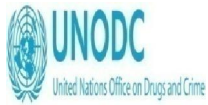


راهنمای سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک در ایران

(بر اساس هم‌اندیشی کارشناسان کشوری)



به نام خدای علیم و حکیم

این مجموعه در راستای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و با مشارکت و همکاری‌های بین بخشی تدوین شده است. در برنامه دو سالانه همکاری‌های مشترک ستاد مبارزه با مواد مخدر و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) در ایران برنامه‌ای با عنوان «کاهش تقاضا برای مواد و کنترل ویروس نقص ایمنی انسانی» پیش بینی شد. (پروژه: UNODC IRNV.04 «کاهش تقاضای مواد و کنترل اچ آی وی/ایدز (HIV/AIDS)» در چارچوب برنامه فوق، مواد محرک مغزی یا روان‌گردان‌ها یکی از اولویت‌های کاری قرار گرفت. به همین منظور در تاریخ ۱۰ آذر ماه ۱۳۹۰ با حضور جمع قابل توجهی از صاحب نظران کشوری هم‌اندیشی در مورد مواد محرک برگزار شد. این مجموعه برگرفته از نظرات کارشناسان در هم‌اندیشی مذکور است و در کنار آن با مروری بر منابع ملی و بین‌المللی تکمیل شده است. این مجموعه می‌تواند به عنوان مرجع علمی برای درمان‌گران فعال در حوزه اعتیاد مورد استناد و بهره‌برداری قرار گیرد و انتشار مطالب آن با ذکر منبع بلامانع است.

دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی

دکتر صابری زفرقندی

قدردانی

نهایت احترام و تشکر تقدیم به اعضای محترم کمیته فنی برگزارکننده هم‌اندیشی، شرکت کنندگان ارجمند در هم‌اندیشی که با ارائه نظرات ذی‌قیمت خویش و تسهیم دانش و تجارب گران‌قدرشان، محتوای علمی و کاربردی مجموعه را فراهم آوردند. سپاس بی‌پایان به همه افرادی که با بررسی پیش‌نویس مجموعه و ارائه پیشنهاد و مطالب تکمیلی، بر غنای آن افزودند. به ویژه اعضاء محترم گروه علمی. قدردانی ویژه از تمامی مدیران محترم و مسئولین گرانقدر ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران خاصه اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی به عنوان طراح، پیگیری کننده و هماهنگ کننده اصلی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر امامی رضوی معاون محترم درمان، اداره کل روابط بین‌الملل دبیرخانه ستاد و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) خصوصا جناب آقای طاهری نخست مدیر پروژه، برای حمایت‌های مادی و معنوی از این طرح. خانم دکتر منا اسلامی روان پزشک، خانم دکتر نرجس خلیلی متخصص پزشکی اجتماعی، کارشناسان اداره کل درمان ستاد برای بازخوانی مجدد، اصلاح و انطباق متن با منابع، خانم مریم گودرزی و خانم فریده حیدریور کارشناس اداره کل درمان برای صفحه آرایی این مجموعه زحمات قابل تقدیری را متحمل شده‌اند که از تلاش موثر ایشان تشکر می‌گردد.

گروه تدوین

شناسنامه

گروه تدوین:

- (۱) دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، روانپزشک، استادیار انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- (۲) دکتر محسن روشن پژوه، روان‌پزشک و کارشناس ارشد کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور
- (۳) دکتر رکسانا میرکاظمی، متخصص بهداشت عمومی، پژوهشگر مؤسسه آموزشی- پژوهشی "پیام روشن سلامت"

کمیته فنی (علمی) هم اندیشی (به ترتیب الفبا):

- (۱) مهرداد افتخار، روان‌پزشک و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- (۲) دکتر فیروزه جعفری، روان‌پزشک و رئیس اداره اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- (۳) حمید جمعه پور، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و کارشناس درمان‌های غیر دارویی اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- (۴) دکتر محسن روشن پژوه، روان‌پزشک و کارشناس ارشد کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور
- (۵) دکتر علی شفیعی، دانشجوی دکترای تخصصی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارشناس درمان‌های دارویی اداره کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر
- (۶) دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر (مسئول کمیته فنی)
- (۷) حمیدرضا طاهری نخست، کارشناس ارشد روان‌شناسی و مدیر برنامه کاهش تقاضای مواد دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)
- (۸) دکتر علی رضا نوروزی، روان‌پزشک، دکترای تخصصی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

همکاران اصلی و شرکت کنندگان در هم‌اندیشی (بر اساس کارگروه‌ها):

کارگروه درمان‌های غیر دارویی

(تسهیلگر: دکتر محسن روشن پژوه، گزارشگر: دکتر رامین افشاری)

نام سازمان	نام
دکترای تخصصی روانشناسی، سازمان بهزیستی کشور	۱. دکتر فرید براتی سده
روانپزشک، سازمان بهزیستی کشور	۲. دکتر مهرداد احترامی
کارشناس اعتیاد	۳. عباس دیلمی‌زاده
کارشناس روانشناسی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران	۴. روجا لاریجانی
کارشناس روانشناسی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران	۵. زهرا علم مهرجردی
روانپزشک، کارشناس ارشد کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور	۶. دکتر محسن روشن پژوه
روانپزشک، شورای عالی پیشگیری و درمان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۷. دکتر رامین افشاری
روانپزشک و دانشجوی دکتری تخصصی اعتیاد، مرکز ملی مطالعات اعتیاد	۸. دکتر علی‌رضا نوروزی
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، سازمان بهزیستی استان خراسان رضوی	۹. حسن حاجی‌پور
پزشک، درمانگر اعتیاد	۱۰. دکتر پوریا جورقانیان
کارشناس روابط بین‌الملل، ستاد مبارزه با مواد مخدر	۱۱. محمد علی زارعی کوشا
دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی دانشگاه تهران	۱۲. دکتر محمد کاظم عاطف‌وحید
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر	۱۳. حمید جمعه‌پور
کارشناس ارشد روانشناسی، دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)	۱۴. حمید رضا طاهری‌نخست
کارشناس ارشد روانشناسی و مشاور اعتیاد	۱۵. سعید نوروزی جویبانی

کارگروه مسمومیت و بیش مصرف

(تسهیلگر: دکتر سید مهدی صابری، گزارشگر: دکتر حسنین مقدم)

۱. دکتر علی شفیعی
مبارزه با مواد مخدر
پزشک و دانشجوی دکترای تخصصی اعتیاد، اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد
۲. دکتر محمد رضا قدیرزاده
پزشک، سازمان پزشکی قانونی کشور
۳. دکتر رضا افشاری
مشهد، رییس جامعه سم‌شناسی پزشکی آسیا و اقیانوسیه (APAMT) و عضو گروه مرجع و مشاور موقت سازمان جهانی بهداشت (WHO)
۴. دکتر الهام برجی
روانپزشک، کارشناس روانپزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی
۵. دکتر حسن حسنین مقدم
گروه سم‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶. دکتر سید مهدی صابری
روانپزشک، مرکز معاینات روانپزشکی، سازمان پزشکی قانونی

کارگروه درمان‌های دارویی

(تسهیلگر: دکتر حسن رفیعی، گزارشگر: دکتر سارا جعفری و دکتر محمد صادق شیرازی)

۱. دکتر حسن رفیعی
روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. دکتر شوان شریعتی‌زاد
پزشک، درمانگر اعتیاد
۳. دکتر فیروزه جعفری
روانپزشک، اداره اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴. دکتر محمد صادق شیرازی
پزشک، درمانگر اعتیاد
۵. دکتر مریم سرگلزایی
پزشک MPH، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر دار وزارت بهداشت
۶. دکتر سید رامین رادفر
پزشک، درمانگر اعتیاد
۷. دکتر شاهین قره‌خانی
پزشک، درمانگر اعتیاد
۸. دکتر سارا جعفری
روانپزشک، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران

کارگروه روان‌پریشی و عوارض حاد روانپزشکی

(تسهیلگر: دکتر جعفر بوالهری، گزارشگر: دکتر امیر رضائی اردانی)

۱. دکتر علی فرهودیان
روانپزشک، عضو هیات علمی مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. دکتر جعفر بوالهری
روانپزشک، انستیتو روانپزشکی تهران
۳. دکتر سید وحید شریعت
روانپزشک، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵. دکتر مجتبی نقش‌واریان
روانپزشک و دانشجوی دکتری اعتیاد، واحد بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۶. دکتر محمدباقر صابری زعفرندی
روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر
۷. دکتر مهرداد صالحی
روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۸. دکتر امیر رضائی اردانی
روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فهرست

۱۱	فصل اول: کلیات
۱۲	پیش‌گفتار
۱۴	فصل دوم: روش شناسی
۱۵	هدف اصلی
۱۵	اهداف اختصاصی
۱۵	اهداف کاربردی
۱۶	مراحل اجرایی
۱۶	خلاصه اجرایی مراحل مختلف طرح
۲۱	فصل سوم: اصول و ارزش‌های حاکم بر درمان سوء مصرف و وابستگی به موادمحرک
۳۱	فصل چهارم: سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به موادمحرک
۳۳	نحوه مصرف و عوارض
۳۳	همه‌گیری شناسی
۳۳	درمان
۳۵	درمان‌های غیردارویی
۵۴	منابعی برای مطالعه بیشتر در مورد درمان‌های غیردارویی محرک‌ها
۵۶	درمان‌های دارویی

- ۵۹ منابعی برای مطالعه بیشتر در مورد درمان های دارویی محرک ها
- ۶۰ روان پریشی و عوارض حاد روانپزشکی
- ۷۶ منابعی برای مطالعه بیشتر در مورد درمان روان پریشی های ناشی از مواد
- ۷۶ مسمویت و بیش مصرفی
- ۹۲ منابعی برای مطالعه بیشتر در درمان مسمومیت با محرک ها
- ۹۴ **فصل پنجم : راهنمای اجرایی شدن مجموعه**
- ۹۹ منابع

فصل اول

کلیات

پیشگفتار

در دهه‌های اخیر، سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک در جهان رو به گسترش نهاده و عواقب وسیع فردی و اجتماعی آن، توجه بسیاری از سیاست‌گذاران، محققان، متخصصان، مسئولان مراقبت‌های بهداشتی و... را به خود معطوف داشته است.

اگر چه نتایج به دست آمده از مجموعه پژوهش‌ها و اقدامات صورت گرفته پیشرفت‌های قابل توجهی را در دانش پایه مربوط به اختلالات مرتبط با سوء مصرف محرک‌ها و نحوه تاثیر آن بر مغز و روند وابستگی آن به دنبال داشته، اما هنوز دانش کافی در مورد اصول درمان سوء مصرف محرک‌ها و یا وابستگی به آن‌ها وجود ندارد.

در ایران آمار دقیقی از سوء مصرف محرک‌ها در دسترس نیست، اما اخبار و گزارش‌هایی که به صورت مختلف و از مراجع متفاوت منتشر می‌شود، حکایت از افزایش گرایش به محرک‌ها، چه به صورت مصرف منفرد و چه به صورت مصرف همزمان با سایر مواد، دارد. بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران نشان داده است که میزان شیوع مصرف محرک‌ها در طول عمر در بین بزرگسالان ۷.۳٪ و ۲.۳٪ از آن‌ها مصرف کننده فعلی بوده‌اند. [۱].

به منظور پاسخگویی به نیاز جامعه، یکسان سازی خدماتی که به بیماران ارایه می‌شود و ارتقاء کیفیت خدمات درمان در سوء مصرف مواد محرک، بهره‌گیری از اجماع نظر کارشناسان و درمان‌گران برای ارتقاء و اصلاح راهبردها، سیاست‌ها و اقدامات درمانی محرک‌ها از الزامات اساسی به شمار می‌آید. به همین منظور تدوین مجموعه‌ای که در آن، اجماع نظر متخصصین و فعالان این حوزه لحاظ شده باشد در دستور کار اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گرفت.

برای تدوین این مجموعه از همه فرصت‌ها و همکاری دستگاه‌های ذیربط از جمله دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد در ایران استفاده شد. این مجموعه شامل روش‌ها و توصیه‌هایی در مورد درمان‌های دارویی، غیر دارویی، مدیریت علائم روان‌پریشی و عوارض حاد روانپزشکی، و مسمومیت و بیش‌مصرفی محرک‌ها است که علاوه بر اجماع صاحب نظران با شواهد معتبر علمی نیز منطبق شده است.

فصل دوم

روش شناسی

روش‌شناسی

روش‌شناسی تدوین این مجموعه، تلفیقی از روش‌های کتابخانه‌ای و روش‌های کیفی است که اهداف آن به شرح زیر است:

هدف اصلی

تدوین مجموعه اجماع ملی در سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک

اهداف اختصاصی

۱. تعیین و ترسیم روش‌های رسیدن به اجماع در سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک در سطح ملی
۲. جمع‌آوری و تدوین نظر اساتید، صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک
۳. تعیین اولویت‌های مداخله‌ای
۴. مرور متون، شواهد و مدارک موجود داخلی و بین‌المللی در حوزه درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک
۵. تدوین رویکردها و سیاست‌های درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک بر اساس اجماع کارشناسی

اهداف کاربردی

ارتقای سیاست‌ها و رویکردهای درمان اختلالات مصرف و وابستگی به مواد

مراحل اجرایی

- طرح پرسش‌های کاربردی در حوزه‌های مختلف مداخلات درمانی شامل درمان‌های دارویی، غیردارویی، مدیریت روان‌پریشی و عوارض روان‌پزشکی حاد و درمان مسمومیت و بیش مصرفی.
- جمع‌آوری و جمع‌بندی نظرات ارایه شده در هم‌اندیشی درمان سوء مصرف محرک‌ها مرور منابع پژوهشی، پروتکل‌های درمانی، سیاست‌های کلی کشورها در مورد مواد محرک تطبیق نظر کارشناسان و درمان‌گران ایرانی با منابع و نظرات کارشناسان دیگر. تهیه پیش‌نویس مجموعه اجماع ملی در سیاست‌ها و رویکردهای درمان مصرف و وابستگی به مواد محرک
- ارسال پیش‌نویس مجموعه برای صاحب‌نظران و دریافت بازخورد آنها و انجام اصلاحات ضروری با استفاده از تکنیک دلفی در سه دوره.
- تدوین نسخه نهایی مجموعه

خلاصه اجرایی مراحل مختلف طرح

مرحله اول: برگزاری هم‌اندیشی درمان سوء مصرف مواد

محرک (محرک‌های شبه آفتامینی)

برگزاری هم‌اندیشی درمان سوء مصرف مواد محرک (محرک‌های شبه آفتامینی) در راستای اهداف دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و با هماهنگی دفتر امور بین‌الملل و اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی این دبیرخانه و در راستای اصل مشارکت و همکاری‌های بین‌بخشی در عرصه

بین‌المللی، در برنامه دو سالانه همکاری‌های مشترک دفترمقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) در ایران با عنوان «کاهش تقاضا برای مواد و کنترل ویروس نقص ایمنی انسانی» با هدف مرور دانش موجود و روش‌های مورد استفاده در کشور و تسهیل فرایند ایجاد اجماع ملی بر سیاستگذاری‌های مربوط به درمان سوء مصرف مواد تشکیل شد.

برای تسهیل فرایند مذاکرات برنامه در قالب چهار کارگروه تخصصی درمان دارویی، درمان غیردارویی، روان‌پریشی و عوارض روانپزشکی حاد و مسمومیت و بیش مصرفی مواد محرک برگزار شد. در هر گروه یک تسهیلگر و یک گزارشگر مسئولیت اداره و تسهیل فرایند مشورت را بر عهده داشتند.

سوالات مطرح شده در کارگروه‌ها کارگروه درمان‌های غیردارویی

۱. جایگاه درمان‌های غیردارویی در درمان وابستگی به مواد محرک کجاست؟
۲. مدل‌های نظری و عملی درمان غیردارویی وابستگی به مواد محرک کدامند؟
۳. ملاحظات اجرایی مداخلات غیردارویی درمان وابستگی به مواد محرک در کشور شامل مهارت‌های پایه موردنیاز و استانداردهای ساختاری (چه مداخله‌ای؟ توسط چه کسی؟ و با چه ساختاری؟)

کارگروه مسمومیت و بیش مصرف

۱. نیم‌رخ مسمومیت و بیش مصرف مواد محرک چگونه است؟
۲. اقدامات لازم برای هر یک از تابلوهای مسمومیت و بیش مصرف این مواد کدامند؟

۳. ملاحظات مربوط به مسمومیت و بیش مصرف مواد محرک را ذکر نمایید؟

کارگروه درمان‌های دارویی

۱. آیا دارو درمانی به صورت درمان‌های مخصوص مواد مخدر در درمان محرک‌ها جایگاهی دارد؟
۲. در صورتی که پاسخ شما به سوال بالا مثبت است؛ تصریح نمایید:
الف: کدام دسته دارویی
ب: با چه شیوه‌ای
۳. تجربه شما در این زمینه چیست؟
۴. برای درمان دارویی اختلالات همراه با سوء مصرف مواد محرک چه داروهایی به کار می‌رود؟
۵. کاهش زیان در درمان و مواد محرک چه جایگاهی دارد؟

کارگروه روان‌پریشی و عوارض حاد روان‌پزشکی

۱. نیم رخ عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف کنندگان مواد محرک چگونه است؟
۲. اقدامات دارویی برای کنترل هر یک از عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف کنندگان مواد محرک به تفکیک هر اختلال کدام است؟
۳. سایر اقدامات غیردارویی در این حوزه چه هستند؟
۴. ترتیب / اولویت ارائه هر یک از مداخلات مورد نظر و ملاحظات مربوط به آن چگونه است؟

مرحله دوم: مروری بر متون و شواهد و اسناد بین‌المللی

در این مرحله بر مبنای محورهای مرحله اول و براساس نوع کارگروه‌ها و سؤالات مطرح شده در هر کارگروه از منابع رسمی و معتبر برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. پایگاه‌های جستجو، شامل مقالات علمی منتشر شده در مجلات معتبر علمی که در دو پایگاه اطلاعاتی ISI web of Science و Pubmed منتشر شده بودند و همچنین سایت‌های رسمی مراکز ملی اعتیاد در کشورهای مختلف از جمله آمریکا، کانادا و استرالیا بود. کلید واژه‌های جستجو نیز مطابق موضوعات کلی مجموعه یعنی «درمان دارویی محرک‌ها»، «درمان غیردارویی محرک‌ها»، «درمان روان‌پریشی ناشی از محرک‌ها»، «کاهش زیان در محرک‌ها» و «درمان مسمومیت و بیش مصرفی» انتخاب شد. در مورد روش‌های درمانی نیز بر اساس نظر افراد، هر روش به صورت کلید واژه جستجو مورد استفاده قرار گرفت، برای مثال «روش روایت کردن» و یا «روش شناختی رفتاری» و یا «مدیریت موقعیت». در مجموع ۵۰ مجموعه، مقاله و مدارک علمی بررسی شد و اطلاعات مورد نیاز نسخه برداری، ترجمه و تکمیل شد.

مرحله سوم: تهیه پیش‌نویس مجموعه اجماع ملی در سیاست‌ها و

رویکردهای درمان مصرف و وابستگی به مواد محرک

مرحله چهارم: ارسال پیش‌نویس مجموعه برای صاحب‌نظران و

دریافت بازخورد از آنها و انجام اصلاحات ضروری

در این مرحله ابتدا پیش‌نویس مجموعه برای کلیه شرکت کنندگان در نشست تخصصی درمان محرک‌ها ارسال و از آنان تقاضا شد، با توجه به راهنمای تدوین شده، در مورد چارچوب مجموعه و محتوای علمی آن و با ذکر

راهنمای سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک در ایران

مرجع، اظهار نظر نمایند. بدین ترتیب پیش‌نویس و راهنما برای ۳۵ نفر از شرکت‌کنندگان و صاحب‌نظران ارسال شد. نظرات دریافت شده جمع‌آوری و طبقه‌بندی و در متن پیش‌نویس مجموعه اعمال شد. مواردی که خارج از حدود موضوعیت محتوایی مجموعه بود در متن نهایی وارد نشد.

مرحله پنجم: تدوین نسخه نهایی مجموعه اجماع ملی در سیاست‌ها و رویکردهای درمان مصرف و وابستگی به مواد محرک

فصل سوم

اصول و ارزش‌های حاکم

بر درمان سوء مصرف و

وابستگی به مواد محرک

اصول و ارزش‌های حاکم بر درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک

اصول و ارزش‌های حاکم بر درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک مانند اصول و ارزش‌های حاکم بر درمان سوء مصرف و وابستگی به سایر مواد است. این اصول عبارتند از:

اصل اول: وجود و در دسترس بودن درمان

تمامی موانع و محدودیت‌های دسترسی به خدمات درمان باید به حداقل رسانده شود، تا بیماران به بهترین درمان که متناسب با نیازهای آنها است، دسترسی داشته باشند.

برخی از عواملی که در تسهیل دسترسی نقش دارند شامل:

- توزیع جغرافیای مناسب، به هنگام بودن و انعطاف‌پذیری ساعت شروع به کار مراکز درمانی
- وجود چارچوب حقوقی برای حفظ محرمانگی اطلاعات مراجعین و انعطاف‌پذیری در امر سازماندهی خدمات درمانی و ارایه خدمات با آستانه پایین
- توانایی پرداخت هزینه خدمات
- توجه به عوامل فرهنگی، پاسخ‌دهی به نیازهای متعدد درمانی مراجعین و تنوع مراکز
- توجه به نقش مهم نحوه برخورد سیستم دادگستری و قضایی، در بهبود دسترسی افراد مبتلا به خدمات درمانی

- پاسخ‌گو بودن خدمات، به نیازهای چندگانه و تنوع مسائل بیماران مختلف
- ارائه خدمات حساس و پاسخ‌گو به تفاوت‌های جنسیتی

اصل دوم: برنامه‌ریزی غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان

- غربالگری به منظور شناسایی افرادی که در مراحل ابتدایی سوء مصرف محرک‌ها هستند
- ارزیابی و تشخیص پیش نیازهای اصلی برای شروع درمان و همچنین تشخیص سایر اختلالات روانی که معمولاً همراه سوء مصرف محرک‌ها وجود دارند.
- ارزیابی جامع که مرحله و شدت بیماری را مشخص می‌کند.
- ارائه طرح درمانی که با همکاری و قبول بیمار ایجاد شده و اهداف آن براساس نیازهای بیمار تعیین می‌شود و در آن مجموعه‌ای از مداخلات برای رسیدن به این اهداف در نظر گرفته شده است.

اصل سوم: درمان مبتنی بر شواهد

- هیچ درمان واحدی برای همه بیماران مناسب نیست. مداخلات هدفمند و متنوع بر اساس نیازهای و شرایط بیمار، بهترین پاسخ به نیازهای خاص هر یک از شرایط بالینی است.
- ارائه زمان کافی و متناسب با نیاز فردی به بیمار برای درمان ضروری است.

- تیم چند رشته‌ای از جمله پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران و پرستاران برای درمان باید همکاری کنند.
- مداخلات مختصر برای افراد در مراحل مصرف گهگاه و آزمایشی، مناسب است.
- ارزیابی فعال و مداخلات آستانه پایین، برای افرادی که برای درمان انگیزه ندارند، مناسب است.
- مداخلات مرتبط با حمایت‌های اجتماعی همانند برنامه‌های اشتغال، آموزش‌های حرفه‌ای و مشاوره حقوقی و حمایت اجتماعی در تسهیل بازگشت مجدد به جامعه مؤثر است.
- حمایت گروه‌های خودیاری، مکمل گزینه‌های درمان رسمی است و می‌تواند مداخلات روانی اجتماعی استاندارد را حمایت کند.
- برای داشتن تطابق اجتماعی- فرهنگی، برنامه‌های درمان اجتماع محور مورد نیاز است.
- انتقال دانش و تحقیقات بالینی مداوم، کلیدی برای بهبود مستمر برنامه‌های درمانی برای بیماران است.

اصل چهارم: درمان، حقوق انسانی و کرامت بیمار

- خدمات درمان وابستگی به مواد باید مطابق با تعهدات حقوق بشر و به رسمیت شناختن منزلت ذاتی همه افراد باشد؛ یعنی برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت و رفاه و کسب اطمینان از عدم تبعیض.
- افراد مبتلا به سوء مصرف محرک‌ها، به دلیل سوء مصرف مواد در گذشته و یا حال نباید مورد تبعیض قرار گیرند.

- استانداردهای اخلاقی درمان سوء مصرف محرک‌ها باید مشابه سایر خدمات درمانی باشد. این استانداردها عبارتند از: حق تصمیم‌گیری در مورد خود، عزم و اراده خود بیمار برای درمان و تعهد کارکنان خدمات درمانی برای کمک صمیمانه و عدم بدرفتاری.
- شرایط درمان سوء مصرف محرک‌ها، نباید در بیماران اجباری باشد؛ مگر تنها در شرایط بحرانی استثنایی که به فرد و یا دیگران آسیب جدی وارد آید، درمان اجباری برای شرایط خاص و دوره معینی از زمان توسط قانون باید مشخص شود.
- تبعیض نباید در هیچ زمینه‌ای، چه بر اساس جنسیت، زمینه قومی، مذهب، اعتقادات سیاسی، وضعیت سلامتی، اقتصادی، قانونی یا شرایط اجتماعی رخ دهد.
- حقوق انسانی افراد مبتلا به سوء مصرف محرک‌ها، نباید در هر شرایط درمان و توان‌بخشی که هستند، محدود شود.
- شیوه‌های غیرانسانی یا اهانت‌آمیز و مجازات هرگز نباید بخشی از درمان وابستگی به محرک‌ها باشد.

اصل پنجم: هدف قرار دادن شرایط ویژه و گروه‌های خاص

- گروه‌های متعددی نیازمند توجه خاص و مراقبت‌های تخصصی هستند.
- گروه اول؛ نوجوانان و والدین آنها: تنظیمات جداگانه برای نوجوانان و والدین آنها با برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات از طریق همکاری نزدیک با خانواده‌ها و مدارس در نظر گرفته شود.

- گروه دوم؛ زنان: زنان مبتلا به سوء مصرف محرک‌ها در بسیاری از جوامع به شدت با انگ اجتماعی مواجهند؛ لذا دسترسی زنان به درمان می‌تواند به میزان قابل توجهی محدود شود و از آنجایی که ادامه مصرف مواد مخدر سلامت جنسی و باروری زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باید خدمات پاسخ‌گو به نیاز زنان و با در نظر گرفتن نیاز فرزندان این زنان در همه جنبه‌های طراحی و ارائه خدمات، از جمله مکان، نیروی انسانی، محتوا و مواد مشاوره و آموزش وجود داشته باشد.
- گروه سوم؛ زنان باردار: درمان زنان باردار تخصصی بوده و نیاز به یک رویکرد چند تخصصی دارد؛ از آن جمله مراقبت‌های دوران بارداری و شیردهی که باید مورد توجه قرار گیرد. گروه چهارم؛ افراد مبتلا به چند بیماری جسمی توامان (هیپاتیت B و C، ویروس نقص ایمنی انسانی، سل و سیروز).
- گروه پنجم؛ افراد مبتلا به بیماری روانی توامان.
- گروه ششم؛ زنان تن فروش.
- گروه هفتم: اقلیت‌های قومی، حاشیه نشینان و افراد بی‌خانمان
- گروه هشتم، پزشکان و سایر کارکنان سیستم بهداشتی درمانی: با توجه به بالا بودن سطح استرس در محل کار و وجود مشکلاتی همچون خستگی مزمن و خواب آلودگی و همچنین با توجه به دسترسی آسانتر این گروه به مواد که خود فاکتور خطر مصرف مواد می‌باشد.

اصل ششم: درمان سوء مصرف محرک‌ها و نظام قضایی

- درمان به عنوان یک جایگزین برای حبس و یا سایر مجازات‌های کیفری، باید به عنوان یک گزینه برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مطرح باشد.
- اصول حقوق بشر توضیح داده شده در بالا، قطعاً برای افراد متهم به جرائم مربوط به سوء مصرف مواد اعمال شود.
 - مداخلات خاص برای کاهش رفتارهای پر خطر مرتبط با بیماری‌های عفونی در زندان در دسترس باشد.
 - مراقبت مستمر در جامعه پس از آزادی، به منظور کمک به دوباره پیوستن مجرمین مرتبط با مواد به جامعه در نظر گرفته شود. افراد در فرایند درمان، اگر به آموزش، فرصت‌های شغلی، مسکن، بیمه و مراقبت‌های بهداشتی از جمله درمان وابستگی به مواد دسترسی نداشته باشند؛ در معرض خطر بالاتر عود و مرگ و میر مرتبط با آن هستند.
 - بازداشت و کار اجباری، از لحاظ علمی، به عنوان درمان اختلالات سوء مصرف مواد شناخته نمی‌شود.

اصل هفتم: مشارکت اجتماعی، مشارکت و جهت بخشی به بیمار

پاسخ اجتماع محور به سوء مصرف مواد می‌تواند تغییر رفتار را به طور مستقیم در جامعه حمایت و تشویق کند.

اجزاء:

- دخیل کردن بیمار در خدمات پیشگیری و درمان با هدف ترویج احساس مالکیت و مسئولیت برای تغییر در رفتار فردی و همچنین، بهبود کیفیت و بهره‌برداری از خدمات بهداشتی و درمانی.

- پاسخگویی در برابر جامعه؛ یعنی روند توسعه خدمات، باید توسط طیف وسیعی از علائق موجود در جامعه شکل گرفته باشد.
- مداخلات اجتماع محور می‌تواند پشتیبانی جامعه را نسبت به افراد با مشکلات مواد مخدر افزایش دهد و نگاه حمایتگر را در دیدگاه اجتماعی و سیاست‌های بهداشتی ترویج کند. همچنین اطلاعات اجتماعی و توانمند سازی می‌تواند به کاهش تبعیض و به حاشیه رانده شدن افراد کمک کند.
- جریان اصلی درمان وابستگی به مواد مخدر در مداخلات مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی است.
- ارتباط بین خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر با خدمات بیمارستان، از جمله اورژانس، بیماری‌های عفونی و داخلی و همچنین با خدمات تخصصی اجتماعی همچون مسکن، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و اشتغال مهم است.
- سازمان‌های غیردولتی باید نقش قابل توجهی در ارائه خدمات برای بیماران مبتلا به وابستگی محرک‌ها در هماهنگی با سیستم بهداشت عمومی ایفا کنند.

اصل هشتم: حاکمیت بالینی در خدمات درمان وابستگی به مواد

- سیاست‌ها و پروتکل خدمات باید یک درک مشترک از فلسفه برنامه درمانی، اهداف، مدیریت رویکرد، رویکرد درمانی، جمعیت هدف و برنامه‌ها و روش‌های مورد استفاده را ایجاد و تسهیل کند.

- پروتکل‌هایی مخصوص کارکنان واجد شرایط شامل نظارت و سایر اشکال حمایت برای جلوگیری از فرسودگی شغلی در میان کارکنان تهیه شود.
- ساختارهایی جهت ارتباط و ایجاد شبکه به منظور درمان سوء مصرف محرک‌ها در نظر گرفته شود.
- سیستم‌های پایش و ثبت اطلاعات شامل اطلاعات مربوط به بیماران، ارائه خدمات، مدیریت منابع انسانی و حقوق و دستمزد وجود داشته باشد.
- خدمات به روز رسانی شود.

اصل نهم: وجود نظام درمان شامل توسعه سیاست‌ها، برنامه‌ریزی رویکرد و هماهنگی خدمات

- به عنوان یک گام اساسی، سیاست درمان خوب باید بر اساس شواهد اثربخشی و هزینه - اثربخشی باشد. سیاست‌های دولت، تعیین کننده اصلی سیاست‌های مرتبط با توسعه درمان سوء مصرف محرک‌ها است و در ترکیب با اراده سیاسی، می‌تواند پیشرفت‌های قابل توجهی در درمان و مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد ایجاد کند.
- پیوند با پیشگیری خدمات درمان هنگامی توسعه خواهد یافت که متصل به مداخلات پیشگیری برای جوانان، بزرگسالان و جوامع باشد تا بتواند دانش، مهارت و فرصت برای جلوگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز و انتخاب شیوه زندگی سالم را فراهم آورد.

- هماهنگی بین بخش‌های مختلف (بهداشت، رفاه اجتماعی و دستگاه قضایی) و همچنین تعادل مناسب بین خدمات تخصصی و مراقبت‌های اولیه می‌تواند بهترین نتایج را حاصل کند.
- پیوستار مراقبت؛ یک سیاست خوب درمان و ساز و کارهای هماهنگی خدمات را ترسیم می‌کند.
- رویکرد درمان بین رشته‌ای و چند رشته‌ای باید وجود داشته باشد.
- ظرفیت سازی شود.
- تضمین کیفیت، نظارت و ارزیابی وجود داشته باشد [۲].

فصل چهارم

سیاست‌ها و رویکردهای

درمان سوء مصرف و

وابستگی به مواد محرک

سیاست‌ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک

واژه "محرک‌های شبه آمفتامینی"^۱؛ معمولاً برای اشاره به گروهی از مواد صنعتی به کار می‌رود که از لحاظ شیمیایی شبیه آمفتامین (فیل ایزو پروپیل‌آمین)^۲ و شامل آمفتامین، مت‌آمفتامین^۳، متاکاتینون^۴ و اکستسی^۵ هستند [۳]. به این دسته از مواد "محرک روانی یا به اختصار مواد محرک" نیز اطلاق می‌شود تا آنها را از انواع مواد دارای خواص تخدیری یا ضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی همچون هروئین متمایز سازد [۴].

محرک‌های شبه‌آمفتامینی، به مانند کوکائین و یا بنزوئیل - متیل - لگونین - آلکالوئید^۶ یکی از مواد مشتق از برگ گیاه کوکا^۷ [۶] در مقایسه با مواد مخدر، مواد سخت بوده و مصرف آن منجر به عوارض روانی، فیزیکی و اجتماعی جدی می‌شود. این مواد با افزایش آزادسازی واسطه‌های شیمیایی مونوآمینی مانند دوپامین^۸، سروتونین^۹ و نور آدرنالین^{۱۰} در فضای سیناپسی به عنوان محرک دستگاه عصبی مرکزی عمل می‌کند [۵].

^۱ Amphetamine type stimulant

^۲ Phenylisopropylamine

^۳ Methamphetamine

^۴ Methcathinone

^۵ Ecstasy

^۶ Benzoylmethylecgonine

^۷ Coca Ergthroglom

^۸ Dopamine

^۹ Serotonin

^{۱۰} Noradrenaline

نحوه مصرف:

کوکائین و آمفتامین‌ها از طریق بلعیدن، انفییه، استنشاق و تزریق مورد استفاده قرار می‌گیرند. سه الگوی رایج مصرف شامل؛ مصرف تفریحی، مصرف دوره‌ای با تناوب کم و مصرف دوره‌ای با تناوب بالاست. در الگوی تفریحی و با تناوب کم، مصرف کننده از لحاظ روانی به مواد وابسته نیست و مواد را از طریق خوردن و یا انفییه مصرف می‌کند. در الگوی دوره‌ای با تناوب بالا، مصرف کننده از لحاظ روانی به مواد وابسته است و ترجیح می‌دهد که مواد را به صورت کشیدنی و یا تزریقی مصرف کند.

عوارض مصرف:

افزایش ضربان قلب، سرعت تنفس، اضطراب و خشم، حرارت بدن، نقصان در کارکرد کلیه‌ها، قلب، بیماری‌های مختلف مرتبط با کمبود ویتامین‌ها و سوء تغذیه، روان پریشی از جمله عوارض مصرف محرک‌ها است. مصرف بیش از حد این مواد می‌تواند موجب خونریزی مغزی، حمله قلبی، تب شدید، اغماء و حتی مرگ شود. مصرف طولانی مدت نیز موجب تغییر در عملکرد مغز (از بین رفتن حدود ۵۰ درصد از نرون‌های تولیدکننده دوپامین)، هیجان‌ات، حافظه و مشکلات شناختی می‌شود [۷]. همین اثر بر نرون‌های سروتونرژیک نیز اعمال شده، سبب تشنج می‌شود [۸].

همه گیری شناسی

مصرف و سوء مصرف محرک‌ها در دهه‌های اخیر در همه کشورها به سرعت رو به گسترش بوده است و عواقب سوء فردی و اجتماعی آن توجه سیاست‌گذاران، محققان، مسئولان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و متخصصان و

سازمان‌های دولتی و غیر دولتی را به خود معطوف داشته است. بنا به گزارش دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۱ مواد محرک آفتامینی دومین گروه مواد شایع مورد سوء مصرف در جهان بوده است [۹]. در سال ۲۰۰۹ شیوع سالانه سوء مصرف آفتامین‌ها در جهان بین ۰.۳٪ تا ۱.۳٪ و برای گروه اکستسی ۰.۲٪ تا ۰.۶٪ جمعیتی بالغ بر ۱۱ تا ۲۸ میلیون نفر را در بر می‌گیرد. شیوع سالانه کوکائین در جهان ۰.۳٪ تا ۰.۵٪ معادل ۱۴.۲ تا ۲۰.۵ میلیون نفر است. [۹].

علی‌رغم افزایش، میزان تولید و مصرف مواد محرک در خاورمیانه [۹] در ایران آمار دقیقی از سوء مصرف مواد محرک موجود نیست؛ اما اخبار و گزارش‌های مختلف از مراجع مختلف حکایت از تغییر نوع ماده مصرفی و افزایش گرایش به مواد محرک و روان‌گردان دارد. برخی از مطالعات نشان دهنده شیوع ۲.۷٪ میانگین سنی ۲۹ سال است که ۸۰٪ آن مربوط به افراد زیر ۳۵ سال می‌شود [۷]. برخی گزارش‌ها نیز از اشغال نیمی از تخت‌های روان‌پزشکی توسط بیمارانی که مواد محرک مصرف کرده‌اند حکایت دارد [۱۰]. سوال درباره ماده محرک از جمله شیشه نیز علت ۴۶.۳٪ تماس‌ها با خط ملی اعتیاد بوده است [۱۱]. این امر می‌تواند نشان‌دهنده گسترش همه‌گیری سوء مصرف مواد محرک صناعی در ایران، در طی سال‌های اخیر باشد؛ که با وجود ترکیب سنی جوان جمعیت کشور ایران، خطر این اپیدمی بیشتر نمایان می‌شود.

درمان

نبود شواهد قاطع در اثر بخشی قطعی درمان‌های سوء مصرف محرک‌ها، سبب گشته است تا در کشورهای مختلف پروتکل‌های درمانی بر اساس بررسی

شواهد موجود همان کشور و یا اجماع بین متخصصان و صاحب‌نظران در درمان محرک‌ها طراحی و ارائه شود. پروتکل اصلاحی درمان محرک‌ها که توسط مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا تهیه شده [۱۲]، نمونه‌ای از این نوع پروتکل‌ها است که بر مبنای بررسی شواهد موجود تدوین و جهت استاندارد سازی روش‌های درمانی ارائه شده است.

درمان‌های غیر دارویی

۱- جایگاه درمان‌های غیر دارویی در درمان وابستگی به مواد

محرک

در مورد جایگاه درمان‌های غیر دارویی در درمان محرک‌ها؛ اعضای کارگروه معتقد بودند که در درمان محرک‌ها لازم است علاوه بر توجه به درمان وابستگی، علائم روان پزشکی همراه نیز توجه شود و در صورت لزوم درمان دارویی انجام شود، اما اساس کار، در درمان محرک‌ها، روان‌درمانی با فرایندی درازمدت (حداقل یک سال) است.

❖ مرور اسناد بین‌المللی، نیز نشان می‌دهد که در درمان سوء مصرف محرک‌ها، درمان دارویی، درمان غیر دارویی، درمان اختلالات روان-پریشی و عوارض روان پزشکی حاد و مسمومیت و بیش مصرفی باید مورد توجه قرار گیرد. سازمان جهانی بهداشت اقدامات اولیه ضروری برای شروع درمان محرک‌ها را تعیین شدت ابتلا و وضعیت بیمار، بر اساس سه معیار الگو، مقدار مصرف، مصرف همزمان سایر مواد، آسیب‌های وارده و یا وجود رفتارهای پرخطر، تعریف می‌کند [۱۳].

❖ در درمان محرک‌ها سه مرحله متفاوت در نظر گرفته شده است:

- مرحله ورود و آغاز درمان
- مرحله قطع مصرف
- مرحله ماندگاری که نیازمند حمایت و پشتیبانی طولانی مدت است [۱۴]

مرحله اول شامل ارزیابی اولیه، از بین بردن موانع درمان و تعیین برنامه مناسب درمان می‌باشد.

- در مرحله ارزیابی توجه به وضعیت شناختی مراجع بسیار مهم می‌باشد چرا که ظرفیت شناختی بیمار و عملکرد اجرایی وی در بهره‌گیری وی از درمان به ویژه درمان‌های غیر دارویی اهمیتی خاص دارد. این مسأله می‌تواند در تعیین سطوح مراقبت و اقدامات، لازم می‌باشد. بهتر است از ابزارهای مشترک و استاندارد در سنجش سطح شناختی بیمار استفاده شود که از جمله آنها معاینه مختصر وضعیت روانی (Mini Mental State Examination) می‌باشد. [۱۲]

همچنین توجه به اختلالات پیش‌زمینه که مسبب مصرف محرک‌ها می‌باشند از جمله اختلالات خلقی مثل افسردگی و اختلال خلقی دو قطبی، اختلالات اضطرابی مثل فوبیای اجتماعی، اختلال شخصیت، اختلال خوردن و اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی در مصرف‌کنندگان بسیار حایز اهمیت می‌باشد. [۱۵]

توصیه می‌شود از ابزارهای معتبر جهت سنجش اختلالات نامبرده استفاده شود. در مرحله ارزیابی و بررسی مشکلات طبی و جسمی مراجعین ارزیابی سطح و شدت سوء تغذیه و کاهش وزن نیز باید مد نظر باشد و توصیه می‌شود که

آموزش متعادل سازی سبک زندگی شامل ارایه اطلاعات در زمینه اصول مناسب تغذیه و ورزش در تمامی مراحل درمان در نظر گرفته شود. [۱۴]

برای مطالعه بیشتر به منابع ذیل مراجعه کنید

۱-Best Treatment Strategies for Metamphetamine Treatment Implementation, prepared by chemical dependency Bureau, Best Practice Committee, June ۲۰۰۶

۲-Neuropsychological Neurology the Neurocognitive Impairments of Neurological Disorders, A. J. Larner, Consultant Neurologist, Cognitive Function Clinic, Walton Centre for Neurology and Neurosurgery, Liverpool, ۲۰۰۸

۳-مصاحبه ساختار یافته عصبی روانی ، نسخه فارسی ، دکتر نرگس بیرقی - دکتر کتابون خوشابی - پروین شیبانی

۲- سیاست‌گذاری‌های مربوط به درمان‌های غیردارویی وابستگی به محرک‌ها

- بر اساس نظر اعضای کارگروه درمان‌های غیردارویی، سیاست‌گذاران در خصوص اهمیت روان‌درمانی محرک‌ها توجیه شوند.
- هزینه اثربخشی برنامه‌ها مورد توجه قرار گیرد.
- راهنماهای درمانی به منظور یکسان‌سازی خدمات درمانی و ارتقاء کیفیت درمان، برای سوء مصرف محرک‌ها تهیه شود.

- درمان باید توسط یک تیم چندرشته‌ای درمان اعتیاد متشکل از روان‌شناس، پزشک، روان‌پزشک، مددکار اجتماعی و... انجام پذیرد، که صلاحیت‌های لازم برای ارائه این خدمات را داشته باشند.
- روان‌شناسان مراکز، آموزش‌های لازم به صورت بالینی و تحت نظارت را دیده باشند.

۳- اصول درمان غیردارویی وابستگی به محرک‌ها

بر اساس نظر اعضای کارگروه در درمان غیر دارویی وابستگی به محرک‌ها بایستی به اصول زیر توجه نمود:

- بیماران باید برای درمان غیردارویی توجیه شوند.
- درمان غیردارویی باید همه جانبه و جامع باشند.
- بر روی ایجاد انگیزه برای آغاز درمان و ماندگاری درمان تمرکز شود.
- طرح درمان باید بر اساس و مطابق با نیازهای فردی باشد.
- طرح درمان باید با جدیت، خانواده را مد نظر قرار دهد. با توجه به اینکه مبتلایان به سوء مصرف محرک‌ها تا حدودی دیر به اعتیاد خود واقف و دیرتر وارد برنامه‌های درمانی می‌شوند. از طرف دیگر خانواده در چنین مواردی آسیب‌های فراوانی را متحمل می‌شود، لذا بهتر است تمرکز اصلی را بر خانواده قرار داد تا همکار برای تسهیل ورود به درمان باشند.
- پیشگیری از خشونت‌های خانوادگی و تدوین پروتکل مداخله برای آنان باید مد نظر قرار گیرند.
- لازم است به خدمات مددکاری توجه کند.

- استفاده از گروه‌های خودیاری مثل برنامه‌های دوازده قدمی در نظر گرفته شود.
- ترکیبی از برنامه‌های تخصص محور و یا مبتنی بر مسایل عمومی در نظر گرفته شود.
- دوره درمانی باید قابل ملاحظه و حداقل یک سال لحاظ شود. مدت زمان مداخله باید به اندازه‌ای طولانی باشد که آسیب‌های وارده به مغز، تغییر کنند و رو به بهبود نهند.
- در فرایند درمان، ابتدا درمان دارویی، بعد مدل‌های شناختی - رفتاری و بعد تغییر سبک زندگی مطرح است و در ادامه، در صورت امکان و تناسب درمان‌های روان تحلیلی مورد استفاده قرار گیرد.
- کار تیمی و تیمارگری بیمار^۱ در طرح درمان لحاظ شود.
- تیم درمان گر باید صلاحیت‌های لازم برای ارایه برنامه درمانی را داشته باشد.
- مشاوره و پیگیری تلفنی^۲ برای کمک به بیمار و خانواده بیمار در نظر گرفته شود.
- در طرح درمان، درمان‌های گروهی نیز مد نظر قرار گیرند.
- در فرایند درمان، آموزش مهارت‌های زندگی بیشتر دیده شود.
- در فرایند درمان به نقش مددکار اجتماعی و خدمات بازگشت به جامعه به خوبی توجه شود.

^۱ Case management

^۲ Hot line – Help line

- در فرایند درمان باید موضوعات مرتبط با حمایت‌های اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.
- در فرایند درمان نگهدارنده با متادون برای معتادان مواد افیونی، به پیشگیری اولیه از روی آوردن آنها به شیشه در دوره بهبود از اعتیاد افیونی توجه شود.
- درمان با استفاده از فشار قانون در موارد خاص و بازتوانی روانی طولانی مدت در نظر گرفته شود.
- در طرح درمان، کاهش آسیب، برنامه پیشگیری از عفونت نقص ایمنی و آموزش روانی^۱ توجه شود.
- گروه معتقد بود که ایجاد همکاری و ارتباط بین مراکز درمان سوء مصرف مواد و گروه‌های خود یاری ضروری است.

❖ مروری بر متون و شواهد موجود در مورد اصول حاکم بر درمان غیر دارویی محرک‌ها، نشان می‌دهد به دلیل این که الگوهای بسیار متنوعی در سوء مصرف محرک‌ها و مصرف‌کنندگان آن مشاهده می‌شود، فرایند درمان نیز به همان اندازه باید متنوع باشد [۱۳]. برای در بر گرفتن این تنوع وسیع در خدمات درمانی، رویکرد مراقبت گام به گام^۲ [۱۶] پیشنهاد شده است که مداخلات روانی - اجتماعی متنوعی را در مراحل مختلف مصرف این نوع مواد، شامل می‌شود، تا خدمات درمانی به صورت تک دوزی شده^۳ برای افراد، مبتنی بر شواهد و به

^۱ psycho education

^۲ Stepped-care approach

^۳ Tailor made

صورت داوطلبانه فراهم شود. این خدمات شامل ارتقاء سلامت و پیشگیری اجتماع محور، ایجاد آگاهی در مورد وجود کمک و درمان برای سوء مصرف کنندگان مواد محرک آفتمینی، تشکیل گروه‌های خودیاری، مداخلات مختصر، مصاحبه‌های انگیزشی و درمان شناختی - رفتاری (یک تا چهار جلسه)، مشاوره‌های فردی فشرده، سم‌زدایی و خدمات قطع مصرف، مداخلات در مواقع اورژانس و خدمات بازتوانی طولانی مدت و بازگشت به جامعه می‌شود که بسته به مرحله و شدت مصرف، یک یا تعدادی از این خدمات استفاده می‌شود.

❖ فرایند درمان را می‌توان در چند مرحله و با مداخلات متفاوتی پیش بُرد. مداخلات مختصر که در واقع ابزاری پیش از درمان محسوب شده و عمدتاً با هدف کاهش خطر صدمات ناشی از مصرف مکرر طراحی می‌شود، خود می‌تواند باعث بهبود رفتار شده و یا به عنوان مرحله اول از یک درمان مفصل‌تر به حساب آید [۱۷].

مدل‌های نظری و عملی درمان غیردارویی: مدل‌های نظری و عملی بسیار زیادی برای درمان غیردارویی سوء مصرف و وابستگی به محرک‌ها وجود دارد.

- درمان‌های راغب‌سازی و ایجاد انگیزه اجتماع محور در بیماران به ویژه الگوهای مبتنی بر خانواده مثل "کرافت" (Community reinforcement and family training: CRAFT)
- مصاحبه‌های انگیزشی

- مداخلات کوتاه
- درمان‌های رفتاری، مدیریت مشروط، تقویت مبتنی بر اجتماع (CRA):
(Community Reinforcement Approach)
- مدیریت مورد (تیمارگری)^۱
- مدیریت مشروط، تیمارگری^۲
- مدل درمان ماتریکس
- ماتریکس‌های تعدیل شده^۳
- مدل اسکیمای تراپی (طرح‌واره درمانی) جفری یانگ برای اختلالات شخصیتی همراه
- "روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد" (ACT) که جزو موج سوم رفتاردرمانی و بعد از رفتاردرمانی شناختی است. در این مدل اصل بر پذیرش احساسات و افکار ناخوشایند، به جای مقابله با آنها (که در مدل ماتریکس است) همراه با روش‌های ذهن آگاهی است.

به طور کلی به نظر می‌رسد، مدل ماتریکس ساختارمندتر از برنامه موجود دیگر است.

❖ مروری بر متون و شواهد بین‌المللی در مورد درمان غیردارویی محرک‌ها نشان دهنده تنوع مدل‌های درمانی است که سه رویکرد اساسی مداخلات شامل؛ اقدامات سرپایی، درمان‌های اقامتی و درمان مبتنی بر جامعه یا جامعه محور را در درمان روانی-اجتماعی محرک‌ها

^۱ Case management

^۲ Case management

^۳ Modified matrix

معرفی نموده‌اند. روش‌های درمانی مختلفی مانند «برنامه درمانی ۲۸ روز بستری»، «اجتماعات درمان مدار»، برنامه ۱۲ قدمی، مداخلات با استفاده از گروه همتایان، راهبردهای رفتاری، مداخلات شناختی- رفتاری، بسته‌های درمانی چند جانبه رفتاری [۱۸] درمان مبتنی بر تکنیک‌های مراقبه که بر مبنای مدیتیشن است، روایت درمانی که بر مبنای بررسی و بازسازی زندگی گذشته فرد طراحی می‌شود و روش پذیرش و تعهد درمانی که ترکیبی از روش رویکرد درمان با مبتنی بر مراقبه با روش تغییر رفتار است. روش‌های غیرکلاسیکی مانند طب سوزنی نیز مطرح شده است [۱۳] هر چند هنوز شواهد کافی برای اثبات اثر بخشی تعداد زیادی از این مداخلات، موجود نیست [۱۹].

❖ بعضی از مداخلات و رویکردهای درمانی که توسط شواهد بیشتری مورد تایید قرار گرفته عبارتند از:

- مدل تقویت اجتماع و آموزش خانواده (CRAFT)^۱
- مدل روایت (داستان) درمانی^۲
- مداخلات مختصر
- درمان‌های شناختی - رفتاری
- مدیریت مشروط^۳

^۱ Community Reinforcement and Family Training

^۲ Narrative therapy

^۳ Contingency management

• تقویت مبتنی بر اجتماع و دادن بن^۱

❖ مدل پیشنهادی تقویت مبتنی بر اجتماع و آموزش خانواده (CRAFT) [۲۰] برای کمک به خانواده و اطرافیان مبتلایان به سوء مصرف موادی طراحی شده است که فرد مصرف‌کننده تمایلی برای ورود به درمان ندارند. هدف از این مداخله ایجاد انگیزه و افزایش احتمال ورود مبتلایان به سوء مصرف محرک‌ها به فرایند درمان، کمک به تعادل و سلامت روانی خانواده و اطرافیان بیمار و همچنین برای کم کردن مقدار مصرف در فرد مبتلا است. در این روش با تقویت انگیزه‌های مثبت در جامعه و اطرافیان نزدیک بیمار، به ویژه همسران، برای ایجاد انگیزه درمان در بیمار، مهارت‌های لازم برای تقویت ارتباط و تغییر رفتار خود را فرا می‌گیرند. شواهدی از اثر بخشی مناسب این روش وجود دارد. مطالعه می‌یرز^۲ و همکاران نشان داد که با استفاده از این تکنیک در یک دوره ۶ ماهه ۷۴ درصد از افراد موفق شده‌اند که درمان را شروع کنند [۲۱]. در تشویق افراد و خانواده‌ها برای ورود به درمان، استفاده مناسب از خطوط تلفن مشاور ۲۴ ساعته می‌تواند بسیار موثر باشد [۱۴].

❖ در خانواده درمانی خانواده یاد می‌گیرد چطور به فرد بیمار کمک کند تا بهتر فرآیند درمان را طی کند در این روش به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود که با مشکلات بیمار کنار بیایند، چگونه با وی برخورد کنند و چگونه واکنش‌های مناسبی را نسبت به برخی رفتارهای

^۱ Community-reinforcement-plus-vouchers

^۲ Meyers

بیمار نشان دهند. در این شیوه، خانواده نقش بسیار مهمی دارد که باید به طور جدی مورد توجه قرار بگیرد. اخیراً نتایج امید بخشی از اثر بخشی روش روایت‌درمانی مشخص شده است [۱۸]. روش روایت‌درمانی یک رویکرد درمانی بر اساس تئوری تعبیر و تفسیر و متمرکز بر بیان افراد از تجربه شخصیشان در زندگی است که توسط لازلو^۱ و همکارانش در سال ۱۹۹۹ مطرح شد و برای رویکردهایی مثل درمان از راه دور بسیار مناسب است [۲۲]. در این روش بیمار به بیان تجربیاتش از مشکلاتش در زندگی می‌پردازد و درمانگر تعبیر بیمار را از خلال صحبت‌های او در مورد مشکلش در می‌یابد و به بیان تضادها و نقاط مبهم با توجه به حقایق تجربه زندگی فردی بیمار می‌پردازد. سپس درمانگر به جداسازی هویت بیمار از مشکل او و دوباره شکل دادن مشکل می‌پردازد به نوعی که در بیمار توانمندی برای حل مسأله و مشکل ایجاد شود. این فرایند می‌تواند از طریق محاوره و یا از راه دور از طریق مکاتبه، مثلاً ارسال ایمیل باشد، البته نگارش مشکل و خواندن مسأله در صفحه کامپیوتر به جداسازی مشکل فرد از هویت او بهتر کمک می‌کند [۲۳]. از آنجا که مصرف مکرر آفتامین‌ها، موجب اختلال‌شناختی می‌شود، به نظر می‌رسد که این نوع روش‌های درمانی که کمتر بر فرایندهای شناختی متکی هستند می‌توانند مؤثرتر باشند [۱۸].

❖ مداخلات مختصر که در واقع ابزاری پیش از درمان محسوب و عمدتاً با هدف کاهش خطر صدمات ناشی از مصرف مکرر حاصل می‌شود، خود می‌تواند باعث بهبود رفتار شود و یا به عنوان مرحله اول

^۱ Laszlo

از یک درمان مفصل‌تر به حساب آید [۱۷]. معمول‌ترین روش‌های این رویکرد شامل مداخلات شناختی - رفتاری، مصاحبه‌های انگیزشی، آموزش مهارت برای پرهیز از موقعیت‌های پرخطر، مقاومت در برابر وسوسه، کنترل فکر در مورد مواد و پیشگیری از عود است. بعضی از شواهد اثر بخشی بیشتر این روش را نسبت به روش‌های آموزش روانی، نشان داده است [۲۴].

❖ درمان شناختی - رفتاری بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی بیان شده است و شامل تشویق و تقویت تغییر رفتار، تشخیص و یادگیری مهارت پرهیز از موقعیت‌های پرخطر، مقاومت در برابر وسوسه، کنترل فکر در مورد مواد و پیشگیری از عود است. مصاحبه‌های انگیزشی شامل برقراری یک تعهد همبستگی درمانی و احساس همدلی، فراهم آوردن باز خورد و کمک به بیمار برای بازسازی رفتار و تغییر است که دارای ۵ مرحله‌ی پیش‌تأمل، تأمل آمادگی، اقدام، ماندگاری است.

❖ مدیریت مشروط (مدیریت پی آیند) از سایر روش‌های درمانی است که بر اساس اصول تقویت رفتار با کم کردن ولع مصرف مواد و بر اساس تشویق انجام رفتار مثبت (عدم مصرف) و تنبیه در موارد انجام رفتار منفی (مصرف مواد) است. این روش در تغییر رفتار مرتبط با وابستگی به مواد بسیار مناسب است، زیرا بر اساس تعریف مشخصی از اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و با تأکید بر تغییرات مثبت رفتاری است. در این مدل، مواقعی که بر عواقب تنبیه آمیز رفتار منفی تأکید شده است، به دلیل افزایش احتمال رها کردن درمان در مراحل اولیه،

تأثیر کمتری داشته است [۱۲]. در کشور آمریکا این روش به عنوان بهترین روش درمانی برای محرک‌ها، مخصوصاً کوکائین، معرفی شده است [۲۵]. اما هزینه زیاد، پیچیدگی و عدم اطمینان از تداوم رفتار سالم از جمله دلایل عدم استفاده وسیع از این درمان است. هر چند ترکیب این روش با سایر تکنیک‌ها می‌تواند به طولانی‌تر شدن مدت عدم مصرف بیانجامد و به پیشبرد سایر درمان‌ها کمک کند.

❖ رویکرد «مبتنی بر اجتماع همراه با دادن بن» که در آن مجموعه‌ای از روش‌ها مثل مشاوره همسران، حرفه‌آموزی و آموزش مهارت به همراه دادن بن‌هایی به عنوان جایزه به ازای هر آزمایش منفی مواد استفاده می‌شود، به عنوان یک رویکرد موفق مبتنی بر شواهد، توصیه شده است [۱۲].

❖ مدل ماتریکس که در گذشته به آن مدل عصبی - رفتاری اطلاق می‌شد و در آن از یک رویکرد چند روشی استفاده می‌شد، در یک دوره درمان سرپایی، روش‌های متفاوتی مبتنی بر اصول شناختی - رفتاری را به کار می‌گیرد. برای مثال می‌توان به تقویت رفتارهای مثبت، آموزش به خانواده، مصاحبه‌های انگیزشی، پیشگیری از عود و شرکت در برنامه‌های ۱۲ قدمی اشاره کرد. عناصر اساسی این روش شامل مجموعه‌ای از گروه درمانی (مهارت‌های مراحل اولیه درمان، پیشگیری از عود، آموزش به خانواده و حمایت‌های اجتماعی) و جلسه درمان فردی به همراه تشویق به شرکت در فعالیت‌های ۱۲ قدمی است که در دوره درمان فشرده به بیمار ارائه می‌شود. در این روش آزمایش ارادار به

طور منظم از بیمار گرفته می‌شود [۱۲]. شواهد نشان دهنده اثر بخشی این روش درمانی است [۲۶]. این روش بیشتر بر رابطه نزدیک درمانگر در نقش یک مربی و درمان شونده، تکیه دارد و به دنبال کار تیمی با ایجاد نگرش‌های بدون قضاوت، غیرتهاجمی، تشویق‌آمیز و مثبت است. لذا آموزش درمان‌گران نباید صرفاً شامل ارائه اطلاعات باشد، بلکه باید بر تغییر نگرش و رفتار درمانگر تأکید کند. اخیراً مدل ۸ و یا ۱۶ هفته‌ای ماتریکس نیز توسط مرکز مبارزه با مواد امریکا منتشر شده است [۱۲].

❖ گروه درمانی از سایر رویکردهای متداول و مؤثر درمان محرک‌ها است. گروه‌درمانی یا روان‌درمانی گروهی، به معنای به کار بردن روش‌های روان‌درمانی بر روی یک گروه، به منظور بهره‌گیری از تأثیر متقابل اعضای گروه بر همدیگر است. گروه‌درمانی ممکن است به تنهایی یا توأم با سایر انواع درمان‌ها مورد استفاده قرار گیرد. گروه‌درمانی، غالباً از یک نفر درمان‌گر و شش یا هشت نفر بیمار تشکیل می‌شود. اعضای گروه معمولاً هفته‌ای ۱-۲ بار و به مدت ۹۰ دقیقه همدیگر را ملاقات می‌کنند. گروه‌درمانی نیز مثل روان‌درمانی‌های فردی بر نظریه‌های متعدد مبتنی است. گروه‌ها از انواعی که بر حمایت و بالا بردن مهارت‌های اجتماعی تأکید می‌کنند، تا آن‌ها که بر رفع علائم خاص تأکید می‌کنند و آن‌هایی که به تعارض‌های درون‌روانی حل نشده می‌پردازند، تفاوت می‌کنند. تمرکز ممکن است بر فردی خاص در گروه یا تعامل بین افراد گروه یا کل گروه باشد و ممکن است حل مسایل فردی یا گروهی مطرح باشد. تحقیقات فراوان صورت

گرفته، نشان‌گر تأثیر گروه بر رفتار اعضایش است. مراحل گروه‌درمانی شامل موارد زیر است:

۱. **شناسایی و مکاشفه:** حدود ۵ جلسه اول را می‌گویند. در این مرحله هر یک از اعضا گروه درصدد شناخت هم هستند.
۲. **انتقال:** پس از طی مرحله مکاشفه با موفقیت و ایجاد امنیت و اعتماد، هر یک از اعضا گروه معمولاً بحث درباره مشکل خود را آغاز می‌کند. ابراز مشکل با نوعی شک و تردید همراه است، زیرا روابط اعضا آن طوری که باید و شاید، هنوز عمیق نشده است.
۳. **عمل و فعالیت یا سازندگی:** پس از عمیق‌تر شدن روابط و اعتماد اعضا به یکدیگر و طرح مسایل و مشکلات، تلاش و فعالیت برای حل آن‌ها آغاز می‌شود.
۴. **مرحله پایان:** سرانجام گروه به جایی می‌رسد که باید به طور موقت یا برای همیشه به کارش پایان داده شود. بهترین زمان برای خاتمه دادن به جلسه مشاوره گروهی، هنگامی است که گروه به هدف‌های تعیین شده نایل آمده باشد.

گروه‌های خودیاری نمونه‌هایی از گروه درمانی هستند [۲۷].

توجه به سوء مصرف همزمان چند ماده و بیماری‌های روانی نیز در امر درمان محرک‌ها بسیار مهم است. آمار نشان می‌دهد، حدود ۵۶٪ از افراد دارای بیماری‌های روانی جدی شانس ابتلا به سوء مصرف مواد در طول عمر خود دارند [۲۸] که این امر نشان دهنده اهمیت توجه به بیماری‌های روانی در هنگام

درمان ابتلا به سوء مصرف محرک‌ها است. برای درمان اختلالات شخصیتی همراه، یانگ و همکاران مدل اسکیمما (طرح واره) درمانی را ارائه نموده‌اند [۲۹] که در آن از عناصرِ درمان‌شناختی، رفتار درمانی، ارتباط با کامه و هیات‌درمانی (گشتالت تراپی) در یک سیستم واحد و هماهنگ استفاده می‌شود.

در منابع و توصیه‌های بین‌المللی بر مدیریت درمان‌های غیر دارویی با تاکید بر اصول ارزیابی فناوری سلامت (HTA) اشاره شده است. اصول ارزیابی فناوری سلامت یعنی بررسی نظامدار خواص و اثرات یا تاثیرات تکنولوژیک مراقبت‌های بهداشتی که عواقب خواسته و ارادی فن‌آوری‌های و عواقب غیر مستقیم و پیامدهای ناخواسته آنرا بررسی می‌کند. عمده‌ترین هدف ارزیابی فناوری سلامت ایجاد شواهد در سیاست‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی است و معمولاً توسط گروه‌های بین رشته‌ای با استفاده از چارچوب تحلیلی صریح و با روش‌های گوناگونی انجام می‌شود.

۴- ملاحظات اجرایی مداخلات غیردارویی درمان وابستگی به مواد محرک در کشور

گروه ضمن اذعان به ضرورت تربیت درمان‌گر، آموزش مهارت‌های پایه مورد نیاز در ظرفیت‌سازی و آماده نمودن منابع انسانی مداخلات غیردارویی درمان وابستگی به مواد محرک در کشور را به شرح ذیل بیان کرد:

- درمان شناختی - رفتاری (مدل ماتریکس)
- مصاحبه انگیزشی
- مهارت‌های پایه و پیشرفته گروه درمانی
- مهارت‌های مددکاری

- مدل‌های مبتنی بر اجتماع با تاکید بر مداخلات خانواده (برای مثال کرافت)
 - تئوری‌ها و مدل‌های تغییر رفتار
 - مداخلات و مشاوره‌های کوتاه
- همچنین در مورد سیاست‌گذاری مداخلات مورد نیاز، اعتقاد گروه بر این بود که باید به اصول زیر توجه کرد:
- مداخلات باید بر اساس پژوهش و مبتنی بر شواهد باشد.
 - به پیش و ارزشیابی مداخلات توجه شود.
 - شواهد در خصوص درمان درگیری با مصرف مواد محرک در گروهی که از مواد محرک استفاده ابزاری^۱ می‌نمایند یا مصرف تفریحی دارند در دسترس نیست، لذا این مورد باید در سیاست-گذاری پژوهش‌های بیشتر این حوزه در نظر گرفته شود.
 - در مواردی که با سوء مصرف چند ماده مواجهیم، باید برای سوء مصرف هر ماده، مداخله خاص و جداگانه در نظر گرفته شود.
 - مداخلات ویژه‌ای نیز برای بیماران در مراکز اقامتی در نظر گرفته شود.
 - مداخلات مختصر و کوتاه^۲ ملحوظ شود.
- در مورد استانداردهای ساختاری نیز کار گروه به موارد ذیل اشاره نمود:
- همواره ارجحیت با درمان سرپایی است.

^۱ Instrumental

^۲ Brief intervention

- به نحوه صدور مجوز برای مراکز درمانی سوء مصرف مواد توجه بیشتری شود.
 - به گروه‌های همیاری (مت‌آمفتامینی‌ها یا محرکی‌ها) و گروه‌های خانواده‌های آنها (خانواده مت‌های گمنام) توجه شود.
 - وجود حمایت‌های دولتی از مراکز روزانه ضروری است.
 - سیاست‌گذاری و مشخص نمودن ضوابط برای صدور مجوز برای مراکز درمان‌های غیر دارویی ضرورت دارد.
 - خانه‌های بین راهی باید مورد توجه قرار گیرد.
 - توجه به بستری بیمارستانی / اقامتی ضروری است (مطالعات نشان می‌دهد آنتهایی که اقامت کافی داشته‌اند نتایج قابل قبولی نیز به دست آورده‌اند)
 - باید به دادگاه درمان‌مدار توجه شود.
 - باید دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر شواهد برای بهبود اعتیاد به مواد محرک با توجه به مکان‌های گوناگون نظیر مکان کار، محلّه، خانواده، و غیره تهیه شود.
- شرکت‌کنندگان در کارگاه معتقد بودند هر چند درمان‌های اقامتی و بستری در ساختارهای درمانی باید مد نظر قرار گیرد، اما باید توجه داشت که این نوع درمان‌ها گران قیمت هستند. درمان در جایگاه‌های اقامتی برای بیماران دارای اعتیاد شدیدتر یا مشکلات روانی یا اجتماعی بیشتر و یا افرادی که از درمان سرپایی نتیجه مطلوب نگرفته‌اند، اندیکاسیون دارد. برای افراد نیازمند به درمان‌های اقامتی طولانی مدت (دو سه ماهه) و با توجه به گرانی درمان در بیمارستان، درمان‌های اقامتی خوددیارانه - موسوم به کمپ - در صورت توأم شدن با درمان‌های

روانپزشکی (عمدتاً برای کنترل روانپریشی و افسردگی) و نیز برنامه‌های ۱۲ قدمی در داخل کمپ می‌تواند بسیار مفید واقع شود. از این رو تنظیم پروتکل (شیوه نامه) برای این کمپ‌ها که آن‌ها را ملزم به دو نکته فوق کند و نیز ملزم به رعایت معیارهای عمومی دیگری - به ویژه اجتناب از بدرفتاری با مقیمان، بسیار ضروری است.

گروه درباره افراد متخصص مورد نیاز، ضمن تاکید بر ضرورت دریافت آموزش‌های کافی از سوی آنان، به نکات زیر اشاره کرد:

- روان‌شناسان در مراکز درمان سوء مصرف (که باید متناسب با تعداد بیماران و خدمات طراحی شده، تعداد روان‌شناسان در آئین‌نامه تاسیس مراکز درمان سوء مصرف مواد افزایش داده شود)
- مددیار اعتیاد آموزش دیده (این افراد دوره یکساله آموزشی را می‌گذرانند که با نام‌های مددیار اعتیاد و مددیار خانواده در سازمان فنی و حرفه‌ای تعریف شده است)
- مشاوران، مددکارها، روان پرستاران .
- به منظور ارتقای ظرفیت کشور در ارایه مداخلات مبتنی بر شواهد درمان مواد محرک لازم است، آموزش‌های پایه و دوره‌ای برای درمان‌گران آن طراحی و ارایه شود.
- مطلوب است روان‌شناسان و درمان‌گران اختلالات مصرف مواد محرک در طول دوره درمان آموزش‌های بالینی دریافت کنند.

گروه در مورد سیاست‌گذاری، نحوه پرداخت و هزینه درمان خدمات ارائه شده، به موارد ذیل اشاره نمود:

- بسته‌های ارائه خدمات باید به شکلی طراحی شود که مقرون به صرفه باشد.
- بیمارانی که قادر به پرداخت هزینه‌ها نیستند، باید مورد حمایت‌های دولتی یا مردمی قرار گیرند.
- هزینه درمان در مقابل هزینه مصرف مواد سنجیده شود.

منابعی برای مطالعه بیشتر در مورد درمان‌های غیر دارویی محرک‌ها

➤ مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا پروتکل درمانی برای محرک‌ها منتشر کرده است:

Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. ۳۳. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); ۱۹۹۹
Available from: adaiclearinghouse.org/.../TIP-۳۳-Treatment-for-Stimulant-Use-Disor...

➤ دپارتمان سلامت و سالمندی استرالیا روش‌های درمان غیر دارویی محرک‌ها را در یک مجموعه منتشر ساخته است:

Baker, A., Lee, N.K. & Jenner, L. (Eds) (۲۰۰۴). Models of intervention and care for psychostimulant users, ۲nd Edition, National Drug Strategy Monograph Series No. ۵۱. Canberra. Australian Government Department of Health and Ageing.

- انجمن ملی روانشناسی کشور انگلستان مجموعه‌ی در مورد درمان غیر دارویی محرک‌ها تهیه نموده است:

Drug Misuse Psychosocial interventions National Clinical Practice Guideline Number ۵۱ National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists , ۲۰۰۷

- مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا یک دستورالعمل بالینی برای درمان اعتیاد به کوکائین به روش تقویت مبتنی بر ژتون و دادن مشوق نقدی منتشر کرده است که از طریق آدرس الکترونیک ذیل قابل دانلود است:

<http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CRA/CRA۱.html>

- مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا یک گزارش در مورد درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز اقامتی از نوع اجتماع درمان‌مدار (TC) منتشر کرده است که از طریق آدرس الکترونیک ذیل قابل دانلود است:

<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-community>

- مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا یک دستورالعمل بالینی برای تکنیک‌های مداخلات رفتار درمانی منتشر کرده که از طریق آدرس الکترونیک ذیل قابل دانلود است:

<http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/download۴۶.html>

- مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا یک دستورالعمل بالینی برای تکنیک‌های مداخلات خانواده درمانی منتشر کرده که از طریق آدرس الکترونیک ذیل قابل دانلود است:

<http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph1177/download1177.html>

- مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در کشور آمریکا یک دستورالعمل بالینی برای تکنیک‌های مداخلات گروه درمانی منتشر کرده که از طریق آدرس الکترونیک ذیل قابل دانلود است:

<http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/DCCA/DCCA1.html>

درمان‌های دارویی

۱- جایگاه دارو درمانی با داروهای جایگزین مخدرها در درمان محرک‌ها

بنا به نظر گروه در دارو درمانی باید به اصول ذیل توجه نمود:

- هنگام درمان محرک‌ها در بیماران تحت درمان با داروهای جایگزین مخدرها، باید وضعیت بیمار و سوء مصرف همزمان چند ماده در نظر گرفته شود.
- درمان جایگزین با مواد افیونی (بر طبق اندیکاسیون تجویز متادون یا بوپرنورفین) تنها برای مصرف‌کنندگانی کاربرد دارد که مواد محرک را همزمان با مخدر استفاده می‌کنند.

- درمان جایگزین با مواد افیونی (متادون یا بوپرنورفین) برای مصرف-کنندگان که فقط مواد محرک مانند آمفتامین مصرف می‌کنند، جایگاهی ندارند.

- اثر بخشی درمان جایگزین با آگونیست‌های دوپامین همچون متیل فنیدیت اثبات نشده است.

❖ مرور متون و شواهد در زمینه دارو درمانی محرک‌ها نشان می‌دهد که هر چند روش‌های درمان دارویی مختلفی مثل داروهایی برای کم نمودن ناراحتی ناشی از عدم مصرف، داروهای سد کننده^۱، داروهای منجر کننده^۲ و داروهای جایگزین در درمان سوء مصرف محرک‌ها وجود دارد، اما تاکنون شواهد محکمی برای اثربخشی آنها، علی الخصوص در مورد آمفتامین، وجود نداشته است. همچنین عوارض جانبی شدید و نامطلوب در مورد بعضی از این داروها نیز گزارش شده است [۱۹]، هر چند درمان دارویی برای مخدرها مثل درمان با متادون یا بوپرنورفین برای موارد سوء مصرف توام مخدرها و محرک‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

❖ راهنمای درمانی محرک‌ها که توسط مؤسسه ملی سوء مصرف مواد آمریکا منتشر شده است [۱۲] اثر بخشی بعضی از این داروها مثل داروهای ضد افسردگی را در درمان محرک‌ها مؤثر می‌داند. به عنوان مثال کارآزمایی بالینی گاوین^۳ اثر بخشی دسی پرامین^۱ یک داروی ضد

^۱ blocking drugs;

^۲ aversive drugs

^۳ Gawin

افسردگی سه حلقه‌ای را [۳۰] در درمان کوکائین نشان داده است. سازمان جهانی بهداشت استفاده از آمینپتین^۲ به عنوان دارویی که در قطع مصرف مصرف‌آمفتامین‌ها موثر شناخته شده، معرفی می‌کند [۳۱].

❖ در مورد اثرات دارویی آگونیست‌هایی مثل متیل فنیدیت، بعضی از مطالعات مانند کارآزمایی بالینی گرابوسکی^۳ و همراهان در مدت ۱۳ هفته و با حجم نمونه ۱۲۸ نفر و یا مطالعه شیرر^۴ در یک دوره ۱۴ هفته‌ای در بین ۳۰ نفر از مبتلایان به سوء مصرف تزریقی کوکائین اثرات مثبتی را نشان داده‌اند، هر چند هنوز برای اثبات اثر بخشی آن، نیاز به شواهد بیشتر در مطالعات بزرگتری است [۳۲، ۳۳]. همچنین تحقیقات در مورد اثرات درمانی دوپامینرژیک‌ها و سرتونینرژیک‌ها و سایر تولیدات مشابه در جریان است [۱۲، ۳۴].

۲- جایگاه خدمات کاهش آسیب در موارد سوء مصرف مواد محرک

در مورد جایگاه خدمات کاهش آسیب در سوء مصرف محرک‌ها، گروه معتقد بود که باید جایگاه خاصی برای خدمات کاهش زیان قائل شد.

- پژوهش به منظور شناسایی انواع و میزان آسیب‌های ناشی از مصرف محرک‌های شبه‌آمفتامینی باید برای جمعیت مصرف‌کنندگان کشورمان در اولویت قرار گیرد.

^۱ Desipramine

^۲ Amineptine

^۳ Grabowski

^۴ Shearer

- باید برنامه‌ای ملی برای کاهش زیان و محیط‌های مقابله با محرک‌ها طراحی شود.
 - بسیار لازم و ضروری است که دستورالعمل مشخصی برای کاهش زیان تعریف شود.
- ❖ مروری بر متون و شواهد نشان می‌دهد که سوء مصرف‌کنندگان محرک‌ها، چه مصرف‌کنندگان تفریحی و چه افرادی که به سوء مصرف محرک‌ها پرداخته یا وابستگی پیدا کرده‌اند، در معرض آسیب‌های مختلف و متفاوتی از جمله رفتارهای پر خطر جنسی و یا رفتارهای جنسی بیمارگونه، خشونت، خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی مثل عفونت نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، تصادفات جاده‌ای و یا ارتکاب جرائم قرار دارند، اما متأسفانه هنوز خدمات کاهش زیان به این دسته از افراد در سراسر جهان بسیار کم است، زیرا اولاً تشخیص این افراد، که در گروه‌های سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیستند، مشکل است و ثانياً خدمات موجود بیشتر برای پاسخگویی به نیازهای سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر آمادگی دارند. نیاز به تهیه بسته جامع خدمات کاهش آسیب برای سوء مصرف‌کنندگان محرک‌ها در سراسر جهان، به نحو عاجلانه‌ای مورد نیاز است [۳۴].

منابع برای مطالعه بیشتر در مورد درمان‌های دارویی محرک‌ها

- سازمان جهانی بهداشت در مورد درمان دارویی عوارض و سوء مصرف محرک‌ها مجموعه‌ای را تهیه نموده است:

Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, ۲۰۰۱.

روان‌پریشی و عوارض حاد روان‌پزشکی

۱- نیم‌رخ عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف‌کنندگان مواد محرک

اعضای این گروه در بیان نیم‌رخ عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف‌کنندگان مواد محرک با توجه به مبانی نظری و تجربیات شخصی خویش بیان داشتند که سوء استفاده از آمفتامین‌ها دارای الگوهای (چرخه) متفاوتی است و در ایران نیز تابلوی مصرف مواد الگوهای متفاوتی را نشان می‌دهد.

- ❖ بررسی متون و شواهد در مورد نیم رخ عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف‌کنندگان مواد محرک سه الگوی رایج مصرف با شدت کم، مصرف دوره‌ای و مصرف با شدت بالا را معرفی می‌کند.
- در مصرف با شدت کم، مصرف‌کننده از لحاظ روانی به مواد وابسته نیست و مواد را از طریق بلع یا انقیه مصرف می‌کند.
- در الگوی مصرف دوره‌ای^۱ و یا با شدت بالا، مصرف‌کننده از لحاظ روانی به مواد وابسته است و ترجیح می‌دهد که مواد را به صورت کشیدنی و یا تزریقی مصرف کند. تفاوت الگوی مصرف دوره‌ای و

^۱ Binge

مصرف با شدت بالا در طول دوره زمانی مصرف مجدد مواد است. افرادی که مصرف دودی یا تزریقی دارند، عموماً وارد مصارف دوره‌ای می‌شوند [۳۶].

○ علاوه بر این، در حالی که الگوی مصرف دوره‌ای دارای هفت مرحله است:

- Rush
- High
- Binge
- Tweaking
- Crash
- Normal
- Withdrawal

ولی در مصرف با شدت بالا معمولاً دو فاز حالت عادی و محرومیت دیده نمی‌شود [۳۷].

خطرناک‌ترین مرحله سوء مصرف متامفتامین به لحاظ آسیب‌های ناشی از مصرف، مرحله **tweaking** است، خصوصاً اگر همزمان الکل نیز مصرف شده باشد. در مرحله **tweaking** به دلیل بی‌خوابی طولانی، تحریک پذیری و بدگمانی (پارانویا) بسیار شدید خواهد بود. افراد در این مرحله به دلیل کاهش افسردگی و رفع بی‌خوابی ممکن است ماده دوم مانند الکل یا هروئین را شروع کنند. در این مرحله فرد الزاماً دارای رفتارهای خشونت‌آمیز نیست، هر چند برخوردهای مقابله‌آمیز در این مرحله احتمال ایجاد یک واکنش خشونت‌آمیز را افزایش می‌دهد [۳۸].

۲- عوارض حاد روان پزشکی

❖ روان‌پریشی ناشی از مصرف محرک‌ها نخستین بار در کشور ژاپن مورد توجه قرار گرفت [۳۹]، اما توجه جهانی به این مساله در سال ۱۹۳۸، با گزارش یانگ^۱ و اسکویل^۲ در مورد روان‌پریشی ناشی از مصرف محرک‌ها، جلب شد [۴۰]. شیوع روان‌پریشی در بین مصرف‌کنندگان محرک‌ها ۱۱ برابر بیشتر از شیوع روان‌پریشی در جامعه است و ۲۳٪ از مصرف‌کنندگان محرک‌ها در مدت یک سال مصرف مداوم، علائم روان‌پریشی را تجربه خواهند کرد [۴۱]. روان‌پریشی ناشی از سوء مصرف محرک‌ها اغلب با دوره‌های کوتاه مدت داروهای ضد روان‌پریشی کنترل می‌شود و علائم خیلی سریع پس از قطع مصرف و درمان با داروهای ضد روان‌پریشی رفع می‌شود. هر چند برای افرادی که به شدت مبتلا هستند و مشکلات حادی دارند و یا مبتلا به سایر بیماری‌های روانی هستند، درمان طولانی مدت به علاوه سایر درمان‌های روانی مورد نیاز است و حمایت‌های بیشتری را لازم خواهند داشت [۱۳].

❖ علائم روان‌پریشی ناشی از مصرف محرک‌ها بسیار شبیه به اسکیزوفرنی پارانوئید است. این علائم عمدتاً شامل توهم و هذیان (به خصوص محتوی گزند و آسیب) هستند. هذیان گزند و آسیب اغلب به عنوان هذیان‌های ویژه روان‌پریشی ناشی از مت‌آمفتامین گزارش

^۱ Young

^۲ Scoville

شده است [۴۲]. حالت دوره‌ای روان پریشی نیز به عنوان یکی دیگر از علائم خاص سوء مصرف مت‌آمفتامین‌ها مطرح است، حالت دوره‌ای روان پریشی ناشی از مت‌آمفتامین‌ها ممکن است با حالت بالینی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اشتباه شود [۴۳]. توهمات شنوایی و دیداری شایع‌تر از سایر توهمات در روان پریشی ناشی از آمفتامین‌ها هستند، اما به انواع دیگری از توهم مانند توهم بویایی و توهم‌های لمس‌ی نیز می‌توان اشاره کرد [۴۴]. علاوه بر توهم، علائم دیگری از جمله بی‌احساسی عاطفی، اختلالات فکری، خشونت رفتاری، و خود زنی نیز گزارش شده است [۴۳].

اعضای این کارگروه، عوارض حاد روان پزشکی سوء مصرف مواد را مطابق با DSM شامل موارد ذیل بیان نمود:

- روان‌پریشی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی (بیشتر به صورت پانیک، اختلال هراس و اختلال وسواسی-اجباری)، اختلالات خواب، اختلالات جنسی، اختلالات عصب‌شناختی و سایر رفتارها و اختلالات مانند تغییرات شخصیتی، پارانوئیدی و تکانه‌ای، پرخاشگری و اختلالات اعصاب حرکتی مانند رفتارهای کلیشه‌ای (استرئوتایپی) و تیک‌ها، مشکل‌آفرین‌ترین و نگران‌کننده‌ترین این عوارض، روان-پریشی‌ها هستند.

بر طبق نظرات مطرح شده روان‌پریشی‌ها، سه تیپ کلی دارند:

۱. روان‌پریشی‌هایی که در فاز مسمومیت با مواد محرک بوجود می‌آیند و با نمای پرخاشگری همراه هستند و دارای علائم شبه-

- روان‌آشفستگی (سرسام) هستند، هرچند از یک روان‌آشفستگی (سرسام) ساده فراتر هستند. بیشتر شامل روان‌پریشی با هذیان‌گزند هستند و معمولاً جرائم در این حالت اتفاق می‌افتند. این روان-پریشی‌ها غالباً به مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت بطول می‌انجامد و بیمار ممکن است نسبت به این روان‌پریشی‌ها حافظه کلی نداشته باشد.
۲. نمای شبه‌اسکیزوفرنی که معمولاً در مصرف دراز مدت دیده می‌شود و علائم آن نیز با دوام و گاهی مقاوم به درمان است. این روان‌پریشی‌ها همانند روان‌پریشی‌های تمام عیاراند که بیشتر در مصرف‌کنندگان با دوزهای بالاتر به مدت طولانی‌تر دیده می‌شود. این روان‌پریشی‌ها پیش‌آگهی یک روان‌پریشی مزمن را دارند.
۳. نمای بینایی که به شکل روان‌پریشی‌های کوتاه مدت بوده و در غیاب علائم مسمومیت ظاهر می‌شوند. در این حالت بیمار روان‌آشفستگی (سرسام) ندارد و نظام حسی وی پاک و واضح است. بیمار بصیرت نسبی داشته و گاهی در حالت تغییرات خلقی قرار دارد. علائم مسمومیت نیز دیده نمی‌شود. روان‌پریشی در این مرحله با روان‌پریشی شبه‌اسکیزوفرنی تفاوت دارد که عمده تفاوت آن سازمان یافته بودن این روان‌پریشی‌های بدون علائم منفی است. همچنین علائم خلقی و پرخاشگری شایع‌تر است. در این بیماران خطر هذیان‌های خیانت همسر (هذیان حسادت و یا بی‌وفایی) به نظر بالاتر از سایر انواع هذیان‌های گزند و آسیب است.

بنا به نظر گروه، روان‌پریشی‌های کوتاه مدت (نوع اول) و گذرا، نوع غالب روان‌پریشی در ایران هستند. هر چند به طور کلی تابلوهای روان‌پریشی در تجربه بالینی متخصصان حاضر در کار گروه با آنچه در منابع آمده فرقی ندارد.

❖ مروری بر متون و شواهد نشان می‌دهد که سوء مصرف طولانی مدت محرک‌ها موجب تغییرات معناداری در عملکردهای مغزی می‌شود که هیجان‌ات و حافظه را مختل ساخته، فرد را دچار مشکلات شناختی می‌کند [۷]. راهنمای درمانی محرک‌ها که توسط مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در آمریکا [۱۲] تهیه شده علائم فیزیولوژیک سوء استفاده مزمن از محرک‌ها / وابستگی را به شرح ذیل بیان می‌کند:

- خستگی مفرط شامل خستگی جسمی و روحی و الگوهای اختلال خواب
- اختلالات تغذیه‌ای، کاهش وزن شدید، کم خونی، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه
- عدم رعایت بهداشت و مراقبت از خود
- اختلالات پوست و عفونت ثانویه پوست، خارش، ضایعات پوستی، کهیر
- ریزش مو
- درد عضلات / سختی عضلانی
- آسیب‌های قلب و عروق توأم با مشکلات کلیوی و کبدی همزمان
- فشار خون بحرانی با آسیب کلیوی و یا فشار خون بالا و پایدار
- مشکلات تنفسی، ادم ریوی، پنومونی، بیماری انسدادی راه هوایی و عوارض دیگر
- میوکاردیت، سکته
- سردرد، سکته مغزی، تشنج، از دست دادن بینایی

- حرکت غیر ارادی
 - اختلال عملکرد جنسی و عملکرد تولید مثلی
 - تغییرات در عروق مغزی، از جمله شواهدی از خونریزی مغزی و آتروفی مرتبط با کاهش حافظه
 - ایسکمی روده و مشکلات دستگاه گوارش
- ❖ این راهنما همچنین شایع‌ترین علائم روانی / رفتاری سوء مصرف مزمن محرک‌ها / وابستگی به محرک‌ها را به شرح زیر بیان می‌کند [۱۲]:
- بدگمانی (پارانویا) - با سوء تعبیر از نشانه‌های محیطی، روان‌پریشی با هذیان و توهم
 - دلهره - با ناامیدی و ترس از عذاب قریب‌الوقوع شبیه به اختلال هراس
 - افسردگی - با تفکر و رفتار خودکشی
 - اضطراب حاد
 - اختلال در غذا خوردن
- ❖ شاخص‌های متمایز کننده سوء مصرف مزمن / وابستگی به محرک‌ها به شرح ذیل بیان شده است:
- سوراخ‌های تیغه‌ی بینی و خونریزی بینی
 - مشکلات مربوط به دندان، از جمله از دست رفتن دندان، خونریزی و عفونت لثه، پوسیدگی دندان
 - گرفتگی عضلات به علت سطح پایین منیزیم و پتاسیم در نتیجه کم‌آبی بدن
 - درماتیت اطراف دهان به علت کشیدن سیگار نمک هیدروکلراید

- بوی ادرار کهنه با توجه به ترکیبات آمونیاک‌های مورد استفاده در ساخت مت‌آمفتامین‌ها
- شرایط مختلف پوستی از جمله ضایعات پوستی
- بی‌بوسه‌بودن به دلیل کم‌آبی بدن و فیبر ناکافی در رژیم غذایی

۳- اقدامات دارویی برای کنترل هر یک از عوارض / اختلالات روان‌پزشکی حاد در مصرف‌کنندگان مواد محرک

الف) درمان دارویی عوارض

بنا به نظر گروه، به طور کلی اصول درمان اختلالات روان‌پزشکی در درمان دارویی بیماران سوء مصرف‌کننده مواد محرک نیز صدق می‌کند، یعنی اصول کلی درمان اختلالات حاد روان‌پزشکی در محرک‌ها با اصول کلی درمان این اختلالات فرقی ندارد. هرچند ترکیب چند بیماری مانند سوء مصرف مواد محرک، اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات شخصیت وضعیت را سخت‌تر می‌کند.

❖ مروری بر متون و شواهد نشان می‌دهد که تعدادی از مطالعات اثربخشی داروهایی مانند ریسپریدون^۱ و الانزاپین^۲ را برای درمان روان‌پریشی ناشی از آمفتامین‌ها گزارش کرده‌اند [۴۵] و بعضی از مقالات در مورد روان‌پریشی ناشی از مت‌آمفتامین، استفاده از داروهای ضد جنون را حداقل در فاز حاد مؤثر دانسته‌اند [۴۶]، هر چند مرور کاکرین^۳ در سال ۲۰۰۴ هیچ

^۱ Risperidone

^۲ Olanzapine

^۳ Cochrane

مطالعه^۴ دارویی کنترل شده‌ای را برای درمان روان‌پریشی ناشی از مت-آمفتامین‌ها گزارش نکرده است [۴۳].

۴- مدیریت و درمان مسمومیت با مواد

گروه معتقد بود که مدیریت و درمان اختلالات روان‌پزشکی در مصرف‌کنندگان مواد محرک با اصول کلی درمان اختلالات روان‌پزشکی مشابه تفاوت عمده‌ای ندارد. و توجه به این نکات مفید است:

- در کنترل پرخاشگری بیمار، گاهی تثبیت کردن یا مهار گریزناپذیر است؛ ولی باید به خاطر داشته باشیم مهار کردن ممکن است روان‌آشفستگی (سرسام) بیمار را در صورت وجود تشدید کند، لذا باید در حداقل ممکن صورت گیرد.
- بیمار در هنگام مهار فیزیکی باید داروی کافی برای آرام‌بخشی دریافت کند، تحت پایش و نظارت بالینی مداوم از نظر علایم حیاتی بوده و به صورت دوره‌ای از نظر نیاز به تداوم مهار فیزیکی مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد.
- در درمان روان‌پریشی توجه به بیقراری بیمار بسیار مهم است. در بیماران مصرف‌کننده مواد محرک چنین بی‌قراری بیشتر دیده می‌شود از این رو انتخاب دارو باید هدفمند و هوشیارانه باشد.
- در کنترل روان‌پریشی می‌توان از داروهای الانزاپین^۱ و پرفنازین بهره‌مند شد. استفاده از آریپرازول^۱ به نظر انتخاب مناسبی نیست و توصیه نمی‌شود.

^۱ Olanzapine

- استفاده از ترکیبات طولانی اثر ممنوعیتی ندارد.
- شوک الکتریکی نیز ممنوعیتی ندارد.
- برای آرام سازی بیمار بهتر است بنزودیازپین‌های طولانی اثر انتخاب شوند؛ زیرا خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد.
- برای مشکل خواب، در کنار دارو باید به اصول بهداشت خواب توجه کرد. بیشتر این افراد ساعات خواب کافی ندارند و خواب آنها منظم نیست.
- به نظر نمی‌رسد ملاتونین در تنظیم سیکل‌های خواب کمک کننده باشد.
- به نظر می‌رسد این بیماران به عوارض اکسترا پیرامیدال داروهای آنتی سایکوتیک حساس تر هستند (به خصوص انواع از سایکوز شیشه که خیلی طول کشیده نباشد).
- به جز نوع اول سایکوز (با غلبه مسمومیت و علائم دلیریوم) احتمالاً باید طول دوره درمان به مانند سایر موارد سایکوز حاد و حداقل ۶ ماه باشد.
- طول درمان باید حداقل ۶ ماه باشد. مثل بقیه روان‌پزشکی‌ها سپس باید دارو را به آهستگی کم کرد و در صورت پیدایش مجدد علائم روان-پزشانه، به مدت شش ماه دیگر با مقدار قبلی ادامه داد و در صورت عدم پیدایش مجدد علائم، به کاهش مقدار تا قطع کامل دارو ادامه داد.
- با توجه به تکانشی بودن اغلب این بیماران، توجه به تشویق برای اجرای دستورات دارویی (compliance) برای ادامه درمان بیش از دیگر افراد روان‌پزش و نیز بیشتر از شروع درمان اهمیت دارد.

❖ مروری بر متون و شواهد نشان می‌دهد که عوارض مرگبار مسمومیت با محرک‌ها مرتبط با افزایش فشار خون و ضربان قلب و دمای بدن است که می‌تواند منجر به پاره شدن رگ‌های خونی (خونریزی)، سکتة مغزی، آریتمی‌های قلبی و تشنج و همچنین نارسایی کلیوی شود. از سایر عوارض مسمومیت با محرک‌ها می‌توان از اختلال در عملکرد دستگاه تنفسی نام برد. عوارض روانی که می‌تواند منجر به تجاوز و خشونت شود، عبارتند از: اضطراب، گيجی، سردرگمی، توهم، هذیان‌های پارانوئیدی و روان‌پریشی‌های ناشی از آمفتامین‌ها. شدیدترین عوارض جانبی معمولاً مربوط به مت‌آمفتامین است. افسردگی پس از قطع مصرف محرک‌ها می‌تواند شدید باشد و ممکن است به خودکشی منجر شود. عوارض مربوط به اشکال در هماهنگی بدن ممکن است منجر به تصادفات رانندگی و سوانح و حوادث شود [۴۷].

❖ بر طبق شواهد استفاده از شوک الکتریکی در موارد زیر، اندیکاسیون دارد:

- اختلال روانی قابل توجه، با یا بدون جنون، که به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند و یا زمانی که دارو منع مصرف دارد
- پاسخ قبلی مناسب به درمان ECT
- اختلال شدید با رفتارهای تهدیدکننده زندگی (به عنوان مثال، امتناع از خوردن و نوشیدن، وسواس و/یا تمایل به خودکشی) [۳۹]

۵- اقدامات غیردارویی برای کنترل روان‌پریشی‌ها

گروه معتقد بود که نکته مهم در مداخلات غیردارویی، طراحی و اجرای یک ساختار نظام‌مند جامع است. در مداخلات غیر دارویی باید به موارد ذیل توجه نمود:

- توجه به مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه
- انجام کار تیمی
- استفاده از روانشناس بالینی آموزش دیده
- استفاده از بازپروری‌های اجتماع - محور برای بازگرداندن بیمار به جامعه
- توجه به نقش گروه‌های خودیاری و همیار
- راه اندازی خط تلفن مشاوره اختصاصی برای پاسخگویی به سؤالات و کاهش نگرانی مردم به صورت علمی و مناسب
- مدیریت مجموعه با توجه به اصول ارزشیابی تکنولوژی سلامت^۱

همچنین اعضاء گروه بیان داشتند؛ تا زمان طراحی یک سیستم ساختار یافته،

باید به موارد ذیل توجه کرد:

- توجه به نقش مددکاران اجتماعی
- غربالگری و آزمایش ادرار (در صورت رضایت هفته‌ای دوبار توصیه می‌شود)

^۱ Health Technology Assessment

- آموزش روانی، اقدامات حمایتی، اطمینان بخشی و ایجاد همبستگی بیمار و خانواده در درمان
 - توجه به تغذیه مناسب و دریافت مایعات کافی
 - توجه به خطرات و عوارض مهار کردن و تحت نظر بودن بیمار (زمان مهار نباید طولانی شود)
 - توجه به تروما (این بیماران دارای رفتارهای مستعد تروما هستند)
 - توجه به خطراتی که ممکن است درمان‌گران را تهدید کند. مثلاً معاینه بار اول و در تنهایی، به ویژه برای بیمارانی که هنوز شناختی از آنان وجود ندارد (ملاحظات ویژه برای مشکلات شخصیتی، وارد شدن به دنیای هذیانی بیمار، روان آشفتگی (سرسام) و تکانش‌گری)^۱
- بنا به نظر گروه، ترتیب اولویت مداخلات با آنچه در سایر اورژانس‌های پزشکی هست فرقی ندارد و شامل موارد ذیل است:
۱. حفظ امنیت برای بیمار و درمان‌گر و دیگران
 ۲. اعتماد سازی
 ۳. مدیریت سراسیمگی^۲
 ۴. رد کردن احتمال علل جسمی
 ۵. مستند سازی اطلاعات (در مواردی که بیمار مرتکب جرم می‌شود می‌تواند کمک کننده باشد)

^۱ Impulsivity

^۲ Agitation

❖ پروتکل درمانی محرک‌ها تهیه شده توسط مؤسسه ملی سوء مصرف مواد در آمریکا [۱۲] موارد ذیل را در درمان مسمومیت با محرک‌ها پیشنهاد کرده است:

درمان مسمومیت بدون عارضه نیازمند تحت نظر گرفتن بیمار و مدیریت آن در یک محیط آرام است، تا در طی چند ساعت علائم آن بر طرف شود. فعالیت فیزیکی و گرمی هوای اتاق می‌تواند عوارض جانبی را بیشتر کند. در موارد مسمومیت شدیدتر که بیمار به شدت تحریک شده، پرخاشگر است، به سمت بدگمانی (پارانویا) پیش می‌رود و با قطع ارتباطش با واقعیت خطر بروز خشونت بیشتر می‌شود، ممکن است که مداخله دارویی لازم باشد. بنزودیازپین-های سریع‌الاث‌ر مانند لورازپام و دیازپام برای آرام کردن بیمار مفید هستند. در موارد مصرف بیش از حد و بالقوه کشنده، تجویز آرام بخش و پایین آوردن دمای بدن با استفاده از بسته‌های یخ و یا پتوهای خنک کننده لازم است. فشار خون بالا و کنترل نشده را می‌توان با تزریق داخل وریدی فنتولامین و یا داروهای ضد فشار خون مناسب کنترل کرد.

درمان تشنج باید با دیازپام وریدی و یا دیگر بنزودیازپین‌ها صورت گیرد و اگر قبل از بروز تشنج و یا مدت کوتاهی پس از مصرف کوکائین تجویز شود، موثرتر است، اما تزریق دیازپام پس از شروع تشنج، تاثیر بخشی کمتری دارد.

در دوره پرهیز از سوء مصرف محرک‌ها، باید توجه داشت که بزرگ‌ترین خطر سندرم پرهیز از محرک، آسیب به خود یا دیگران، به خصوص خودکشی است؛ که دلیل اصلی آن را میتوان بی‌قراری و افسردگی برشمرد. لذا مراقبت و محافظت در این دوره بسیار مهم است. همچنین تحریک پذیری مداوم و

بی‌خوابی در طول قطع مصرف با استفاده از داروهای ضد افسردگی مثل ترازودون درمان می‌شود، به علت خصوصیات آرام بخشی دیفن هیدرامین در این مرحله می‌توان از آن نیز استفاده کرد.

پرسنل پزشکی باید برای مقابله با بدگمانی (پارانویا)، تجاوز، و خشونت که اغلب همراه با استفاده از محرک‌ها است، آمادگی کافی داشته باشند. درمانگر باید بیمار را با نام او صدا بزند، و خطرات و مشکلاتی را که ممکن است برای او پیش بیاید، پیش‌بینی کند.

درمانگر باید بیمار را در یک محیط آرام و دارای سطح متوسطی از محرک‌های حسی قرار دهد. باید فضای کافی به بیمار داده شود تا احساس محدودیت نکند. در خروج به راحتی در دسترس بیمار و پرسنل باشد، اما نباید بیمار بین پرسنل و در باشد.

درمانگر باید از خشم بیمار و پتانسیل او برای ایجاد خشونت درک روشنی داشته باشد و به بیمار اطمینان بخشد که از شرایط و وضعیت او آگاه است.

درمانگر باید از بیمار سؤالات ساده و روشن بپرسد و تحمل شنیدن پاسخ‌های تکراری را داشته باشد و خونسردی خود را حفظ کرده رفتار مقابله جویانه با بیمار نداشته باشد.

درمانگر باید با گوش دادن فعال و دقیق به بیمار، اعتماد به نفس او را تقویت کند، برخورد بدون قضاوت داشته باشد و هر نوع پیشرفت را تشویق و تقویت کند.

درمانگر باید احتمال خطر حمله بیمار را با بیرون بردن اشیائی که می‌تواند به عنوان سلاح مورد استفاده قرار گیرد کم کند و به صورت غیر علنی اطمینان حاصل کند که بیمار بدون سلاح است.

درمانگر باید آمادگی مناسب برای محافظت از خود در صورت حمله بیمار را داشته باشد و مجهز به وسایلی برای دفاع شخصی، مثل مواد شیمیایی و یا موانع فیزیکی، باشد.

آموزش همه کارکنان پزشکی و اورژانس، به عنوان یک تیم، برای مقابله با شرایط اضطراری که این بیماران می‌توانند ایجاد کنند، ضروری است.

تعدادی از اختلالات پزشکی و روانی اغلب همراه با سوء مصرف محرک و وابستگی به آنها دیده می‌شوند. آگاهی از این شرایط برای درمان بی‌خطر و مؤثر اختلالات حاصل از محرک‌ها بسیار مهم است، این شرایط عبارتند از:

- اختلالات سیستم قلبی عروقی
- اختلالات سیستم تنفسی و ریوی
- سکته مغزی و عوارض آن
- مسمومیت عضلانی و کلیوی
- مشکلات دستگاه گوارش
- عفونت
- اثرات آن بر تولید مثل، تشکیل جنین و نوزاد
- ایدز/ عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی و هپاتیت
- روان‌پریشی سمی
- پرخاشگری و خشونت

- سوء مصرف همزمان چند ماده
- زخم و صدمات فیزیکی

منابعی برای مطالعه بیشتر در مورد درمان روان پریشی های ناشی از مواد:

➤ مرکز خدمات مواد و الکل استرالیای جنوبی با کمک سازمان جهانی بهداشت مجموعه درمان روان پریشی ناشی از محرک ها را منتشر نموده است:

Robert Ali, Michael Baigent, John Marsden, Maristela Montiero, Manit Srisurapanont, Agueda Sunga, Robyn Vial, Kiyoshi Wada. WHO Multi-Site Project on Methamphetamine-induced Psychosis: A descriptive report of findings from participating countries. DASSA Research Monograph No. ۲۰

مسمومیت و بیش مصرف

۱- نیمرخ مسمومیت و بیش مصرف مواد محرک

مسمومیت با شیشه (مت آمفتامین)، شایع ترین مسمومیت ناشی از محرک‌ها در کشور است. مشتقات صناعی آمفتامین‌ها به دو گروه اصلی شامل مشتقات دارویی و ترکیبات غیرقانونی تقسیم می‌شوند.

➤ ترکیبات دارویی

این ترکیبات عبارتند از: آمفتامین، دکستروآمفتامین، مت‌آمفتامین، متیل-فینیدیت، دکس فن‌فلورآمین، فن‌فلورآمین و فن‌ترمین. از این ترکیبات در درمان اختلالاتی مانند نارکولپسی، چاقی (در دوره درمانی کوتاه مدت)، افسردگی‌های مقاوم به درمان و برخی از انواع درد به طور محدود استفاده می‌شود. تنها ترکیبی از این گروه که در حال حاضر به طور شایع تجویز می‌شود متیل‌فینیدیت است که در درمان اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در کودکان^۱ یا کم‌توجهی در بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

➤ همه‌گیری‌شناسی

تخمین میزان مصرف مشتقات آمفتامین دشوار است. زیرا تشخیص بسیاری از این ترکیبات با آزمون‌های استاندارد سم‌شناسی در نمونه‌های ادراری و یا خون، خصوصاً برای تایید قانونی، مشکل است. اما استفاده از تست‌های غربالگری که با روش ایمنی سنجی کار می‌کنند در دسترس بوده و در کنار علائم بالینی بیمار کار برد فراوانی دارد. توصیه می‌شود کلیه آزمایشگاه‌ها بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به این قبیل کیت‌ها مجهز شده و آزمایشگاه‌های مرجع سم‌شناسی برای تایید و تفکیک مواد توسعه یابند.

اشکال و نام‌های خیابانی

این ترکیبات در اشکال مختلف و با نام‌های خیابانی متنوعی عرضه و مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند که عمدتاً به شکل پودر یا بلورهای ریز هستند. فراورده‌های دارویی با ساختار مشابه به شکل قرص و

^۱ Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

کپسول نیزدر بازار وجود دارد. «شیشه»، شایع‌ترین ماده محرک غیرقانونی مورد مصرف در کشور ایران است که به طور معمول به روش تدخینی و با استفاده از «پایپ» با نام خیابانی "آچار" استفاده می‌شود. مصرف مواد محرک به تنهایی یا در کنار مواد مخدر با نام‌های کار، کریستال، کراک و آیس در برخی از نقاط کشور به چشم می‌خورد.

دوز سمی آفتامین‌ها در افراد مختلف متفاوت است. گرچه احتمال بروز مسمومیت با دوزهای بالاتر و در افرادی که برای بار اول سوء مصرف کرده‌اند بیش‌تر است. وجود ناخالصی‌های موجود در مواد محرک بازار، زمینه ساز بروز برخی عوارض اند که ارتباط مستقیمی با ماده محرک مورد سوء مصرف ندارد.

۲- اقدامات لازم برای هر یک از تابلوهای مسمومیت و بیش مصرف مواد محرک

علائم مسمومیت دستگاه اعصاب مرکزی

آفتامین‌ها، در دوزهای درمانی، منجر به ایجاد احساس شادابی و انرژی در فرد می‌شوند. بی‌اشتهایی یکی از عوارض شایع و در اغلب موارد مطلوب آن است. دو عارضه سمی اصلی آفتامین‌ها عبارتند از سایکوز و تشنج. علائم مسمومیت شامل بی‌قراری، سردرد، بی‌خوابی و برانگیختگی بیش از حد، اضطراب، رفتارهای کلیشه‌ای یا قالبی، اختلال در قضاوت، پرش عضلانی (تیک) و گشادی مردمک‌ها می‌شوند.

بدگمانی (پارانویا) و رفتارهای پرخاشگران نیز از عوارض شایع سوء مصرف این مواد هستند. آسیب و مرگ ناشی از این نوع اعمال خشونت‌آمیز، پدیده‌ای شایع در مسمومیت‌های ناشی از آفتامین‌ها محسوب می‌شوند. هم‌چنین قتل و جرائم خشونت بار اعم از ضرب و جرح، جرائم جنسی و ایجاد حوادث رانندگی از طریق رانندگی پرخطر از جمله موارد شایع در این مسمومیت هستند. در مسمومیت حاد، همسرآزاری و کودک‌آزاری با شیوع بیشتری گزارش شده‌اند.

البته در دوزهای بالا، تشنج شایع است که این امر می‌تواند در نتیجه اثرات مستقیم دارو و یا اثرات ثانویه‌ی خون‌ریزی داخل مغزی و یا ضایعات ایسکیمیک باشد.

دستگاه قلب و عروق

اثرات قلبی بیشتر ناشی از تاثیر آفتامین‌ها بر سیستم سمپاتیک است. مصرف مقادیر کم این ترکیبات منجر به ایجاد تاکی‌کاردی (پرضربانی) سینوسی، هایپرتانسیون (افزایش فشار خون) خفیف و تپش قلب می‌شود. مصرف مقادیر زیاد این ترکیبات می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در ریتم بطنی و فوق‌بطنی شود. در این موارد، هایپرتانسیون شدید بوده، منجر به آسیب ارگان‌های حیاتی می‌شود. در برخی از موارد، انقباض عروقی می‌تواند منجر به ایجاد ایسکمی موضعی در ارگان مربوطه شود. سمیت قلبی - عروقی در مصرف مزمن شامل آریتمی‌های بطنی، انفارکتوس حاد میوکارد و کاردیومیوپاتی‌ها است.

دستگاه تنفسی

مصرف آمفتامین‌ها می‌تواند با ایجاد اِدم ریوی با منشاء قلبی و یا غیر قلبی همراه باشد. به دنبال مصرف بعضی از انواع آمفتامین‌ها (فن‌فلورآمین)، هیپرتانسیون ریوی نیز گزارش شده است. مصرف آمفتامین‌ها می‌تواند منجر به تشدید حملات آسم شود. پنوموتوراکس یا پنومودیاستن نیز به دنبال مصرف استنشاقی این ترکیبات ایجاد می‌شود.

دستگاه گوارش

بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، اسهال، ایسکمی دستگاه گوارش و هپاتیت به دنبال مصرف آمفتامین‌ها مشاهده شده است.

پوست و عضلات

تعریق، برافروختگی و خراشیدگی ناشی از خاراندن وسواس گونه پوست از علائم مصرف آمفتامین‌ها است. دندان قروچه و قفل شدن فک نیز از علائم درگیری عضلانی است. رابدومیولیز یکی از عوارض شایع به دنبال مصرف آمفتامین‌ها است. در این بیماران، میزان کراتینین فسفوکیناز افزایش می‌یابد، در حالی که آزمایش ادرار می‌تواند مثبت یا منفی باشد.

دستگاه ادراری-تناسلی

اختلال در عملکرد کلیه به دنبال مسمومیت با آمفتامین‌ها مشاهده می‌شود که این امر معمولاً ثانویه به رابدومیولیز، کاهش حجم، واسکولیت و

هیپرپیرکسی و یا ترکیبی از عوامل فوق است. ایسکمی و انفارکت کلیه به علت واسکولیت نیز در موارد نادر ایجاد می‌شود.

درجه حرارت بدن

هایپرترمی معمولاً به دنبال تشنج طول کشیده، پرفعالیتی عضلانی و یا یک سندرم سروتونرژیک ایجاد می‌شود که علایم و نشانه‌های آن عبارتند از: هایپرپیرکسی (دمای بالای ۴۰ درجه سانتیگراد)، رابدومیولیز، میوگلوبینوری، انعقاد منتشره داخل عروقی و نارسایی کلیوی. در سوء مصرف اکستازی ممکن است به علت فعالیت بیش از حد و عدم جایگزینی مناسب مایعات و ایجاد هایپوولمی، سندرمی شبیه به گرم‌زدگی ایجاد شود. هایپرترمی در بعضی از موارد شدید و حتی کشنده است.

۳- ملاحظات مربوط به مسمومیت و بیش مصرف مواد محرک

○ مدیریت بیمار مسموم در موقعیت‌های مختلف

الف- آموزش عمومی:

آگاهی بخشی عمومی از طریق رسانه‌ها برای حفظ جان بیمار لازم است.

ب- خانواده مصرف کنندگان:

آموزش نحوه افتراق علائم مصرف، مسمومیت و اقدامات اولیه به خانواده توسط تیم درمان‌گر پیشنهاد می‌شود. در این آموزش‌ها باید بر ارجاع سریع بیماران به مراکز درمانی تأکید شود.

ج- نیروهای انتظامی:

آموزش لازم در جهت تشخیص بیش مصرف مواد محرک و ارجاع بیمار به مراکز درمانی در اسرع وقت و مهار صحیح فیزیکی بیمار توصیه می‌شود.

د- نیروهای درمان‌گر:

آموزش نیروهای اورژانس و مراکز بهداشتی درمانی در شناسایی و درمان این گونه بیماران، آموزش بیشتر پرستاران، پزشکان عمومی و متخصصان مختلف با توجه به تابلوهای متفاوت بیماران خصوصاً علائم روانی-عصبی و قلبی عروقی توصیه می‌شود. گذراندن دوره‌های مسمومیت مرتبط با مواد محرک برای کلیه پزشکان درمان‌گر مراکز درمان اعتیاد و پزشکان و پرستاران بخش‌های اورژانس توصیه می‌شود.

○ مدیریت درمان

پادزهر اختصاصی جهت درمان مسمومیت حاد با محرک‌ها وجود ندارد. اساس درمان، به کارگیری اقدامات علامتی-حمایتی است. مدیریت درمان مناسب، به تشخیص صحیح و شروع فوری مراقبت‌های حمایتی در بخش اورژانس بستگی دارد که شامل اقدامات زیر می‌شود:

- برقراری راه هوایی مناسب
- برقراری تهویه ریوی مناسب
- برقراری گردش خون مناسب و هیدراته نمودن بیمار

○ آلودگی‌زدایی

بعد از تثبیت وضعیت بیمار، در صورتی که بیمار در طی ۲-۱ ساعت اول بعد از وقوع مسمومیت خوراکی مراجعه نماید، انجام شستشوی معده و تجویز زغال فعال شده (۱ گرم/کیلوگرم - حداکثر ۵۰ گرم) توصیه می‌شود. استفاده از شربت اپیکا به منظور ایجاد استفراغ توصیه نمی‌شود.

○ درمان‌های علامتی و حمایتی

● اختلالات رفتاری حاد

افراد دچار مسمومیت حاد ناشی از محرک‌ها، ممکن است دچار درجاتی از بی‌قراری، رفتارهای تکانه‌ای، مهارگسیختگی، پارانویا و سایکوز شوند؛ که می‌تواند منجر به رفتار کنترل‌نشده و یا خشن شود. آرام‌بخشی فوری در بخش اورژانس که به آن "مهار شیمیایی" نیز گفته می‌شود، فرآیندی است که در طی آن به منظور کنترل سریع بی‌قراری بسیار شدید و رفتارهای تهاجمی بیمار، دارو تجویز می‌شود. هدف اولیه از درمان اختلالات رفتاری، تخفیف علائم اختصاصی آشفتگی رفتاری و کاهش خطر آسیب به بیمار، کارکنان بخش اورژانس و سایر مراجعان است و نه درمان عامل زمینه‌ای یا بیماری روان‌پزشکی. آرام-بخشی مؤثر می‌تواند محیط ایمنی را برای تعیین علت زمینه‌ای بی‌قراری و درمان آن فراهم نماید. حضور نگهبانان بیمارستان یا مأموران نیروی انتظامی تا زمان کنترل رفتار، الزامی است.

استفاده از مهار فیزیکی به تنهایی، اغلب برای مصرف‌کنندگان محرک‌ها کافی نیست و می‌تواند عملاً در صورت افزایش بی‌قراری آسیب‌رسان باشد. مصرف محرک‌ها به عنوان یک عامل خطر احتمالی

برای مرگ ناگهانی در افرادی که مهار فیزیکی شده‌اند، مطرح است. آرام‌بخشی با استفاده از داروهای آرام‌بخش برای بیماران قابل پذیرش‌تر است و جایگزین بهتری برای مهار فیزیکی است که امکان پایش ایمن-تر و ساده‌تر را در مقایسه با سایر انواع مهار تامین می‌کند.

روش مدیریت رفتاری

• در صورت امکان در گام اول از روش آرام‌سازی کلامی^۱ استفاده شود. باید با بیمار با لحنی خونسرد و مطمئن صحبت کرد. باید توجه داشت که اگر بیمار دچار مسمومیت حاد با محرک است و ترس یا علائم سایکوز را تجربه می‌کند، هر محرک غیرمنتظره‌ای نظیر صداهای بلند یا حرکات ناگهانی می‌تواند وضعیت بیمار را بدتر کند. همیشه باید از روش ارتباطی آرام‌کننده استفاده شود. بیماران تحت تاثیر محرک‌ها با احتمال بالاتری به روش‌های ارتباطی غیرتهاجمی، غیرتهدیدکننده یا مقابله‌ای پاسخ می‌دهند. تکنیک‌های ارتباطی توصیه شده عبارتند از:

- ۱- گوش دادن به بیمار
- ۲- استفاده از نام بیمار برای شخصی کردن رابطه
- ۳- پرسیدن سوال‌های باز^۲ با لحن خونسردانه برای مطلع شدن از علت رفتار
- ۴- حفظ لحن صدای آرام، حتی در صورتی که سبک ارتباطی بیمار خصمانه یا تهاجمی است

^۱verbal de-escalation

^۲open-ended

- ۵- اجتناب از پاسخ «نه» که می‌تواند باعث ایجاد حملات تهاجمی شود
به جای آن می‌توان از عباراتی نظیر جمله زیر استفاده نمود: «متاسفم، قوانین بیمارستان به من اجازه نمی‌دهد که این کار را بکنم، اما می‌توانم کمک دیگری را به شما ارائه کنم...». این سبک برخورد اغلب اثر آرام‌کننده بر بیمار دارد.
- ۶- در عین آن که کنترل خود را بر محیط حفظ می‌نمایید، تا جایی که فضای بخش اورژانس اجازه می‌دهد، بگذارید بیمار فضای شخصی داشته باشد.
- ۷- حتی‌الامکان از تماس چشمی زیاد پرهیزید. زیرا این می‌تواند ترس و حملات تهاجمی را در برخی افراد پارانویید افزایش دهد.
این تکنیک‌ها به کارکنان اجازه می‌دهد که سطح پاسخ‌دهی فرد را به راهبردهای آرام‌سازی و میزان خطر را برای افراد درگیر در موقعیت تعیین کنند. بر این اساس درمان‌گر می‌تواند در مورد نیاز به تجویز آرام‌بخش تصمیم بگیرد و میزان آمادگی بیمار برای پذیرش داوطلبانه دارو را تعیین کند. اگر بیمار نیاز به آرام‌بخشی داشته باشد و آن را بپذیرد، آرام‌بخش خوراکی ترجیح دارد (به پروتکل ۱ مراجعه نمایید).
اما اگر بیمار:
 - ۱- آشفتگی‌های رفتاری شدید داشته باشد به نحوی که خطری متوجه خود یا دیگران نماید.
 - ۲- به صورت داوطلبانه داروی خوراکی مصرف نکند.آرام‌بخشی تزریقی (داخل وریدی یا داخل عضلانی) اگر رگ گرفتن از بیمار مقدور نباشد) باید هر چه زودتر برای کنترل رفتار انجام شود و اطمینان حاصل شود که

معاینات جسمی و آزمایش‌ها می‌تواند به صورت ایمن صورت گیرد. به پروتکل‌های آرام‌بخشی دو و سه در خصوص تجویز دیازپام عضلانی و میدازولام وریدی مراجعه نمایید.

حضور نگهبان و کمک او تا زمانی که کنترل رفتاری انجام پذیرد، اهمیت اساسی دارد. ضروری است، پروتکل‌هایی برای مداخله توسط یک تیم آموزش‌دیده در اورژانس‌های رفتاری تدوین شود که متناسب با خصوصیات جایگاه ارایه خدمات باشد.

اگر نیروی انتظامی بیماری را با مهار مکانیکی (به عنوان مثال دست‌بند) به بیمارستان آورده است، ابتدا باید تصمیمات و مداخلات درمانی لازم برای اطمینان از کنترل بیمار به عمل آمده و سپس مهار مزبور برداشته شود. بیمار ممکن است قبل از برداشتن مهار مکانیکی نیاز به داروهای آرام‌بخش داشته باشد.

در موقعیت‌های اورژانس، اغلب افتراق میان اختلال رفتاری شدید ثانویه به مسمومیت حاد دارویی، سایکوز القاء شده توسط دارو و یا تشدید اختلال سایکوتیک از پیش موجود، دشوار است. شک به سایکوز القاء شده توسط دارو یا عود اختلال سایکوتیک از پیش موجود، نباید به عنوان ممنوعیت آرام-بخشی اورژانس در نظر گرفته شود. برعکس، القاء آرام‌بخشی و کنترل رفتاری به درمان‌گر اجازه می‌دهد که بیمار را ارزیابی نموده و تشخیص‌های افتراقی را به صورت دقیق‌تر مرور نماید.

به طور کلی درمان بیماران با سایکوز القاء شده توسط محرک‌ها مشابه درمان مانیای حاد یا اسکیزوفرنی است و ایجاد محیط ایمن باید در اولویت قرار داده شود.

پروتکل‌های آرام‌بخشی

آرام‌بخشی با استفاده از داروهای آرام‌بخش برای بیماران با اختلالات رفتاری حاد روشی پذیرفته شده است. این روش جایگزین مناسب‌تری برای مهار فیزیکی بوده و در مقایسه با سایر انواع مهار به صورت ساده‌تر و ایمن‌تر امکان ارزیابی بیمار را فراهم می‌سازد.

داروهای ایده‌آل برای آرام‌بخشی باید دارای شروع اثر کوتاه بوده و رفتار خطرناک را سریع کنترل کنند. آرام‌بخشی باید عموماً تا جایی ادامه یابد که بیمار وارد حالت خواب‌آلودگی قابل بیدار شدن شود. هدف آرام‌بخشی آن است که رفتار خطرناک را در حدی کنترل نماید که امکان ارزیابی دقیق و درمان متناسب با آن فراهم شود. هیچ پروتکل آرام‌بخشی کاملاً ایمن نیست و تنها زمانی استفاده از پروتکل‌های آرام‌بخشی اندیکاسیون دارد که تمام روش‌های ساده‌تر و ایمن‌تر آرام‌سازی بیمار شکست خورده باشد و این احتمال وجود داشته باشد که بیمار به خود یا دیگران آسیب بزند.

پاسخ بالینی به آرام‌بخشی ممکن است در طیفی از رفتار کنترل شده و قابل قبول تا خواب‌آلودگی قابل بیدار نمودن (بدون از دست رفتن هوشیاری) متفاوت باشد. گروه درمانی صرف‌نظر از جایگاه ارائه خدمات آرام‌بخشی، باید تجهیزات احیاء (شامل تجهیزات مراقبت از راه هوایی و انجام تنفس مصنوعی) و مهارت لازم در بکارگیری آنها را داشته باشند، به طوری که «احیاء» موفق بیمار در صورت بروز عوارض جانبی آرام‌بخشی امکان پذیر باشد.

شایع‌ترین عوارض جانبی آرام‌بخشی عبارتند از:

۱- انسداد راه هوایی

۲- سرکوب تنفسی و آپنه

۳- آسپیراسیون

۴- افت قابل توجه فشار خون

۵- اسپاسم حنجره (خصوصاً در صورت تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک)

در صورتی که احتمال نیاز به تداوم داروی ضد روان پریشی پس از درمان اختلال رفتاری حاد پایین باشد، بنزودیازپین‌ها به عنوان «انتخاب اول» برای آرام‌بخشی توصیه شده‌اند، زیرا داروهای کم‌خطرتری محسوب می‌شوند. بعلاوه نتایج مطالعات نشان می‌دهند که اکثر بیماران بی‌قرار، درمان با بنزودیازپین‌ها را بر درمان با آنتی‌سایکوتیک‌ها ترجیح می‌دهند و متعاقب درمان با بنزودیازپین‌ها آرام‌تر هستند.

برخی فواید ثانویه استفاده از بنزودیازپین‌ها عبارتند از:

- بنزودیازپین‌ها بخشی از خط اول درمان سمیت قلبی همراه با مصرف محرک‌ها را تشکیل می‌دهند
- بنزودیازپین‌ها می‌توانند در کنترل بی‌قراری همراه با سمیت سروتونین مفید باشند
- این داروها خط اول درمان تشنج القاء شده توسط محرک‌ها هستند

امتیاز میدازولام بر سایر بنزودیازپین‌ها، شروع اثر سریع (شروع اثر داخل وریدی: ۳-۵ دقیقه، داخل عضلانی: ۱۵ دقیقه)، طول اثر کوتاه، پتانسیل کم‌تر برای ایجاد افت فشار خون و بیدار شدن سریع‌تر متعاقب تجویز طولانی‌مدت آن است.

در صورت بروز عوارض جانبی ناشی از مصرف بنزودیازپین‌ها نظیر آرام-بخشی بیش از حد، حمایت از راه هوایی و تنفس بیمار باید به صورت استاندارد انجام گیرد. محققان همچنین استفاده از میدازولام تزریقی را به علت شروع اثر سریع، طول اثر کوتاه‌تر، شکل دارویی داخل عضلانی و پتانسیل کم‌تر برای ایجاد هایپوتانسیون، به منظور کنترل بیماران بی‌قرار یا تهاجمی پیشنهاد کرده‌اند. اگر بنزودیازپین‌ها غیرمؤثر بودند، می‌توان از هالوپریدول - یک داروی آنتی‌سایکوتیک کلاسیک - استفاده نمود. گاهی چنین تصور می‌شود که استفاده از آنتی‌سایکوتیک‌ها با هدف آرام‌بخشی می‌تواند منفعی به لحاظ اثرات آنتی‌سایکوتیک هم داشته باشد. اگرچه اثرات اختصاصی آن تنها پس از فروکش شدن دوره حاد بی‌قراری یا خشونت آشکار می‌شود. هالوپریدول یک آنتی‌سایکوتیک بوتیروفونونی است که مکرراً برای آرام‌بخشی اورژانس استفاده شده است. در مقایسه با سایر نورولپتیک‌ها، هالوپریدول هایپوتانسیون کمتری ایجاد می‌کند، عوارض جانبی کم‌تری دارد و به میزان کم‌تری آستانه تشنج را کاهش می‌دهد. با این وجود، اثرات آرام‌بخشی هالوپریدول در بالاترین سطح نیست و به همین دلیل ممکن است کمتر از سایر عوامل آنتی‌سایکوتیک با خاصیت آرام‌بخشی بیشتر، برای مقاصد آرام‌بخشی مناسب باشد.

تزریق عضلانی دوز ۵-۲/۵ میلی‌گرم هر ۲۰ دقیقه تا حداکثر دوز ۲۰ میلی‌گرم در روز قابل تجویز است. تزریق عضلانی هالوپریدول خصوصاً در مردان جوان می‌تواند منجر به واکنش دیستونیک حاد شود که در صورت بروز، باید بلافاصله با تزریق بی‌پریدین داخل عضلانی درمان شود. توصیه می‌شود از هالوپریدول برای بیمارانی که سابقه مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک ندارند، استفاده نشود، مگر آن که رژیم بنزودیازپینی با دوز کافی مؤثر نباشد.

در صورت عدم موفقیت رژیم بنزودیازپینی رژیم‌های دارویی جایگزین شامل تجویز دروپریدول یا آلانزاپین عضلانی قابل استفاده است که در ایران در دسترس نیستند. دروپریدول شروع اثر سریع دارد و اثرات آن سریعاً از بدن حذف می‌شود و می‌تواند به صورت عضلانی یا وریدی تجویز شود. مطالعات کوچک کنترل‌نشده نشان می‌دهد که دروپریدول در کنترل مسمومیت مت‌آمفتامین، بیماران شدیداً بی‌قرار و سایکوتیک، بی‌قراری حاد مرتبط با آسیب مغزی تروماتیک یا بیماران بی‌قرار در درمانگاه‌های سرپایی مؤثر است. برخی مؤلفان به خاطر میزان و سرعت اثربخشی، دروپریدول را به عنوان داروی انتخابی در اورژانس‌های روان‌پزشکی توصیه می‌کنند. مشکلات استفاده از دروپریدول شامل دیستونی، آکاتیزی (قرار باختگی)، هیپوتانسیون، طولانی شدن فاصله QT در ECG، پایین آمدن آستانه تشنج و سرکوب تنفسی است.

سه پروتکل در زیر برای آرام‌بخشی توصیه شده است. اگرچه بیماران دچار مسمومیت حاد ناشی از محرک‌ها دارای اختلالات رفتاری هستند، اما بسیاری از آنها رژیم آرام‌بخشی خوراکی را می‌پذیرند. در صورتی که رژیم آرام‌بخشی خوراکی امکان‌پذیر نبود، تجویز وریدی دارو ارجحیت دارد زیرا با احتمال بالاتری می‌تواند سریعاً بیمار را کنترل نماید و جذب آن در مقایسه با روش داخل عضلانی قابل اعتمادتر است.

۴- مراقبت‌های پس از آرام‌بخشی

پایش وضعیت قلبی - عروقی و تنفسی بیمار به هنگام مهار فیزیکی و یا در حین و به دنبال تجویز تزریقی داروی آرام‌بخش بسیار مهم است. اگرچه تجویز اکسیژن کمکی، پایش علائم حیاتی و پایش قلبی باید حتی‌الامکان هر چه

زودتر شروع شود، اما در بسیاری از موارد، پایش قلبی در مراحل اولیه به علت اختلالات رفتاری حاد مقدور نیست. تجویز داروی تزریقی باید توسط یک پرستار دارای مهارت و تجربه کافی در زمینه احیاء انجام پذیرد. پرستار باید پس از تجویز داروی تزریقی برای اطمینان از بی‌خطر بودن داروی تجویز شده به مدت کافی در کنار بیمار باقی بماند.

پایش مداوم و معاینه فیزیکی اولیه باید در طول ۱۰ دقیقه اول متعاقب تجویز آرام‌بخش تزریقی انجام شود. بیمار باید سپس به مدت ۴ ساعت پس از تجویز یک پروتکل آرام‌بخشی پایش شود. معاینات باید هر ۱۰ دقیقه تا ۳۰ دقیقه، سپس هر ۱۵ دقیقه به مدت ۳۰ دقیقه و سپس هر ۳۰ دقیقه به مدت ۶۰ دقیقه و در نهایت هر ساعت تا بیدار شدن بیمار انجام شود.

○ مشاهدات و معاینات فیزیکی زیر باید به صورت متداول برای بیمار انجام شوند:

- بررسی راه هوایی، تعداد و عمق تنفس
- بررسی و اندازه‌گیری نبض و فشار خون بیمار
- اندازه‌گیری درجه حرارت بدن
- تعیین GCS^۱ بیمار
- اندازه‌گیری درصد اشباع اکسیژن خون
- در صورت امکان اندازه‌گیری فشار سهمی دی اکسید کربن آخر دمی
- آزمایش قند خون مجاور بالین بیمار

^۱Glasgow Coma Scale

- استفاده از برخی داروها نظیر بتا بلوکرها و داروهایی که ریسک اختلالات انعقادی را دارند، در درمان مسمومیت با محرک‌ها و یا داروهایی که خاصیت سروتونرژیک دارند در این مسمومیت توصیه نمی‌شود.

سندرم محرومیت از آمفتامین‌ها

- قطع مصرف مت‌آمفتامین‌ها ممکن است منجر به افزایش خواب و اشتها، خستگی، اضطراب، روان پریشی و... شود.

افسار گسیختگی آمفتامینی (Speed runs)

- زیاده روی در مصرف آمفتامین‌ها، گاهی ممکن است منجر به پدیده افسار گسیختگی آمفتامینی شود. در این حالت بیماران به مدت طولانی به خواب نمی‌روند و دچار روان پریشی حاد می‌شوند. در این حالت ممکن است افکار پارانوئید، خودکشی و دیگرکشی بوجود آیند. بازگشت به حالت عادی چندین روز به طول می‌انجامد.

منابع برای مطالعه بیشتر در درمان مسمومیت با محرک‌ها

- حسین حسینیان مقدم، کامبیز سلطانی نژاد، شاهین شادنیا، محمدباقر صابری زعفرقدی، علیرضا نوروزی. راهنمای بالینی درمان مسمومیت با محرک‌ها. ناشر: سپیدبرگ، ۱۳۹۰
- رضا افشاری، سید مصطفی منزوی، سم شناسی بالینی و درمان اورژانس‌های مسمومین، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۴-۴۷-۹۶۴۵۹۴۴-۹۷۸-ISBN، چاپ چهارم، ۱۳۹۰، ۴۱۲ ص.
- وزارت بهداشت کشور نیوزیلند یک راهنمای بالینی برای درمان مسمومیت و بیش مصرفی محرک‌ها ارائه کرده است.

Matua Raki ۲۰۱۰. Interventions and Treatment for Problematic Use of Methamphetamine and Other Amphetamine-Type Stimulants. Wellington: Ministry of Health. Published in November ۲۰۱۰ by the Ministry of Health. PO Box ۵۰۱۳, Wellington ۶۱۴۵, New Zealand

فصل پنجم

راهنمای اجرایی شدن

مجموعه

راهنمای اجرایی شدن این مجموعه

اجرایی شدن این مجموعه در طی سه مرحله خواهد بود.

مرحله اول؛ آماده‌سازی قبل از اجرا: در این مرحله کلیه اقدامات مورد نیاز جهت ایجاد آمادگی برای انجام اقدامات پیاده‌سازی صورت می‌پذیرد. یعنی کلیه قوانین و مقررات مورد نیاز تصویب شده، برنامه‌های کلی کاهش تقاضای مواد شناسایی و مورد تصویب قرار گرفته، نیروی انسانی مورد نیاز در سطوح مختلف با شرح وظایف گوناگون تامین شده و پیش‌بینی منابع مالی مورد نیاز انجام شده‌است.

این مرحله شامل اقدامات ذیل است:

- تصویب عناوین برنامه‌های مرتبط با درمان سوء مصرف محرک‌ها
- تهیه طرح‌های اجرایی (با جزییات) به ازای هر یک از برنامه‌های مرتبط با درمان سوء مصرف محرک‌ها
- تهیه و تصویب قوانین و مقررات بویژه پیش‌نیازها، تهیه دستورالعمل‌های بالینی،
- برآورد منابع مورد نیاز
- تصویب منابع مورد نیاز
- تامین منابع مورد نیاز
- تشکیل کارگروه دائم برای تولید منابع آموزشی یا نظارتی
- تخصیص بودجه‌ی پژوهشی در دانشگاه‌های

- تهیه محتوای درسی و دروس دانشگاهی به منظور تربیت نیروی انسانی متخصص کافی برای ارائه طرح

مرحله دوم: اجرا

- ۱- درمانگرها و
- ۲- مدیران و ناظران برنامه‌های کاهش تقاضای مواد.

این مرحله شامل اقدامات ذیل است:

- اطلاع‌رسانی گسترده و توزیع دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها و منابع علمی مورد نیاز

- انجام تحقیقات پایه، اپیدمیولوژیک، پژوهش‌های کیفی و نوآوری‌های تکنولوژیک در مورد عوامل تعیین کننده خطر و آسیب، آگاهی از مواد روان گردان، میزان استفاده و تکامل آن، درمان، کاهش زیان، توان-بخشی، ادغام مجدد اجتماعی و شغلی توسط دولت و سازمان‌های غیر دولتی و اطمینان از اینکه نتایج به طور گسترده‌ای منتشر خواهد شد.

- خلاصه کردن و انتشار تجارب سازمان‌های داوطلبانه و تبادل اطلاعات و تجربیات بین دانشگاه‌های پزشکی با سایر دانشگاه‌های علوم اجتماعی و انسانی

- اعلام استاندارد تالار ملی گفتگو برای ارتقاء کیفی درمان سوء مصرف محرک‌ها: این تالار گفتگو یک خدمت اجتماعی داوطلبانه مشارکتی بین بخش خصوصی و دولتی است که همه افراد دست اندرکار در بخش بهداشت و درمان را به منظور ایجاد یک نگرش مشترک برای بهبود کیفی ارائه خدمات گرد هم می‌آورد.

- تهیه یک خبرنامه الکترونیک با موضوع درمان محرک‌ها برای درمان-گران سراسر کشور
- برگزاری همایش‌های سالانه برای ارایه گزارش عملکرد توسط مدیران و درمان‌گران به سیاست‌گذاران، مدیران، کارمندان و جامعه
- تهیه فهرست شاخص‌های اجرایی مجموعه
- تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت
- پیشنهاد اصلاح و بازبینی در مجموعه، و بازبینی در قوانین و مقررات
- مشارکت و توانمندسازی جامعه جهت پیاده‌سازی برنامه
- تهیه جزییات اجرایی برنامه سالانه شامل؛ فعالیت‌ها، مجریان، زمانبندی برآورد هزینه‌ها و منابع
- تامین و تخصیص منابع شامل؛ انسانی، مالی، دانشی، فیزیکی و
- تدارک و اجرای توانمندسازی منابع انسانی متناسب با پیش‌نیازها یا اهداف برنامه
- عقد تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های مجری
- عقد قرارداد با سایر سازمان‌ها و نهادهای دولتی و خصوصی
- تهیه فهرست شاخص‌های اجرا برنامه تحول نظام سلامت (راهنمای پایش پیشرفت برنامه)
- ایجاد نظام‌های رصد

مرحله سوم: کنترل

در این مرحله، بر مبنای برنامه طراحی شده پایش و ارزیابی فرایند درمان پایش و ارزیابی در مراکز خصوصی و غیر خصوصی به طور منظم و دوره ای انجام می‌گیرد و نتایج این ارزیابی‌ها به صورت بازنگری در مجموعه و اقدامات انجام می‌شود.

منابع

1. رویا نوری، حسن رفیعی، هومان نارنجی ها و همکاران. طرح بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران. ۱۳۸۹.
2. *Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. United Nations New York, 2010.* Translated by: Noroozi A, Saberi Zafarghandi MB
3. Cruickshank, C., *Depression and other psychological health problems among methamphetamine dependent patients in treatment: Implications for assessment and treatment outcome.* Australian Psychologist, 2005. 40(2): p. 96-108.
4. Chawla, S. 'They're synthetic. They're clandestine. They can heal. They can kill.' . *UN Chronicle* 1998; 25 (2): 34-36.
5. Rothman, R.B. and M.H. Baumann, *Monoamine transporters and psychostimulant drugs.* European Journal of Pharmacology, 2003. 479(1-3): p. 23-40.
6. Aggrawal, A., *Narcotic Drugs* 1995, National Book Trust, India.
7. Tsuang, M.T. and R.F. Woolson, *Excess mortality in schizophrenia and affective disorders: Do suicides and accidental deaths solely account for this excess?* Archives of General Psychiatry, 1978. 35(10): p. 1181.
8. *Handly N and Tarabar A, Amphetamin Toxicity.* Available at <http://emedicine.medscape.com/article/812518-overview#a0104> September 5, 2012

9. *World Drug Report 2011: United Nations Office for Drug and Crime (UNODC). Jan 08, 2012.*
10. محمدباقر صابری زفرقندی مدیر کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر
- ۹۱/۰۹/۱۸ - ۱۳:۰۵، ۴۴:۴۵:۱۶. سه شنبه،
<http://dchq.ir/html/index.php> Access: 31 Dec 2011, .
۱۱. ستاد مبارزه با مواد مخدر، «شیشه»، علت ۴۶.۳ درصد تماس‌ها شنبه، ۱۰
۲۶:۰۸ - ۱۳۹۰ دی، ۱۸:۰۸
<http://dchq.ir/html/index.php> Access: 31 Dec 2011
12. *Technical Briefs on amphetamine-type stimulants (ATS), Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants (ATS)*, World Health Organization, Western Pacific Region, www.who.int/hiv/pub/idu/ats_brief4.pdf.
13. *Best treatment strategies for methamphetamine treatment implementation. Prepared by Chemical Dependency Bureau, Best Practice Committee. 2006.*
Chemical Dependency Bureau. Best Treatment Strategies for Methamphetamine .Treatment Implementation in Montana, prepared by, Best Practice Committee, June 2006
14. *Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 33. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999.*
15. *Gordon A. Comorbidity of Mental Disorders and Substance Use: A brief guide for the primary care clinician. Drug and Alcohol Services South Australia, 2008.*
16. *NSW Department of Health. Amphetamine, ecstasy and cocaine: a prevention and treatment plan 2005–2009. Sydney, NSW Department of Health, 2005:13.*

- (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/amp_h_ecstasy_plan.pdf, accessed 02 January 2011).
17. Baker, A., et al., *Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported 'heroin drought'*. *Addiction*, 2004. 99(7): p. 875-884.
 18. *National Drug Strategy - Psychosocial interventions*. From: www.health.gov.au/.../mono69-l~mono69-l-ch5~mono69-l-ch5.5. Accessed 04/03/2012.
 19. Baker, A., et al., *Models of intervention and care for psychostimulant users* 2004: Dept. of Health and Ageing.
 20. SMITH JE, CAMPOS-MELADY M, and R. MEYERS., *CRA AND CRAFT*. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*: p. 4.
 21. Meyers, R.J., et al., *Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment*. *Journal of Substance Abuse*, 1998. 10(3): p. 291-308.
 22. Laszlo, J.V., G. Esterman, and S. Zabko, *Therapy over the Internet? Theory, research, and finances*. *CyberPsychology & Behavior*, 1999. 2(4): p. 293-307.
 23. Hussin, H., I. Ahmad, and M.H. Othman, *CYBER COUNSELING FOR ADDICTION AND DRUG RELATED PROBLEMS*.
 24. Baker, A., et al., *Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction*. *Addiction*, 2005. 100(3): p. 367-378.
 25. Shoptaw, S., et al., *Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence*. *Drug and alcohol dependence*, 2006. 85(1): p. 12-18.

26. Rawson, R.A., et al., *A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence*. *Addiction*, 2004. 99(6): p. 708-717.
۲۷. هانیه بشارتی، گروه درمانی
<http://www.pajooh.com/fa/index.php?Page-definition&UID=32692>.
28. Regier, D.A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 1990. 264(19): p. 2511-2518.
29. Young, J.E., J.S. Klosko, and M.E. Weishaar, *Schema therapy: A practitioner's guide* 2003: Cambridge Univ Press.
30. Gawin, F.H., et al., *Double-blind evaluation of the effect of acute amantadine on cocaine craving*. *Psychopharmacology*, 1989. 97(3): p. 402-403.
31. Organization, W.H., *Management of substance dependence review series: Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*, 2001, Geneva. Available at http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.
32. Shearer, J., et al., *Pilot randomized double blind placebo-controlled study of dexamphetamine for cocaine dependence*. *Addiction*, 2003. 98(8): p. 1137-1141.
33. Grabowski, J., et al., *Dextroamphetamine for cocaine-dependence treatment: a double-blind randomized clinical trial*. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2001. 21(5): p. 522.

34. Maxwell, J.C., *Emerging research on methamphetamine*. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005. 18(3): p. 235.
35. *Blickman T. The urgent next steps in ATS and Harm reduction, Findings from a workshop in Burma/Myanmar. UN Drug Control, November 2011. From:*
<http://www.tni.org/article/urgent-next-steps-ats-and-harm-reduction>.
36. *What dose Methamphetamin do to a user?*
<http://www.jcsd.org/Meth%20Symptoms.htm> 6 Jul 2012.
37. *Wise R. What does Methamphetamine do to a user?* 2012
Available from: www.jcsd.org/Meth%20Symptoms.htm.
38. US Dept of Justice, N.D.I.C., *Effects of D-Methamphetamine: Base Line Assessment, Mexico Unit*. 1996.
39. Grelotti, D.J., G. Kanayama, and H.G. Pope, *Remission of persistent methamphetamine-induced psychosis after electroconvulsive therapy: presentation of a case and review of the literature*. *American Journal of Psychiatry*, 2010. 167(1): p. 17-23.
40. Young, D. and W.B. Scoville, *Paranoid psychosis in narcolepsy and the possible danger of benzedrine treatment*. *Med Clin North Am*, 1938. 22: p. 637-646.
41. *Australian National Council on Drugs (ANCD). Methamphetamines: position paper. Canberra, ANCD, 2007.*
http://www.ancd.org.au/images/PDF/Positionpaper_s/pp_methamphetamines.pdf, (accessed 02 January 2011).

42. Winger, G., J.H. Woods, and F.G. Hofmann, *A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects* 2004: Oxford University Press, USA.
43. Ali, R., et al., *WHO Multi-site Project on Methamphetamine Induced Psychosis: A Descriptive Report on Findings from Participating Countries* 2006: Drug & Alcohol Services South Australia.
44. Chen, C.K., et al., *Pre-morbid characteristics and comorbidity of methamphetamine users with and without psychosis*. *Psychological Medicine*, 2003. 33(08): p. 1407-1414.
45. Misra, L.K., et al., *Olanzapine treatment of methamphetamine psychosis*. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2000. 20(3): p. 393.
46. Curran, C., N. Byrappa, and A. McBride, *Stimulant psychosis: systematic review*. *The British Journal of Psychiatry*, 2004. 185(3): p. 196-204.
47. *Amphetamine-Type Stimulants A Global Review. Prepared by UNDCP at the request of the Commission on Narcotic Drugs.*