

# اختلالات وابسته به مواد

تشخیص و درمان

ویراست چهارم

بر مبنای DSM-5

## فهرست

مقدمه	۹
سخن مؤلف	۱۱
فصل ۱: معمای اعتیاد، کجا هستیم و چه باید کرد؟	۱۳
فصل ۲: ابعاد فاجعه - درمان اعتیاد را سهل نگیریم.	۲۹
فصل ۳: مصاحبه و معاینه اولیه	۴۵
فصل ۴: نیکوتین	۸۹
فصل ۵: حشیش	۱۱۷
فصل ۶: الکل	۱۲۵
فصل ۷: داروهای محرک: آمفتامین (شیشه)، اکستازی، کوکائین	۱۵۹
فصل ۸: مواد افیونی در یک مرور کوتاه	۱۷۷
فصل ۹: جایگاه آزمایش در درمان وابستگی مواد	۲۰۹
فصل ۱۰: کاربرد روان‌درمانی در بیماران وابسته به مواد افیونی	۲۱۹
فصل ۱۱: جایگاه دارو در درمان وابستگی به مواد افیونی و داروهای مورد مصرف	۲۵۳
فصل ۱۲: اصول نسخه‌نویسی در بیماران وابسته به مواد افیونی	۲۸۳
فصل ۱۳: دارودرمانی اعتیاد چند دارویی Multiple Substance Use Treatment	۳۰۱
فصل ۱۴: دارودرمانی‌های آینده در اعتیاد	۳۰۹
منابع	۳۲۵



### به نام خداوند جان و خرد

هر نوع درمان برای سوء مواد، برای اینکه کاملاً موفقیت‌آمیز باشد، باید به سه مسأله جداگانه پردازد. نخست اینکه کنار گذاشتن ماده ممکن است علائم ترک یا محرومیت از ماده را ایجاد کند. هر چند ممکن است این علائم خفیف و قابل تحمل باشند، در مورد برخی از مواد از جمله ترکیبات تریاک گاهی بسیار دردناک و نسبتاً طولانی هستند. حتی در شرایطی که فرد مبتلا دچار بیماری جسمی توأم نباشد، اما پس از یک بازگیری موفق نیز، یعنی وقتی وابستگی جسمی از بین رفته است، باز هم این افراد نسبت به بازگشت مسأله آسیب‌پذیر هستند، و این همان مسأله دوم است که درمانگر باید با آن رویارو گردد. در همین دوره پس از ترک ماده است که باید چیزی مناسب جانشین خواص پاداش‌دهنده و تقویت‌کننده ماده گردد تا میل به بازگشت به سوی اعتیاد مهار شود.

مسأله سوم، اختلالات شخصیتی است که معمولاً در زمینه اعتیاد به مواد وجود دارد. فرض نامعقولی نیست که بگوییم تقریباً هر فرد معتاد به مواد مخدر به نوعی دچار اختلال شخصیتی نیز هست. در تمام موارد مصرف جبری مواد لازم است ردپای اختلال شخصیت را بجوییم. برخی از صاحب‌نظران معتقدند هیچ دارویی نیست که بدون استثناء اعتیادآور باشد، در واقع نظرشان این است که این دارو نیست که اعتیاد می‌آورد بلکه شخص است که دچار اعتیاد می‌گردد.

نقش شخصیت فرد معتاد در همین نکته به خوبی پیدا است. در هر حال در این مختصر جای بحث در مورد اهمیت تک تک عواملی که حصول اعتیاد را تسهیل می‌کنند نیست. آنچه باید مورد تأکید قرار گیرد این است که درمان ایده‌آل برای یک معتاد خیلی فراتر از درمان علامتی ترک دارو است، چیزی که در کتاب دکتر نابدل به وضوح مورد تأکید قرار گرفته است. معتاد پس از ترک دارو باید تحت انواع متناسب

روان‌درمانی گسترده قرار گیرد، سبک زندگی و یاران قدیم را رها کند، و به گروهی ملحق شود که به دور از دود و سرنگ و منقل به زندگی سالم خود ادامه می‌دهند. قلم شیرین، معلومات روان‌پزشکی عمیق و تجربه طولانی دوست عزیزم آقای دکتر یونس نابدل کتاب حاضر را به صورت یک راهنمای مفید برای همه اهل فن که با درمان افراد معتاد سروکار دارند درآورده است. خواندن آن برای من مفید و لذت‌بخش بود، مطمئناً برای همکاران من نیز چنین خواهد بود.

### دکتر نصرت ... پورافکاری

استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## سخن مؤلف

وابستگی مواد مشکل ویژه کشور ما نیست چرا که در گستره جهانی به مرز بحران رسیده است. اما باید پذیرفت که این بحران جهانی با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برهه کنونی در کشورمان اهمیتی دو چندان یافته است. برنامه ریزان کشور در رده های مختلف از جمله مسئولین نظام سلامت با این معضل چند بعدی گرفتار بوده ناچار از توجه ویژه به آن هستند. ورود مواد جدید صناعی چون شیشه و هروئین خالص، افزایش نسبت مصرف هروئین به تریاک بر پیچیدگی امر افزوده است. چند هزار کلینیک خصوصی و ده ها کلینیک دولتی در درمان افراد وابسته به مواد در تلاش اند. افزون بر این روان پزشکان، پزشکان عمومی، دندان پزشکان، داروسازان و همکاران متخصص داخلی و جراحی به اشکال مختلف با افراد وابسته به مواد سروکار پیدا می کنند.

کتاب حاضر راهنمایی کاربردی و بالینی - و نه تئوریک- جهت روزآمدی و تکمیل دانسته های همکاران ارجمند پزشک و داروساز، در شناخت ابعاد بسیار پیچیده وابستگی مواد، از جمله مواد وابستگی آور، اداره بیمار وابسته، دارودرمانی و روانرمانی این بیماران تهیه شده است. در تألیف کتاب از آخرین دستاوردهای علمی که هنوز وارد متون درسی text نشده اند، بهره گرفته شده است. درمان های جدید در وابستگی مواد و پیشگیری را - حتی داروهایی را که هنوز در دسترس نیستند- را به امید تولید داخلی شان در آینده نزدیک، آورده ایم. با توجه به کاستی ها در زمینه رواندرمانی و نحوه حفظ بیمار وابسته، علاوه بر فصل ویژه، مطالب تکمیلی در سایر فصول آمده است. از آنجایی که هدف، تهیه متنی کاربردی و نه پژوهشی بوده است، فقط در مسائل چالش برانگیز اقدام به معرفی رفرنس کرده ایم. حجم مطالب هر فصل با توجه به نیاز همکاران تهیه شده است. حداکثر تلاش برای ایجاز و پیشگیری از درج مطالب اضافی به عمل آمده است. تلاش داشتیم ضمن حفظ بار علمی، کتاب با متنی جذاب ارائه شود. نیز بر ماندگاری مطلب در ذهن خواننده توجه شده است. طرح سؤالات قبل از متن، استفاده از جداول، تصاویر و دیاگرام ها، آوردن نکات برجسته و خودآزمایی در

آخر فصل همه در جهت کمک بیشتر به ماندگاری مطالب و امر آموزش بوده است. قضاوت بر اینکه در رسیدن به اهداف فوق تا چه حد موفق بوده‌ایم بر عهده اساتید گرامی و همکاران ارجمند است. به امید اینکه با راهنمایی‌های خود از کاستی‌های اثر بکاهند.

**دکتر یونس نابدل**

روان‌پزشک

# فصل ۱

## معمای اعتیاد، کجا هستیم و چه باید کرد؟

### هدف کلی

درک ضرورت و اهمیت اعتیاد در جامعه کنونی و برخورد جامعه با آن

### هدف‌های رفتاری فصل:

پزشکان و داروسازان پس از مطالعه فصل با مطالب زیر آشنا می‌شوند:

- ✓ موقعیت کشور در رابطه با تولیدکنندگان عمده تریاک و هروئین جهان.
- ✓ نقش افغانستان در پدیده اعتیاد در کشور ما.
- ✓ نقش ایران به‌عنوان گذرگاه مواد افیونی به اروپا و جهان.
- ✓ قوانین کنونی در زمینه اعتیاد، کمبودهای احتمالی و سوءاستفاده از آنها برنامه متادون.
- ✓ نقش روان‌پزشکان، داروسازان و سایر همکاران متخصص؟
- ✓ نقش کار تیمی.
- ✓ راهکارها و برنامه‌های پیشنهادی.

### درآمدی به معمای اعتیاد

آیا اعتیاد بیماری است؟ بسیار اتفاق افتاده است که بانویی با اختلال و سواس یا افسرده اشک‌ریزان آمده است که اطرافیانش او را متهم می‌کنند که بیمار نیست، بدون اینکه نیازی باشد دارو می‌خورد و اگر بخواهد می‌تواند سالم و بهنجار باشد. به عبارت دیگر می‌گویند که بیماری‌اش ساخته خودش است. در این مورد مسأله واضح است. انگار به بیماری با سرطان معده بگوییم که خود سبب‌ساز بیماری خود بوده‌ای. اما در مورد

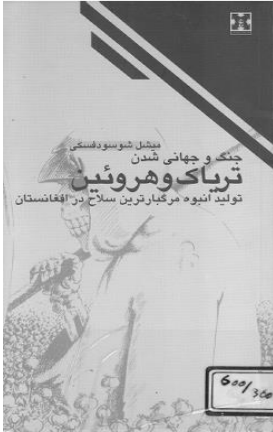


اعتیاد مسأله آنچنان پیچیده است که گاه بعضی از پزشکان هم خود فرد را مقصر اختلال اعتیاد می‌دانند. واقعیت آن است که مجموعه‌ای از عوامل مستعدکننده که شاید بخشی از آنها نیز ارادی باشد، دست بدست هم می‌دهند و این مشکل روان پزشکی را پدید می‌آورند. گرچه ما روان پزشکان دوست داریم معتاد را بیماری معرفی کنیم مزم، عودکننده، چند وجهی و دشوار از نظر پاسخ درمانی. اعتیاد یک آسیب اجتماعی است که تمام دنیا با آن درگیر است. با این ویژگی که نوع ماده مورد مصرف و شدت آن با توجه به آداب و سنن هر جامعه متفاوت است. و باز با این تأکید که جهانی شدن درحال از بین بردن این تفاوت‌های فرهنگی است. شیوع بی‌سابقه مت‌آفتمین (شیشه) و الکل در سال‌های اخیر در کشور ما نمونه‌ای از تأثیرپذیری جهانی شدن است.

به چند وجهی بودن اعتیاد اشاره کردیم. این یک ویژگی مهم اختلال است:

وجه طبی - فیزیولوژیک. یک بیماری اما با پس زمینه مسائل شخصیتی و روان‌شناختی که با تأثیر بر گیرنده‌ها و پیام‌رسان‌های مغز حتی تغییرات ساختاری در آن پدید می‌آورد که دیر بازگشت یا برگشت‌ناپذیر است. مصرف ماده با تحریک مراکز پاداش و افزایش دوپامین منجر به تقویت مثبتی می‌شود که فرد تمایل به تکرار این تجربه خوشایند دارد. رفتاری که در اعتیاد احساس اجبار به مصرف یا رفتار داروجویانه نامیده می‌شود. اما آیا معضل اعتیاد به همین جا ختم می‌شود؟ آیا اعتیاد ابعاد امنیتی؟ سیاسی و بالأخره فرهنگی ندارد؟ ظاهراً ما در دورانی فقط نگرش امنیتی به معضل اعتیاد داشتیم. تصورمان در اول انقلاب این بود که با مجرم شناختن و دستگیری معتاد و اعدام قاچاق چی مسأله حل می‌شود. اما تجربه متجاوز از یک دهه نشان داد که نگرش امنیتی صرف راه‌گشا نیست گرچه نمی‌توان این وجه را انکار کرد. نیروی انتظامی در این مبارزه متجاوز از ۳۶۰۰ شهید و دوازده هزار مجروح داشته است. به بیان قائم مقام دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر در ۱۱ سال گذشته سه و نیم میلیون نفر در حوزه مواد مخدر دستگیر شده‌اند. این آمار در شش ماهه اول امسال ۲۰۰ هزار

نفر بوده است که ۷۰٪ آنها قاچاقچی بوده‌اند، اما متأسفانه مشکل اعتیاد حل نشده و جامعه پاک نشده است.



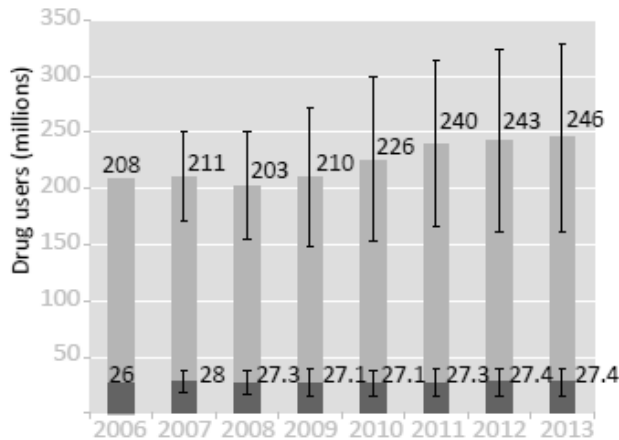
اما وجه سیاسی اعتیاد. نگاهی به کتاب شوسودوفسکی، مسأله را روشن‌تر می‌کند. این نویسنده امریکایی روس تبار به نقش سازمان سیا در گسترش کشت خشخاش در زمان اشغال افغانستان بدست شوروی سابق اشاره کرده، معتقد است که سیا کشاورزان افغانی را وادار به کشت تریاک کرده از آنها مالیاتی بنام مالیات انقلاب اخذ و با وجه آن اسلحه و مهمات در اختیار مجاهدین قرار می‌داد. از این امر هم نمی‌توان گذشت که مخالفین رژیم‌های مختلف در طول سالیان همواره بعضی از حکومت‌گران را به دست داشتن در توزیع مواد مخدر و تخدیر جوانان متهم کرده‌اند.

آیا اعتیاد مبتذل‌ترین نوع فرهنگ یعنی ولنگاری، بی‌بند و باری، بیکاری و مفت خوری، فساد و فحشا، رشوه و پول شوئی، جرم و جنایت و قاچاقچی‌گری را در پی ندارد؟ این هم بعد فرهنگی. بنابراین هر برنامه‌ریزی و مبارزه با اعتیاد باید به این ویژگی‌ها توجه کند وگرنه محکوم به شکست است. البته پس زمینه‌های بسترسازی چون بیکاری، فقدان تفریحات سالم، فقدان برنامه‌های قوی پیشگیری و آگاهی بخشی را نیز باید به این مجموعه اضافه کرد.

## گزارش ۲۰۱۵ سازمان ملل UNODC

گزارش سال ۲۰۱۵ بخش دارو و جرایم سازمان یافته سازمان ملل متحد UNODC نشان می‌دهد مصرف چهار گروه دارو در جهان مسأله‌ساز بوده است که عبارتند از

Global trends in the estimated number of drug users, 2006-2013



قسمت کم‌رنگ تعداد مصرف‌کنندگان مواد غیر قانونی در جهان  
 قسمت پررنگ تعداد مصرف‌کنندگان مسأله دار در جهان  
 در سال ۲۰۱۳ بیست و هفت میلیون نفر.

افیون، حشیش، آمفتامین و مواد روان‌گرای جدید (New Psychoactive Substances (NPS) این گزارش نشان می‌دهد که تعداد مصرف‌کنندگان افیون ثابت مانده است. براساس اطلاعات حدود ۷۰٪ جمعیت جهان ۳۴/۴ میلیون نفر مواد افیونی مصرف می‌کنند که از این جمع ۱۶/۵ میلیون نفر مصرف‌کننده تریاک هستند. تعداد مصرف‌کنندگان افیون ثابت مانده است. کشت تریاک به بالاترین میزان از دهه سی میلادی رسیده است و آسیا بزرگترین بازار افیون دنیا باقی مانده است. نقش مت آمفتامین در بین مواد شبه آمفتامینی و جدید برجسته است. آمفتامین‌ها در بعضی نقاط از جمله شرق و جنوب شرق آسیا افزایش شیوع داشته‌اند. مصرف مت آمفتامین از بدو تاسیس UNODC به بالاترین حد یعنی ۱۴۴ تن رسیده است. اکستازی کمتر شده و جای خود را به مواد جدید داده است. مواد روان‌گرای جدید تزریقی

چالشی جدی در درمان پدید می‌آورد. ۵۴۴ ماده جدید گزارش شده است که اغلب کانابینوئید سنتتیک، فینیل اتیلامین و کاتینون هستند. در ادامه گزارش می‌خوانیم که مصرف کوکائین کاهش و حشیش افزایش یافته است. تعداد افراد معتاد در جهان ۲۴۶ میلیون نفر (یک نفر از هر بیست فرد ۶۴-۱۵ ساله) است. از این تعداد ۲۷ میلیون نفر معتاد مسأله دار، ۱۲ میلیون نفر تزریقی و ۱/۶۵ میلیون نفر مبتلا به HIV هستند. البته تمرکز این سازمان بر مواد غیرقانونی است لذا هیچ اشاره‌ای به الکل و سیگار و عوارض گسترده بهداشتی ناشی از آنها در آن وجود ندارد. سه تا پنج در صد زنان و ده در صد مردان امریکائی واجد ملاک‌های وابستگی جدی الکل هستند دویست هزار نفر در سال مستقیماً به علت مسائل مرتبط با الکل می‌میرند. الکل بعد از سرطان و بیماری‌های قلبی سومین عامل بزرگ مسائل بهداشتی امریکا است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی WHO یک میلیارد نفر در جهان سیگار می‌کشند و سه میلیون نفر در سال بر اثر عوارض آن جان خود را از دست می‌دهند در یک نمای وسیع‌تر، آسیب اجتماعی اعتیاد به همراه بحران زیست محیطی، هسته‌ای و جمعیتی، یکی از چهار بحران تهدیدکننده بشریت در قرن حاضر است و متأسفانه چهارمین تجارت پر سود جهان پس از نفت، توریسم و اسلحه.

## همه‌گیری‌شناسی اعتیاد در ایران

### نخستین آمارها:

۱۳۱۴: ۱/۵ میلیون نفر نفر ۷٪ جمعیت (تریاک)

۱۳۴۴ ۱/۵ میلیون نفر مصرف روزانه دو تن

۱۳۵۰: ۶۰۰/۰۰۰ نفر ۲٪ جمعیت (معتادین رسمی با سهمیه تریاک دولتی)

رواج هروئین از سال ۱۳۵۰

روند سی ساله اعتیاد: بیشترین افزایش سال‌های ۵۲ تا ۵۶ بوده است ۱۶۶٪. تا سال ۶۶ بتدریج از شدت آن کاسته شده و سپس مجدداً در دوره زمانی ۷۱-۶۷ به میزان ۵۹٪ رشد داشته است. در بیست ساله ۷۷-۵۷ بطور متوسط هر ۱۲ سال دوبرابر شده است.

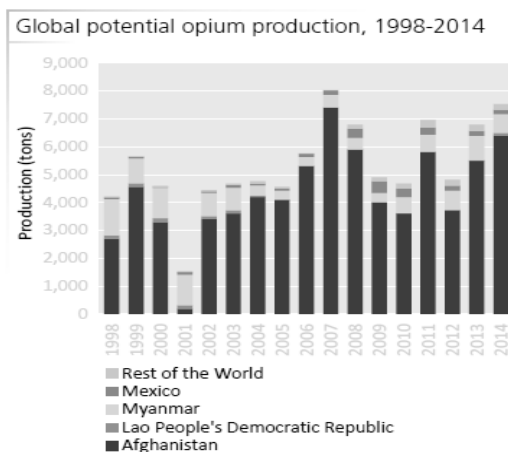
به این معنی که میزان رشد سوءمصرف مواد بیش از سه برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. میزان رشد مصرف تزریقی هر سال ۳۳٪ بوده است.

آمار روز: طبق آمار ستاد، دو میلیون و هشتصد هزار نفر معتاد در کشور وجود دارد در حالی که رئیس کمیته مستقل مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت، که خود سالها مسئول ستاد مبارزه با مواد مخدر بوده است، این تعداد را چهار میلیون نفر می‌داند (۲/۵ میلیون نفر مصرف‌کننده دائمی و بقیه تفننی). نگران‌کننده اینکه در سال‌های اخیر مصرف مواد روان‌گرای صناعی مت‌آفتامین (شیشه) به شدت افزایش یافته و به قریب ۲۶٪ کل معتادین رسیده است (جدیدترین آمار ستاد ۸/۶٪). تعداد معتادین زن به ۵٪ افزایش یافته است. کمتر هفته‌ای است که خبری از جرم و جنایت مصرف‌کنندگان شیشه در صفحات حوادث روزنامه‌ها منعکس نشود. یک مقام مسئول ۲۵٪ قتل‌های گزارش شده را در اثر مصرف مواد دانسته است. مصرف اشکال مختلف هروئین نیز فزونی گرفته و به ۴۴/۵٪ رسیده است. گرچه شکل سنتی اعتیاد که در دهه قبل عمدتاً تریاک بود عوض شده است، اما یک مقام مسئول ستاد مبارزه با مواد مخدر معتقد است که تریاک همچنان در مقام اول است یعنی ۵۵٪ معتادین آن را مصرف می‌کنند. در حالی که بعضی پژوهش‌ها امیدوارانه از بالا رفتن سن اعتیاد سخن می‌گویند، شواهدی متفاوت نیز وجود دارد. اعتیاد قریب سه در صد دانشجویان و اینکه ۶۷٪ دانشجویان معتاد اولین مصرف خود را در دوره قبل از دانشگاه داشته‌اند، تأمل برانگیز است. یک مقام مسئول درباره ورود مواد مخدر به مدارس هشدار داده است. شدت اعتیاد افزایش یافته، یکصد و نود هزار معتاد تزریقی وجود دارد که از ۱۲٪ به ۱۸٪ افزایش یافته است. نکته دیگر افزایش شدید معتادان دیازپام و ترامادول است. توزیع در عمل بدون کنترل این دو دارو در داروخانه‌ها و بین مردم ادامه دارد. طبق یک آمار ۳۵٪ معتادان ترامادول مصرف می‌کنند. با توجه خطر تشنج‌زایی این ماده در دوزهای بالاتر از ۶۰۰ میلی‌گرم اهمیت امر روشن می‌شود و باز این نکته که تعدادی از جوانان درگیر اعتیاد با دوزهای پایین ترامادول، بوسیله برخی از کلینیک‌ها به بوبره نورفین وابسته شده توان رها شدن از این ماده بشدت اعتیادآور را ندارند.

میزان اعتیاد در کارگران نیز بالا و قریب ۲۵٪ بر آورد شده است. اعتیاد به الکل به ابعادی رسیده است که وزارت بهداشت در نظر دارد یکصد و پنجاه مرکز ترک الکل راه اندازی کند. این وزارتخانه اعلام کرده بود که سالانه ۴۲۰ میلیون لیتر الکل در کشور مصرف می شود که با اعتراض وزارت رفاه روبرو شد. این رقم قبلا در مجلس ۲۰۰ میلیون لیتر اعلام شده بود. هزینه اعتیاد برای کشور سه میلیارد دلار بر آورد شده است. در یک کلام درمشکل امروز اعتیاد در جامعه ایران باید به چهار ماده توجه ویژه داشت: سیگار، مت آمفتامین، الکل و افیون

## بازار افیون جهان

در نزدیکی های جلال آباد (در افغانستان) بازاری وجود دارد بنام شیگل shigel که یکی از بزرگترین بازارهای تریاک جهان است. اینجا روزانه هزاران کیلو تریاک خرید و فروش می شود به گونه ای که بوی تریاک از فاصله دور براحتی استشمام می شود. اینجا اصلی ترین مرکز تجارت مواد مخدر جهان است. مغازه داران تریاک را کیلویی می خرند و چند صد کیلویی یا تنی به قاچاق چین و تهیه کنندگان هروئین می فروشند. گروه های مسلح حاملین مواد را تا مرز بدرقه می کنند. جیمز یک کلمبیائی مسلح از جمله این محافظین است که اطلاعات فوق از وی اخذ شده است.



نمودار صفحه قبل تولید افیون در جهان را تا سال ۲۰۱۴ نشان می‌دهد. رنگ تیره تولید افغانستان است. منبع گزارش ۲۰۱۴ سازمان ملل  
 بیش از سیصد کارگاه سیار در افغانستان به تولید هروئین اشتغال دارند.  
 نکته جالب اینکه از تجارت شصت و شش میلیارد دلاری مافیای مواد مخدر فقط دو میلیارد دلار به کشاورزان افغانی می‌رسد.

### جایگاه پیشگیری در اعتیاد

متأسفانه هنوز ما در حال اختراع کردن چرخ هستیم که بشر چند هزار سال قبل این کار را انجام داده است. دنیا به این نتیجه رسیده است که انسان ارزشمندتر از آن است که بوسیله مواد روانگرا از انسانیت تهی و نابود شود. اما پیشگیری از اعتیاد در کشور ما بیشتر به یک نمایش شبیه است تا کاری جدی، هدفمند و بر مبنای دانش روز جهان. هنوز پیشگیری را جدی نگرفته‌ایم. هنوز با گذشت قریب ۲۰ سال از تاسیس ستاد مبارزه با مواد مخدر شاهد قرار گرفتن یک متخصص (روان پزشک) در راس ستاد نبوده‌ایم. کشورهای با آسیب‌پذیری بسیار کمتر از ما برای هرفرد در معرض خطر بیست دلار هزینه می‌کنند و ما آن مبلغ بسیار بسیار ناچیز ۲۱ میلیارد تومانی را هم دقیقاً نقله می‌کنیم یعنی ۱۰ سنت به ازای افراد در معرض خطر را. کل بودجه ستاد برای سال ۹۶ مبلغ ۴۵۰ میلیارد تومان است که ناکافی است. دنیا به این نتیجه رسیده است که پیشگیری را باید در دبیرستان اجرا کرد و نه در دانشگاه و... باید برنامه‌ای جامع که والدین و معلمان را هم در برگیرد و همه جانبه و پیگیرانه باشد، تدوین و در تمام مدارس متوسطه کشور اجرا و بطور مرتب ارزیابی و اصلاح شود. باید از تجارب جهانی بویژه آمریکا در این زمینه که در کاهش مصرف سیگار موفق بوده است بهره گرفت. خبر امیدوارکننده اینکه برنامه‌ای برای آموزش گریز از اعتیاد برای پایه اول دبیرستان تدوین شده است. قرار بر این است که تمام معلمان آموزش پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد ببینند. به امید اینکه این برنامه به درستی اجرا و در عمل

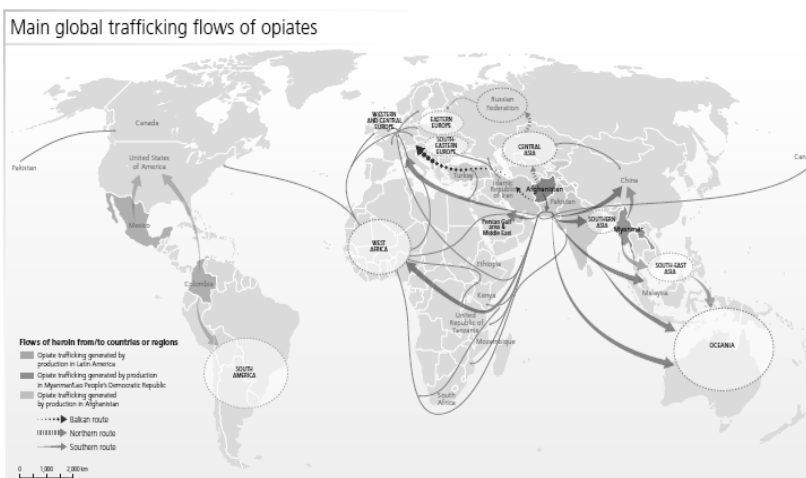
## فصل ۱: معمای اعتیاد، کجا هستیم و چه باید کرد؟ ۲۱

لوث نشود. نکته مهم دیگر اینکه علی‌رغم هدف از تشکیل ستاد برای هماهنگی ارگان‌های مختلف، هر سازمانی ساز خود را می‌زند.

## درمان

ما بی‌توجه به تجارب جهانی ۶۷۰۰ مرکز ترک اعتیاد در کشور دایر کرده‌ایم که تقریباً همگی خصوصی هستند بی‌آنکه تأمل کنیم به این تعداد کلینیک با کدام نیازسنجی علمی مجوز داده شده است؟ معتاد یک لاقبا که پول تهیه مواد را هم با مواد فروشی و احياناً کارهای خلاف بدست می‌آورد چگونه قادر به پرداخت هزینه گزاف درمان دراز مدت و پی‌گیری و روان‌درمانی‌های طولانی خواهد بود؟

این در حالی است که بیمه‌ها هزینه‌های معتادین را چه برای بستری و چه سرپائی تقبل نمی‌کنند. البته بخشنامه معاون اول رئیس‌جمهور در ابلاغ تعرفه درمان سرپائی و بستری معتادین در سایت ریاست جمهوری آمده است که امید است اجرایی شود. حال به چه شکلی اجرایی خواهد شد والله اعلم. اما واقعیت این است که تعدد بیش از حد



Sources: UNODC, responses to annual report questionnaire and individual drug seizure database.

تصویر از گزارش ۲۰۱۴ سازمان ملل مسیرهای حمل افیون را نشان می‌دهد.



این کلینیک‌های با کیفیت نازل و آموزش ناکافی، شدت مسأله‌ساز بوده بسیاری از اینان برای تأمین هزینه‌های گزاف سرپا ماندن کلینیک ناچار از تجویز نابجای متادون و بوپره نورفین خارج از پروتوکل‌های وزارتی می‌شوند. در غیاب سیستم‌های کارآمد کنترلی این خطر احساس می‌شود که جوانی با مصرف چند عدد ترامادول به مصرف دراز مدت بوپره نورفین سوق داده شود که رهائی از آن عملاً اگر نه غیر ممکن اما بسیار دشوار باشد. توجه کنیم که بوپره نورفین به‌جای خود در درمان ترک هروئین بسیار کارآمد و خوب است اما نه برای سه چهار عدد ترامادول یا یک گرم تریاک. آیا در این وضعیت، تعدادی از این کلینیک‌ها و همکاران شریف و زحمت کش ما در آنها از هدف اصلی و مقدس خود دور نشده و زبانم لال به‌جای ترک اعتیاد تحت شرایط دشوار، معتادسازی نکرده‌اند؟ و آخرین نکته که پس زمینه روان‌شناختی دارد. اساس و پایه این کلینیک‌ها یعنی شیوه درآمدزایی آنها، پاداش دادن به معتاد ماندن و معتاد بودن است نه پاداش به پاک ماندن و پاک بودن فرد. از کمپ‌های ترک اعتیاد که از هیچ پشتوانه علمی و طبی برخوردار نیستند و کرامت انسانی را زیر پا می‌نهند، بهتر است حرفی زده نشود. جلب و بازداشت معتادین از خیابان‌ها در ظاهر زیبا اما پاک کردن صورت مسأله است نه حل کردن آن و همان نگرش امنیتی اول انقلاب است که بارها تجربه شده است. طرح تحول سلامت جناب وزیر محترم و زحمتکش مزایایی انکارناپذیر داشته و تحول بنیادی به‌وجود آورده است. دست مریزاد. اما این هم واقعیتی است که دادن یارانه درمان یکنواخت به همه اقشار در شرایط دشوار اقتصادی کشورمان، همان پخش یارانه‌ای نیست که گریبانگیرمان شده و امروزه قادر به اصلاح آن نیستیم؟ امروزه شاهدیم که بیمارانی به علت داشتن مثلاً دفترچه درمان روستائی یا تأمین اجتماعی باطل شده نتوانسته‌اند دفترچه بیمه سلامت رایگان هزار تومانی بگیرند و باید کل هزینه‌های درمانشان را بپردازند. مشکلات دفترچه‌های روستائی و خیل عظیم بیکارانی که نتوانسته‌اند سهم بیمه خود را بموقع بپردازند و از گردونه بیمه خارج شده‌اند قابل تأمل است. درمقابل افراد دارای تمکن کافی با یک دفترچه هزار تومانی که حتی از هزینه کاغذ و