

پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم

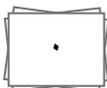
(ویرایش مهر ۱۳۹۰)

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان به کمک آگونیست (تنتور اپیوم - اپی تینک) و ارزیابی نتایج دراز مدت آن

مرکز ملی مطالعات اعتیاد

نگارش

دکتر آذرخش مگری



مهرماه ۱۳۹۰

پروتکل درمان به کمک تنتور اپيوم

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان به کمک آگونیسست (تنتور اپيوم - اپی تینک) و ارزیابی نتایج دراز مدت آن

مقدمه:

درمان نگهدارنده یعنی جایگزین نمودن مصرف مواد مخدر غیر مجاز مانند هروئین و تریاک با داروهای دارای خواص مشابه، طی سه دهه اخیر بصورت یکی از سنگ بناهای عمده درمان اعتیاد درآمده است. در این روش، دارویی که دارای خواص معین افیونی است بصورت کنترل شده به معتادان عرضه می‌گردد و بیماران بجای مصرف مواد مخدر غیر مجاز به مصرف این مواد می‌پردازند.

از جمله داروهائی که بعنوان درمان نگهدارنده از اقبال زیادی برخوردار شده‌اند می‌توان از متادون (Methadone)، بوپرنورفین (Buprenorphine)، ال ای ام (LAAM) و سولفات مورفین نام برد. ویژگی های خاصی در ترکیبات فوق وجود دارد که آنها را کاندیدای مناسبی جهت درمان نگهدارنده ساخته است. در اینباره می‌توان به وجوه مشترک زیر اشاره کرد:

۱. خوراکی هستند یعنی نیازی به تزریق ندارند.
 ۲. خالص بوده و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص هستند.
 ۳. طول اثر دراز مدت داشته لذا دفعات مصرف آنها کمتر است.
 ۴. جذب و دفع دقیق تر و مشخص تری در مقایسه با هروئین و تریاک دارند، لذا تجویز راحت تر بوده و احتمال مسمومیت کمتر است.
- از طرفی از آنجائیکه این داروها بصورت کنترل شده و تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می‌گردند از تماس بیماران با شبکه قاچاق کاسته و عوارض اجتماعی، قضائی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر می‌کاهد. جایگزین نمودن مصرف مواد افیونی با ترکیبات دارویی باعث کاهش سود آوری عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبکه‌های عرضه و قاچاق نیز می‌کاهد. این ترکیبات دارویی در برنامه‌های موفق با پارانه بالا و به قیمت اندک عرضه می‌گردند لذا معتادان برای تامین نیاز خود به مواد مخدر مجبور به فعالیت‌های ضد اجتماعی جهت کسب درآمد نبوده و از عوارض اعتیاد کاسته می‌شود.

در مجموع نکات مثبت فوق باعث شده که درمانهای نگهدارنده به ارکان عمده درمان در کشورهای پیشرفته تبدیل گردد. بعنوان مثال در کشورهای فرانسه، ایرلند و سوئد بیش از ۷۵ درصد اقدامات درمانی اعتیاد در راستای درمان نگهدارنده است. تنها دو کشور اروپائی ایتالیا و یونان سهم درمان نگهدارنده از کل درمانهای وابستگی به مواد افیونی زیر ۳۰ درصد است. در کشورهایی چون آلمان، اسپانیا، هلند، اتریش و انگلستان نیز بین ۵۰ تا ۷۵ درصد درمانهای اعتیاد به درمان نگهدارنده اختصاص دارد.

در میان درمانهای نگهدارنده، درمان با متادون از قدمت بیشتری برخوردار بوده و در جهان نیز بصورتی فراگیر تعبیه شده‌است. در ایالات متحده ۲۰۵۰۰۰ نفر، در اسپانیا ۷۰۰۰۰ نفر و در آلمان ۶۰۰۰۰ نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند. این درمان در اوایل دهه ۶۰ میلادی طراحی شده است و تاکنون اثر بخشی آن در کاهش مصرف مواد مخدر، تزریق هروئین، رفتارهای مجرمانه و انتقال HIV به کرات به اثبات رسیده است.

درمان دیگری که در کنار درمان متادون در اواسط دهه ۸۰ به مجموعه درمانهای نگهدارنده اضافه گردید درمان با بوپرنورفین است. با وجود ابتلا بالا و درصد قابل توجهی از جمعیت مردان بین ۱۵ تا ۶۵ سال به سوءمصرف مواد مخدر در کشور، از تعبیه درمان نگهدارنده مدت زیادی نمی‌گذرد و عملاً تجربه این درمان در کشور کمتر از ۵ سال است. در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون بصورت افزایش یابنده ای در مراکز دولتی و خصوصی عرضه می‌گردد و تخمین‌ها حکایت از آن دارند که از حدود ۲ میلیون مصرف کننده مواد مخدر، حدود ۱۴۰،۰۰۰ نفر از

این درمان بهره‌مند هستند. با توجه به این مسئله نیاز مبرم به توسعه سریع درمان نگهدارنده در کشور، در اوایل سال ۱۳۸۴ آیین نامه مراکز خصوصی درمان نگهدارنده با آگونیسست به تصویب وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. بر اساس این مصوبه، پزشکان عمومی اعم از شاغل در بخش خصوصی یا دولتی پس از گذراندن دوره آموزشی و احراز شرایط لازم مجاز به تاسیس مراکز درمان نگهدارنده می‌شوند. در سال اول (۱۳۸۴) حدود ۳۰۰ مرکز و تا انتهای سال بعد جمعاً ۶۰۰ مرکز در کشور فعالیت داشتند و هر مرکز بنا به تعریف قادر است تا سقف ۲۰۰ بیمار را با رعایت استاندارد فضای فیزیکی و نیروی انسانی تحت درمان با متادون قرار دهد. البته اشاره گردیده که درمان با متادون بایستی به بیماران تزریق کننده هرویین تعلق گیرد.

بنظر می‌رسد مصوبه فوق حرکتی مناسب جهت توسعه درمان نگهدارنده در کشور باشد. مراکز مذکور طبق تعریف مجاز به عرضه ترکیبات آگونیسست افیونی هستند. تا اسفندماه ۱۳۸۳ تنها ماده آگونیسست مجاز جهت درمان وابستگی به مواد مخدر، داروی متادون بود که به صورت قرص‌های ۵ میلی‌گرمی توسط شرکت داروپخش عرضه می‌گردید. از تاریخ مذکور به بعد بوپرنورفین نیز در قالب قرص‌های زیربانی ۲ و ۸ میلی‌گرم به منظور درمان معتادان وارد فهرست دارویی کشور گردید و عملاً مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست بسان متادون مجاز به عرضه این دارو نیز شدند.

از طرفی در درمان نگهدارنده توجه به موارد زیر مهم است:

§ هر قدر درمان‌ها متنوع تر باشند امکان موفقیت بالاتر می‌رود.

§ عده‌ای به متادون یا بوپرنورفین پاسخ نمی‌دهند.

§ در عده‌ای بویژه معتادان تریاکی استفاده از سایر درمان‌ها (بویژه متادون) به سنگین شدن بی‌مورد وابستگی منجر می‌گردد.

§ در ایران یکی از اهداف درمان نگهدارنده ممکن است توقف حرکت از تریاک به کراک و هرویین باشد.

§ کشور ایران به دلیل دارا بودن نیمرخ خاص اعتیاد یعنی وفور اعتیاد به تریاک نیازمند درمان‌های خلاقانه، بدیع و منحصر به فرد است.

§ به دلیل وسعت کمی اعتیاد در ایران یافتن آلترناتیوهای متعدد ضروری است. بویژه در صورتی که آنها عوارض کمتری در مقایسه به متادون داشته باشند.

§ توسعه زیرساخت درمان و پژوهش در کشور در زمینه درمان نگهدارنده بسیار حیاتی و استراتژیک است و هر قدر محققین ایرانی از آگاهی بیشتری برخوردار باشند، کشور در موقعیت مهم تری قرار خواهد داشت.

از میان داروها یا مواد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده می‌توان از تنتور اپیوم نام برد. تنتور اپیوم که در ۲ حالت ۱ و ۲ درصد عرضه می‌گردد. در واقع عصاره الکلی (۲۰ درصد) تریاک است.

شربت برای چه کسانی مناسب است: انتخاب بیمار

با توجه به چند مرحله پژوهش‌های انجام شده در زمینه استفاده از تنتور اپیوم، نیمرخ نسبتاً جامعی از بیماران مستعد دریافت این درمان بدست آمده است. این نیمرخ در قالب:

- موارد مصرف قطعی
 - موارد عدم مصرف قطعی
 - موارد ارجح مصرف
 - موارد با ترجیح عدم مصرف
- قابل ارائه است.

موارد مصرف و عدم مصرف قطعی (Absolute indications and contraindications)

۱- رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار

تحت هرگونه شرایطی هیچ بیماری نباید بصورت اجباری چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، وارد درمان با تنتور اپیوم گردد. ورود کلیه بیماران باید آزادانه و آگاهانه صورت گیرد. قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگی‌های تنتور اپیوم (بنا بر فرم اخذ رضایت‌نامه آگاهانه پیوست) کاملاً مطلع گردد. لازم است درمانگران ویژگی‌های درمان با تنتور را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در اینباره به پیوست مربوط به "اطلاع رسانی به بیمار و بستگان" مراجعه فرمایید. اما لازم به ذکر است در صورتیکه بیمار بنا به دستور قضایی، محکوم به درمان اجباری بعنوان مثال درمان اجباری اقامتی شده باشد، اگر در جریان درمان، خود علاقمند و راضی به دریافت تنتور اپیوم باشد، درمان با این ماده مجاز خواهد بود.

۲- وابستگی به مواد افیونی

اصولاً بیمار باید بر اساس معیارهای DSM-IV وابسته به مواد افیونی یا opioid dependent باشد. مصرف مواد افیونی در ایشان باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک‌های تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. عبارت دیگر عدم وابستگی به مواد افیونی و یا مصرف کنندگان تفننی مواد افیونی و لو آنکه همزمان از وابستگی به سایر مواد غیر افیونی از جمله مواد محرک، حشیش و ... رنج برند، مجاز به استفاده از شربت اپیوم نمی‌باشند. مواردی مشاهده شده که بیماران سوءمصرف کننده و نه وابسته به مواد افیونی هستند ولی بدلیل وابستگی همزمان به مواد محرک از جمله متامفتامین، به تصور اینکه در هر حال از اعتیاد شدید رنج می‌برند، وارد درمان با تنتور اپیوم شده‌اند. این اقدام مجاز نمی‌باشد و باید از این عمل خودداری کرد. بدیهی است چنانکه بیماری دارای وابستگی به مواد افیونی باشد، وابستگی همزمان وی به سایر مواد غیر افیونی از جمله متامفتامین لزوماً مانع درمان با تنتور نیست.

۳- وابستگی به مواد افیونی سنگین (hardcore)

بیمار علاوه بر آنکه باید وابسته به مواد افیونی باشد، وابستگی وی بایستی به مواد افیونی سنگین باشد. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:

- کراک هرویین
- هرویین
- شیره
- تریاک
- نورجریک
- مورفین غیر مجاز
- متادون^۱ غیر مجاز
- تمجریک

وابستگان به مواد افیونی چون کدیین، دیفنوکسیلات، اکسی‌کدن، هیدروکدن، دی‌هیدرهکدیین (DHC) بوپرنورفین زیر زبانی (غیر تزریقی) و ترامادول مجاز به استفاده از تنتور نیستند.

^۱ یکی از نکات بحث انگیز استفاده از تنتور اپیوم در مصرف‌کنندگان و وابستگان متادون است که متادون خود را در قالب برنامه درمان نگهدارنده و بصورت مجاز دریافت می‌دارند ولی علاقمند به انتقال به تنتور هستند. در اینباره به قسمت مربوط به انتقال از متادون به تنتور مراجعه فرمایید.

- ۴- بیماری‌هایی که دارای اختلالات شدید روانپزشکی فعال و مهار نشده (پسیکوز، بیمار دوقطبی، بیماری خلقی شدید، افکار خودکشی و دیگرکشی دمانس، اختلالات روانی با منشا ارگانیک، عقب ماندگی ذهنی و اتیسم) هستند نباید در درمان با شربت تنتور قرار گیرند بویژه باید دقت شود که بیماران از نظر روانی و شناختی آگاه و هوشیار و سالم بوده و قادر به تأیید رضایت نامه کتبی باشند.
- ۵- بیماری‌هایی که دارای افکار خودکشی هستند یا درمانگر اقدام به خودکشی را محتمل می‌داند نباید در درمان با شربت تنتور قرار گیرند.
- ۶- بیماری‌هایی که دچار بیماری‌های عمده و فعال غیر روانی مانند بیماری پیشرفته کبدی، قلبی، ریوی، کلیوی، انواع بیماری‌های نئوپلاسمیک، بیماری‌های فعال اتوایمیون هستند موارد فوق، شرایط منع مطلق می‌باشند. ابتلا به عفونت HIV یا هپاتیت C به خودی خود مانع استفاده از تنتور نیست اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه‌ای که بر متابولیسم تنتور و الکل موجود در آن اثر گذارد جز موارد منع مصرف است. در غیر اینصورت درمانگر با قضاوت بالینی خود مجاز به گزینش بیماران جهت درمان با تنتور خواهد بود.
- ۷- زنان باردار نباید در درمان با تنتور ایوم قرار گیرند.

موارد مصرف و عدم مصرف نسبی (Relative indications and contraindications)

مابقی شرایط برای پذیرش بیماران جنبه نسبی داشته و بر اساس صلاح‌دید پزشک معالج و وضعیت بیمار تعیین می‌گردد. در این زمینه راهکارها و توصیه‌های زیر کمک کننده هستند:

- ۱- بیماری‌هایی که از سایر درمان‌های اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و کماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهند کاندیدهای مناسبی جهت درمان با تنتور ایوم هستند. در اینباره می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- بیمار بیش از ۲ بار اقدام به سم‌زدایی کرده اما هیچگاه به پاک‌ی نرسیده است.
 - چنانکه بیماری بیش از ۲ بار اقدام به سم‌زدایی کرده ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از ۳ ماه) حاصل نشده باشد.
 - بیماری‌هایی که سم‌زدایی موفق دارند اما متعاقب سم‌زدایی بجای بهبودی بسوی تشدید علائم و افت روانی اجتماعی حرکت می‌کنند.
 - بیماری‌هایی که از سندرم محرومیت طول کشنده *protracted withdrawal syndrome* رنج می‌برند. بدین معنا که بعد از سم‌زدایی و پرهیز بیش از یکماه کماکان از علائم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی‌حوصلگی، ضعف و بی‌اشتهایی رنج می‌برند.
 - بیماری‌هایی که بواسطه تجارب قبلی، نگرش منفی به روش‌های پرهیز مدار داشته و از آن‌ها گریزانند.
 - بیماری‌هایی که انگیزه پایین برای پرهیز دارند.
 - بیماری‌هایی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خود زنی و پرخاشگری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار اینگونه عوارض در صورت شکست مجدد سم‌زدایی می‌رود.
 - بیماری‌هایی که در درمان نگهدارنده با متادون یا بورپرنورفین موفق نبوده‌اند و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با کیفیت مطلوب با یکی از دو ماده مذکور کماکان به مصرف ادامه می‌دهند برای درمان با تنتور مناسب هستند.
 - بیماری‌هایی که در روش‌های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون معتادان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته‌اند.
- ۲- بیماری‌هایی که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزه‌ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیر مجاز خود ندارند مانند مصرف کنندگان خیابانی: چنین بیماری‌هایی اکثراً علاقمند به سم‌زدایی نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نیز با غیبت‌های مکرر و مصرف توأم مواد مخدر از ادامه درمان بصورت موثر سرباز می‌زنند. اصولاً انگیزه خود را بر دوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند. انگیزه ورود به طرح شربت تنتور در این بیماران ممکن است صرفاً عدم توان پرداخت هزینه

ماده مخدر غیر مجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود اینگونه بیماران با نیت کاهش آسیب و علاقمند سازی به استمرار درمان بلامانع است.

۳- بیمارانی که مصرف کننده شیر و تریاک هستند و قصد جدا شدن کامل از مواد افیونی را دارند ولی مصرف خود را سنگین تر از آن ذکر می کنند که قادر به جدا شدن یکباره از آن باشند. چنین بیمارانی معمولاً سابقه مصرف دراز مدت شیر و تریاک و گاهی با مقادیر بسیار زیاد را دارند اما سابقه مصرف موادی چون هروئین و کراک را نمی دهند و از نظر کارکرد اجتماعی و فردی در وضع نسبتاً مطلوبی در مقایسه با سایر معتادان قرار دارند. در برخی ممکن است مصرف تریاک محدود به مقادیر کم و در حد ۲-۳ گرم در روز باشد. با اینحال چنین بیمارانی ذکر می کنند که قادر به جدا شدن از مصرف ولو اندک خود بوده و قطع مصرف با عود همراه است. چنین بیمارانی از طرح شربت تریاک بویژه مدل قطع تدریجی استقبال کرده و پاسخ مطلوب نیز می گیرند.

۴- بیمارانی که اصولاً علاقه یا باور قوی به سم زدایی بسیار تدریجی (در حد ۱۲-۶ ماه) دارند. این بیماران مواردی هستند که معمولاً خود از طریق قطع آهسته و تدریجی (tapering) ماده مخدر مصرفی خود به ویژه تریاک یا شیر سعی در رسیدن به پرهیز دارند و باور قوی فرهنگی یا خانوادگی دارند که راه درمان آن ها، جدا شدن تدریجی از مواد مخدر است. بسیاری شخصاً یا در اطرافیان خود از روش تهیه شربت سوخته تریاک و رقیق کردن تدریجی آن پاسخ مناسب دیده یا به آن اعتقاد دارند. تجربه نشان داده که اینگونه بیماران در برنامه های کاهش بسیار تدریجی متادون یا MTT معمولاً موفق نبوده و قادر به جدا شدن از متادون نیستند لذا تنتور می تواند جایگزین مناسبی برای این بیماران باشد.

۵- بیمارانی که تجربه سایر درمان های رایج از جمله سم زدایی، NA و سایر گروه های خودیاری، درمان نگهدارنده را ندارند و مراجعه آنها اولین اقدام درمانی بعد از ابتلاء به اعتیاد است بهتر است به درمان های رایج ارجاع شوند هر چند چنین دستوری مطلق نبوده و برخی بیماران به ویژه مانند موارد ۳ یا ۴ گاهی کاندیدهای موفق و مطلوبی جهت درمان تنتور هستند.

۶- بیمارانی که سوء مصرف مواد مخدر غیر افیونی مانند سوء مصرف شیشه، حشیش، اکستازی و در کنار وابستگی به مواد افیونی دارند، جزء موارد بحث انگیز درمان هستند. پژوهش ها فعلاً از آن حکایت دارند که سوء مصرف چند ماده علاوه بر مواد افیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با تنتور اپیوم می گردد. اما از طرفی این کاهش موفقیت درباره سایر درمان های پرهیز مدار و نگهدارنده نیز صادق است. در چنین مواردی با توجه به اینکه شواهد قاطع در چنین مواردی له یا علیه درمان با تنتور اپیوم برای اینگونه بیماران وجود ندارد و تجارب فعلی نیز کافی نیستند لذا توصیه می شود درمانگر طی بررسی و مشاوره با بیمار و بهره گیری از تجربه خود اقدام به تصمیم گیری نماید. در چنین مواردی احتمال مسمومیت و عوارض داخلی-جسمی (بعنوان مثال در مصرف کنندگان همزمان الکل و مواد افیونی) بیماران باید همواره مد نظر باشد. با وجودی که مصرف کنندگان چند ماده ای در اکثر درمانها موارد مشکل سازتر را تشکیل می دهند اما از آنجائیکه امکان بهره بردن آنها از درمان های جدید مانند درمان با شربت اپیوم نیز محتمل است، نباید به صرف مصرف چند ماده بیماران را از درمان با تنتور محروم کرد.

۷- بیمارانی که راضی یا قادر به رعایت ضوابط درمان با شربت تنتور (از جمله مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت سهمیه، پرداخت حق الزحمه و) نیستند طبعاً بهتر است وارد درمان نگردند.

۸- با توجه به عرضه محدودتر درمان با تنتور اپیوم در مقایسه با سایر درمان ها از جمله درمان های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین، بیمارانی که هرگونه قصد سفر به خارج از کشور را دارند یا در داخل ایران قصد مسافرت بیش از ۵ روز در طی سال آتی را دارند یا قرار است به مکان دیگری نقل مکان نمایند بهتر است در درمان با تنتور اپیوم قرار نگیرند.

۹- در هنگام درمان با تنتور اپیوم، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابر این چنانکه برای بیماری از لحاظ جنبه های قانونی، مانند آزمایش قبل از ازدواج، تایید گواهینامه یا استخدام و سایر موارد مشابه، دارا بودن آزمایش منفی مورفین ضروری باشد طبعاً بیمار نباید در درمان با تنتور اپیوم قرار گیرد. لازم به ذکر است که از آنجائیکه با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد افیونی غیر مجاز از تنتور

اپیوم بصورت عینی وجود ندارد و گفته‌های بیمار تا پایان درمان عملاً تنها منبع آگاهی ماست، لذا مراکز درمانی نمی‌توانند جهت بیماران گواهی دال بر پرهیپ از مواد مخدر غیر مجاز صادر کنند. اگر بیماری نیازمند اینگونه گواهی‌ها باشد، نمی‌تواند در درمان با تنتور اپیوم شرکت کند.

۱۰- میزان اطلاعات ما درباره اثرات خفیف شناختی در تنتور اپیوم اندک است. تا زمان تکمیل یافته‌ها و تجارب بیشتر، از مصرف تنتور اپیوم در افرادی که دارای مشاغل پر خطر بوده (نظیر کار در ارتفاع، کار با ماشین‌آلات خطرناک و حساس، رانندگان بیابانی) یا در افرادی که نیازمند هوشیاری بالا جهت فعالیت هستند، خودداری شود.

مراکزی که قادر به عرضه درمان به کمک تنتور اپیوم هستند:

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش در چند مرکز، تاکید بر این است که تنتور اپیوم تنها در مراکزی عرضه (اعم از سرپایی و اقامتی) گردد که مجاز به ارائه درمان نگهدارنده بر اساس مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند. این مراکز می‌توانند در قالب امکانات و نیروی انسانی موجود خود در کنار ارائه سهمیه متادون، اقدام به پذیرش بیمار در قالب درمان با تنتور اپیوم نیز بنمایند. با اینحال علاوه بر این شرط لازم است:

- ۱- مرکز سابقه ارائه حداقل ۱ سال درمان نگهدارنده با متادون و یا بوپرنورفین را داشته باشد.
- ۲- طی سابقه کاری خود، لغو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد.
- ۳- دارای فضای امن جهت ذخیره تنتور اپیوم باشد. با توجه به اینکه ممکن است هر بیمار در ماه حدود ۰/۵ تا ۱ لیتر مصرف تنتور داشته باشد و در صورت دارا بودن ۵۰ بیمار در فهرست درمان، نیاز به ذخیره ۵۰ لیتر تنتور است، این فضا باید ظرفیت حداقل این مقدار را داشته باشد. بدیهی در اغلب موارد ذخیره‌سازی چنین حجمی در گاو صندوق میسر نبوده و لازم است اطاق یا انباری با حفاظ یا در محکم با قفل مناسب برای این منظور در نظر گرفته شود. هر مرکز درمانی باید گنجایش انبار یکماه مصرف روزانه خود را دارا باشد.
- ۴- فضای مناسب جهت توزیع تنتور را دارا باشد. در این زمینه باید دقت گردد که تنتور در قالب شیشه‌های ۲۵۰ میلی‌لیتری عرضه می‌گردد و نیاز روزانه بیمار باید در شیشه‌های مجزا تقسیم گردد. با توجه به اینکه بو و ظاهر تنتور ممکن است برای سایر بیماران (مانند بیماران متادون، بوپرنورفین، سم‌زدایی، روان‌درمانی و غیره) تحریک کننده بوده و باعث شروع trigger وسوسه گردد، فرایند توزیع و پیمانانه کردن dispensing باید حتی‌الامکان در مکانی مجزا از مراجعه بیماران غیر تنتور قرار داشته و واجد تهویه مناسب نیز باشد. البته چنانکه در چنین فضایی تنتور پیمانانه شده و در شیشه‌های یکبار مصرف تقسیم شده و برچسب خورد، عرضه شیشه‌های در بسته در سایر مکان‌های مرکز از جمله اطاق توزیع متادون یا بوپرنورفین بلامانع است.

- ۵- مرکز درمانی دارای ابزار پیمانانه کردن تنتور با دقت ۱/۴ میلی‌متر مکعب (سی‌سی) باشد. این امر از طریق پیمانانه کننده‌های آزمایشگاهی dispenser یا سایر ابزار آزمایشگاهی چون بورت، استوانه مدرج، سرنگ مدرج امکان‌پذیر است.

مشخصات درمانگران مراکز عرضه تنتور اپیوم

نیروی انسانی مراکز درمان با تنتور اپیوم باید واجد شرایط مقررات مراکز درمان با داروی آگونویست مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. با اینحال با توجه به حساسیت درمان به کمک این ماده و همچنین تجربه بسیار کمتر درمان با آن در مقایسه با متادون و بوپرنورفین، دارا بودن موارد تکمیلی زیر الزامی است:

۱. پزشک مسئول فنی و پزشکان درمانگر حداقل یک سال سابقه فعالیت در درمان نگهدارنده داشته باشند.

۲. پزشک مسئول فنی و پزشکان علاوه بر دوره ۱۴ روزه درمان نگهدارنده که لازمه تاسیس و فعالیت در مراکز درمان با آگونیست است مجموعاً حداقل بمدت ۱۰ روز (یا ۴۰ ساعت) آموزش‌های تکمیلی در قالب سمینارهای یکروزه، کنفرانس‌های علمی، کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی تخصصی دریافت داشته و دارای گواهی مربوطه باشد. آموزش‌ها باید در برخی از حوزه‌های زیر باشد:

- مصاحبه با بیمار
- اصول مصاحبه انگیزشی
- تکنیک‌های رفتاری در درمان نگهدارنده (از جمله مدیریت مشروط، قرار داد کوتاه مدت، نظارت ساختاری)
- روان‌درمانی شناختی بیماران
- مداخلات کوتاه Brief drug counseling
- مداخلات دارویی و غیر دارویی در مواد محرک
- مداخلات غیر دارویی در درمان‌های نگهدارنده
- ارزیابی ساختاری درمان‌های نگهدارنده
- برنامه‌های ساختاری پیشگیری از عود
- درمان اختلالات خواب، مشکلات جنسی، درد مزمن، بیماری‌های خلقی در درمان‌های نگهدارنده
- تداخلات دارویی در درمان نگهدارنده
- سوءمصرف مواد محرک، الکل، حشیش، بنزودیازپین‌ها در درمان‌های نگهدارنده
- درمان نگهدارنده در بیماران و گروه‌های خاص
- مدیریت استرس
- مدیریت خشم
- مهارت‌های حل مسئله
- اصول بازتوانی و فعالسازی رفتاری در معتادان

– درمان‌های گشتالت، معنوی و خودیاری در معتادان

– اصول مشاوره و آموزش خانواده در معتادان

۳. مرکز باید به ازای بیش از ۵۰ بیمار تحت درمان با تنتور اپیوم دارای یک روانشناس، مشاور یا مددکار تمام وقت مختص درمان با تنتور اپیوم باشد. بدیهی است در صورت درمان کمتر از ۵۰ نفر، نیروی انسانی موجود قادر به پوشش درمان خواهند بود.

۴. روانشناس، مددکار یا مشاور مرکز لازم است حداقل دارای یک سال سابقه فعالیت در مراکز درمان با آگونیست بوده و علاوه بر آن حداقل مجموعاً به مدت ۸۰ ساعت در حوزه‌های زیر آموزش دیده باشد:

– اصول درمان نگهدارنده

– اصول مشاوره، مصاحبه و برخورد با معتادان

– مداخلات غیر دارویی در درمان نگهدارنده

– مداخلات غیر دارویی در درمان مواد محرک

– مداخلات غیر دارویی در مشکلات خاص در معتادان از جمله اختلالات جنسی، خواب، افسردگی، پرخاشگری و خشم، مدیریت استرس، فعالسازی عاطفی و هیجانی، ارتباطات بین فردی، خانواده

– بازتوانی

– پیشگیری از عود ساختاری

– ارزیابی و سنجش سوءمصرف مواد مخدر

– گروه درمانی

– خانواده درمانی

ارزیابی بیماران

انجام ارزیابی دقیق از بیماران لازمه موفقیت و پیگیری درمان با تنتور اپیوم است. از آنجاییکه تنتور اپیوم یک مخدر با قدرت سوءمصرف است، لازم است هر مرکز ضمن اخذ شرح حال دقیق و بررسی جامع نیمرخ بیماران، مجموعه‌ای از اطلاعات زیر را بدو شروع درمان درباره هر بیمار بدست آورده و بشکل الکترونیک ذخیره نمایید. این اطلاعات با حفظ امانتداری در هویت بیماران و رعایت اصول اخلاقی و رازداری حرفه‌ای در اختیار مسئولین درمانی قرار خواهد گرفت.

۱. مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، محل تولد). از مجموع این اطلاعات کد ۱۰ رقمی استخراج شده و مبنای احراز هویت فرد در عین حفظ گمنامی خواهد بود. جهت این مسئله به پیوست مربوطه در انتهای پروتکل مراجعه نمایید.

۲. مشخصات دموگرافیک پایه شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات
۳. ماده مخدر اصلی مصرفی
۴. سابقه سوءمصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم‌زها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی عمر
۵. مصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم‌زها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی ۳۰ روز گذشته با اشاره به روش غالب مصرف هر کدام
۶. میزان مصرف ماده مخدر در ماه گذشته از نظر مقدار یا ارزش نقدی آن
۷. سابقه درمان‌های قبلی در زمینه اعتیاد از جمله روش‌های بستری، بازتوانی اقامتی، اردوگاه‌ها، سرپایی، خودیاری و غیره
۸. وضعیت تزریق در گذشته و حال
۹. سابقه زندان
۱۰. شمه از رفتارهای جنسی بیمار بویژه نگاهی به رفتارهای جنسی پر خطر
۱۱. سابقه بیماری جسمی عمده
۱۲. سابقه بیماری روانی در گذشته و یا حال (افسردگی، اضطراب، اقدام یا افکار خودکشی، پسیکوز، بستری روانپزشکی)
۱۳. داروهای مورد استفاده بیمار
۱۴. اطلاع از وضعیت هپاتیت و آلودگی به ویروس ایدز^۲
۱۵. وضعیت درآمد بیمار و اشتغال ایشان
۱۶. وضعیت سکونت و شرایط زندگی بیمار
۱۷. سوءمصرف مواد مخدر در خانواده و همچنین افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند
۱۸. سابقه مسمومیت با مواد افیونی
۱۹. میزان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی از بیمار
۲۰. چگونگی ارجاع و یا انگیزه بیمار در مراجعه به مرکز درمانی

در کنار ارزیابی‌های فوق لازم پزشک معالج معاینات و بررسی‌های زیر را بعمل آورد:

۱. معاینه عمومی و علائم حیاتی
 ۲. آزمایش روتین خون، قند، آنزیم‌های کبدی، مارکد کلیوی، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول
 ۳. نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی یا سن بالای ۵۰ سال
 ۴. آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و متامفتامین
- علاوه بر معاینات مذکور در بدو ورود لازم است همراه بخشی از این ارزیابی‌ها تکرار گردد. اطلاعاتی که لازم است ماهانه از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر است:

۱. مصرف انواع مواد مخدر به تفکیک در ماه گذشته و هزینه آن
۲. وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
۳. تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته

^۲ انجام آزمایش جهت ویروس ایدز و هپاتیت الزامی نیست و چنانچه بیمار راغب است یا انجام داده نتیجه آن پرسیده و ثبت گردد.

۴. عوارض جانبی و نشانه‌های مسمومیت در طی ماه قبل

۵. حالات روانی از جمله خلق افسرده، اضطراب، افکار خودکشی یا خود زنی، توهم و هذیان، پرخاشگری، مصرف داروهای اعصاب در طی ماه قبل

در خلال و علاوه بر ارزیابی‌های ماهانه، لازم است پزشک معالج بر اساس جدول زیر بیمار را ویزیت کرده و همچنین آزمایش‌های ادرار از نظر مصرف مواد غیر افیونی بعمل آورد.

اقدام لازم	هفته اول	هفته ۲	هفته ۳ تا ۸ (ماه ۲)	ماه ۳ بعد
ویزیت	هر روز	هفته‌ای ۲ بار	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار
آزمایش ادرار از نظر متامفتامین و بنزودیازپین‌ها	بدو درمان	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار	هر ۲ هفته یکبار

جهت سهولت انجام ارزیابی‌های فوق، توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد کتابچه مدونی تحت عنوان "پرونده درمان سوءمصرف مواد مخدر" با ISAP: INCAS Substance Abuse Profile جهت پایش و ارزشیابی بیماران در بدو درمان و خلال ماه‌های بعدی طراحی گردیده‌است. توصیه می‌شود جهت پیگیری و ثبت اطلاعات بیماران از این دفترچه استفاده گردد.

موارد فوق، بر اساس باور نگارندگان پروتکل حداقل ضروری ارزیابی علمی و کاربردی بیماران است. بدیهی است هر مرکز درمانی نه تنها مجاز است از ارزیابی‌های کامل‌تر استفاده نماید، بلکه اخذ اطلاعات بیشتر و ثبت آنها در پرونده بیمار توصیه نیز می‌شود.

الگوهای درمانی به کمک شربت تنتور اپیوم

طی بررسی‌های مقدماتی چند الگوی موثر درمانی به کمک شربت تنتور اپیوم بدست آمده است که مختصراً شرح داده خواهد شد. هر الگو از دو جز درمان دارویی (یعنی استفاده از تنتور اپیوم) و جز غیر دارویی یعنی مداخلات غیر دارویی (روانشناختی) تشکیل شده‌است. ابتدا الگوهای دارویی توضیح داده می‌شود:

• الگوی درمان نگهدارنده با هدف اولیه کاهش آسیب :

در این الگو یا روش، بیماران روزانه مقادیر ثابتی از شربت را مصرف می‌کنند و در جریان دوره درمانی میزان شربت بیماران کاهش نمی‌یابد. هدف از این الگو جایگزین سازی شربت تنتور با ماده مخدر غیر مجاز بیماران است و شباهت زیادی به درمان‌های آستانه پائین Low threshold متادون دارد. بیماران مصرف ماده مخدر خود را کنار گذاشته و طی چند روز به طور کامل به درمان با تنتور منتقل می‌گردند. به نظر می‌رسد در این الگو فواید زیر برای درمان با تنتور متصور است:

۱. شربت بطور قانونی در اختیار بیماران قرار می‌گیرد لذا از تماس معتادان با شبکه قاچاق و دلالان مواد مخدر کاسته می‌شود. باور طراحان این الگوی درمانی بر این است که کاهش تماس معتادان با نظام توزیع غیر قانونی فواید اجتماعی، قانونی، فردی و روانی زیادی به همراه خواهد داشت.

۲. شربتی که توسط تولید کننده عرضه می‌شود عاری از ناخالصی و ترکیبات افزودنی مشکل ساز است و با وجود مشکلات ناشی از رسوب و ته نشینی کماکان درمقایسه با ترکیبات غیر مجاز، از خلوص و ثبات بسیار بیشتری برخوردار است و به ثابت کردن دوز مصرفی و حذف نوسانات جسمی و روانی و مسمومیت احتمالی ناشی از ناپایداری دوز روزانه کمک خواهد کرد.

۳. در بیماران تزریقی طبعاً انتقال از مصرف به شکل وریدی یا تزریقی به سمت مصرف خوراکی کمک برجسته‌ای به سلامت بیمار و اطرافیان است. این مسئله به کاهش انتقال بیماری‌های ناشی از تزریق مانند HIV و هیپاتیت در جامعه نیز احتمالاً اثر گذار خواهد بود.
۴. تبدیل مصرف کراک و هروئین به تریاک و مشتقات آن (شربت تنتور) احتمال زیاد به ثبات و سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و خانوادگی بیشتری در بیماران همراه است.
۵. شربت تنتور یا به صورت رایگان یا قیمت ارزان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد و از فشار مالی ناشی از خرید کردن برای مواد مخدر می‌کاهد. این مسئله قاعداً باید به سلامت بیشتر بیمار و خانواده منجر گردد.
۶. عدم خرید و مصرف مواد مخدر غیر مجاز بر شبکه توزیع چه در حد کلان و چه در حد فرد اثر گذاشته و سودآوری و انسجام آنرا متزلزل می‌سازد.
۷. مراجعه مرتب و منظم بیماران به مراکز درمانی به منظور دریافت تنتور فرصت استثنایی در اختیار نظام درمانی قرار می‌دهد تا با ارائه خدمات پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی، مشاوره و مددکاری به سلامت بیماران کمک کنند.
۸. مجموع شرایط فوق عده‌ای از بیماران را جهت ورود به درمانهای دیگر از جمله رویکردهای پرهیز مدار علاقمند ساخته و ممکن است درمان نگهدارنده با تنتور در این عده به عنوان مرحله انتقالی در شروع درمانهای دیگر عمل کند. شواهدی وجود دارد که بعد از مدتی حضور در درمان نگهدارنده با تنتور، عده زیادی از بیماران علاقمند به دریافت خدمات دیگر شده و گاهی خواستار قطع تدریجی شربت نیز می‌شوند.

● الگوی کاهش تدریجی شربت تنتور با هدف قطع کامل و رسیدن به پرهیز

در این الگو بیماران بعد از ثابت شدن بر روی شربت تنتور و کناره‌گیری از ماده مخدر مصرفی غیر مجاز طی مدت نسبتاً طولانی به عنوان مثال ۶ تا ۱۲ ماه به کاهش تدریجی و قطع کامل شربت اقدام می‌کنند. شواهدی قابل توجهی از پژوهشهای قبلی در این باره نیز بدست آمده است. قطع تدریجی احتمالاً از راه‌های زیر برای بیماران کمک کننده است:

۱. از آنجائیکه قطع و جدا شدن از ماده مخدر بسیار تدریجی است عملاً بسیاری از فواید " الگوی درمان نگهدارنده با مصرف اولیه کاهش آسیب " نیز برای آن متصور است. به ویژه در چند ماه اول بسیاری از بیماران شباهت زیادی بین دو الگو احساس می‌کنند.
۲. قطع بسیار تدریجی با علائم کمتر محرومیت و ناراحتی ناشی از آن همراه است.
۳. بنظر می‌رسد در فرایند ترک اعتیاد آنچه از علائم محرومیت اهمیت بیشتری دارد علائم استرس عمومی است. بدین معنی که جدا شدن از یک رفتار اعتیادی با بروز یک واکنش استرس عمومی همراه است. در طی ماه‌های اول افزایش ترشح کورتیزول، ACTH، TNF، IL-2 و سایر پروتئین‌ها و هورمون‌های وابسته به استرس مشاهده می‌شود. همزمان چرخه‌های شبانه روزی circadian تا مدت‌ها بعد از ترک اختلال نشان داده و به حالت اول خود باز نمی‌گردند. این سندرم فراگیر مرتبط با استرس نه تنها سلامت عمومی بیماران را به خطر می‌اندازد، بلکه با حساس سازی آنها به استرس، زمینه‌ساز عود نیز می‌گردد. در جریان ترک تدریجی این فرصت برای سیستم عصبی مرکزی فراهم می‌گردد تا به این تغییرات انطباق یافته و از شدت اثر آن بر عود کاسته شود.
۴. قطع بسیار تدریجی به بیماران فرصت می‌دهد تا طی فرایند جدا شدن از ماده مخدر خود (شربت تنتور) همزمان به ترمیم جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی زندگی خود اقدام نمایند. بسیاری بیماران طی ماه‌های اول الگوی قطع تدریجی تا حد قابل قبولی به محیط طبیعی و سالم خود باز می‌گردند و همزمان به اصلاح مشکلات اقتصادی و قانونی زندگی خود اقدام می‌کنند. بازگشتن به محیط قبل از اعتیاد reintegration در درصدی از بیماران بصورت مشهودی اتفاق می‌افتد.
۵. سرانجام عده‌ای از بیماران به پرهیز کامل abstinence از تمام مواد افیونی می‌رسند و زندگی بدون ماده مخدر را دنبال می‌کنند.

• الگوی مرکب

این الگو آمیزه‌ای از فرایندهای فوق است بدین صورت که برای مدتی به عنوان مثال ۳ تا ۶ ماه دوز بیمار ثابت نگه داشته شده و بعد از آن قطع تدریجی ۶ تا ۱۲ ماهه آغاز می‌گردد. واضح است که این الگو مخلوطی از روش‌های فوق بوده و فواید هر دو آنها را به همراه خواهد داشت.

روش تعبیه الگوهای درمانی دارویی:

تجارب متعددی درباره چگونگی تعبیه الگوهای مختلف دارویی بکمک تنتور اپیوم طی ۳ سال اخیر بدست آمده است. در قسمت ذیل به اختصار شیوه‌های شروع و استمرار درمان بر اساس الگوهای "درمان نگهدارنده" و "کاهش تدریجی" توضیح داده می‌شود.

مراجعین به مراکز درمانی، DIC های همکاری کننده در طرح یا زندانی در یکی از زندان‌های شرکت کننده در درمان بعد از توضیح جریبات فرایند درمان توسط گروه درمانی، در صورت اعلام رضایت کتبی به شرکت در برنامه درمان، توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گرفته و در جریان مصاحبه اطلاعات لازم در زمینه سابقه سوءمصرف موادمخدر، بیماری‌های روانی همراه، بیماری‌های جسمی، سابقه مصرف داروهای غیر مخدر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی کسب خواهد شد. مشروح موارد مورد ارزیابی در قسمت ارزیابی بیماران ذکر گردیده است.

در صورت وجود شرایط ورود به درمان و نبود شرایط عدم درمان و صلاحدید و تأیید پزشک معالج، بیمار جهت درمان سرپایی با تنتور معرفی می‌گردد. قبل از شروع درمان، بیماران علاوه بر انجام آزمایش‌های روتین، در صورتی که دارای سابقه بیماری قلبی ریوی و یا بیماری‌های عمده داخلی باشد، توسط همکاران متخصص داخلی معاینه و ویزیت می‌گردند. در صورت نبود منع طبی درمان و رعایت ۷ بند مندرج در قسمت اندیکاسیون‌های مطلق، درمان با تنتور اپیوم آغاز می‌گردد.

در بدو درمان پرسشنامه ساختاری ISAP یا پرسشنامه‌ای با محتوای مشابه توسط پزشکان معالج و روانشناسان تکمیل شده و گزارشات روزانه در زمینه علایم و عوارض جانبی داروها تهیه خواهد شد.

در الگوی درمان نگهدارنده و همچنین در الگوی کاهش تدریجی اصولاً به ترتیب ۴ و ۳ مرحله نسبتاً مجزا قابل تعریف است.

این مراحل جهت درمان نگهدارنده عبارتند از:

۱. مرحله القاء

۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس

۳. مرحله ثبات اصلی یا پایدار

۴. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

در جریان الگوی کاهش تدریجی نیز این مراحل به قرار زیر تعریف می‌شوند:

۱. مرحله القاء

۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس

۳. مرحله کاهش تدریجی

مرحله القاء: همانگونه که مشاهده می‌شود، صرف نظر از نوع الگوی درمانی ("درمان نگهدارنده" یا "کاهش تدریجی") این مرحله مشترک است. هدف از آن تبدیل مصرف ماده مخدر بیمار اعم از تریاک، شیره، هرویین، کراک یا سایر ترکیبات اوپیودی به معادل فارماکولوژیک آن توسط تنتور اپیوم است. بعبارت دیگر بیمار به حدی تنتور دریافت دارد تا از نظر تجربه علایم محرومیت در حد مصرف ماده مخدر معمول عود باشد. این مرحله در درمان نگهدارنده با متادون هم وجود دارد اما از آنجا که تنتور اپیوم شباهت زیادتری به مواد معمول بیماران دارد گذر از آن مواد به تنتور

راحت تر بوده و بیماران آنرا به سهولت تحمل می کنند. اساس آن بسیار ساده است. از بیمار درخواست می شود تا از شب قبل از شروع درمان مصرف مواد مخدر خود را متوقف نماید و از مصرف خودسر داروهای آرامبخش نیز پرهیز کند. بر این اساس بیمار صبح روز شروع درمان در صورت رعایت عدم مصرف از شب قبل با علائم محرومیت مراجعه خواهد کرد. در این زمان جهت ایشان ۱۰ سی سی تنتور اپیوم تجویز می گردد و ۱ ساعت بعد بیمار مجدداً ارزیابی می شود. در صورت وجود علائم محرومیت تجویز ۵ سی سی تنتور تکرار می گردد و ۱ ساعت دیگر بیمار تحت نظر می ماند. پروسه فوق یعنی تجویز ۵ سی سی تنتور و بررسی مجدد بعد از یکساعت آنقدر تکرار می گردد تا بیمار از علائم محرومیت عاری گردد. در چنین حالتی تجویز تنتور متوقف شده و بیمار بعد از یکساعت مراقبت از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی، مرخص می گردد. بیمار مذکور بعد از ظهر همان روز (حوالی ۵ بعد از ظهر) مجدداً ویزیت می شود. در چنین شرایطی در صورت وجود علائم محرومیت دوز عصرگاهی تجویز می شود. مقدار این دوز بر اساس توصیه های زیر است:

عدم وجود علامت ترک: ترخیص جهت ویزیت روز بعد

علائم ملایم ترک: معادل یک سوم (حدود ۳۰٪) دوز صبح تکرار گردد.

علائم متوسط ترک: معادل نصف دوز صبح تکرار گردد.

علائم شدید ترک: تا حداکثر ۷۵ درصد دوز صبحگاهی تکرار گردد.

بعنوان مثال اگر بیمار در صبح مجموعاً ۲۰ سی سی تنتور دریافت داشته و عصرگاه علائم متوسط ترک دارد، جهت ایشان $20 \times 50\% = 10 \text{ cc}$ بعنوان دوز عصر تجویز می گردد. در چنین حالتی دوز کامل روزانه بیمار $30 = 10 + 20$ سی سی خواهد بود. در اکثر موارد مقادیر بدست آمده به الگوی نهایی بیمار بسیار شبیه است و بندرت طی روزهای آتی به تغییر عمده نیاز پیدا می شود. همچنین الگوی تقسیم دوزها به دو دوز صبح و عصر جهت روزهای بعدی نیز تکرار می گردد با اینحال گاهی لازم است پزشک معالج در روزهای بعد بر اساس شدت علائم صبحگاهی و بعد از ظهر، دوزهای مربوطه را بصورت ظریف تر تنظیم نماید. نکته دیگری که توصیه می گردد این است که سعی شود در روزهای بعدی بتدریج و تا حد امکان از دوز عصرگاهی کاسته شده و بجای آن بر دوز صبح افزوده شود. دلیل این امر تلاش برای حداقل رساندن دوز عصرگاهی است زیرا در اکثر بیماران (بغیر از بیماران زندانی) ممکن است مرکز درمانی مجبور به ارائه دوز منزل (take-home) گردد. در چنین شرایطی بهتر است دوز منزل عصرگاهی در حداقل بوده و از ۵۰٪ دوز صبحگاهی تجاوز ننماید.

در جریان مرحله القاء بیماران به طور روزانه به درمانگاه مراجعه نموده و سهمیه داروی هر روز خود را دریافت خواهند داشت. این عمل ترجیحاً در ایام تعطیل نیز صورت خواهد گرفت. بیمار موظف است دوز روزانه خود را نیز در حضور پرستار یا پزشک طرح مصرف کند. بیماران غیر از درمان شونده در زندانها، تنها مجاز به دریافت حداکثر معادل ۵۰ درصد دوز صبحگاهی خود برای منزل خواهند بود. بعبارت دیگر ۲/۳ دوز کل روزانه صبح و ۱/۳ مابقی جهت عصر تجویز خواهد شد. در برنامه درمانی در زندانها اصولاً دوز بردن بی معنا بوده و مجاز نیست. بیماران در صورت نیاز به دوز مکمل عصرگاه باشند، باید شخصاً به درمانگاه مراجعه نمایند. پیش بینی می شود که مرحله القاء ظرف مدت یک هفته پایان یابد. در جریان آن لازم است علاوه بر مراجعه روزانه جهت دریافت تنتور، بیمار هر روز توسط پزشک معالج ویزیت گردد.

مرحله ثبات اولیه یا زودرس: بعد انتقال بیمار از ماده مخدر غیر مجاز به تنتور، لازم است بیمار مدتی بر روز تنتور تثبیت گردد. این امر حتی در صورتیکه هدف درمان کاهش تدریجی و نه درمان نگهدارنده باشد، کامکان صادق است. در جریان آن علائم ترک و وسوسه بیماران تقلیل یافته و بیمار احساس رضایت از دوز خود خواهد داشت. در طی این مرحله بیمار روزانه جهت دریافت تنتور خود مراجعه نموده و لازم است بصورت هفته ای ۲ بار توسط پزشک معالج ویزیت شوند. چنانکه بیمار از علائم محرومیت رنج ببرد یا وسوسه خود را بسیار زیاد قید کند، پزشک می تواند در جریان این مرحله دوز بیمار را مجموعاً تا حداکثر یک سوم افزایش دهد. اما لازم به ذکر است که این افزایش در هر نوبت نباید بیش از ۱۰٪ دوز قبلی باشد. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه (مجموع صبح و عصر) ۳۰ سی سی شربت دریافت می دارد و بواقع دوز مرحله القاء او این مقدار باشد، چنانکه بعد از گذشت مثلاً ۲ هفته علائم ترک را تجربه کند، پزشک مجاز خواهد بود دوز او را حداکثر به ۴۰ سی سی برساند. توجه داشته باشید

رساندن دوز از ۳۰ سی سی به ۴۰ سی سی یکباره مجاز نبوده (بدلیل امکان مسمومیت) و حداکثر روزانه ۱۰٪ یعنی حدود ۳ سی سی می توان به دوز بیمار افزود. در بعضی بیماران ممکن است در چند هفته اول بدلیل تحمل به شربت تنتور، نیاز به افزایش دوز بسته به زمان بروز علائم، چه صبح و چه عصرگاه باشد.

مرحله ثبات اصلی یا پایداری: در الگوی درمان نگهدارنده بعد از سپری شدن مرحله ثبات اولیه بیمار وارد مرحله اصلی درمان نگهدارنده می شود. در جریان این مرحله دوز بیمار در حد ثابت نگه داشته می شود و بیمار روزانه جهت مصرف دوز صبح گاه خود به مراکز درمان مراجعه می کند. باور بر این است که این دوره به بیمار کمک خواهد کرد تا به الگوی زندگی طبیعی بازگشته و آسیب های اعتیاد در وی تا حد امکان تقلیل یابد. جهت موفقیت این امر همانطور که اشاره خواهد شد، نقش روان درمانی و مشاوره بسیار برجسته بوده و بر اساس یافته های فعلی بدون مداخلات غیر دارویی، شانس موفقیت بسیار اندک خواهد بود. در این مرحله به غیر از ایام تعطیل بیمار دوز منزل روزانه نخواهد داشت و تنها در ایام غیر تعطیل مجاز به دریافت دوز منزل عصرانه است.

مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده: در صورت بهره مندی صحیح از مداخلات غیر دارویی و پایبندی به رژیم دارویی تنتور بسان سایر درمان های نگهدارنده، انتظار می رود بیماران بعد چندین ماه یا چند سال، به ثبات رفتاری رسیده و از نظر شاخص های روانی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی، خانوادگی و قضایی به حد قابل قبول برسند. در چنین حالتی لازم است درمانگر با توافق بیمار به کاهش بسیار تدریجی دوز بیمار مبادرت نماید. این کاهش از پروتکل خاصی پیروی نمی کند و صرفاً بر اساس کاهش سپس ارزیابی سپس کاهش استوار است. گاهی این مرحله می تواند شبیه مرحله سوم الگوی کاهش تدریجی که به آن اشاره خواهد شد، باشد. گاهی نیز لازم است حتی از آن نیز بصورت بطی تر اعمال گردد و بیش از یکسال بطول انجامد. نکته ای که آنرا از مرحله ۳ الگوی کاهش تدریجی متمایز می کند، این است که در الگوی کاهش تدریجی، میزان کاهش و زمان هر کاهش از ابتدا مشخص شده و بایستی حتی الامکان بدان پایبند بود ولی در مرحله ۴ الگوی درمان نگهدارنده، عملاً توانایی و تمایل بیمار زمان جدا شدن را تعیین می کند. ضمناً مانند سایر مراحل درمان نگهدارنده با تنتور بیمار در این مرحله نیز باید روزانه جهت دوز روزانه خود مراجعه نماید و تا زمانیکه دوز بیمار به زیر مقدار معینی که بدان اشاره خواهد شد برسد، دوز منزل مجاز نخواهد بود.

الگوی کاهش تدریجی: در الگوی کاهش تدریجی، بعد از مشخص گردیدن دوز روزانه و تنظیم نسبت دوز صبح به عصر و سپری شدن مرحله ثبات اولیه که انتظار می رود بعد از ماه اول حاصل گردد، کاهش تدریجی آغاز می گردد. در جریان کاهش تدریجی هر ماه دوز بیمار به ۸۰ درصد دوز ماه قبل می رسد. عبارت دیگر هر ماه ۲۰ درصد دوز ماه قبل کاسته می شود. بعنوان مثال اگر دوز کل روزانه بیمار ۳۰ سی سی است، بعد از یکماه به $30 \times 80\% = 24cc$ می رسد. در ماه بعد این رقم به $24 \times 80\% \approx 19cc$ و در ماه سوم به $19 \times 80\% = 15cc$ می رسد. کاهش تدریجی استمرار یافته تا تنتور کاملاً قطع گردد.

لازم است کلیه ویژگی ها و مداخلات درمانی در قسمت های مربوطه در پرونده بیماران و ترجیحاً پرسشنامه ISAP تکمیل گردد. همچنین لازم به یادآوری است که کلیه بیماران می بایستی بر اساس شاخص های مقرر ISAP یا ابزارهای مشابه که مورد استفاده مراکز درمانی قرار می گیرند، طی ارزیابی های ماهانه مواردی شامل: سوء مصرف موادمخدر، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز، استفاده از سرنگ اشتراکی، ارتکاب جرم و جنایت و بازداشت، وضعیت شغلی، سلامت جسمی عمومی و روابط خانوادگی ارزیابی گردد. رضایت بیمار از درمان و استمرار حضور وی برنامه ها و تداوم مصرف تنتور، تعداد مراجعات بیماران به درمانگاه، تعداد دفعات بهره مندی از خدمات مشاوره و روان درمانی نیز باید بصورت دقیق ثبت گردد.

مداخلات غیر دارویی

بر اساس بررسی های اخیر در درمان بکمک تنتور اپیوم، واضحاً مشخص گردیده که درمان بدون ارائه خدمات مشاوره و روان درمانی محکوم به موفقیت اندک بوده و با احساس ناامیدی در درمانگر و بیمار همراه است. تقویت مداخلات غیر دارویی از لوازم درمان با موفقیت بالاست. متأسفانه

هنوز بدرستی نمی‌توان درباره حجم مطلوب مداخلات غیر دارویی اظهار نظر نمود. البته این ابهام مختص تنتور اپیوم نبوده و درباره درمان نگهدارنده با متادون که بیش از ۴۵ سال از عمر آن می‌گذرد، صادق است. با توجه به بررسی مراکز مختلف و الگوهای متعدد درمانی، موارد زیر جهت استفاده از درمان‌های غیر دارویی تاگید می‌گردد:

- یک الگوی درمانی که با موفقیت بسیار بالا همراه است و عملاً موفق‌ترین الگو تلقی می‌گردد، همراهی درمان با تنتور با الگوی مداخله‌ای بر اساس کنگره ۶۰ است. در جریان این الگو، بیمار در کاهش تدریجی ۱۱ تا ۱۲ ماهه تنتور قرار می‌گیرند و در کنار مصرف تنتور از نظام حمایتی و مشاوره‌ای بصورت مددجو راهنما بهره‌مند می‌شوند. هر مددجو تحت نظارت یک راهنما که خود قبلاً به شیوه کاهش تدریجی شربت تنتور و گاهی حتی کاهش تدریجی تریاک، موفق به رهایی از اعتیاد شده‌است قرار می‌گیرد. راهنما علاوه بر ایجاد بستر آموزش، مشاوره و حمایت فردی، مددجو را در مصرف دقیق و کنترل شده تنتور اپیوم یاری می‌کند. مددجو نیز علاوه بر بهره‌مندی از نظارت و حمایت راهنمای خود، ماهانه در حدود ۱۲ جلسه خودیاری در محل‌های وابسته به کنگره شرکت می‌نماید. بدیهی است فرایند توزیع تنتور در انحصار مراکز درمانی مانده و پزشک مرکز درمانی ویزیت بیماران، بررسی عوارض دارویی، انجام آزمایشات مقرر را مانند دستورالعمل مندرج در بخش‌های فوق ادامه می‌دهد. موفقیت این الگو بسیار بالا ارزیابی می‌شود و از آنجاییکه گروه‌های خودیاری مانند کنگره ۶۰ بخش عمده‌ای از مداخلات غیر دارویی در درمان را بدون اخذ هزینه از بیمار بعهده می‌گیرند اثر فایده درمان نیز به طرز محسوسی افزایش می‌یابد. از آنجاییکه آمیزه درمان با کاهش تدریجی بکمک تنتور اپیوم از یک سو و مشارکت در برنامه‌های کنگره ۶۰ از سوی دیگر با موفقیت به مراتب بیشتری در مقایسه سایر روش‌ها و الگوهای درمانی به کمک تنتور اپیوم برخوردار است، این آمیزه بعنوان الگوی مجزا قابل تعبیه می‌باشد. پروتکل درمان بر اساس آمیزه فوق در قسمت پیوست ارائه گردیده است و با توجه به شواهد بسیار مثبت آن، لازم است اولویت و مزایای خاص به مراکزی که از این الگو پیروی می‌کنند داده شود.^۳
- ارائه خدمات روان‌درمانی و مشاوره در مرکز و بکمک پرسنل درمانی الگوی دیگر مداخلات غیر دارویی است. بر این اساس بیماران و خانواده آنها باید از حداقل خدمات زیر بهره‌مند شوند:

۱. روان‌درمانی فردی بر مبنای "درمان‌های غیر دارویی در درمان نگهدارنده" یا "BDRC: Brief Drug and Risk Behavior Counseling" به مدت ۳ ماه و به میزان هفته‌ای ۲ جلسه یک ساعته (جهت ۳ ماه اول)
۲. ۶ جلسه آموزش خانواده (در ۳ ماه اول)
۳. جلسات یک ساعته روان‌درمانی حمایتی و مشاوره فردی به میزان هفته‌ای ۱ جلسه از انتهای ماه سوم ببعد تا پایان درمان^۴

برنامه دوز منزل

بدلیل امکان بالای سوءمصرف آگونیس‌ها بویژه تنتور اپیوم، سیاست سختگیرانه‌های جهت دوز منزل لازم است. لازم است سیاست زیر بدین منظور اعمال گردد:

۱. در هفته اول و تا زمانی که دوز بیمار تنظیم نشده است، دوز منزل صرفاً به دوز عصرها و روزهای ایام تعطیل رسمی محدود گردد.

^۳ در واقع استفاده از گروه‌ها و سازمان‌های خودیاری در کنار درمان‌های رسمی و اکادمیک سوء مصرف مواد مخدر نه تنها امروزه مجاز شناخته می‌شود بلکه استفاده توأم از آنها و داخل کردن درمان کلاسیک در مداخلات خودیاری بشدت توصیه می‌شود. امروزه استفاده از گروه‌های خودیاری بویژه گروه‌های ۱۲- قدمی در کنار روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری بصورت امری مرسوم و موثر در آمده است. از آنجاییکه تلفیق استفاده از تنتور اپیوم با روش‌های ۱۲- قدمی هنوز میسر و مرسوم نیست، تنها الگوی رایج که بنظر می‌رسد در دنیا منحصربفرد باشد، آمیزه الگوی کنگره ۶۰ یا الگوهای مشابه آن با درمان بکمک آگونیس (تنتور اپیوم) است.

^۴ در صورت ارائه درمان‌های اختصاصی چون کنترل خشم، مدیریت استرس، مهارت‌های بین‌فردی، زوج درمانی، خانواده درمانی و مشابه آنها، ساعات این درمان‌ها می‌تواند جز ساعات موظف ارائه خدمات روان‌درمانی محاسبه شده و از ساعات فوق کسر گردد.

۲. بعد از تنظیم دوز و سپری شدن ماه اول، در الگوی درمان نگهدارنده در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح‌گاهی و عصرانه) بالای ۲۰ سی‌سی باشد، دوز منزل به دوز عصرها و روزهای تعطیل رسمی محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه بین ۱۵ و ۲۰ سی‌سی باشد، بیماران بصورت یک روز در میان (جمعاً ۳ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین ۱۰ تا ۱۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (جمعاً ۲ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۱۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید
۳. در الگوی کاهش تدریجی (بغیر از موارد همکاری با سازمان‌های خودیاری از جمله کنگره ۶۰ و مشابه آن) بعد از تنظیم دوز و سپری شدن هفته اول، در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح‌گاهی و عصرانه) بالای ۲۰ سی‌سی است، دوز منزل مانند الگوی درمان نگهدارنده به عصرها و ایام تعطیل محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه به بین ۱۵ و ۲۰ سی‌سی رسیده باشد، بیماران بصورت یک روز در میان (جمعاً ۳ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین ۱۰ تا ۱۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (جمعاً ۲ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۱۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. بدیهی است که سیاست ارائه دوز منزل منوط به رعایت کلیه ضوابط توسط بیماران و پیروی به موقع از پروتکل کاهش تدریجی است.
۴. در صورتی که بیمار بصورت فعالانه در گروه‌های خودیاری از جمله کنگره ۶۰ شرکت نموده و حضور وی توسط اینگونه سازمان‌ها تایید گردد، و مبنای درمان وی الگوی کاهش تدریجی است، می‌توان سیاست دوز منزل آزادانه‌تری را اعمال نمود. بدین منظور بیماران می‌توانند در صورتیکه دوز روزانه به بین ۲۵ و ۴۰ سی‌سی رسیده باشد، بصورت یک روز در میان (۳ مراجعه در هفته) دوز منزل دریافت دارند. در دوز روزانه بین ۲۰ تا ۲۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (۲ مراجعه در هفته) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۲۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. جهت اطلاعات بیشتر به پروتکل پیوست درباره همکاری با مراکز خودیاری مراجعه نمایید.

شرایط نگهداری و توزیع :

شربت تنتوراپیوم را در شرایط متعارف نگهداشته و از نور خورشید، دمای بالا یا پائین دور نگهدارید. قبل از توزیع شربت تاکید می‌شود حتماً شیشه را بخوبی تکان دهید. مواردی مشاهده شده است که شربت بر اثر گذشت زمان ته‌نشین شده و غلظت آن از قسمت‌های مختلف تفاوت کرده است. به گونه‌ای که برخی از بیماران ابراز داشته‌اند اثر و قدرت آن کاسته شده ولی عده‌ای دیگر بناگاه اثر آنرا بیش از دفعات قبل احساس کرده‌اند. مسئله ته‌نشینی و رسوب به جدار شیشه نکته‌ای مهم است که باید بدان توجه کرد: شربت قبل از توزیع بخوبی تکان داده شود. تولیدکننده در مراحل بعدی با اصلاح فورمالاسیون این نقص را بر طرف خواهد کرد.

جهت مصرف و توزیع تنتور، قسمت آلومینیومی در شیشه را بشکنید و درپوش پلاستیکی را بردارید. بدلیل غلیظ بودن تنتور، سعی نکنید بکمک سرنگ و سوزن (مانند سرم تزریقی یا آمپول) آنرا از ظرف خارج سازید. توجه داشته باشید محتویات تنتور استریل نبوده و مطلقاً قابل تزریق نیست.

چند ملاحظه اخلاقی:

- شرکت بیماران در درمان کاملاً اختیاری بوده و نباید هیچگونه درمان اجباری صورت پذیرد.
- قبل از شرکت هر بیمار توسط همکاران طرح و توسط جزوات مکتوب با مشخصات درمان با آشنا شده و تنها بعد از رضایت کتبی آگاهانه قادر به حضور در طرح خواهند بود.

- در کلیه مراحل درمان بیماران باید بتوانند با رضایت شخصی از درمان خارج شوند.
- کلیه مدارک و پرسشنامه و سوابق محرمانه مانده تنها مورد استفاده از اطلاعات بدست آمده، پژوهش و تحقیق است. دیگران حتی بستگان بیماران نیز مجاز به دسترسی به آن نمی‌باشند. هرگونه استفاده دیگر از نتایج بدست آمده منوط به اجازه کتبی از بیماران و مجریان طرح است.
- بیماران بعد از اتمام دوره درمان و دوره پیگیری و خروج از طرح، کماکان می‌توانند بر اساس ضوابط هر مرکز از خدمات درمانی، مشاوره‌ای و حمایتی بهره‌مند شوند. هیچ بیماری نباید به دلیل اتمام یا انصراف از طرح تنتور اپیوم از دریافت درمان‌های موجود در مراکز محروم گردد.
- در صورت عدم تمایل به حضور در طرح، بیماران باید بتوانند از سایر خدمات درمانی موجود در مراکز مربوطه از جمله درمان با متادون و بوپرنورفین مانند سایر بیماران بهره‌مند شوند.

پیوست: اطلاع رسانی به بیماران و بستگان

اعتیاد یک بیماری طولانی مدت و مزمن است، به این معنی که در اغلب موارد بیمار مبتلا به اعتیاد، سالهای زیادی با آن دست به گریبان است و در صورت عدم مداخله و درمان، بیماری او معمولاً سیر پیش رونده، تخریبی و عودکننده دارد. با گذشت زمان، در بسیاری از موارد میزان استفاده از مواد مخدر در معتادان بیشتر شده و این بیماران به سوی مواد مشکل آفرین تری چون هروئین و کراک و روش های پرخطری چون تزریق کشیده می‌شوند. از طرفی به تدریج این مصرف کنندگان از نظر روانی، جسمی، اجتماعی، رفتاری، اقتصادی و خانوادگی افت می‌کنند و گاهی مشکلات قانونی نیز به این عوارض افزوده می‌گردد. بسیار اتفاق می‌افتد که با پیشرفت اعتیاد، بیمار شغل خود را از دست می‌دهد و از نظر اقتصادی افت می‌کند، در زندگی زناشویی و خانوادگی دچار اشکال می‌شود، به ظاهر و نظافت خود بی توجه می‌گردد، با اطرافیان به مشاجره می‌پردازد، از پذیرش مسئولیت می‌گریزد، مشکلات جسمی پیدا می‌کند، دچار افسردگی و اضطراب می‌شود، مردم او را طرد کرده و به وی بی اعتماد می‌شوند، از عوارض جنسی رنج می‌برد و ...

در چنین شرایطی بیماران تصمیم می‌گیرند که رفتار خود را تغییر دهند و مصرف خود را قطع کنند.

عده ای از بیماران اصولاً قادر نیستند مصرف خود را و لو به مدت اندکی متوقف کنند. در این عده، ترک مصرف مواد بقدری با علایم شدید جسمی و روانی همراه است که در میانه راه بیمار منصرف شده و از پرهیز باز می‌ماند. اگر هم به پرهیز هرچند کوتاه مدت می‌رسد، بدلیل زیادی علایم، ترجیح می‌دهد که مصرف مواد مخدر را از سر گیرد. عده ای نیز با مشقت فراوان و تحمل عوارض جسمانی شدید ترک، مواد مخدر را کنار می‌گذارند. اما بعد از مدتی دوباره به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و با وجود اینکه به خود و اطرافیان قول داده اند که آخرین با مصرفشان باشد، در ناامیدی و ناباوری دوباره مصرف را شروع می‌کنند. دوره های مصرف و قطع مصرف، گاهی آنقدر تکرار می‌شود که برای بیمار و خانواده، هیچ امید و اعتمادی برجای نمی‌گذارد. در این موارد، گاهی بیمار و خانواده، متأسفانه به سرزنش یکدیگر می‌پردازند و هریک، دیگری را مقصر می‌شمارد. خانواده، انگیزه بیمار را زیر سوال برده و مدعی می‌شود او تلاش کافی نکرده است. بیمار نیز خانواده یا شرایط بیرون را مقصر دانسته و مدعی است آنها با ایجاد فشار روحی باعث عود مصرف شده اند. گاهی نیز عوامل دیگری مثل استمرار علائم جسمی، وسوسه، مشکلات اقتصادی، و غیره مسئول شکست بیمار شناخته می‌شوند.

در چنین شرایطی به بیماران توصیه می‌شود، بجای درمان‌های کوتاه مدت به درمان‌های طولانی‌تر از جمله درمان‌های نگهدارنده روآورند. در حال حاضر در ایران دو داروی متادون و بوپرنورفین به منظور درمان نگهدارنده استفاده می‌شوند. تنتور اپیوم نیز بدین منظور به مجموعه داروهای مجاز در درمان نگهدارنده و دراز مدت افزوده شده است. این دو داروها خواصی مشابه با مواد مخدر بر روی بیمار دارند، با این تفاوت که:

شروع و ناپدید شدن اثر آنها آهسته و ملایم‌تر است. معنی این حرف آن است که با مصرف این مواد وضعیت جسمی معتاد در حالت متعادل مانده و از نظر روحی دچار نوسانات نخواهد شد. این درحالیست که مواد مخدر غیر مجاز بویژه کراک، در اکثر اوقات نوسانات شدیدی ایجاد می‌کنند، گاهی بیمار را بسیار سرخوش و نشئه، و گاهی او را دچار خماری شدید می‌کنند. این نوسانات بر روحیه بیمار اثر مخرب گذاشته و قسمت زینبار عوارض اعتیاد را سبب می‌شود. این داروها از طریق کاملاً بهداشتی تهیه شده‌اند، لذا فاقد هرگونه ناخالصی بوده و عوارض آنها بر بدن معتاد به ویژه کلیه و کبد و دستگاه گوارش در حداقل ممکن است. در حالیکه مصرف مواد غیرقانونی مشکلات جسمی فراوانی تولید می‌کند. با استفاده از این داروها به صورت درمان نگهدارنده، علائم جسمانی و وسوسه به میزان زیادی در بدن بیمار کنترل می‌شود. نداشتن وسوسه و کنترل علائم جسمانی بر روحیه بیمار و خانواده اثر خیلی مثبتی دارد و در بیمار، تمایل به مصرف مواد را تا حد زیادی متوقف می‌کند. تعادل رفتاری به وجود آمده در بیمار، به وضوح باعث خواهد شد که کمتر خشمگین شود و به دنبال آن مشکلات خانوادگی، شغلی و حقوقی کمتری خواهد داشت. عدم نیاز به تهیه ماده مخدر غیرقانونی، باعث می‌شود بیمار نیازی به تماس با قاچاقچیان و فروشندگان مواد نداشته باشد و علاوه بر از بین رفتن خطر دستگیری، نیازی به پرداخت هزینه برای تهیه ماده مخدر هم نخواهد داشت.

با قرار گرفتن بیمار روی این روش درمانی، شبکه دوستان فرد تغییر می‌کند، به این معنی که بیمار زمان، انگیزه و شرایط مناسبی برای تماس با افراد سالم خواهد داشت.

داروهای درمان نگهدارنده خوراکی هستند. بنابراین اگر بیمار قبلاً مواد مخدر را تزریق می‌کرده است، رفتار تزریقی در او کاهش خواهد یافت. برای بسیاری از بیماران، تزریق منجر به ایجاد زخم‌های وسیعی در سطح بدن شده و با انهدام رگ‌ها همراه است. در درمان نگهدارنده، این عوارض از بین می‌رود. با توقف تزریق، احتمال سرایت بسیاری از بیماری‌های عفونی (به ویژه ایدز) از راه سرنگ و سوزن برطرف می‌شود. با استفاده صحیح از درمان نگهدارنده، امکان مسمومیت با مواد مخدر بسیار کاهش می‌یابد. متأسفانه یکی از دلایل مرگ و میر در معتادان، مصرف ناگهانی و بیش از حد ماده مخدر است که منجر به

مسمومیت یا بیش مصرف 1 می‌شود. به دلیل خلوص این داروها، کسی که درمان نگهدارنده دریافت می‌کند، کمتر در معرض مسمومیت قرار می‌گیرد. در نهایت با توقف مصرف مواد مخدر و کاهش وسوسه و علائم روحی و جسمی، فرصت بازگشت بیمار به زندگی عادی، انتخاب شغل و توجه به زندگی خانوادگی فراهم می‌شود.

پیوست: پروتکل همکاری با سازمان‌های خودیاری از جمله کنگره ۶۰

اشاره گردید که الگوی همکاری با سازمان‌ها و گروه‌های خودیاری که درمان با آگونویست را در کنار فعالیت‌های غیر دارویی، مشاوره، بازتوانی و حمایتی خود پذیرا هستند، بصورت بسیار قابل توجهی باعث افزایش اثربخشی درمان می‌گردد. لذا مراکز درمان می‌توانند رسماً با اینگونه سازمان‌ها وارد تعامل و همکاری شوند. در اینباره موارد زیر باید رعایت گردد.

۱. مراکز درمانی عرضه کننده درمان با تنتور اپیوم با سازمان‌ها و گروه‌های خودیاری که درمان با آگونویست (در این مورد تنتور اپیوم را پذیرا بوده و آنرا لازمه درمان موفق می‌دانند) رسماً اعلام همکاری کنند.

۲. بیماران از نظر دارو درمانی از جمله دریافت تنتور کاملاً تحت نظر مرکز درمانی مانده و کلیه مقررات از جمله شرایط پذیرش، ارزیابی، ویزیت‌های مقرر بر اساس پروتکل اصلی صورت می‌پذیرد. در اینباره پزشک و مرکز درمانی مسئول کلیه مداخلات دارویی بیمار از جمله برنامه تنظیم و کاهش دوز است. البته بدیهی است در چنین شرایطی پزشک و مرکز درمانی می‌تواند و توصیه می‌شود از دیدگاه و نظرات راهنماها و اعضای سازمان و گروه‌های خودیاری جهت تنظیم دوز بهره جوید. تجربه نشان داده که خود بیماران و معتادان اسبق در چنین مواردی بسیار دقیق عمل کرده و حداکثر رضایت بیمار فراهم می‌گردد. با اینحال نظر نهایی با مرکز درمانی و پزشک معالج است و ایشان مسئول مراقبت از نظر علایم و عوارض دارو هستند.

۳. مرکز درمانی علاوه بر تنظیم دوز تنتور بیمار بر پیشرفت کلی، علایم روانی و سیر درمان و مصرف مواد مخدر از راه ارزیابی منظم و آزمایش‌های مقرر بر اساس پروتکل اصلی اقدام می‌نمایند.

۴. بیمار از مداخلات غیر دارویی تحت نظر گروه‌های خودیاری بهره‌مند می‌گردد. در اینصورت بیمار و مرکز مختار هستند خود نیز مداخلات غیر دارویی بر اساس پروتکل اصلی را به اجرا گذارند یا تماماً آنرا از راه گروه‌های خودیاری تامین نمایند. بعبارت دیگر در صورت رضایت بیمار و تصمیم مرکز درمانی و پزشک معالج، می‌توان کلیه یا بخشی از مداخلات غیر دارویی (مانند مشاوره فردی، آموزش خانواده، جلسات ساختاری BDRC، غیره را بر گزار نکرده و به گروه‌های خودیاری محول نمود).

۵. مرکز درمانی هزینه‌های خود از جمله هزینه تنتور و حق ویزیت و سایر خدمات عرضه شده خود را بر اساس مقررات دریافت می‌دارد. سازمان‌های خودیاری مجاز به دریافت هزینه از بیماران نیستند و کلیه خدمات در قالب خودیاری صورت خواهد گرفت.