

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اصول درمان اختلالات مصرف مواد مخدر
در نوجوانان (راهنمای مبتنی بر تحقیق)

نویسنده:

نورا دی. والکو

مترجمین:

حامد غفاریان مسلمی

امیررضا کامل عباسی

سرشناسه: والکو، نورا دی، ۱۹۵۶ - م. Volkow, Nora D.
عنوان و نام پدیدآور: اصول درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در نوجوانان (راهنمای مبتنی بر تحقیق)
مشخصات نشر: مشهد: سیمرغ خراسان، ۱۳۹۴.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۲۹-۸۸-۷-۷
وضعیت فهرست نویسی: فیپای مختصر
یادداشت: این مدرک در آدرس <http://opac.nlai.ir> قابل دسترسی است.
یادداشت: عنوان اصلی: principles of adolescent substance use disorder treatment
شناسه افزوده: غفاریان مسلمی، حامد
شناسه افزوده: کامل عباسی، امیر رضا
شماره کتابشناسی ملی: ۳۷۷۲۵۴۲



مشهد - مطهری شمالی ۶۴ - پلاک ۳۷ - ۰۹۱۵۷۰۰۱۰۳۰ - ۰۹۱۵۴۷۶۱۰۳۰

www.simorghekhorasan.ir

نام کتاب: اصول درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در نوجوانان

نویسنده: نورا دی. والکو

مترجمین: حامد غفاریان مسلمی، امیررضا کامل عباسی

ناشر: انتشارات سیمرغ خراسان

ناظر فنی چاپ: عباس لطفی (۰۹۱۵۴۰۸۲۵۸۴)

ویراستار: هیئت علمی انتشارات سیمرغ خراسان

طراح جلد و صفحه آرا: حامد غفاریان مسلمی

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

قطع: رقعی / چاپ اول / ۱۳۹۴

چاپ: مدیران

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۲۹-۸۸-۷-۷

قیمت: ۴۰۰۰ تومان

فهرست

پیشگفتار مترجم	۹
فصل اول: مقدمه	۱۷
فصل دوم: اصول درمانی اختلال مصرف مواد مخدر در نوجوانان	۳۱
۱-۲ اعتیاد به مواد مخدر باید هرچه زودتر تشخیص داده شود	۳۳
۲-۲ نوجوانان ممکن است از مواد مخدر استفاده کنند؛ حتی اگر به مواد مخدر اعتیاد نداشته باشند	۳۳
۳-۲ بازدیدهای پزشکی سالانه موقعیتی برای بررسی نظر نوجوانان درباره مواد مخدر است.	۳۳
۴-۲ مداخلات و مجازات‌های قانونی یا فشار خانواده می‌تواند نقش مهمی در مجبور ساختن نوجوانان برای شرکت کردن در درمان و ادامه دوره‌های درمان ایفا کنند.	۳۴
۵-۲ درمان اعتیاد به مواد مخدر باید با توجه به نیازهای منحصر به فرد نوجوانان طراحی شود.	۳۴
۶-۲ درمان باید نیازهای تمام افراد را با تمرکز بر اعتیاد آن‌ها تعیین کند.	۳۵
۷-۲ درمان رفتاری در تشخیص اعتیاد نوجوانان مؤثر است.	۳۵
۸-۲ خانواده و جامعه جنبه مهمی از درمان هستند.	۳۵
۹-۲ اعتیاد به مصرف مواد مخدر در نوجوانان نیز نیاز به شناسایی و درمان شرایط بهداشت روانی بیماران دارد.	۳۶
۱۰-۲ مسائل حساسی مانند خشونت، کودک آزاری، و یا خطر خودکشی باید شناسایی شود.	۳۶
۱۱-۲ بهتر است که اعتیاد به مواد مخدر در طول درمان تعیین شود.	۳۷
۱۲-۲ ادامه درمان برای یک دوره زمانی و پیوستگی درمان اهمیت دارند.	۳۷
۱۳-۲ نوجوانان را برای تشخیص بیماریهای مقاربتی مانند ایدز، و هم چنین، هیپاتیت B و C تحت آزمایش قرار دهید.	۳۸

فصل سوم: سوالات متداول..... ۳۹

۱-۳ چرا نوجوانان از مواد مخدر استفاده می کنند؟ ۴۱

۲-۳ کدام مواد مخدر بیشتر در میان نوجوانان استفاده می شوند؟ ۴۲

۳-۳ چگونه نوجوانان به مواد مخدر اعتیاد پیدا می کنند، و کدام عوامل خطر آن را

افزایش می دهند؟ ۴۳

۴-۳ آیا ممکن است نوجوانان به ماری جوانا اعتیاد پیدا کنند؟ ۴۴

۵-۳ آیا استروئیدها اعتیادآور هستند و می توان این نوع اعتیاد را درمان کرد؟ ۴۷

۶-۳ آیا داروهای تجویزی به اندازه دیگر مواد مخدر غیر قانونی، اعتیاد آور هستند؟.. ۴۸

۷-۳ چگونه می توان شرایط بهداشت روانی را با اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان مرتبط

ساخت؟ ۴۹

۸-۳ آیا درمان **ADHD** با داروهای محرک مانند **Ritalin** و **Adderall** خطر

استفاده از مواد مخدر را افزایش می دهند؟ ۵۰

۹-۳ علائم استفاده از مواد مخدر در نوجوانان، و نقش والدین در درمان آنان چیست؟ ۵۱

۱۰-۳ والدین نوجوانان چگونه می توانند در درمان شرکت کنند؟ ۵۲

۱۱-۳ پزشکان متخصص چه نقشی می توانند در درمان اعتیاد به مواد مخدر (از جمله

استفاده از داروهای تجویزی) در نوجوانان ایفا کنند؟ ۵۳

۱۲-۳ آیا مصرف دخانیات در نوجوانان به مثابه سایر اعتیادها، درمان می شود؟ ۵۶

۱۳-۳ آیا داروهای برای درمان اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان وجود دارد؟ ۵۷

۱۴-۳ آیا دختران و پسران نیازهای درمانی متفاوتی دارند؟ ۵۷

۱۵-۳ چه نیازهای درمانی ای برای نوجوانان از نظر توجه به زمینه های مختلف نژادی/قومی

وجود دارند؟ ۵۸

۱۶-۳ سیستم دادرسی نوجوانان در درمان اعتیاد نوجوانان چه نقشی می تواند ایفا کند؟.. ۵۹

۱۷-۳ گروه های ۱۲ مرحله ای یا دیگر سرویس های حمایت درمانی در درمان اعتیاد

نوجوانان چه نقشی ایفا می کنند؟ ۵۹

فصل چهارم: شرایط درمان..... ۶۱

فصل پنجم: روش های مبتنی بر شواهد برای درمان اعتیاد نوجوانان..... ۶۵

۱-۵ رویکردهای رفتاری ۶۷

۶۸	.....گروه درمانی برای نوجوانان.....
۶۹	.....رویکرد تقویت جامعه نوجوانان (A-CRA).....
۶۹	.....درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT).....
۷۰	.....مدیریت اقتضایی (CM).....
۷۱	.....درمان مبتنی بر افزایش انگیزه (MET).....
۷۱	.....درمان تسهیل کننده دوازده مرحله‌ای.....
۷۲	.....۲-۵ رویکردهای مبتنی بر خانواده.....
۷۳	.....خانواده درمانی راهبردی کوتاه (BSFT).....
۷۴	.....خانواده درمانی رفتاری (FBT).....
۷۴	.....خانواده درمانی کارکردی (FFT).....
۷۵	.....خانواده درمانی چند بعدی (MDFT).....
۷۵	.....درمان چند سیستمی (MST).....
۷۶	.....۳-۵ درمان‌های اعتیاد.....
۷۷	.....اعتیاد به مواد مخدر.....
۷۸	.....درمان سوء مصرف مواد در نوجوانان، معمولاً در موقعیت‌های سرپایی تنظیم شده است ...
۷۸	.....اختلالات مصرف الکل.....
۷۹	.....اعتیاد به مواد نیکوتین دار.....
۸۰	.....۴-۵ خدمات پشتیبان بازیابی.....
۸۰	.....مراقبت پیوسته قطعی (ACC).....
۸۱	.....گروه‌های کمکی متقابل.....
۸۱	.....خدمات پشتیبان بازیابی متناظر.....
۸۲	.....بازیابی در دبیرستان‌ها.....
۸۳	.....فصل ششم: ضمیمه و پیوست: بنیاد انگیزشی تعیین‌کننده‌های شناختی اعتیاد
۸۵	.....۱-۶ مقدمه.....
۸۷	.....۲-۶ مدل انگیزشی مصرف الکل و سایر داروها.....
۸۷	.....۱-۲-۶ مصرف مواد به عنوان هدف و نقش نتیجه‌ی هیجانی پیش‌بینی شده.....
۸۹	.....۲-۲-۶ تأثیرات نتایج پیش‌بینی شده بر روی مصرف الکل یا سایر داروها.....

۳-۶	ساختار انگیزشی	۹۱
۴-۶	ارزیابی ساختار انگیزشی : پرسشنامه‌ی ساختار انگیزشی و سیاهه دغدغه‌های شخصی	۹۱
۵-۶	اثر در اختیار داشتن مشوق‌های جذاب غیر مرتبط بامواد بر روی مصرف مواد	۹۴
۶-۶	تأثیرات دغدغه‌های جاری بر فرآیندهای شناختی.....	۹۶
۱-۶-۶	اثرات بر روی توجه، یادآوری و محتوای تفکر: مثال کلی	۹۶
۲-۶-۶	خودکاری اثرات	۹۸
۳-۶-۶	اثرات بر کُنش	۹۹
۴-۶-۶	اثرات نشانه‌های مربوط به مواد بر روی توجه	۱۰۰
۷-۶	مداخلات شناختی - انگیزشی	۱۰۴
	منابع و مآخذ	۱۱۳

پیشگفتار مترجم

رحم کن زمین بندگان تن پرست
رحم از دریای رحم اولی ترست
(مولانا)

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه محسوب شده و موجب رکود اجتماعی در زمینه های مختلف می گردد؛ همچنین ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را بطور جدی به مخاطره می اندازد. کشور ما در همسایگی بزرگترین تولیدکنندگان انواع مواد مخدر جهان (افغانستان و پاکستان) موسوم به «هلال طلائی» و در مسیر ترانزیت مواد مخدر قرار گرفته است و در این راه، خود نیز قربانی آن می گردد.

یافته های علمی حاکی از آن است که بسیاری از معتادین در سنین نوجوانی برای اولین بار مواد مخدر را استعمال نموده اند. از همین روی، این نیاز احساس می شود در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد، آموزش های ویژه ای برای نوجوانان باید در نظر گرفته شود. ما در این اثر سعی نمودیم تا خوانندگان محترم را با یکی از انتشارات بین المللی (NIDA) که در راستای پیشگیری از اعتیاد فعالیت می نماید آشنا سازیم و یکی از جدیدترین تالیفات حوزه اعتیاد درباره نوجوانان را به زبان پارسی برگردانیم. چارچوب کتاب به صورتی است که ابتدا با نظریاتی پیرامون اعتیاد در نوجوانان و سپس به معرفی

روش‌های درمان و نگهداری معتادین نوجوان پرداخته شده است. در فصل ششم ما ضمیمه‌ای ارائه نموده ایم تا خوانندگان محترم با یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی به اعتیاد آشنا گردند.

امید است در آینده‌ای نزدیک شاهد کاهش سرعت ابتلای اعتیاد در ایران باشیم.

پیروز و در پناه خداوند باشید

انشالله

سپاس و قدردانی مترجم

از کلیه عزیزانی که ما را در نگارش و چاپ این اثر حمایت نمودند، سپاسگزاریم و از خداوند متعال سلامتی و بهروزی آنها را مسئلت می‌نمائیم.

با تشکر ویژه از :

دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندانها، اقدامات تأمینی و تربیتی کشور.

شورای تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور.

اداره کل آموزش و پرورش استان خراسان رضوی.

سرکار خانم مرضیه دهقان طرزجانی کارشناس فقه و حقوق.

و

و من ا... التوفیق

تشکر و قدر دانی نویسنده

NIDA تمایل دارد برای تشکر از افراد ذیل به خاطر نظرات مفیدشان در طول بررسی این اثر قدردانی کند.

تینا بورل^۱، گروه ایالتی خدمات اجتماعی و بهداشت واشنگتن.
 کانی کاهالان^۲، گروه بهداشت روان میسوری.
 باربارا سیماگلیو^۳، گروه بهداشت ورمونت.
 مایکل ال دنیس^۴، سامانه‌های بهداشت چست نات.
 راشل هد-دونهام^۵، گروه بهداشت و بیمارستان ها، لوئیزیانا.
 اسکات دلبیو هنگلر^۶، دانشگاه پزشکی کارولینای جنوبی.
 شارون لوی^۷، بیمارستان کودکان بوستون.
 کنت جی مارتز^۸، گروه برنامه‌های الکل و مواد مخدر پنسیلوانیا.
 کتی پکستون^۹، اداره‌ی بهداشت رفتاری و تسهیلات سلامت ویرجینیای غربی.
 پائولا دی ریگز^{۱۰}، دانشکده پزشکی دانشگاه کلرادو.

Tina Burrell -۱

Connie Cahalan -۲

Barbara Cimaglio -۳

Michael L. Dennis -۴

Rochelle Head-Dunham -۵

Scott W. Henggeler -۶

Sharon Levy -۷

Kenneth J. Martz -۸

Kathy Paxton -۹

Paula D. Riggs -۱۰

سخن نویسنده

از آن جا که چاپ اول این کتاب در سال ۱۹۹۹ صورت گرفت، اصول NIDA درباره درمان اعتیاد به مواد مخدر منبعی بوده است که به طور گسترده‌ای توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، خانواده، و افرادی که نیاز به اطلاعات در مورد اعتیاد و درمان برای مردم در تمامی سنین داشتند، مورد استفاده قرار می‌گرفته است. اما تحقیقات اخیر تا حد زیادی درک ما را از نیازهای درمانی خاص نوجوانان گسترش داده‌اند، که اغلب با روش‌های درمانی بزرگسالان متفاوت است. در نتیجه، به خاطر ارائه این راهنمای جدید بسیار خوشحال هستیم؛ اصول درمان اختلال مصرف مواد مخدر در نوجوانان، در واقع، به طور انحصاری منحصر به نوجوانان بر استفاده از مواد مخدر متمرکز هستند، که شامل مصرف غیر قانونی و داروهای تجویزی، الکل و تنباکو و نیازهای درمانی خاص برای افراد ۱۲ تا ۱۷ ساله می‌باشد.

سال‌های متمادی است که نوجوانان یک پنجره کلیدی برای استفاده از مواد مخدر و توسعه اختلالات مصرف مواد هستند. سیستم‌های مغزی کنترل کننده احساسات و لذت به طور کامل در این دوران توسعه یافته‌اند، اما مدارهای کنترل کننده قضاوت و خود کنترلی هنوز پیوسته در حال رشد هستند؛ که این باعث مقاومت نوجوانان در برابر آسیب، جستجوی راه حل‌های جدید، و تاثیر پذیری آسان از همسالان شده است که ممکن است آن‌ها را در معرض خطراتی مانند اعتیاد به مواد مخدر قرار دهد؛ که این گزاره بسیار مهم است، چرا که مدارهای عصبی حیاتی هنوز هم در حال تشکیل

هستند، مغز نوجوانان توسط این دسته از مواد اصلاح شده به روشی ماندگار تهدید می‌شود که باعث گسترش اعتیاد به مواد مخدر می‌شود.

اعتیاد تنها یک خطر نیست. سوء مصرف مواد مخدر در دوران بلوغ می‌تواند با نقاط عطف اجتماعی، توسعه مشارکت، و رشد شناختی که بسیار مهم هستند تداخل داشته باشد و آن‌ها را نیز به خطر بیندازد. به عنوان مثال، استفاده از ماری جوانای زیاد در دوران نوجوانی ممکن است به از دست دادن توانایی هوشی منجر شود که حتی اگر کاربران بعد از آن در بزرگسالی مصرف آن را ترک کنند، دوباره ترمیم نمی‌شوند. متأسفانه، محبوبیت این ماده مخدر در میان نوجوانان، احتمالاً به دلیل قانونی شدن مصرف آن در حال افزایش است؛ و جوانان به خطرات مرگبار این ایمنی ناشی از سوء مصرف مواد دیگر مانند مواد مخدر تجویزی و محرک یا کانابینوئیدهای مصنوعی^۱ که به تازگی محبوبیت یافته‌اند («ادویه ۲») آگاه نیستند و حتی دانشمندان نیز هنوز هم اطلاعات چندانی در مورد این که چگونه مصرف این داروها ممکن است مغز در حال رشد را تحت تاثیر قرار دهد، در اختیار ندارند.

این نا آگاهی تنها ضرورت شناسایی و مداخله در مصرف این مواد مخدر در اسرع وقت را افزایش می‌دهد. متأسفانه، این ضرورت با دشواری دسترسی به نوجوانانی همراه است که به درمان مشابه (این قبیل از کمک‌ها) نیاز دارند. فقط ۱۰ درصد از نوجوانانی که نیاز به درمان به علت مصرف مواد مخدر دارند، واقعاً درمان می‌شوند. اغلب نوجوانان معتاد به مواد مخدر نمی‌خواهند

یا فکر می‌کنند که به کمک نیاز ندارند، و پدر و مادرها که اغلب از نشانه‌های اعتیاد فرزندان نوجوان خود آگاه نیستند، یا این که آن‌ها ممکن است تصور کنند که اعتیاد به مواد مخدر یک بخش طبیعی از دوران رشد است.

از دیرباز آشناسازی نوجوانان با مواد مخدر قبل از بروز مشکلات، از اهمیت بالایی برخوردار بوده است. اما واقعیت این است که مداخلات مختلف برای نوجوانان در مکان‌های مختلف در طول طیف مصرف مواد ضروری است؛ و برخی نیاز به درمان، و نه فقط پیشگیری دارند. خوشبختانه، تحقیقات علمی در حال حاضر تاثیر تعدادی از روش‌های درمانی را نشان داده‌اند که می‌توانند درمان مصرف مواد مخدر در طول سال‌های نوجوانی را روشن سازند. این مسئله روش‌ها را توصیف می‌کند، و هم چنین، مجموعه‌ای از اصول راهنما و سوالات در مورد استفاده از مواد مخدر و درمان در این گروه سنی را مطرح نظر می‌سازد. امیدوارم که این راهنما به طور مؤثری توسط پدران و مادران، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، و متخصصان درمانی برای کمک به نوجوانان مبتلا به مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار بگیرد.

نورا دی. والکو، ام. دی

مدیر موسسه ملی ترک اعتیاد

فصل اول

مقدمه

۱-۱ مقدمه

افراد کاملاً مستعد اعتیاد به مواد مخدر - مانند تنباکو، الکل، و داروهای تجویزی و غیر قانونی - در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند. در زمانی که افراد به سن بلوغ می‌رسند، تقریباً ۷۰ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی نوشیدن الکل، نیمی دیگر از یک داروی غیر قانونی، نزدیک به ۴۰ درصد کشیدن سیگار، و بیش از ۲۰ درصد داروهای تجویزی را برای هدفی غیر پزشکی تجربه کرده‌اند.

دلایل بسیاری هستند که نوجوانان از این مواد استفاده کنند:

از جمله، میل برای تجربه‌های جدید، تلاش برای مقابله با مشکلات و یا عملکردی بهتر در مدرسه، و فشار ساده از جانب همسالان. نوجوانان «به طور زیستی» به دنبال تجربه‌ها و خطرات جدید هستند؛ و هم چنین، سعی در اثبات هویت خود، دارند. تجربه داروها ممکن است همه این محرک رشد طبیعی را کامل سازد، اما به روشی ناسالم که ممکن است عواقب بسیار جدی‌ای در بلند مدت داشته باشد.

عوامل بسیاری وجود دارند که تجربه نوجوانان از مواد مخدر را تحت تأثیر قرار می‌دهند، از جمله در دسترس بودن مواد مخدر در محله، جامعه، و مدرسه و این که آیا دوستان نوجوانان از این مواد استفاده می‌کنند یا خیر. به علاوه، محیط خانواده نیز بسیار مهم است: خشونت، سوء استفاده جسمی یا هیجانی، بیماری روانی، و یا استفاده از مواد مخدر در خانه احتمال مصرف

نوجوانان از داروهای مخدر را افزایش خواهد داد. در نهایت، یک نوجوان می‌تواند به طور ژنتیکی آسیب‌پذیری را به ارث ببرد؛ صفات شخصیتی مانند خودکنترلی ضعیف و یا نیاز بیشتر به هیجان. اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، یا ADHD^۱. و اعتقاداتی مانند مواد مخدر «سرد» و یا بی‌ضرر، از احتمال بیشتری برای استفاده توسط نوجوانان برخوردار هستند.

دوران نوجوانی به یک دوران بحرانی آسیب‌پذیری در برابر اختلالات مصرف مواد تبدیل شده است؛ از آن‌جا که مغز هنوز هم در حال رشد، نرم و قابل انعطاف است (که به عنوان انعطاف‌پذیری عصبی تعریف شده است) و برخی از مناطق مغز کمتر از بخش‌های دیگر آن آسیب‌پذیر هستند. بخش‌هایی از مغز که احساسات رضایت و شادی را پردازش می‌کنند و محرک‌های درد منتج از اولین استفاده از مواد مخدر در دوران کودکی تا بلوغ را باعث می‌شوند. آن‌چه که ناقص باقی مانده این است که در طول سال‌های نوجوانی قشر پیشانی مغز و اتصالات آن به مناطق دیگر مغز رشد می‌کند. قشر پیشانی مغز مسئول ارزیابی شرایط، تشکیل صدا، تصمیمات و کنترل احساسات ما و انگیزه است. به طور معمول، این مدار در یک فرد تا اواسط سن بیست سالگی بالغ نمی‌شود.

مغز نوجوانان اغلب به یک ماشین با یک پدال گاز با عملکردی کامل (سیستم پاداش) اما ترمز ضعیف (قشر پیشانی مغز) تشبیه می‌شود. بسیاری از نوجوانان، توسط انگیزه پاداش، به دنبال کسب لذت می‌روند و از درد