت انگیزه برای باقی ماندن در درمان
- ◆ یاری و ارائه راهکارهای مشاوره‌ای برای انتخاب روش زندگی عاری از مواد
- ◆ یاری و ارائه راهکارهای مشاوره‌ای برای بهبود روابط بین فردی
- ◆ افزایش و تقویت کنترل عواطف به خصوص هیجان‌های منفی
- ◆ پیشگیری از مصرف مجدد مواد، کنار آمدن و مقاومت در برابر ولع مصرف مواد
- ◆ افزایش همکاری در مصرف داروهای تجویزی
- درگیر کردن خانواده در فرآیند درمان
- تشویق برای ادامه درمان و باقی ماندن در وضعیت پرهیز

تاکید بر ضرورت اجتناب از عوامل خطرزا

باید به مراجعین کمک کرد که عوامل خطرزا را در ارتباط با عود خویش شناسایی کنند: افراد، اماکن، اشیاء، تحریک حواس پنجگانه (مانند بو)، تجدید خاطرات، افکار و عواطف در موقعیتهای پر استرس، دردناک و یا لذتبخش، رویارویی با واقعیهایی ناگوار همگی می توانند باعث عود شوند. پس از شناسایی عوامل میبایست با کمک گرفتن از خانواده راهکارهایی برای مقابله، جستجو و طراحی شوند. مثلاً از قبل با مراجع برنامه ریزی شود که اگر دوست معتادش تلفن کرد، خانواده اش او را پای تلفن صدا نکنند، یا از رفتن به اماکنی که یادآور اعتیاد هستند خودداری کند.

توجه به این مسئله که عود یک فرآیند است و نه یک اتفاق، و پیشزمینه‌هایی از قبل وجود دارد.

باید به مراجعین کمک کرد تفاوت بین عود به معنای فرآیند و عود بعنوان اتفاق را دریابند. عود اتفاقی نیست که ظرف چند دقیقه وبدون پیش زمینه به طور ناگهانی ایجاد شود، بلکه فرآیندی است که بصورت زنجیره ای از رفتارها خود را نشان می دهد. این زنجیره رفتاری به تدریج و نامحسوس شروع شده و در فرآیند خود، عود مجدد را سبب می‌شود. مراجع و خانواده میبایست نسبت به تغییرات اولیه در بیمار که می توانند آغازگر عود باشند حساس شوند. تغییرات در نگرش، افکار، خلق و رفتار می‌توانند آغازگر عود باشند.

مشاوره در مورد چگونگی برخورد با ولع و نشانه های عود

مراجعین باید بیاموزند که چگونه با ولع و یادآورهای مواد (drug cues) کنار بیایند. تا مدت ها پس از بازگيري، قرار گرفتن در معرض یادآورهای مواد احتمال مصرف مجدد را زیاد خواهد کرد. البته گاهی در درمان شناختی - رفتاری تحت شرایط کنترل شده و با حضور درمانگر دوره دیده، نوعی روش درمانی به نام مواجهه سازی با یادآورها (Cue exposure) در جلسه درمانی انجام می‌شود (ن.ک). مواجهه سازی با یاد آورها) و احساسات و افکار بیمار در این رابطه مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد تا نسبت به یادآورها حساسیت زدایی شود. اما مواجهه کردن بیمار با این یادآورها در خارج از جلسات درمانی و تحت شرایط کنترل نشده یا توسط درمانگر غیر مجرب نه تنها مفید نیست بلکه مضر می‌باشد.

ولع هم در افکار (الان آنقدر حالم بد است که بدون مصرف نمی توانم تاب بیاورم) و هم نشانه‌های فیزیولوژیک (علامه جسمانی بدنبال اضطراب) همراه است. به بیماران باید کمک کرد برای افکار همراه ولع افکار جایگزین پیدا کنند (مصرف نکردن تاجال به کسی آسیب نرسانده است). نیز به آنها توضیح داده شود که با مدت کوتاهی صبر و تحمل، وسوسه کاهش می‌یابد، و بر خلاف نیازهای طبیعی بدن مانند تشنگی و گرسنگی باگذشت زمان کم می‌شود.

با پیش‌بینی زمانهایی که ولع رخ خواهد داد، می‌توان راه‌های جایگزینی برای مصرف مواد پیش‌بینی نمود، مثلاً اینکه در هنگام ولع، فرد به ورزش خاصی بپردازد یا به کاری مشغول شود یا با اعضای خانواده و دوستان غیر معتاد حضوری یا تلفنی صحبت کند و باین ترتیب مرکز توجه فرد را از اشتغال ذهنی و وسوسه مداوم راجع به مواد به زمینه‌های دیگری معطوف نمود. باید توجه داشت که نداشتن انگیزه قوی، دودلی در رابطه با ترک و باور به وجود اثرهای مثبت در مصرف مواد مخدر میزان ولع را افزایش می‌دهند. سؤال از مراجع در مورد این زمینه‌ها از ابتدای درمان، برای چاره‌اندیشی درمانی کمک‌کننده است.

مدیریت صحیح و ارائه مشاوره لازم به بیمار در صورت لغزش برای اجتناب از اثر نقض پرهیز (Abstinence Violation Effect)

پس از هر لغزش، ممکن است پدیده‌ای به نام اثر نقض پرهیز (abstinence violation effect=AVE) رخ دهد، به این معنی که پس از هر لغزش، فرد دچار احساس گناه شده و فکر می‌کند که بی‌لیاقت و ناتوان است. بسیاری از بیماران این لغزش را مساوی با عود قلمداد کرده و ادامه درمان را بی‌فایده می‌دانند و به مصرف مداوم می‌پردازند. بنابراین لازم است ارتباط پزشک با بیمار حفظ شده و تفاوت معنایی لغزش و عود آشکار شود.

برخورد و مدیریت هیجان‌های منفی

باید به مراجعین برای یافتن راه‌هایی جهت مقابله با وضعیت‌های هیجانی منفی کمک کرد. یکی از مهم‌ترین عوامل شروع اعتیاد و عود، وضعیت‌های هیجانی منفی هستند. بسیاری از اوقات بیمار از احساس‌هایی مانند تنهایی، خلاء درونی، بی‌حوصلگی، کسلی، طرد شدن، خشم و غمگینی مداوم رنج می‌برد و تنها راه مقابله با این احساس‌ها را مصرف مواد می‌انگارد. بهتر است به بیمار توصیه شود در مراحل اولیه پس از بازگویی تا حد امکان در موقعیت‌هایی که ممکن است همراه با احساس‌های منفی باشند، قرار نگیرد. از جمله این موقعیت‌ها گرسنگی، عصبانیت، تنهایی، و خستگی است. به خصوص عصبانیت و تنهایی مهم‌تر هستند. بیان عصبانیت بهتر از سرکوب آن است. اما باید به بیمار توضیح داده شود که بیان عصبانیت به معنای پرخاشگری، شکستن وسایل منزل ویا کتک زدن خود یا سایرین نبوده، بلکه بیان احساس عصبانیت و علت آن با کلمات است. نیز می‌توان توضیح داد که عصبانیت مداوم نیازمند بررسی و تجزیه و تحلیل می‌باشد.

تاکید بر ضرورت وجود شبکه حمایتی - اجتماعی برای پیشگیری از مصرف مجدد و ایجاد و تقویت آن

بوجود آوردن و حفظ یک شبکه حمایتی - اجتماعی غیر معتاد از افراد خانواده، دوستان و همکاران باعث می‌شود که مراجع، سایرین را به عنوان مدلهایی برای امکان پذیر بودن زندگی بدون مواد مشاهده کند و نیاز کمتری برای آغاز دوباره مصرف احساس کند.

قرار داد رفتاری با بیمار در صورت غلبه احساس نیاز به مصرف

به عنوان پیشگیری باید برای زمان وقوع لغزش و عود با بیمار قراردادی بست که اگر احساس کرد به علت ولع شدید کنترلش را از دست داده و به سمت مصرف سوق داده می شود، چگونه رفتار کند؛ مثلاً به خودش بگوید اگر صبر کند، ولع مرتفع خواهد شد و از مصرف نکردن آسیبی نخواهد دید، یا مثلاً با اعضای خانواده یا دوستانی که از قبل مشخص شده یا با اعضای گروه درمانی یا گروه خودیاری (مانند معتادان گمنام) تماس بگیرد یا اقدامات دیگری که از قبل مشخص شده، انجام دهد. باید در این مورد که اگر علی رغم تلاش‌های بیمار لغزش اتفاق افتاد، چه رفتاری داشته باشد نیز صحبت شود، مثلاً برای اجتناب از عود کامل به افراد خانواده یا دوستان یا در اولین فرصت ممکن برای ویزیت مراجعه کند و غیره. در صورت وقوع عود کامل نیز می توان بازگیری مجدد کرد.

۲،۲،۳. درمان دارویی با نالتراکسون

• نالتراکسون یک آنتاگونیست نسبتاً خالص گیرنده های مو است. نیمه عمر نالتراکسون ۴ ساعت، و نیمه عمر متابولیت فعال آن ۱۰ تا ۱۲ ساعت بوده، اما مدت مهار گیرنده های مغزی بیشتر است. یک دوز ۵۰ میلی گرمی نالتراکسون قادر است ۸۰ درصد گیرنده های مغزی را برای سه روز مهار کند و باعث وقفه در اثر مواد افیونی شود. به این ترتیب حتی در صورت مصرف مواد افیونی هم دچار حالت نشنگی نخواهد شد. کاربرد نالتراکسون بر این نظریه متکی است که وقفه در تاثیر مواد افیونی بیمار را از رفتار موادجویانه دلسرد کرده و موجب رفع حالت شرطی نسبت به مواد افیونی می شود. ضعف مدل درمان با نالتراکسون فقدان سازوکاری است که شخص را به ادامه مصرف وادار کند. در عمل بدون پیگیری بیمار و توضیح و تشویق درمانگر و خانواده بسیاری از معتادان مدت کوتاهی پس از ترک مصرف مداوم نالتراکسون را ادامه می دهند. مصرف نالتراکسون به میزان ۵۰ میلی گرم در روز با اکثر آثار ذهنی و عینی مصرف مواد افیونی همانند دپرسیون تنفسی و تنگی مردمک و نشئه مقابله می کند. نالتراکسون با دوز بالا (۳۰۰ میلی گرم در روز) می تواند به سلول های کبدي آسیب برساند.

مصرف نالتراکسون با تغییرات عمده خلقی یا سایر اختلال های روانی همراه نیست. در دوزهای درمانی، عوارض عمده جسمانی نیز گزارش نشده اند.

• موفقیت درمان نالتراکسون با عوامل اجتماعی مانند تحصیلات، شغل، تاهل، انگیزه بالا، حمایت خانوادگی و اجتماعی و ادامه درمان پیشگیرانه از عود ارتباط دارد.

• با توجه به حمایت خانواده در ایران و به خصوص نظارت خانواده بر مصرف منظم دارو به نظر می رسد احتمال موفقیت با این روش درمانی نسبت به کشورهای غربی بیشتر باشد.

پیش از آغاز درمان

◀ پزشك بايد ابتدا به بيمار و خانواده او فوايد و ضرورت درمان با نالترکسون را براي پيشگيري از عود مجدد به طور کامل توضيح دهد. در ضمن بايد توضيح دهد که چنين درماني مستلزم ارتباط مستمر با پزشك است و جلسات ويزيت منظم براي اين کار ضروري هستند.

◀ شروع درمان نالترکسون نيازمند سمزدائي کامل است و نبايد پيش از آن تجويز شود، زيرا با علايم شديد ترك همراه است.

◀ انجام تستهاي کبدي در آغاز درمان با نالترکسون ضروري است، در صورت اختلال کبدي اين دارو بايد پس از مشاوره با متخصص داخلي و با دوز مناسب براي بيمار تجويز گردد. بسياري از بيماران معتاد ممکن است به علت هپاتيت ويروسي يا سوء مصرف الكل مشکلات کبدي داشته باشند.

آغاز درمان با نالترکسون

• درمان با نالترکسون ضرورتاً بايد پس از حصول اطمینان از سمزدائي کامل بيمار آغاز شود. در غير اين صورت اگر هنوز گيرنده هاي افیوني با مواد افیوني اشغال شده باشند، بيمار با علايم شديد تركي مواجه مي شود که تا سه روز مي تواند ادامه پيدا کند. در مورد بيماران معتاد سالمند يا بيماراني که مشکلات قلبي - ريوي دارند چنين ترك شديد و ناگهاني ممکن است به مرگ بيانجامد. توجه به اين نکته ضروري است که بسياري از مراجعان يا به روش تدخيبي مواد مصرف مي کنند و يا علاوه بر مصرف مواد افیوني مصرف بالاي سيگار دارند. هر دو حالت با ريسک بالاي بيماريهاي قلبي همراه هستند.

• درمان با نالترکسون مي تواند به يکي از دو روش زير آغاز شود:

الف- انجام آزمون چالش با نالوکسان - ابتدا ۲/۰ ميلي گرم نالوکسان به صورت زير جلدي تزريق مي گردد. در صورت عدم مشاهده علايم ترك ۴/۰ و سپس ۸/۰ ميلي گرم ديگر به صورت زير جلدي تزريق مي شود. در صورت عدم بروز علايم ترك حداقل براي ۳۰ دقيقه، درمان با نالترکسون آغاز مي شود.

ب- ابتدا محتوای يك کپسول ۲۵ ميلي گرمي نالترکسون در يك ليوان ۲۵۰ سي سي آب حل مي شود. بنابراین هر ۵ سي سي معادل يك قاشق مرباخوري حاوي ۵/۰ ميلي گرم نالترکسون خواهد بود. در صورت عدم بروز علايم ترك، محتوای ليوان بتدریج در فواصل نيم ساعته در ۴ نوبت به صورت خوراکی به بيمار داده مي شود. به اين ترتيب که:

◀ براي شروع دو قاشق مرباخوري يعني يك ميلي گرم نالترکسون به بيمار داده شده و مدت نيم ساعت بيمار براي مشاهده علايم ترك تحت نظر گرفته مي شود.

◀ در مرحله بعد ۴ ميلي گرم يعني ۸ قاشق مرباخوري به وي عرضه مي شود.

◀ سپس مابقي محتوای ليوان در دو نوبت (هر يك ۱۰ ميلي گرم) با فاصله نيم ساعت به بيمار داده مي شود.

◀ در صورت تحمل بيمار و عدم بروز علايم ترك، نالترکسون از روز بعد با دوز ۵۰ ميلي گرم در روز قابل تجويز است.

◀ در صورت مثبت بودن تست، باید بعد از بررسی علت پس از ۴۸ ساعت تست تکرار شود.

تجویز نالترکسون

تجویز نالترکسون می تواند به دو صورت انجام شود:

۱. تجویز روزانه ۵۰ میلی گرم، که برای بسیاری از بیماران حفظ رژیم آن آسان تر است.

۲. تجویز سه روز در هفته (یک روز در میان)، به این صورت که در دو روز اول (شنبه و دوشنبه) ۱۰۰ میلی گرم هر روز و در روز سوم (چهارشنبه) ۱۵۰ میلی گرم تجویز شود. در این صورت برای اجتناب از فراموش کردن مصرف منظم توسط بیمار، بهتر است روزهای مصرف به صورت روزهای زوج یا فرد هفته از قبل مشخص شوند.

◀ باید در مورد اهمیت مصرف نالترکسون، به بیمار و خانواده تاکید شود. می توان توصیه کرد که نالترکسون به صورت محلول در آب پیش روی خانواده مصرف شود تا موجب آسودگی خاطر همه شود. چرا که در مورد عدم سوء مصرف مواد بیمار به همه اطمینان خاطر داده و خانواده را از بسیاری شبهه ها و بحث های غیر ضروری و آزاردهنده بی نیاز می سازد.

دفعات ویزیت و تجدید نسخه

◆ ۶ هفته اول هفته ای یک مرتبه

◆ تا ماه سوم دو هفته یک مرتبه

◆ در صورت امکان و به خصوص اگر بیمار بیکار است، بهتر است پس از ماه سوم نیز هر دو هفته یک بار ویزیت شود. با این وجود از ماه سوم در صورت نظم مصرف و عدم وجود مشکلات خاص، ماهی یک مرتبه نیز کافی است.

◀ لازم است در هر نوبت مراجعه، بیمار نالترکسون آن روز را به صورت محلول در آب در حضور پرسنل درمانی بیاشامد.

◀ برای اجتناب از بروز علائم ترک، پرسنل درمانی باید پیش از ارایه نالترکسون به بیمار یک بار دیگر از وی در مورد لغزش احتمالی و مصرف مواد افیونی سؤال و در مورد بروز علائم شدید ترک در صورت مصرف نالترکسون پس از مصرف این مواد به بیمار هشدار دهند.

در صورت بروز علائم ترک حن درمان

معمولاً بیماران به خوبی با عوارض شدید ترک ناشی از مصرف نالترکسون به دنبال مصرف جانی مواد مطلع هستند. در هر صورت باید در مورد چنین مشکلی پیش از ارایه نالترکسون به آنها هشدار داده شود. با این وجود گاهی برخی از بیماران بی تجربه این هشدار را جدی نگرفته و به نوشیدن نالترکسون در حضور پرسنل علی رغم مصرف مواد افیونی مبادرت می ورزند. چنین کاری باعث بروز اسهال شدید، تکی کاردی، افزایش فشارخون و سایر علائم ترک می گردد.

◀ درمان این علائم همانند درمان سایر علائم ترک با استفاده از کلونیدین، بنزودیازپین ها و داروهای مسکن صورت می گیرد. ممکن است در مواردی لازم باشد بیمار حداقل برای چند ساعت تحت نظر گرفته شود.

◀ در موارد خاص، مخصوص در صورت وجود مشکلات قلبی - عروقی، بستری کوتاه مدت الزامی است.

۲,۳. درمان نگاه‌دارنده با متادون

به پروتکل درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود.

۲,۴. آموزش، مشاوره و درمان خانواده

پیرامون هر فرد معتاد، خانواده‌ای در رنج است. اعضای خانواده احساس درماندگی می‌کنند، از اعتیاد فرزندشان احساس گناه کرده و از صحبت راجع به آن شرم دارند، و بنابراین نیازمند راهنمایی هستند. با این وجود ممکن است خانواده بیمار ناخواسته در تداوم اعتیاد او نقش داشته باشند. به تجربه مشاهده شده که بسیاری از معتادان در رابطه نزدیکی با خانواده خود قرار دارند. معتادانی که قادر به ترک مستمر شده اند اغلب از حمایت خانوادگی خوبی برخوردار بوده‌اند. پزشک باید برخوردی به دور از پیشداوری با خانواده مراجع داشته باشد. اظهار اینکه خانواده در معتاد شدن مراجع مقصرند کمکی به فرآیند درمان نخواهد کرد. در عین حال باید تاکید کرد که بهبود اعتیاد چقدر برای حیات خانواده مفید است. درگیر کردن خانواده در فرآیند درمان برای موفقیت اهمیت کلیدی دارد. شرط مهم برای ادامه درمان فرد معتاد وجود زمینه مناسب در خانواده است. در غیر این صورت اگر محیط برای تغییر رفتار بیمار آماده نباشد، به احتمال زیاد رفتار اعتیادی نیز ادامه پیدا خواهد کرد.

سوءمصرف مواد باید به عنوان مشکل کل خانواده و نه مشکل شخص او تعریف شود. برای فهم مشکل اعتیاد به عنوان بیماری مزمن می‌توان از مدل بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و یا فشار خون بهره جست.

به اعتقاد متخصصین، بهتر است خانواده درمانی برای تمام بیماران مد نظر قرار گیرد.

۲,۴,۱. آموزش

آموزش به خانواده بیماران می‌تواند در راستای جلب حمایت و همکاری آنها در فرآیند درمان نقش تعیین‌کننده‌ای در باقی ماندن بیمار در درمان ایفا کند.

در جلسات آموزش خانواده موضوع‌های زیر قابل طرح هستند. معمولاً ۶ تا ۱۰ جلسه برای آموزش کافی است.

- تعریف و علل اعتیاد
- عوامل موثر بر اعتیاد
- سیر اعتیاد
- اثر اعتیاد بر خانواده
- اهداف درمان و شیوه‌های درمان
- عود و پیشگیری از آن
- سازوکارهای خانوادگی در فرآیند مصرف مواد

هر قدر تعداد بیشتری از اعضای خانواده را بتوان برای حضور در کلاس تشویق نمود، نتیجه آموزش بهتر خواهد بود.

۲،۴،۲. مشاوره خانواده

بررسی و رفع مشکلات ارتباطی بیمار و خانواده و نیز راهنمایی خانواده برای چگونگی برخورد با بیمار در طول فرآیند درمان از طریق چند جلسه مشاوره انجام می‌شوند. برخی ویژگی‌های متمایزکننده خانواده فرد معتاد از سایر خانواده‌ها عبارتند از:

- احتمال بالاتر وجود رفتارهای اعتیادی مانند قماربازی در این خانواده‌ها
- ارتباط بیش از حد نزدیک فرد معتاد با مادر و وجود پدری غایب یا منفعل یا شدیداً شامت‌گر
- ابراز مستقیم‌تر یا ابتدایی‌تر تعارض در خانواده معتادان
- تداعی نوعی استقلال کاذب با استفاده از مواد توسط فرد معتاد به خصوص در ارتباط با گروه همسالان
- اشتغال ذهنی بیشتر با مرگ در این خانواده‌ها و سابقه وقوع مرگ‌های غیرمنتظره
- مشکلات شایع انطباق فرهنگی و تغییر ناگهانی طبقه اجتماعی- اقتصادی در این خانواده‌ها

◀ بسیاری از اوقات اعتیاد نه تنها توسط فرد معتاد که توسط خانواده وی نیز انکار شده یا کم‌اهمیت‌تر از آنچه که هست تلقی می‌شود. اعضای خانواده نیز بسیاری از اوقات به اعتیاد به صورت یک بیماری طولانی مدت نمی‌نگرند و تصور می‌کنند که مشکل اعتیاد با یک سم زدایی به طور کامل حل می‌شود. بسیاری از خانواده‌ها تصور می‌کنند با صحبت نکردن در مورد ولع، خطر عود مجدد و در واقع، پاک‌کردن صورت مسئله، مشکل حل می‌شود و در صورت عود مجدد بی‌ارادگی فرد معتاد را مسبب مشکل می‌دانند.

◀ بهبود روابط درون خانواده به‌خودی‌خود بسیاری از اوقات باعث کاهش احتمال مصرف مجدد مواد می‌شود. مشکلاتی که به طور شایع انجام مشاوره را ضروری می‌سازند عبارتند از:

- برخورد کنترل‌گر خانواده با بیمار به علت هراس از مصرف مجدد که به نوبه خود باعث پیدایش یا تشدید برخوردهای سرکشی در بیمار شده و احتمال عود را افزایش می‌دهند.
- تغییر تعادل خانواده پس از سم زدایی بیمار که تعریف جدید نقش‌های درون خانواده را الزامی می‌کند.
- در فرآیند درمان بیمار بایستی به تدریج مسئولیت‌های مختلف را عهده‌دار شود و انتظار بیش از حد و زودتر از موقع به دلیل عدم توانایی انطباق باعث عود مجدد می‌گردد. ممکن است بر حسب بحران یا مسایل مطرح شده چند دوره مشاوره ضروری باشد.

۲،۴،۳. خانواده درمانی

درمان خانواده برای ۵ تا ۱۰ جلسه و با فاصله‌های منظم مثلاً هر سه هفته یکبار توسط درمانگر دوره دیده انجام می‌شود. برای طی فرآیند تغییر خانواده کمابیش از مراحل زیر عبور می‌کنند:

- ◆ تعریف مسئله و مذاکره برای قرارداد درمانی
- ◆ ایجاد زمینه برای زندگی بدون مواد
- ◆ قطع مصرف
- ◆ ادامه جبران و پایدارسازی خانواده
- ◆ مرحله بازآرایی و بهبود
- ◆ خاتمه درمان

۲,۵. گروه درمانی

- بهتر است گروه توسط فرد تعلیم یافته و مجرب برای درمان اعتیاد هدایت شود. در غیر این صورت نیز لازم است که فرد از طریق مطالعه و کسب تجربه نزد افراد صاحب تجربه مهارت‌های لازم برای درمان گروهی در زمینه اعتیاد را کسب نماید. صرف تحصیلات روانشناسی یا روانپزشکی به خودی خود متضمن مهارت در هدایت گروه نیست.
- گروه درمانی از نظر بسیاری از متخصصین بهترین روش برای درمان معتادان است، زیرا بحث‌هایی که در رابطه با مصرف توسط گروه همقطاران در گروه مطرح می‌شود، اغلب تأثیری بسیار کارآتر از بیان همان موارد توسط پرسنل درمانی که با چنین مشکلی روبرو نبوده‌اند، دارد.
- تعداد اعضای گروه معمولاً ۸ تا ۱۲ نفر است. بطور کلی ترکیب گروه می‌بایست نه خیلی همگون و نه خیلی ناهمگون باشد. گروه درمانی اغلب زمانی بهترین کارکرد خود را آشکار می‌کند که اعضای گروه از نظر سن، جنس، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطح تحصیلات و سبک دفاع متفاوت باشند. عده‌ای گروه‌های تک جنسی را ارجح دانسته‌اند. گروه‌ها می‌توانند باز یا بسته اداره شوند. در گروه بسته اعضای گروه از ابتدا انتخاب شده، با هم وارد گروه می‌شوند و اعضای جدیدی به گروه اضافه نمی‌شوند. این نوع گروه برای موضوعات از پیش مدون شده بسیار مفید است. برای مثال سازمان بهزیستی کشور برنامه‌ای مدون با موضوعات از پیش تعیین شده برای ۶ جلسه تدوین کرده که بصورت گروه بسته اجرا می‌شود.
- گروه را می‌توان با یک یا دو درمانگر اداره کرد، انتخاب درمانگران از دو جنس مختلف اغلب مفیدتر است.
- درمانگر یا درمانگران باید پس از هر جلسه گروه مطالب بحث شده را جهت برنامه‌ریزی جلسه بعدی مرور کنند. اغلب لازم است از محتوا و مباحث گروه یادداشت برداشته شود. معمولاً وجود دو درمانگر برای مرور بهتر جلسات گروه و برنامه‌ریزی بهتر درمان مفیدتر است. پیش از جلسه گروه نیز بهتر است درمانگر یا درمانگران برای هدایت بهتر گروه وقت بگذارند. مجربترین

درمانگران نیز ممکن است برای مشکلات گروه نیاز به مشاوره با همکاران دیگر داشته باشند.

- مکتب مورد استفاده در درمان گروه می تواند بسته به تخصص و گرایش درمانگران متفاوت باشد، اما باید روش درمانی تعریف شده ای دنبال شود. بنابراین ممکن است روش انتخاب شده، رفتاری، شناختی-رفتاری یا روان‌پویشی باشد یا با بهره‌گیری از سایر روش‌های شناخته شده انجام گیرد.

- در درمان گروهی اعضای گروه باید فضای امن و لازم برای ابراز مشکلات خویش را داشته باشند و نباید توسط درمانگر از لحاظ ابراز نظرات و احساس‌های خویش و یا عدم رضایت از مسایل (بدون ابراز پرخاشگری و تنها به صورت کلامی) سانسور شوند. درمانگر باید ظرفیت تحمل خشم اعضای گروه را داشته باشند.

- صرف نظر از روش مورد استفاده، گروه درمانی با کلاس درس متفاوت است. ضمن اینکه اجرای کلاسهای آموزشی برای مثال آموزش روانی- اجتماعی در جای خود برای بیماران بسیار مفید است (ن.ک). سایر درمان‌های غیر دارویی، بنا نیست که درمانگر در گروه نظرات خویش را به صورت مستقیم و به صورت پند و اندرز برای بیماران قرائت کند. بیماران با بحث و تبادل نظر و با مشاهده همقطاران خویش و هدایت درمانگر به صورت حرفه‌ای برای ادامه درمان و پرهیز از سوء مصرف مواد انگیزه خویش را تقویت می‌کنند. بنا به روش انتخابی درمان، ممکن است نقش درمانگر فعال باشد، اما مانع تعامل افراد گروه با یکدیگر نمی‌شود.

- در صورت هدایت درست، درمان در گروه به واسطه این عوامل انجام می‌شود: القای امید، عمومیت، نشر اطلاعات، نوع دوستی، تکرار اصلاحی خانواده اولیه، رشد مهارت‌های اجتماعی، الگوبرداری از درمانگر و سایر اعضای گروه، یادگیری روابط بین‌فردی، تخلیه هیجانی و انسجام گروه. عامل اخیر مهم‌ترین عامل در درمان بیماران محسوب می‌شود.

- محتوا و اهداف گروه درمانی عبارتند از: شناسایی ویژگی‌های اعتیاد، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش اثرات و خطرهای مواد مخدر، آموزش جرات‌ورزی و ابراز وجود، شناسایی هیجان‌ها و مدیریت آنها، روش‌های پیشگیری از عود، تقویت احساس خود ارزشمندی، آموزش مشکل‌گشایی و آموزش حل مناقشه‌ها.

- بعضی درمانگران افرادی را که پس از ۱۲-۱۶ هفته نخست موفق بر غلبه بر احساس‌های ولع خویش شده‌اند را از اعضای تازه وارد جد می‌کنند تا فضای لازم برای پرداختن به موضوعات پیشرفته‌تر سواي مباحث اولیه پس از سم زدایی را فراهم آورند. اما باید توجه داشت که احساس ولع تا سال‌ها پس از آغاز درمان نیز ممکن است به دنبال بروز عوامل آسیب‌زاد در هر بیماری بروز کند و باید در زمان بروز حتما در گروه به بحث گذاشته شود.

- مصرف مواد در کنار کار گروهی قدغن است. اعضای گروه موظفند در صورت لغزش (lapse) این موضوع را در گروه به بحث بگذارند. لغزش در این حالت به عنوان محملی برای کنترل آتی مصرف مواد و منبعی برای آموزش در نظر گرفته می‌شود. اما تداوم لغزشها به طور پی‌ا‌پی و به کار نگرفتن بازخورد گروهی برای اجتناب از لغزش در یک عضو گروه در درازمدت به کار گروهی آسیب می‌زند. در این مواقع ممکن است خارج کردن چنین فردی از گروه ضروری شود. در این صورت بهتر است فرد به حال خود رها نشده و از امکانات دیگر درمانی برای پیشگیری از عود بهره مند گردد.

- در کنار کار گروهی، درمان دارویی نگاه دارنده و آزمایش ادرار برای کمک به اعضای گروه برای پیشگیری از عود ضروری شمرده می‌شوند.

- بر خلاف گروه‌های درمانی غیر از اعتیاد که در آنها اکیدا از اعضای گروه خواسته می‌شود که از معاشرت در خارج جلسات گروه پرهیز کنند، در گروه‌های درمان اعتیاد اعضای گروه به ارتباط بین جلسات گروه فرا خوانده می‌شوند. بسیاری از اوقات از اعضای تازه وارد خواسته می‌شود که به طور منظم مثلا روزانه با یکی از اعضای قدیمی تر گروه تماس تلفنی برقرار کنند. برخوردهای خارج گروهی در جلسات گروه مورد بحث قرار می‌گیرند.

- در گروه‌های بسته تعداد جلسات گروه ممکن است از قبل مشخص باشد. در گروه‌های باز اغلب عضویت تا زمانی ادامه می‌یابد که اعضای گروه و درمانگر به این نتیجه برسند که خاتمه درمان فرا رسیده است. در بسیاری از مواقع درمان گروهی می‌تواند تا مدتها ادامه یابد.

۲.۶. روان‌درمانی فردی

- روان‌درمانی فردی، در کنار روش‌های پیشگیری از عود، آموزش و مشاوره خانواده، گروه‌درمانی و سایر روش‌های درمان، روان‌درمانی فردی علیرغم صرف هزینه و انرژی بالاتر ممکن است برای بیماران درمان انتخابی باشد. مثلاً اگر برای مثال گروه‌درمانی قابل عرضه نباشد یا فرد توانایی و تحمل کار گروهی را نداشته باشد.

- درمان باید توسط فرد مجرب انجام گردد و صرف تحصیلات روانشناسی برای روان‌درمانی کفایت نمی‌کند.

- مکتب مورد استفاده در درمان فردی می‌تواند بسته به تخصص و گرایش درمانگران متفاوت باشد، اما می‌بایست روش درمانی تعریف شده‌ای دنبال گردد. بنابراین ممکن است روش انتخاب شده، رفتاری، شناختی-رفتاری، روان‌پویشی با گرایش‌های مختلف آن، راجرین یا با بهره‌گیری از سایر روش‌های شناخته شده انجام گیرد.

- بسامد جلسات از دو هفته یکبار تا چند بار در هفته بسته به مشکلات بیمار و تشخیص درمانگر متفاوت است.

• طول مدت درمان بسته به روش درمانی و پاسخ بیمار به درمان می‌تواند بسیار متفاوت باشد. به طور معمول درمان‌های شناختی-رفتاری کوتاه‌تر و درمان‌های روان‌پویشی بیشتر به طول می‌انجامند.

۲,۷. سایر مداخلات غیر دارویی

این درمان‌ها اغلب در کنار سایر روش‌های درمانی ارائه میشوند و اغلب از اصول رفتاردرمانی شناختی تبعیت می‌کنند.

۲,۷,۱. آموزش توانایی مشکل‌گشایی

با این روش به مراجعان آموخته می‌شود که مشکلات بر دو نوع قابل حل و غیر قابل حل (مانند فوت یکی از نزدیکان) دسته‌بندی می‌گردند. برای مسایل قابل حل باید راه حل بهینه مسایل و برای مسایل غیرقابل حل نحوه کنار آمدن با آنها آموزش داده شود.

توانایی حل مسئله از طریق مراحل زیر انجام می‌شود:

۱. جهت‌یابی در مسئله
۲. تعریف مسئله
۳. خلق راه‌حلهای مختلف جایگزین (آلترناتیو)
۴. تصمیم‌گیری روی یک راه‌حل از طریق امکان‌انجام و معایب و فواید هر روش و مقایسه آنها با یکدیگر
۵. به کاربندی و اثبات راه‌حل
۶. خودبازبینی (self monitoring) برای تداوم حل مسئله

۲,۷,۲. برنامه‌های آموزش روانی

شامل:

- آموزش در مورد اعتیاد و مواد سوءمصرف
- پیشگیری از عود
- سلامت هیجانی
- سلامت اجتماعی
- مهارتهای زندگی
- اهمیت معنویت
- سوگواری غیر بیمارگونه
- ارزیابی خود، تعیین اهداف، برنامه‌ریزی و خودبازبینی
- کنترل خشم
- کنترل استرس

۲,۷,۳. مدیریت مشروط یا پایاپای (Contingency management)

یکی از شاخه‌های روش‌های درمانی رفتاری است که در بسیاری از مطالعات با موفقیت قابل توجه همراه بوده است. در این روش درمانی، بیماران به ازای مدتی که پاک مانده‌اند به طور منظم و با فواصل هفتگی با امتیازهای مطلوب یا جوایز مادی مورد تشویق قرار می‌گیرند. درگیر کردن افراد خانواده یا محل کار در این فرآیند نقش بنیادین دارد و در مطالعات، موفقیت‌آمیز ارزیابی شده است. پاداش می‌تواند پختن غذای دخواه توسط همسر باشد یا اگر حضانت فرزندان به همسر سپرده

شده است، بیمار مجاز به ملاقات‌های بیشتر گردد. در مقابل در صورت مصرف، مثلاً اگرغذای دخواه او تهیه شده است مجاز به خوردن آن نبوده یا تعداد ملاقات با فرزندان کاهش داده می‌شود.

۲,۷,۴. مواجهه سازی با یادآورها (Cue exposure)

اصل خاموش‌سازی (Extinction) که از رویکرد رفتاری بر گرفته شده، استوار است. در این روش درمانی درمانگر، به تدریج بیمار را در محیطی حفاظت شده با یادآورهایی که سبب اشتیاق وی به مصرف می‌گردد، مواجه می‌کند. این روش را می‌توان با روش‌های آرمیدگی عضلانی و آموزش پرهیز از مواد همراه نمود.

۲,۷,۵. روش های دیگر شرطی‌سازی

الف- روش انزجار (Aversion)- اساس این روش بازداري رفتاري از طريق مجازات براي رفتار اعتيادي است. در این روش مصرف ماده با يك تجربه ناخوشایند مانند شوک الکتریکی یا داروهای تهوع‌آور توأم می‌شود.

ب- حساسیت‌زدایی پنهان- روش دیگری است که امروزه شایع‌تر از روش انزجار مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش تصاویر نامطبوع شخصی در کنار افکار و خیال‌بافی راجع به مواد قرار می‌گیرند. برای مثال فرد آموزش می‌یابد که در هنگام فکر کردن راجع به مواد تجسم کند که همسر یا شغلش را از دست می‌دهد. این روش در وهله اول برای جلوگیری از ولع و نیاز به مصرف مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲,۸. درمان‌های طولانی‌مدت و بازتوانی

این روش‌ها که در بسیاری از کشورهای جهان از اجزای لاینفک درمان اعتیاد به حساب می‌آیند، متأسفانه به جز مورد آخر در کشور ما هنوز جا باز نکرده‌اند. اینها برای مثال شامل:

- درمان‌های طولانی‌مدت بستری بیمارستانی- که شامل برنامه‌ای ساختار یافته به صورت درمان‌های فردی و گروهی کاردرمانی، ورزش و بسیاری برنامه‌های دیگر درمانی و بازتوانی است. به طوری که بیمار بیاموزد چگونه بدون مصرف مواد کار، وقت و تفریح‌های خویش را سازماندهی کند.
- خانه‌های نیمه‌راه- در این خانه‌ها بیماران برای مدت چند ماه همراه با پرسنل درمانی زندگی کرده و احیاناً برای عدم مصرف دارو تشویق و نظارت می‌شوند. رفتن به سرکار نیز اغلب از همین خانه‌ها انجام می‌شود.
- کلینیک‌های روزانه (Day Clinic) - در این برنامه بیماران برای چند ماه صبح تا بعد از ظهر به این مرکز درمانی مراجعه کرده، بعد از ظهر و شب را به منزل می‌روند. برنامه روزانه در این مراکز ساختار یافته بوده و بیماران تحت نظر پزشک، روانشناس، مددکار و پرستار همراه با گروه‌درمانی، درمان دارویی، کار درمانی و ویژگی‌های مرتب فردی مهارت‌هایی به جز مصرف مواد می‌آموزند.

- درمان‌های بازتوانی ساختاریافته- در این برنامه‌ها نیز بیمار به واسطه کارآموزی و آموزش فنی-حرفه ای بازتوانی شده و برای ورود به محیط کار آماده می‌شود.
- اجتماع درمان‌مدار- برنامه های اقامتی طولانی مدتی هستند که به طور معمول ۹ تا ۱۲ ماه به طول می انجامند. اساس درمان بر پایه خودیاری نهاده شده است. برنامه‌ها به طور از پیش تعیین شده برای ایجاد استقلال، حس مسئولیت و ارتباط‌های پایدار برنامه ریزی شده اند.

۳. درمان‌هایی که بر اساس مطالعات فعلی اثر درمانی ندارند

درمان‌هایی که بر اساس مطالعات فعلی در درمان اعتیاد موثر نیستند و به این علت از نظر علمی قابل تایید نبوده و لذا در حال حاضر غیرمجاز طبقه‌بندی می‌شوند، روش‌هایی هستند که در این پروتکل نام برده نشده‌اند. روش علمی و قابل قبول درمانی باید حداقل از دو نظر به دقت مطالعه شده باشد تا بتوان انجام آن را در بیماران مجاز کرد.

۱. **عوارض درمان-** می‌بایست از بررسی عوارض برای بافت زنده آغاز شده و با بررسی عوارض بر حیوانات و انسان‌های سالم ادامه یافته و به بررسی در مورد جمعیت بیمار ختم شود.
۲. **اثر درمانی-** در اینجا باید ابتدا اثر درمانی برای اختلال یا بیماری مورد نظر در چندین مطالعه دقیق بالینی توسط گروه‌های مستقل بررسی شده و سپس این اثر درمانی باز هم توسط چند گروه مستقل با استفاده از کارآزمایی‌های مقایسه‌ای دوسوکور با دارو نما و همچنین سایر درمان‌های موجود و بررسی‌های پیش‌نگرانه طولانی‌مدت با حجم نمونه بالا مورد مقایسه قرار گرفته و پس از اثر مشاهده معنادار مثبت به تایید برسد. روش‌های خودتجویزی فراوان بوده و همه آنها در اینجا قابل ذکر نیستند. معروفترین آنها عبارتند از:

- **لیزر درمانی-** دو ساز و کار از سوی کسانی که به این روش بیمار می‌بینند مطرح شده است. اول: اشعه لیزر موجب تغییر ساختار در هموگلوبین مغز شده و در نتیجه کارکرد مغز و ولع و کار گیرنده‌های افیونی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. دوم: با تابش لیزر به نقاط حساس بدن ترشح آندورفین‌ها بالاتر رفته و تحمل علائم ترک آسان می‌شود. اینکه واقعاً چنین تغییراتی اتفاق بیفتد، یا در صورت وقوع اثربخش باشد، هیچ‌یک به اثبات نرسیده است. ضمن این که بی‌ضرر بودن استفاده از اشعه لیزر نیز می‌بایست به اثبات برسد.

• عمل جراحی و/ یا دستکاری مغز - در صورت قطع یا انجماد مسیرهای عصبی ممکن است اعتیاد از بین برود، اما همراه با آن کارکردهای بسیار دیگری نیز بی‌دلیل از دست می‌روند. بنابراین می‌بایست اثبات شود که اثربخشی احتمالی بسیار بیشتر از عوارض این روش است. تبدیل حیات معتادان به حیات نباتی از نظر اخلاق پزشکی نمی‌تواند قابل قبول باشد.

• عمل جراحی و/ یا دستکاری اعصاب سمپاتیک گردنی- ظاهراً با توجیه کاهش عوارض سم‌زدایی، در تعدادی از معتادان عصب سمپاتیک در این کشور قطع شده است. بر اساس پاتوفیزیولوژی، منشاء علائم ترک مرکزی بوده و مربوط به لوکوس سرولئوس هستند و محیطی نمی‌باشند. همانطور که درمان با پروپرانولول نیز برای کاهش علائم ترک توصیه نمی‌شود. از سوی دیگر اخلاق پزشکی آسیب رساندن دایم به بخشی از بدن را برای کاهش علائمی موقتی موجه نمی‌داند.

• انرژی درمانی- اثربخشی چنین روشی بسیار پرسش‌برانگیز بوده و حتی ساز و کاری شبه‌علمی نیز برای آن ارائه نشده است.

• درمان از طریق پست/درمان از طریق اینترنت- در این روش بدون تماس رودررو با پرسنل پزشکی دارو تجویز و ارسال می‌گردد. چنین روشی از نقطه نظر علمی به دلیل وجود خطرات بسیار غیر قابل قبول است. در این روش داروها استاندارد نبوده و تجویز کننده دارو هویت علمی شناخته شده ای ندارد.

• حجامت- توجیه اولیه سازوکار پاتوفیزیولوژیک این روش و اثر بخشی آن کاملاً معلوم نیست. صرف نظر از تاثیر درمانی این روش، می‌بایست خطر تماس با خون افرادی که در ریسک بالای بیماری‌های پاتوژن خونی قرار دارند از لحاظ سلامت جامعه در نظر گرفته شود.

• واکسن اعتیاد- گفته می‌شود که به واسطه ایجاد پادتن علیه مورفین، بیماران نسبت به مصرف مواد افیونی دچار واکنش آلرژیک شده و قادر به مصرف نخواهند بود.

۱. بررسی عوارض این واکسن به صورت نظام‌مند و علمی آنطور که در بالا شرح داده شد، انجام نگرفته و قبل از تایید به عنوان یک روش درمانی، باید انجام شود.

۲. بر اساس مدارک ارائه شده فعلی وجود پادتن، نوع آن (IgG, IgM) ، سطح خونی آن و غیره هیچکدام بر اساس مطالعات ایمونولوژیک نشان داده نشده‌اند.

۳. فرآیند فیزیولوژیک و ایمونولوژیک چنین پادتن احتمالی در بدن و سازوکار اثر آن باید بررسی گردد.

۴. به فرض کارکرد مثبت، این واکسن علیه مورفین و نه هرویین ساخته شده است. همان‌طور که می‌دانیم هرویین مستقیم و با فاصله زمانی اندکی از سد خونی-مغزی عبور می‌کند و پس از آن در مغز تبدیل به مورفین می‌شود. عبور پادتن‌های احتمالی از این سد نیز بررسی نشده است. بنابراین امکان دارد این واکسن تنها برای مصرف‌کنندگان تریاک موثر باشد و مصرف‌کنندگان را به سوی مصرف هرویین به جای تریاک سوق دهد.

۵. در مجموع در مورد این روش پیشنهادی نادانسته ها برتری قابل توجهی بر دانسته ها را نشان می دهند و تایید روشی در نهایت مجهول از نظر بالینی قابل قبول نیست.
- و بسیاری دیگر ...

۴ - شرایط لازم برای راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد

دوره های آموزشی لازم برای یزشکان غیر روانیزشک (اعم از مسئول و درمانگر):

- گذراندن کارگاه آموزشی نظری درمان سوء مصرف مواد وفق برنامه مدون آموزشی مصوب معاونت آموزشی و امور دانشگاهی (کد ۳۳۰۱۰۹۴ و کد ۳۳۰۱۰۹۵) به مدت ۳ روز (۲۰ ساعت) و کسب گواهی شرکت در کارگاه و قبولی در امتحان پایان دوره.
 - گذراندن دوره آموزشی عملی به مدت ۱۰ روز تمام وقت در مراکز منتخب درمان سوء مصرف مواد وفق برنامه مدون آموزشی مصوب معاونت آموزشی و امور دانشگاهی (مراکز منتخب همه ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به معاونت درمان دانشگاه معرفی می گردد) به شرح زیر:
- انجام سمزدایی نظارت شده و ختم درمان برای حداقل ۵ بیمار
 - انجام مصاحبه تشخیصی و انگیزشی برای حداقل ۵ بیمار
 - انجام پیگیری و مصاحبه و ارزیابی حداقل ۲۰ بیمار
 - شرکت در ۴ جلسه مشاوره روانپزشکی عوارض درمان
 - شرکت در ۴ جلسه گروه درمانی و مشاوره خانوادگی
 - شرکت در جلسات کارکنان درمانی (staff meeting) حداقل ۲ جلسه
- غیبت و تأخیر در طی دوره به معنای الزام تمدید دوره به تعداد روزهای مورد نظر است.

روانپزشک مرکز از گذراندن دوره آموزشی نظری و عملی معاف می‌باشد.

- پزشک مسئول فنی مرکز، در دوره‌های بازآموزی ۵ ساله خود باید حداقل ۵۰ امتیاز از برنامه مدون بازآموزی را به برنامه‌های آموزشی در زمینه اعتیاد، روانپزشکی و عفونی (ایدز و هیپاتیت) اختصاص دهند.

دوره‌های آموزشی لازم برای روانشناس بالینی/مشاوره:

- دوره آموزشی کارگاہی تئوری (۱۶ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی معاونت آموزشی و امور دانشگاهی
- دوره آموزشی کارگاہی عملی (۸ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی معاونت آموزشی و امور دانشگاهی (مراکز منتخب جهت آموزش عملی همه ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به معاونت درمان دانشگاه‌ها معرفی می‌گردد).

شرایط کادر نیروی انسانی:

- پرسنل درمانی مرکز (به ازاء هر نوبت کاری) باید حداقل ۳ نفر شامل افراد زیر باشد:
 - روانپزشک یا پزشک دوره دیده حداقل یک نفر
 - روانشناس بالینی/ مشاوره (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) حداقل یک نفر
 - پرستار (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) حداقل یک نفر
- حضور مددکار اجتماعی توصیه می‌شود، ولی الزامی نیست.

شرح وظائف کادر نیروی انسانی:

شرح وظائف پزشک مسئول مرکز:

سرپرستی کلیه امور فنی - پزشکی مرکز و مسئولیت رعایت موازین حقوقی و قانونی ذکر شده در «آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد»
بعلاوه کلیه وظائف پزشک درمانگر مرکز را نیز باید ایفا نماید (ن.ک پایین)

شرح وظائف پزشک درمانگر مرکز:

- ارزیابی بیماران مراجعه‌کننده و تکمیل فرم‌های مربوطه
- تصمیم‌گیری درباره تعیین فوریت بیمار مراجعه‌کننده و ارجاع به بیمارستان در صورت لزوم پس از اقدامات اولیه درمانی
- توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده او و تصمیم‌گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق پروتکل
- آغاز درمان و ارائه آموزش‌های لازم برای کاهش آسیب در صورت لزوم
- ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی

- پیگیری بیمار پس از ختم سمزدائی و ارائه راهکارهای پیشگیری از عود
- آموزش پرسنل شاغل در مرکز
- ارجاع افرادی که رفتار پرخطر داشته‌اند، جهت انجام تست HIV ، HBS (Ag,Ab) و HBC پس از مشاوره برای افرادی که فعالیت‌های پرخطر داشته‌اند.
- ارجاع بیمار به روانپزشک در مواقع لزوم

شرح وظائف روانشناس بالینی با کارشناس مشاوره مرکز:

- تکمیل فرم‌های لازم
- انجام آموزش خانواده در صورت لزوم
- انجام گروه درمانی و مشاوره فردی و مشاوره کاهش آسیب در صورت لزوم

شرح وظائف پرستار مرکز:

- دریافت آموزش‌های لازم توسط پزشک درمانگر یا فرد مسئول دیگر (در صورت ورود یک پرستار جدید به تیم درمانی، باید چند روز همراه پرستاران با سابقه مرکز آموزش یافته و با بیماران آشنا شود).
- ارجاع بیمار به پزشک در صورت لزوم
- گزارش غیبت بیمار به مسئول مرکز یا پزشک مربوطه (در صورت عدم وجود مددکار اجتماعی)

شرح وظائف مددکار اجتماعی*:

- پیگیری مراجعات بیمار
- پیگیری مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار در حد امکان
- بررسی وضعیت مالی بیمار و در صورت امکان رایگان نمودن هزینه برای بیماران نیازمند
- *وجود مددکار بسیار کم‌کننده بوده، لیکن اجباری نیست.

منابع:

- (۱) وزیران محسن و مستشاري گلاره: «راهنمای کاربردی درمان سوء مصرفکنندگان مواد» (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر)، تهران- انتشارات پرشکوه
- (۲) رزاقی عمران محمد، رحیمی موقر آ، حسینی م و همکاران (۱۳۷۷): «بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد» سازمان بهزیستی کشور
-) MC Dowel DM.; Spitz HI (): Substance Abuse from principles to practice; Taylor & Francis/ PA/ USA.
-) Lowinson J.H; Ruiz P; Millman R.B. (). Substance Abuse a comprehensive Textbook; Williams & Wittkins, Baltimore, Maryland
-) Sanchez-Carbonell X; Vilaregut A (): A -year follow-up study on the health status of heroin addicts based on official registers. Addiction (): -
-) Yoast R; Williams MA; Deitchman SD; Champion HC (): Report on the council of Scientific Affairs; J. Addict. Dis; (): -
-) Hilton BA; Thomson R; Moore-Dempsey L; Janzen RG (): Harm Reduction theories & strategies for control of HIV: a review of literature. J. Adv. Nurs. ; (): -
-) Gossop M; Mardsen J; Stewart D; Treacy S (): Reduced injection risk & sexual risk behavior after drug misuse treatment. AIDS Care; (): -
-) Brienza RS; Stein MD; Chen M et al (): Depression among needle exchange program & methadone maintenance clients. J. Subst. Abuse T. (): -
-) Desland M; Baley R (): High retention rates within a prospective study of heroin users. Br. J. Addict. (): -
-) Goldslein MF; Deren S; Kong SY et al (): Evaluation of an alternative program For Methadone Maintenance Treatment Programs dropouts: Impact on Treatment Re-Entry. Drug Alcoh Depend.; (): -

-) Formen RF; Bovasso G; Woody G (): Staff beliefs about addiction treatment. J. Subst. Abuse Treatm. (): -
-) Sadock BJ, Sadock VA, () Comprehensive Textbook of Psychiatry; seventh edition, Lippincott Williams & Wilkins
-) Sadock BJ, Sadock VA, () Synopsis of Psychiatry; ninth edition, Lippincott Williams & Wilkins