

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

مقدمه

معیار های تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه بندی DSM-IV وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲ ماهه 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 دلخواه، یا عدم برخورداری از اثر دلخواه در صورت ادامه مصرف مقدار قبلی.
- مصرف به میزان یا مدتی بیش از انتظار خود فرد.
- تمایل دائمی یا کوشش های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف.
- صرف زمان زیادی در فعالیت های لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده.
- قطع یا کاهش فعالیت های 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 بیماری ها در قالب یک پروتکل واحد نمی گنجد. روش های گوناگونی وجود دارد که بسته به تخصص و تجربه پزشک و تشخیص بالینی و نیاز بیمار و امکانات درمانی موجود انتخاب می شوند.

در این پروتکل تلاش بر این خواهد بود که درمان های اصلی با تاکید بر پیش نیازها و اقدامات درمانی لازم تشریح گردند. همچنین مدت زمان مورد نیاز برای درمان، سایر درمان های موجود و عوارض احتمالی ذکر خواهد شد.

این مجموعه شامل سه بخش است:

۱. مرحله نخست درمان: سم زدایی و پایدار سازی
۲. مرحله دوم درمان: پیشگیری از عود و توان بخشی
۳. درمان هایی که پشتوانه علمی آن ها 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 زجر روانی و جسمانی 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 (کلونیدین)
 - سمزدایی با داروهای آگونیست افیونی (متادون)
 - سمزدایی با داروهای آگونیست-آنتاگونیست افیونی (بوپرنورفین)
 - سمزدایی با داروهای آنتاگونیست افیونی (روش سریع یا فوق سریع)
- باید در نظر داشت که ترک مواد افیونی بدون نظارت پزشک اگرچه برای بیمار دشوار است، اما **کاملاً بی‌خطر (ممکن)** می‌باشد. روش‌های گوناگون سم‌زدایی با هدف کاهش 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 سمزدایی و پایدارسازی

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:

۱. تکمیل سمزدایی
۲. دستیابی به وضعیت پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی
۳. باقی ماندن در درمان و حفظ رابطه درمانی

۱.۲. شرح حال و مصاحبه

اطلاعات راجع به مصرف مواد

- انواع مواد مصرفی
- سن شروع مصرف هر یک از مواد
- دفعات مصرف روزانه و نوع مصرف (تزریقی، تدریجی و ...)

- مقدار مصرف روزانه یا هفتگی
 - تاریخ و زمان آخرین مصرف مواد
- بسیاری از بیماران از ترس بروز علائم ترك، میزان مصرف خویش را بیش از واقع گزارش می‌کنند.

بررسی انگیزه درمان

- دلیل اقدام به ترك 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 پزشك با ابراز همدلی و حمایت و اجتناب از مجادله با بیمار، وی را در تداوم مراجعات درمانی تشویق کند.

سابقه درمانهای اعتیاد به مواد افیونی

- انواع درمانهای انجام شده
- مدت زمان درمانهای قبلی
- حداکثر مقدار داروهای استفاده شده در درمانهای قبلی
- مدت زمان پرهیز به دنبال درمانهای قبلی
- علت عود به دنبال درمانهای قبلی

سابقه بیماریهای جسمانی و روانی شکی و وضعیت فعلی

- سابقه بیماریهای جسمانی
- سابقه بیماریهای روانی
- بستریهای بیمارستانی
- داروهای مصرفی فعلی
- آلرژی

تاریخچه شخصی و اجتماعی

- میزان تحصیلات، سابقه افت و عدم موفقیت در تحصیل
- وضعیت شغلی در گذشته و حال و میزان کارکرد فعلی
- وضعیت ارتباطهای 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 محکومیت و زندان
- سابقه دستگیری
- 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 پر خطر

- 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 بازگیری بیمار به محیط معمول زندگی وی نزدیکتر باشد، در حفظ وضعیت پرهیز، دشواری کمتری خواهد داشت. زیرا فرآیند یادگیری مقابله با محرکهای مصرف مواد، از همان زمان بازگیری آغاز می‌شود.

بنابراین در وهله اول درمان سرپایی بر درمان بستری برتری دارد.

در مواردی ممکن است به تشخیص پزشک درمان بستری برای بیمار مفیدتر باشد:

- وجود بیماری روانی همزمان
- وجود بیماری جسمی به خصوص بیماریهای قلبی-ریوی
- عدم حمایت خانوادگی مناسب
- درگیری در خانواده
- سابقه پرخاشگری در دوره سمزدایی

- وجود فرد مصرف‌کننده دیگر در خانه
- سن بالا
- مشکلات شخصیتی
- عدم پیروی بیمار از رژیم درمانی در منزل و قطع درمان
- عدم تحمل علائم سم‌زدایی به صورت سرپایی

۱.۴.۱. سم‌زدایی با آگونیست‌های آلفا آدرنرژیک (کلونیدین) و داروهای کمکی آن

کلونیدین با تحریک گیرنده های آلفا-۲- آدرنرژیک باعث کاهش پرفعالیتی و اکنتشی آدرنرژیک شده بنابراین علائم بازگیری زیر را تخفیف می‌دهد:

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

- ❖ خمیازه
- ❖ سسکه
- ❖ دردهای استخوانی و عضلانی
- ❖ افسردگی

۱.۴.۱.۱. 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. در مورد بیماران با سابقه بیماری قلبی-ریوی انجام مشاوره داخلی قلب پیش از آغاز درمان ضروری است.

۳. به بیمار باید راجع به تداخل کلونیدین با: الکل، داروهای آرامبخش - خواب‌آور (باربیتورات‌ها) مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز، دیورتیک‌ها و سایر داروهای 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 توضیح داده 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 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 فشارخون 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 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 لازم است بیمار هفته‌ای دو بار یا بیشتر و حداقل هفته‌ای یکبار ویزیت شود.
- در صورت افت فشارخون به کمتر از ۸۵/۵۵ میلی‌متر جیوه دوز بعدی دارو تجویز نشده و داروکاهش داده شده و قطع می‌گردد. اگر افت فشارخون پایا و بارز باشد، باید دارو را قطع کرد.

۱.۴.۳ ختم درمان

کلونیدین را باید به تدریج و ظرف ۲ الی چهار 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 و بی‌خوابی 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 علائم اکثر بیماران با ترکیبی از کلونیدین، داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای، داروهای مسکن – ضد التهاب (NSAIDs) و احیانا بنزودیازپین‌ها کنترل شده و نیازی به داروهای بیشتر ندارند.

داروهای سه‌حلقه‌ای

این داروها و به خصوص آمی‌تریپتیلین برای تخفیف افت فشارخون ناشی از مصرف کلونیدین، بهبود خواب، کاهش آبریزش، بهبود اضطراب و اشتها کاربرد فراوان دارند. یعنی بسیاری از اثرهایی که در درمان افسردگی از عوارض این دارو محسوب می‌شوند، در هنگام سم‌زدایی منجر به کاهش علائم می‌گردند.

- دوز معمول آمی‌تریپتیلین برای سم‌زدایی ۱۰ تا ۷۵ میلی‌گرم است، اما در صورت نیاز می‌توان آن را تا ۳۰۰ میلی‌گرم در روز افزایش داد.
- پس از دوره سم‌زدایی دارو به تدریج کاهش داده شده و قطع می‌گردد.
- پس از دوره سم‌زدایی در صورتی که علائم افسردگی باقی بماند، می‌توان از همین دارو برای درمان استفاده کرد. اما استفاده از داروهای ضدافسردگی دیگر مانند فلئوکستین به دلیل عوارض کمتر، بهتر است.

هنگام تجویز آمی‌تریپتیلین رعایت نکات زیر ضروری است:

۱. با توجه به این‌که احتمال دارد وابستگی به مواد با سایر اختلال‌های روانی به ویژه افسردگی همراه باشد، باید امکان استفاده از این دارو به منظور خودکشی را مد نظر قرار داد. لذا باید از تجویز مقادیر زیاد دارو به خصوص در صورت عدم نظارت خانواده خودداری کرد.
۲. این دارو در بیمارانی که سابقه اختلال خلقی دو قطبی دارند می‌تواند باعث بروز حمله مانیا شود، بنابراین باید مقادیر کمتری تجویز گردد.
۳. تداخل‌های دارویی با سایر داروها مانند تیوریدازین، پرفنازین، پروپرانولول و سایر داروهای ضدافسردگی را باید مورد توجه قرار داد.
۴. آمی‌تریپتیلین دارویی با خواص بارز آنتی‌کولینرژیک است و برای اجتناب از بروز دلبریوم آنتی‌کولینرژیک، می‌بایست تجویز آن همراه با داروهای دیگری با همین خصوصیت 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، مفنامیک 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 سوءمصرف مواد جایی ندارد، زیرا می‌تواند مشوق مصرف تزریقی در آینده شود. دیکلوفناک به صورت شیاف نیز در بازار عرضه می‌شود. حداکثر دوز ایبوپروفن تا روزی ۲/۴ گرم در روز، دیکلوفناک ۱۵۰ میلی‌گرم در روز، آسپیرین ۴ گرم در روز و مفنامیک 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 ماند، به ویژه اگر به علت بیوست، ملنا نیز قابل مشاهده نباشد. افت فشارخون ناشی از خونریزی ممکن است به عوارض کلونیدین نسبت داده شود.

بنزودیازپین‌ها

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 در به خواب 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 یک تقویت کننده سیستم گابا است که بر گیرنده های مرکزی اثر می‌گذارد. این دارو به طور معمول برای درمان اسپاستیسیته ناشی از اسکروز مولتیپل یا سایر اختلال‌ها به کار می‌رود. برای درمان تنش‌های عضلانی مقاوم به درمان در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد که بسیاری از اوقات تا ماهها پس از سم‌زدایی 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 علایم روانپزشکی مانند توهم به بیمار هشدار داد. باکلوفن خود می‌تواند باعث درد عضلانی شده و در مصرف همزمان با سایر تضعیف‌کننده‌های تنفسی می‌تواند ایجاد دپرسیون تنفسی کند.

◀ مصرف باکلوفن در این موارد باید با احتیاط باشد: زخم معده، اختلال‌های شدید روانپزشکی و صرع. در بیماری‌های کبدی، پایش آنزیم‌های کبدی الزامی است. در اختلال‌های 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 آنتی هیستامینی 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 آنتی هیستامین‌ها در سم‌زدایی کاهش یافته است.

هنگام تجویز این داروها توجه به نکته زیر ضروری است:

◀ آنتی هیستامین‌ها خواص بارز آنتی‌کولینرژیک دارند و برای اجتناب از بروز دلیریوم آنتی‌کولینرژیک، می‌بایست تجویز آنها همراه با داروهای دیگری با همین خصوصیت 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 تأثیر کلونیدین استفاده همراه 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 برای اجتناب از بروز دلیریوم آنتی‌کولینرژیک، می‌بایست تجویز آنها همراه با داروهای دیگری با همین خصوصیت 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 کلرپرورمازین استفاده کرد. نیز برای کنترل اسپاسم شدید می‌توان از هیوسین استفاده نمود. توجه به این نکته جالب است که دوزهای بالاتر کلونیدین، در صورتی که افت فشارخون ندهد، اغلب علایم 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 نمونه‌های هرویین خیابانی نشان‌دهنده مخلوط بودن شایع این داروها با این مواد است. ترک باربیتورات‌ها و بنزودیازپین‌ها در بسیاری از موارد موجب دلیریوم گردد و بنابراین باید تشخیص افتراقی دلیریوم 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.

هالوپریدول

- با مقادیر بسیار کمتر از دوز لازم در سایکوز، و به میزان ۰/۵ تا ۱ میلی‌گرم خوراکی به کار می‌رود. بسیار به ندرت 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) به علت 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، 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 آگونیست های افیونی (متادون)

به پروتکل درمان با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود.

۱.۶. سم زدایی با آگونیست - آنتاگونیست های افیونی (بوپرنورفین)

به پروتکل درمان با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود

۱.۷. سم زدایی با آنتاگونیست های افیونی

- اساس این درمان جدا کردن مواد افیونی از گیرنده‌های خود و در نتیجه تسریع در فرآیند سم زدایی 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.
- برتری این روش بر سایر روش‌های سم زدایی از نظر علمی به اثبات نرسیده است.

۱.۷.۱ سمزدایی فوق سریع (UROD) Ultrarapid Opioid Detoxification

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

- این روش از حیث خاصی بر سایر روش‌های سم زدایی ندارد.
- این روش با ریسک بیهوشی و هزینه به مراتب بالاتر همراه است.

این روش در موارد زیر جایز است:

۱. سن کمتر از ۴۰ سال
۲. شدت اعتیاد کم تا متوسط
۳. عدم وجود ممانعت طبی 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 آسیب، آنسفالوپاتی کبدی
۵. وابستگی همزمان به بنزودیازپین‌ها، الکل و آمفتامین‌ها
۶. سابقه سایکوز
۷. کنتراندیکاسیون بیهوشی برای عمل جراحی انتخابی (elective)

موارد منع انجام نسبی (کنتراندیکاسیون نسبی):

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.

در این روش درمانی موارد زیر می‌بایست رعایت شود:

- ۱) ماهیت درمان و گزینه‌های مختلف درمانی برای بیمار توضیح داده شود.
- ۲) روانپزشک و بیمار این روش را به عنوان مناسب‌ترین روش درمانی برای بیمار بدانند.
- ۳) رضایت‌نامه کتبی اخذ گردد.

- ۴) 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 می باشد.
- ۵) کنترا اندیکاسیون های ذکر شده وجود نداشته باشند.

مزایا

سرعت، کاهش علائم آزار دهنده ترك، **فقدان درد**، به پایان رسیدن مرحله سم زدایی در همه بیماران، و بالا رفتن احتمال ورود به درمان با نالتروکسون

معایب

هزینه بالا، ریسک بیهوشی، باور غلط مبنی بر این که این روش درمان قطعی اعتیاد است، خطر بروز دلیریوم در موارد نادر

روش اجرا

۱. معرفی بیمار باید توسط روانپزشک صورت پذیرد.
۲. پیش از معرفی، مشاوره داخلی برای بررسی بیماری های قلبی، کلیوی و کبدی انجام شود.
۳. نوار قلبی روز قبل از بیهوشی به خصوص از نظر آریتمی و بیماری ایسکمیک قلبی، اختلالی را نشان ندهد.
۴. آزمایش خون حداکثر مربوط به یک هفته قبل از بیهوشی اختلال بارزی را در زمینه های زیر نشان ندهد:

CBC (diff), Hct, Hb, FBS, TG, Chol, BUN, Crea, Uric Acid, SGPT, SGOT, LDH, Alk. Phosph., U/A.

۵. معاینه کامل فیزیکی انجام گیرد و سابقه بیماری های جسمی، به خصوص مصرف داروهای ضد فشارخون بررسی شود.
۶. این روش باید توسط پزشک متخصص بیهوشی انجام شود.
۷. شرایط و امکانات لازم برای انجام بیهوشی عمومی فراهم باشد.
۸. امکان دسترسی سریع به ICU وجود داشته باشد.
۹. قبل از بیهوشی به بیمار داروهای کمکی برای کاهش استفراغ و حرکات روده و نیز کلونیدین داده می شود.
۱۰. برای پیشگیری از آسیب راسیون باید برای بیمار {چه در بیهوشی کامل باشد و چه در آرامبخشی عمیق (deep sedation)} لوله گذاری (intubation) انجام شود.
۱۱. در طی بیهوشی نالوکسون وریدی یا نالتروکسون از طریق NG Tube به بیمار داده می شود.
۱۲. مدت بیهوشی حدود ۴ تا ۸ ساعت به طول می انجامد.
۱۳. از نظر علایم حیاتی باید بیمار به طور مرتب کنترل شود.
۱۴. روانپزشک باید بیمار را قبل و پس از بیهوشی ویزیت نماید و ادامه درمان پیشگیری از عود را به عهده داشته باشد.

۱۵. بلافاصله پس از به هوش آمدن، بیمار تحت درمان با نالتروکسون قرار می‌گیرد.
۱۶. 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، 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 طبی 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 نسبی

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 به خصوص از نظر آریتمی و بیماری ایسکمیک قلبی، اختلالی را نشان ندهد.
۲. آزمایش خون حداکثر مربوط 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 داروهای 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
- رژیم غذایی معمول برای بیمار
- در صورت تایید نوار قلبی و فشارخون بالای ۶۰/۹۰ میلی‌متر جیوه، درمان با کلونیدین آغاز می‌شود.
- 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 در روز اول، ۱۲/۵ میلی‌گرم نالترکسون می‌باشد.
- برای کاهش کرامپ‌های عضلانی از بنزودیازپین‌های کوتاه اثر مانند اکزازپام ۳۰ تا ۶۰ میلی‌گرم با اولین دوز کلونیدین می‌توان استفاده نمود. حداکثر دوز اکزازپام، ۱۸۰ میلی‌گرم است.
- در پایان ۸ ساعت اول، بیمار با همراهی یکی از اقوام یا دوستانش به خانه برمی‌گردد.
- 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.

۱.۸. درمان‌های طب جایگزین

طب سوزنی

- طب سوزنی تنها روش شناخته شده طب جایگزین برای **درمان** سوءمصرف مواد **(سم زدایی)** 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 B۶۰ و B۲۴-B۵۴ استفاده می‌شوند. برای بی‌خوابی و اضطراب معمولاً نقاط LI ۴, H۵, H۶ و نقاط گوشه 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.
- سم زدایی 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 سم زدایی می‌شوند.
- اغلب در ترکیب با تمرین‌های آرامش‌سازی (relaxation)
- انجام این روش در ترکیب با درمان‌های زیر نیز مطالعه شده و اثرات درمانی مثبتی به همراه داشته است:
- ❖ سم زدایی فوق سریع
- ❖ درمان نگاه‌دارنده با متادون
- ❖ ترک ماری‌جوآنا
- ❖ ترک کوکائین
- ❖ ترک آمفتامین‌ها

۱.۹. درمان نگاه‌دارنده با متادون

به پروتکل درمان نگاه‌دارنده 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 سوءمصرف مواد غیر قانونی **وقانونی** و یاری بیمار در بدست آوردن کنترل بر ولع سوءمصرف و یاری به او در دستیابی مجدد به تندرستی بیشتر شخصی و ارتقای کارکرد اجتماعی اوست.

دیدگاه‌های نظری در مورد عوامل دخیل در سوءمصرف 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 سمزدایی، 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:

- ◆ سوءمصرف شدید
- ◆ مشکلات روانپزشکی بارز 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 روش های درمانی، از اهمیت بسیاری برخوردار است.

عوامل مربوط به درمان شامل عوامل زیر می شوند:

- محیط درمانی- که می تواند سرپایی یا بستری باشد. در کشور ما درمان های بستری طولانی مدت به صورت مراکز اقامتی یا خانه های نیمه راه موجود نیستند. نتایج پژوهش های غیر ایرانی در کل حاکی از آن هستند که محتوای درمانی بیش از محیط درمانی در پیش آگهی درمان موثر باشد.
- به پایان رساندن درمان و باقی ماندن در درمان.
- درمان های دارویی نگاه دارنده همانند متادون، بوپرنورفین یا نالتراکسون خطر عود را کاهش می دهند.
- روان درمانی و مشاوره فردی یا گروهی اثر بخشی درمان را به طرز قابل توجهی افزایش می دهند.
- شرکت در گروه های خودیاری به پایداری بارز وضعیت بیمار کمک بسیار می کند.
- درمانگرهای مجرب و دلسوز با مهارت برقراری اتحاد درمانی و ارتباط بین فردی احتمالاً نقش موثرتری در درمان بهینه نسبت به سایر درمانگران ایفا می کنند.

۲.۱. شاخص های مرحله پیشگیری از عود/بازتوانی

شاخص های درمان در این مرحله عبارتند از :

۱. کاهش یا قطع مصرف مواد غیر قانونی و **الکل و سیگار**
 ۲. بهبود تندرستی و کارکرد فردی و اجتماعی
 ۳. کاهش تهدیدهای بهداشتی و امنیت عمومی
- تهدیدهای بهداشتی و امنیت عمومی از رفتارهای پرخطر سوء مصرف کنندگان مواد ناشی می شوند و شامل بیماریهای ناشی از پاتوژن های خونی به واسطه تزریق مشترک یا انتقال بیماری از طریق مقاربت و اعمال بزهارانه جهت تهیه مواد غیر قانونی است.

۲.۲. پیگیری بیمار و پیشگیری از عود

مطالعات، ضرورت پیگیری معتادان درمان شده را نشان می دهند. به نظر می رسد که پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان می تواند 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 داده اند 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 می دهند.

لغزش (lapse) یا بازگشت ناگهانی به مصرف مواد با فرآیندی که منجر به مصرف مجدد مواد بصورت منظم تر می شود، یعنی عود (relapse) متفاوت است. لغزش لزوماً به عود منجر نمی شود. 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 می شد. اکنون مشخص شده است که اعتیاد یک بیماری با عودهای مکرر است. بسیاری از معتادان قبل از ترک دائم، چندین بار عود را تجربه می کنند. با شناسایی عواملی که منجر به عودهای قبلی شده اند، می توان احتمال عودهای بعدی را کاهش داد.

صرف نظر از روش انتخاب شده برای سمزدایی، اجرای روش های پیشگیری از عود به دنبال سم زدایی الزامی است. درمان اعتیاد بدون در نظر داشتن پیشگیری از عود و پیگیری بیماران، درمانی ناقص و غیر علمی است.

۲.۲.۱. پیگیری بیمار

- آزمایش ادرار بر حسب نیاز و تشخیص پزشک
- نظارت بر مصرف منظم دارو
- درمان بیماری های روان پزشکی همراه در حد امکان با مشاوره روان پزشکی
- درمان بیماری های جسمانی همراه
- ارائه مشاوره در مورد اعتیاد و عوامل روانشناختی همراه آن
- ◆ ایجاد و تقویت انگیزه برای درمان
- ◆ یاری و ارائه راهکارهای مشاوره ای برای انتخاب روش زندگی عاری از مواد
- ◆ یاری و ارائه راهکارهای مشاوره ای برای بهبود روابط بین فردی
- ◆ افزایش و تقویت کنترل عواطف به خصوص هیجان های 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

۲.۲.۲. پیشگیری از عود

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 واقعیتهای ناگوار همگی می توانند باعث عود شوند. پس از شناسایی عوامل می بایست 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 يك فرآیند است و نه يك 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 ودر فرآیند خود، عود مجدد را سبب می‌شود. مراجع و خانواده می‌بایست نسبت به تغییرات اولیه در بیمار که می‌توانند 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 بیمارآن باید کمک کرد برای افکار همراه ولع افکار جایگزین پیدا کنند (مصرف نکردن تابحال به کسی آسیب نرسانده است). نیز به آنها توضیح داده شود که با مدت کوتاهی صبر وتحمل، 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 ودوستان غیر معتاد حضوری یا تلفنی صحبت کند و باین ترتیب مرکز توجه فرد را از اشتغال ذهنی و وسوسه مداوم راجع به مواد به زمینه های دیگری معطوف نمود.

باید توجه داشت که نداشتن انگیره قوی، دودلی در رابطه با ترك و باور به وجود اثرهای مثبت در مصرف مواد مخدر میزان ولع را افزایش می‌دهند. سؤال از مراجع در مورد این زمینه ها 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 پدیده ای به نام اثر نقض پرهیز (abstinence violation effect=AVO) 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 بازگيري 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 و یا 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 يك 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 می‌شود، 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 علی‌رغم 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 می‌توان بازگیری مجدد کرد.

۲.۲.۳. درمان دارویی با نالترکسون

● نالترکسون یک آنتاگونیست نسبتاً خالص گیرنده های مو است. نیمه عمر نالترکسون ۴ ساعت، و نیمه عمر متابولیت فعال آن ۱۰ تا ۱۲ ساعت بوده، اما مدت مهار گیرنده‌های مغزی بیشتر است. یک دوز ۵۰ میلی‌گرمی نالترکسون قادر است ۸۰ درصد گیرنده‌های 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 نالترکسون 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 می‌شود. ضعف مدل درمان با نالترکسون 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 نالترکسون را ادامه می‌دهند. مصرف نالترکسون به میزان ۵۰ میلی‌گرم در روز با اکثر آثار ذهنی و عینی مصرف مواد افیونی همانند دپرسیون تنفسی و تنگی مردمک و نشئه مقابله می‌کند. نالترکسون با دوز بالا (۳۰۰ میلی‌گرم در روز) می‌تواند به سلول های کبدی آسیب برساند.

مصرف نالترکسون با تغییرات عمده خلقی یا سایر اختلال های روانی همراه نیست. عوارض عمده جسمانی نیز گزارش نشده‌اند.

- موفقیت درمان نالترکسون 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 می‌رسد احتمال موفقیت با این روش درمانی نسبت به کشورهای غربی بیشتر باشد.

پیش از آغاز درمان

- ◀ پزشک باید ابتدا به بیمار و خانواده او فواید و ضرورت درمان با نالترکسون را برای پیشگیری از عود مجدد به طور کامل توضیح دهد. در ضمن باید توضیح دهد که چنین درمانی مستلزم ارتباط مستمر با پزشک است و جلسات ویزیت منظم برای این کار ضروری هستند.
- ◀ شروع درمان نالترکسون نیازمند سمزدایی کامل است و نباید پیش از آن تجویز شود، زیرا با علائم شدید ترک همراه است.

◀ انجام تستهای کبدی در آغاز درمان با نالترکسون ضروری است، در صورت اختلال کبدی این دارو باید پس از مشاوره با متخصص داخلی تجویز گردد. بسیاری از بیماران معتاد ممکن است به علت هیپاتیت ویروسی یا سوء مصرف الکل مشکلات کبدی داشته باشند.

آغاز درمان با نالترکسون

- درمان با نالترکسون ضرورتاً باید پس از حصول اطمینان از سمزدایی کامل بیمار آغاز شود. در غیر این صورت اگر هنوز گیرنده های افیونی با مواد افیونی اشغال شده باشند، بیمار با علائم شدید ترکی مواجه می شود که تا سه روز می تواند ادامه پیدا کند. در مورد بیماران معتاد سالمند یا بیمارانی که مشکلات قلبی – ریوی دارند چنین ترك شدید و ناگهانی ممکن است به مرگ بیانجامد. توجه به این نکته ضروری است که بسیاری از مراجعان یا به روش تدریجی مواد مصرف می کنند و یا علاوه بر مصرف مواد افیونی مصرف بالایی سیگار دارند. هر دو حالت با ریسک بالایی بیماری های قلبی همراه هستند.
 - درمان با نالترکسون می تواند به یکی از دو روش زیر آغاز شود:
 - الف- انجام آزمون چالش با نالوکسان - ابتدا ۲/ میلی گرم نالوکسان به صورت زیر جلدي تزریق می گردد. در صورت عدم مشاهده علائم ترك ۴/ و سپس ۸/ میلی گرم دیگر به صورت زیر جلدي تزریق می شود. در صورت عدم بروز علائم ترك، درمان با نالترکسون آغاز می شود. (حداقل زمان لازم ۳۰ دقیقه)
 - ب- ابتدا محتوای يك کپسول ۲۵ میلی گرمی نالترکسون در يك لیوان ۲۵۰ سی سی آب حل می شود. بنابراین هر ۵ سی سی معادل يك قاشق غذاخوری حاوی ۵/ میلی گرم نالترکسون خواهد بود. در صورت عدم بروز علائم ترك، محتوای لیوان به تدریج در فواصل نیم ساعته در چهار نوبت به صورت خوراکی به بیمار داده می شود. به این ترتیب که:
 - ◀ برای شروع دو قاشق غذاخوری یعنی يك میلی گرم نالترکسون به بیمار داده شده و مدت نیم ساعت بیمار برای مشاهده علائم ترك تحت نظر گرفته می شود.
 - ◀ در مرحله بعد ۴ میلی گرم یعنی ۸ قاشق غذاخوری به وی عرضه می شود.
 - ◀ سپس مابقی محتوای لیوان در دو نوبت (هر يك ۱۰ میلی گرم) با فاصله نیم ساعت به بیمار داده می شود.
 - ◀ در صورت تحمل بیمار و عدم بروز علائم ترك، نالترکسون از روز بعد با دوز ۵۰ میلی گرم در روز قابل تجویز است.
- ◀ در صورت مثبت بودن تست باید بعد از بررسی علت ۴۸ ساعت بعد 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 با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم. 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. **(روز پنجم هفته بهتر است ۱۵۰ میلی‌گرم استفاده کند)**

◀ باید در مورد اهمیت مصرف نالترکسون، به بیمار و خانواده تاکید شود. می‌توان 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 سوءمصرف مواد بیمار به همه اطمینان خاطر داده و خانواده را از بسیاری شبهه‌ها و بحث‌های غیر ضروری و آزاردهنده بی‌نیاز می‌سازد.

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 حین درمان

معمولاً بیماران به خوبی با عوارض شدید ترک ناشی از مصرف نالترکسون به دنبال مصرف جانبی 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 بی‌تجربه این هشدار را جدی نگرفته و به نوشیدن نالترکسون در حضور پرسنل علیرغم مصرف مواد افیونی مبادرت می‌ورزند. چنین کاری باعث بروز اسهال شدید، تاکی‌کاردی، افزایش فشارخون و سایر علائم ترک می‌گردد.

◀ درمان این علائم همانند درمان سایر علائم ترک با استفاده از کلونیدین، بنزودیازپین‌ها و داروهای مسکن صورت می‌گیرد. ممکن است در مواردی لازم باشد بیمار حداقل برای چند ساعت تحت نظر گرفته‌شود.

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

◀ در موارد نادر به علت علائم شدید می‌توان از بوپرنورفین کمک گرفت. اما باید در نظر داشت که تمایل گیرنده‌های افیونی برای نالترکسون شدید و استفاده از داروهای با تمایل کمتر نظیر مورفین معمولاً کمک چندانی به بهبود علائم ترک نخواهند کرد.

۲.۳. درمان نگاه‌دارنده با متادون

به پروتکل درمان نگاه‌دارنده با داروهای آگونیست افیونی مراجعه شود.

۲.۴. آموزش، مشاوره و درمان خانواده

بیرامون 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 تأکید 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 آماده نباشد، 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. متخصصین معتقد هستند خانواده درمانی بهتر است برای همه 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 تعیین کننده‌ای 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 شیوه های درمان
 - عود و پیشگیری از آن
 - سازو کار های 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

مشکلات حاد ارتباطی بیمار و خانواده و نیز راهنمایی خانواده برای چگونگی برخورد با بیمار در طول فرآیند درمان به صورت مشاوره های چند جلسه ای انجام می شوند.

برخی ویژگی های متمایزکننده خانواده فرد معتاد از سایر خانواده ها عبارتند از:

- ❖ احتمال بالاتر وجود رفتارهای اعتیادی مانند قماربازی در این خانواده ها
- ❖ ارتباط بیش از حد نزدیک فرد معتاد با مادر و وجود پدری غایب یا منفعل یا شدیداً شماتتگر
- ❖ ابراز مستقیم تر یا ابتدایی تر 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 خانواده ها و سابقه مثبت وقوع مرگ های غیر منتظره

❖ مشکلات شایع انطباق فرهنگی و تغییر ناگهانی طبقه اجتماعی- اقتصادی در این خانواده ها

◀ بسیاری از اوقات اعتیاد نه تنها توسط فرد معتاد که توسط خانواده وی نیز انکار شده یا کم اهمیت تر از آنچه که هست تلقی می شود. اعضای خانواده نیز بسیاری از اوقات به اعتیاد به صورت یک بیماری طولانی مدت نمی نگرند و تصور می کنند که مشکل اعتیاد با یک سم زدایی به طور کامل حل می شود. بسیاری از خانواده ها تصور می کنند با صحبت نکردن در مورد ولع، خطر عود مجدد و در واقع، پاک کردن صورت مسئله، مشکل حل می شود و در صورت عود مجدد بی ارادگی فرد معتاد را مسبب مشکل می دانند.

◀ بهبود روابط درون خانواده به خودی خود بسیاری از اوقات باعث کاهش مصرف مواد می شود. مشکلاتی که به طور شایع انجام مشاوره را ضروری می سازند 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 می دهند.
- تغییر تعادل خانواده پس از سم زدایی بیمار که تعریف جدید نقش های درون خانواده را الزامی می کند.

- در فرآیند درمان بیمار بایستی به تدریج مسئولیت های مختلف را عهده دار شود و انتظار بیش از حد و زودتر از موقع به دلیل عدم توانایی انطباق باعث عود مجدد می گردد.

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 بحران و پایدارسازی خانواده
- ◆ مرحله بازآرایی و بهبود
- ◆ خاتمه درمان

۲.۵. گروه درمانی

زمان ورود به گروه درمانی و فرآیند آماده سازی بسیار مهم است

- 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 يك يا 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. تهیه یادداشت از محتوا و مباحث گروه اغلب بسیار مفید است. 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 می‌تواند بسته به تخصص و گرایش درمانگران متفاوت باشد، اما باید روش درمانی تعریف شده‌ای 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 فضایی 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.ك. 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 سوءمصرف 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، نوع‌دوستی، 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. (باید دقت کرد که نوع و هدف گروه شدیداً ماتبظ با مرحله درمانی - عوامل همراه-...)
- 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 فضایی لازم برای پرداختن به موضوعات پیشرفته‌تر

سواي مباحث اوليه پس از سم زدائي را فراهم آورند. اما بايد توجه داشت كه احساس و لغت تا سالها پس از آغاز درمان نيز ممكن است به دنبال بروز عوامل آسيبزا در هر بيماري بروز كند و بايد در زمان بروز حتما در گروه به بحث گذاشته شود.

- مصرف مواد در کنار كار گروهی قدغن است. اعضاي گروه موظفند در صورت لغزش (lapse) اين موضوع را در گروه به بحث بگذارند. لغزش در اين حالت به عنوان محملي براي كنترل آتي مصرف مواد و منبعي براي آموزش در نظر گرفته مي‌شود. اما تداوم لغزشها به طور پياپي و به كار نگرقتن بازخورد گروهی براي اجتناب از لغزش در يك عضو گروه در درازمدت به كار گروهی آسيب مي‌زند. در اين مواقع ممكن است خارج كردن چنين فردي از گروه ضروري شود. در اين صورت بهتر است فرد به حال خود رها نشده و از امكانات ديگر درماني براي پيشگيري از عود بهره مند گردد.
- در کنار كار گروهی، درمان دارویی نگاه دارنده و آزمايش ادرار براي كمك به اعضاي گروه براي پيشگيري از عود ضروري شمرده مي‌شوند.
- بر خلاف گروههاي درماني غير از اعتياد كه در آنها اكيدا از اعضاي گروه خواسته مي‌شود كه از معاشرت در خارج جلسات گروه پرهيز كنند، در گروههاي درمان اعتياد اعضاي گروه به ارتباط بين جلسات گروه فرا خوانده مي‌شوند. بسياري از اوقات از اعضاي تازه وارد خواسته مي‌شود كه به طور منظم مثلا روزانه با يكي از اعضاي قديمي تر گروه تماس تلفني برقرار كنند. برخوردهاي خارج گروهی در جلسات گروه مورد بحث قرار مي‌گيرند.
- در گروههاي بسته تعداد جلسات گروه ممكن است از قبل مشخص باشد. در گروههاي باز اغلب عضويت تا زماني ادامه مي‌يابد كه اعضاي گروه و درمانگر به اين نتيجه برسند كه خاتمه درمان فرا رسيده است. در بسياري از مواقع درمان گروهی مي‌تواند تا مدتها ادامه يابد.

۲.۶. روان‌درماني فردي

- روان‌درماني فردي، در کنار روش هاي پيشگيري از عود، آموزش و مشاوره خانواده، گروه‌درماني و ساير روشهاي درمان، روان‌درماني فردي عليرغم صرف هزينه و انرژي بالاتر ممكن است براي بيماران درمان انتخابي باشد. مثلا اگر براي مثال گروه‌درماني قابل عرضه نباشد يا فرد توانايي و تحمل كار گروهی را نداشته باشد.
- درمان بايد توسط فرد مجرب انجام گردد و صرف تحصيلات روانشناسي براي روان‌درماني كفايت نمي‌كند.
- مكتب مورد استفاده در درمان فردي مي‌تواند بسته به تخصص و گرايش درمانگران متفاوت باشد، اما مي‌بايست روش درماني تعريف شده‌اي دنبال گردد. بنا بر اين ممكن است روش انتخاب شده، رفتاري، شناختي-رفتاري، روان‌پويشي با گرايش هاي مختلف آن، راجرين يا با بهره گيري از ساير روش هاي شناخته شده انجام گيرد.

- بسامد جلسات از دو هفته يك مرتبه 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 غیر قابل 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 يك راه حل
۵. به‌کاربندی و اثبات راه حل
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 دلخواه توسط همسر باشد یا اگر حضانت فرزندان به همسر سپرده شده است، بیمار مجاز به ملاقات‌های بیشتر گردد. در مقابل در صورت مصرف، مثلاً اگر غذای دلخواه 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 (Exinction) 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. روش‌های دیگر شرطی‌سازی

الف- روش انزجار (Aversion)- اساس این روش بازداری رفتاری از طریق مجازات برای رفتار اعتیادی است. در این روش مصرف ماده با یک 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 خیال‌باقی 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.

۲.۵.۷. گروه‌های حمایتی:

شخص بای اینکه بهبودی اش را ادامه بدهد نیاز به تایید و حمایت گروه برای پذیرش خود بعنوان یک

فرد در حال بهبود دارد

اساس هویت در این گروه ه ها بر این اصل استوار است که یک فرد بهبود یافته در فعالیت‌هایی درگیر

است که به سایر افراد جهت بهبودی کمک کند

روش:

۱- اصول ساده گروه بهبود یافته توسط شخص پذیرفته شود

۲- بپذیرد با جامعه نرمال تفاوت دارد

۳- بطور منظم در جلسات شرکت کند

۴- برای رفتار ههای مطلوب تشویق شود و تشویق کند

۵- با افراد موفق همانند سازی کند

۶- نصیحت دیگران را بپذیرد

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 احياناً 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 ویزیت‌های مرتب فردی مهارت‌هایی به جز مصرف مواد می‌آموزند.
- درمان‌های بازتوانی ساختاریافته- در این برنامه‌ها نیز بیمار به واسطه کارآموزی و آموزش فنی- حرفه‌ای بازتوانی شده و برای ورود به محیط کار آماده می‌شود.
- اجتماع درمان‌مدار- برنامه‌های اقامتی طولانی مدتی هستند که به طور معمول ۹ تا ۱۲ ماه به طول می‌انجامد. 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 شده‌اند.

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، هیچ یک 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 توجه 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 داریم 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.

□ واکنس 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 واکنس 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 ارایه شده فعلی وجود پادتن، نوع آن (IgG, IgM) ، سطح خونی آن و غیره هیچیک بر اساس مطالعات ایمونولوژیک نشان داده نشده‌اند.

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

۴. به فرض کارکرد مثبت، این واکنس علیه مورفین و نه هرویین ساخته شده است. همان طور 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 واکنس 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 نادانسته‌ها برتری قابل توجهی بر دانسته‌ها را نشان می‌دهند و تایید روشی در نهایت مجهول از نظر بالینی قابل قبول نیست.

□ و بسیاری دیگر ...