



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

پرو تکل تشخیصی و درمانی

وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان

پاییز ۱۳۹۹

مشخصات سند

عنوان سند	پروتکل تشخیصی و درمانی وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان
نویسندگان	دکتر علیرضا نوروزی، دکتر محبوبه فیروزکوهی، دکتر نسرين دودانگی، دکتر بیتا وحدانی، دکتر نسرين حبيبي
گروه مخاطب	<ul style="list-style-type: none">• درمان‌گران در جایگاه و مراکز تخصصی و فوق تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد کودکان و نوجوانان• مدیران و کارشناسان برنامه‌های درمان اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان در سازمانهای ارایه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان
ویرایش	اول
زمان تدوین	پائیز ۱۳۹۹
تماس	تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط ۸، واحد سلامت روان و اعتیاد

تدوین: کمیته علمی و مشورتی درمان اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پروتکل حاضر به سفارش مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) تحت نظارت فنی گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت، دفتر ارزیابی فن‌آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده که بدین وسیله از ایشان قدردانی می‌شود.

نویسندگان:

- دکتر علیرضا نوروزی، متخصص روان‌پزشکی مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محبوبه فیروز کوهی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر نسرین دودانگی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- دکتر بیتا وحدانی، متخصص روان‌پزشکی و کارشناس مسؤل درمان اختلالات روان و اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر نسرین حبیبی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

تقدیر و سپاسگزاری:

همچنین از صاحب‌نظران نامبرده ذیل که راهنمایی‌های ارزشمند خود را در فرآیند تدوین پروتکل و یا در خصوص پیش‌نویس‌های تهیه‌شده با ما در میان گذاشتند، صمیمانه تشکر می‌نماییم:

- خانم طاهره آذری، کارشناس اداره مددکاری اجتماعی، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر مهین اسلامی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر منا اسلامی، متخصص روان‌پزشکی، کارشناس مسؤل اداره درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر
- خانم آزاده اولیائی، کارشناس مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور
- دکتر سیدمحمدحسین جوادی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و رئیس اداره مددکاری، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر رزینا داوری آشتیانی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر کتابون رازجویان، فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر سپیده رضاپور، نماینده وزارت آموزش و پرورش
- دکتر نوید رهبر، مشاور معاون وزیر دادگستری

- خانم سیده زینب جلالی، کارشناس معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم، قوه قضائیه
- دکتر محمدرضا چراغزاده، رئیس اداره نظارت بر درمان مراکز سرپایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر میترا حکیم شوشتری، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- آقای احمد خاکی، معاون دفتر کودکان و نوجوانان، سازمان بهزیستی کشور
- سرکار خانم خاکی، سرپرست دادسرای ویژه اطفال و نوجوانان
- دکتر مریم خیری، رئیس اداره راهنماهای بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر مصطفی شفیعی، متخصص بیهوشی و کارشناس درمان اختلالات روان و اعتیاد، مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر الهام شیرازی، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوانان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر سیدمهدی صابری اردستانی، متخصص روان پزشکی، عضو هیأت علمی سازمان پزشکی قانونی کشور
- دکتر ماندانا صادقی، پزشک و پژوهشگر، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- آقای صفر عارفی، کارشناس دفتر حقوقی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر فریبا عربگل، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر جواد علاقبندراد، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریبا فرنقی، متخصص کودکان، فلوشیپ مسمومیت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی فرهودیان، متخصص روان پزشکی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- خانم لیلا قاسمزاده، کارشناس درمان اختلالات روان و اعتیاد، مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر سیدابراهیم قدوسی، رئیس اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف مواد و الکل، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقای حمیدرضا طاهری نخست، کارشناس امور جوانان، صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف)
- دکتر جواد محمودی قرائی، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر معصومه معارفوند، دکترای مددکاری اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- دکتر نادر منصور کیائی، دکترای جامعه‌شناسی، مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی
- دکتر محمد نظری پویا، کارشناس اداره کل بهداشت و درمان، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- دکتر سیدیا سر موسوی، فوق تخصص روان پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر زهرا واعظی، کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌ها
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور
و ستاد مبارزه با مواد مخدر

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت
دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت
دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۳	غربالگری، ارزیابی و تشخیص
۱۸	اقدامات ضروری برای درمان
۳۹	ارزیابی قبل از شروع درمان
۴۰	ارزیابی حین درمان
۴۱	پیشگیری و کنترل عوارض جانبی
۴۲	اندیکاسیون‌ها
۴۳	افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه
۴۳	تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به ازای هر خدمت
۴۳	استانداردهای ثبت
۴۴	منابع برای مطالعه بیشتر
۴۶	مراجع

مقدمه:

درباره این سند

هدف اصلی تدوین پروتکل حاضر تأمین توصیه‌های مبتنی بر شواهد علمی در شناسایی زودرس و مداخله متناسب، به منظور توسعه ظرفیت کشوری در راه‌اندازی و ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان است.

گروه مخاطب این بسته کارکنان تیم چندرشته‌ای شاغل در مراکز فوق تخصصی/تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان هستند.

در این جا چارچوب کلی برای غربالگری، شناسایی، ارزیابی جامع، برنامه‌ریزی درمان و درمان اختلالات مصرف مواد در کودکان (تا ۱۲ سالگی) و نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سالگی) ارائه می‌گردد. تمرکز توصیه‌های اختصاصی در محتوای آموزشی حاضر بر درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان قرار دارد. در این جا به درمان سندرم پرهیز نوزادی برای نوزادان متولد شده از مادران مصرف‌کننده مواد افیونی پرداخته نمی‌شود.

همه‌گیری شناسی

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد اوایل نوجوانی (۱۴-۱۲ سال) و اواخر نوجوانی (۱۷-۱۵ سال) حساس‌ترین دوره زمانی برای شروع مصرف مواد بوده و شروع مصرف مواد غیرقانونی در دوره سنی ۱۸-۲۵ سال به حداکثر خود می‌رسد. تجربه مصرف مواد در نوجوانان معمولاً با مصرف سیگار آغاز می‌شود. در میان مواد غیرقانونی، مصرف حشیش و الکل در نوجوانان و جوانان شایع است. پس از سیگار و الکل، حشیش از شایع‌ترین مواد مصرفی در نوجوانان و جوانان بوده و شیوع مصرف آن با سهولت دسترسی و خطر درک‌شده پایین مرتبط است. دو الگوی خاص مصرف مواد در گروه‌های مختلف کودکان و نوجوانان دیده می‌شود: مصرف داروهای بزمی مثل مت‌آمفتامین و اکستیزی در نوجوانان و جوانان در پس‌زمینه مهمانی و مصرف مواد استنشاقی مثل تینر، بنزین، چسب و... در کودکان و نوجوانان مصرف مواد علاوه بر اختلال در کارکرد تحصیلی و اجتماعی، خطرات متعددی برای سلامت جسمی و روانی کودکان و نوجوانان در پی دارد. نتایج مطالعه جهانی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۳ نشان می‌دهد که بار قابل انتساب به مصرف مواد به صورت قابل ملاحظه‌ای در نوجوانان و بزرگسالان جوان رو به افزایش است.

شواهد درباره شیوع وابستگی به مواد افیونی و سایر اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان محدود است. بر اساس داده‌های ارایه شده در کتاب سال مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۴، در یک مطالعه کشوری شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان مقطع سوم راهنمایی تا چهارم دبیرستان از ۰/۵ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۱٪ در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

شیوع مصرف و اختلالات مصرف مواد در برخی زیرجمعیت‌های آسیب‌پذیر کودکان و نوجوانان مانند کودکان خیابانی و کودکان مقیم کانون‌های اصلاح و تربیت به صورت قابل ملاحظه‌ای بالاتر است.

سبب‌شناسی و عوامل خطر

عوامل اثرگذار بر سیر پیش‌رفت مصرف مواد به اختلال مصرف چندگانه و پیچیده بوده و شامل موارد زیر می‌شوند:

- عوامل سطح فردی (ژنتیک، رشد روانی، رفتاری و عصبی، اختلالات سلامت روانی، رفتاری در سنین پایین)، عوامل سطح گروه همتا (نفوذ و فشار اجتماعی)،
- عوامل سطح خانوادگی (کارکرد والدین و خانواده)،
- عوامل سطح مدرسه (کارکرد تحصیلی ضعیف، ضعف در فراهم آوردن فرصت برای رشد اجتماعی مناسب) و
- عوامل سطح ساختاری (فقر، مهاجرت، محیط اجتماعی - اقتصادی).

سن پایین شروع مصرف یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای شکل‌گیری اختلالات مصرف مواد در طول عمر است. پیش‌رفت سریع‌تر از مصرف به سوی اختلالات مصرف اغلب با سن پایین‌تر شروع مصرف و دفعات مصرف رابطه دارد تا طول مدت مصرف. کسانی که در سنین پایین‌تر مصرف مواد را شروع می‌کنند در فاصله زمانی کمتری دچار اعتیاد می‌شوند تا کسانی که اولین بار مصرف مواد را در بزرگسالی تجربه کرده‌اند.

هر گونه عارضه‌ای که منجر به دیسترس جنینی یا هیپوکسی شود خطر اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات یادگیری را بالا می‌برد، که به نوبه خود می‌تواند منجر به خطر مصرف مواد در سال‌های بعدی زندگی شود. عواملی همچون تروما، استرس قبل و بعد از تولد و تجارب اولیه زندگی می‌تواند در سال‌های بعدی عمر از طریق تغییر در بیان ژن و بدون تغییر در توالی DNA خود را به صورت پاتولوژی اعتیاد نشان دهد. این عوامل عبارتند از مواجهه قبل از تولد با مواد، هیپوکسی موقع تولد، تغذیه ضعیف، تاریخچه سوءرفتار جنسی در کودکی و دوباره در نوجوانی، جدایی والدین، اختلال یادگیری شناسایی نشده و اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، استرس ناشی از افت تحصیلی و مصرف مواد در سن پایین.

هر گونه اختلال روان‌پزشکی که در مراحل تکاملی شناسایی و درمان نشده باشد، می‌تواند خطر درگیری با مصرف مواد را افزایش دهد. سایکوپاتولوژی همبود می‌تواند پیش از مصرف مواد وجود داشته باشد، باعث تشدید آن شده یا متعاقب آن پدید آید.

علائم و نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی عموماً پیش از شروع مصرف مواد پدید می‌آیند. بنابراین می‌توان گفت همبودی روان-پزشکی در نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد معمولاً اولیه یا مستقل است.

نشان داده شده است که اختلالات بیرونی‌سازی^۱ از عوامل خطر اصلی پیش‌بینی‌کننده شروع مصرف و ایجاد اختلالات مصرف مواد است. برخی عوامل خطر مرتبط با شکل‌گیری اختلالات بیرونی‌سازی، فرد را به اختلالات مصرف مواد نیز آسیب‌پذیر می‌کند. اختلال سلوک یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی شروع مصرف مواد و پیش‌رفت به سمت اختلالات مصرف مواد است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ و اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی^۳ تا حدی خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد را افزایش می‌دهد، هر چند درباره میزان اثر ODD یا ADHD به دلیل همبودی آنها با اختلال سلوک اختلاف نظر وجود دارد.

غربال‌گری، ارزیابی و تشخیص:

رازداری

یکی از ملاحظات اخلاقی و قانونی مهم در درمان کودکان و نوجوانان ظرافت‌های مرتبط با بحث رازداری در این گروه جمعیتی است. هنگام کار با کودکان این موضوع ندرتاً مشکل‌آفرین است، اما نوجوانان، گاه ترس‌ها و نگرانی‌هایی درباره رازداری و انتقال حرف‌های‌شان به والدین نشان می‌دهند. این نگرانی‌ها به صورت خاص حول و حوش رابطه با جنس مخالف، سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد، نزاع یا دزدی‌های کوچک از مغازه می‌چرخد. نوجوانان ممکن است به خاطر ترس از افشای رازهای‌شان نزد والدین برای دریافت برخی مراقبت‌های مورد نیاز نظیر درمان اختلالات مصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه متعاقب سوءرفتار جنسی، بارداری ناخواسته یا درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی مراجعه نکنند.

به منظور عملکرد بالینی مطلوب، حفظ رازداری در درمان کودکان و نوجوانان در یک فرآیند سه مرحله‌ای قابل دستیابی است:

- گام اول- درمان‌گر باید نحوه ارتباط خود را با هر یک از طرفین مراجعه‌کننده مشخص کند.

¹ externalizing

² oppositional defiant disorder (ODD)

³ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)

- گام دوم- در بحث‌های اولیه مشخص گردد که نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات چگونه خواهد بود و چه اطلاعاتی، با چه فردی و در چه زمانی به اشتراک گذاشته خواهد شد. این توافق باید به نحوی متناسب با سن و سطح درک کودک یا نوجوان تنظیم گردد.

- گام سوم- در برنامه‌های درمانی طولانی مدت با افزایش سن کودک معمولاً ظرفیت کودک یا نوجوان مراجع در خودمختاری افزایش یافته و لازم است به نیاز مراجع برای داشتن حریم خصوصی احترام گذاشته شود. در این گونه موارد درمان‌گر باید شرایط جدید را با مراجع و خانواده او به بحث گذاشته و با آنها در خصوص نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات توافق نماید.

در اجرای فرآیند بالا توجه به نکات زیر اهمیت اساسی دارد:

- گرچه به لحاظ بالینی و اخلاقی لازم است درمان‌گر حدود و شرایط رازداری را روشن کند، اما درمان‌گر نمی‌تواند به یک فرد صغیر به لحاظ قانونی بابت حفظ کامل رازداری از والد یا قیم قانونی تضمین بدهد. والد یا قیم قانونی حق دارد به جزییات پرونده درمانی کودک یا نوجوان خود دسترسی داشته باشد. به دلایل بالینی درمان‌گران باید از والدین بخواهند از این حق خود صرف نظر نمایند، هر چند درمان‌گران نمی‌توانند مانع استفاده - هر چند از منظر بالینی غیرسازنده- والدین از این حق شوند.

- قضاوت بالینی تعیین می‌کند چه اطلاعاتی و در چه حد با خانواده مراجع زیر سن قانونی در میان گذاشته شود. درمان‌گر ممکن است درخواست مراجع برای حفظ محرمانگی را به عنوان نشانه‌ای از تلاش او برای دستیابی به خودمختاری بیشتر در نظر گرفته و خواست او را محترم شمارد. در مقابل درمان‌گر ممکن است تصمیم بگیرد برخی از اطلاعات را بر خلاف میل مراجع با والدین یا قیم قانونی او در میان گذارد.

- اگر بیمار احساس کند اطلاعات طرح شده در جلسه درمان بدون اطلاع او با دیگران به اشتراک گذاشته شده است، اثر مخربی بر ارتباط درمانی خواهد داشت. بنابراین صرف نظر از موافقت یک مراجع نوجوان برای در میان گذاشتن اطلاعات با والدین، درمان‌گر باید قبل از در میان گذاشتن هر گونه اطلاعات با اشخاص ثالث نوجوان باید از محتوای اطلاعاتی که قرار است به اشتراک گذاشته شود و زمان آن مطلع گردد.

- در مواردی درمان‌گران مکلف به در میان گذاشتن اطلاعات هستند. خطر جدی آسیب به خود یا دیگران باید با والدین و/یا سایر اشخاص ثالث در میان گذاشته شود. کودک آزاری، مسامحه یا سوءرفتار با کودک مشمول قوانین گزارش‌دهی اجباری هستند. محدودیت‌های رازداری باید متناسب با سن و میزان قدرت تمیز مراجع کودک و نوجوان با او در میان گذاشته شود.

- بسیاری از رفتارهای مشکل آفرین کودکان و نوجوانان در حدی که مشمول گزارش‌دهی اجباری باشند نیستند. با این وجود برخی رفتارها مرزی می باشند و درمان‌گر باید درباره آنها دست به قضاوت بالینی بزند. به این دلیل رایج‌کنندگان درمان به کودکان و نوجوانان باید دانش کافی درباره ملزومات گزارش‌دهی اجباری را داشته و در مواردی که شک دارند، از مشاوره با روان‌پزشکان فوق‌تخصص کودک و نوجوان بهره مند گردند.

اصل رازداری در حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای کودکان و نوجوانان معمولاً به این صورت بیان می‌گردد که رایج‌دهندگان خدمات مجاز نیستند اطلاعات مراجعان کودک و نوجوان خود را با کسی به جز والدین یا قیم قانونی آنها در میان بگذارند. علاوه بر این همچون موارد بزرگسالان اصل رازداری در کودکان و نوجوانان مطلق نبوده و استثنائاتی دارد. این استثنائات عبارتند از:

- قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی
- قصد جدی آسیب به دیگران یا دیگرکشی
- وجود شواهد قطعی یا مطرح‌کننده قرار داشتن کودک در معرض آسیب‌های قابل توجه و جدی نظیر کودک‌آزاری، سوءرفتار با کودکان

در موارد بالا رازداری می‌تواند به ضرر مراجع باشد، لذا درمان‌گران باید در جهت خیر و منافع مراجعان متناسب با موقعیت والدین و/یا مراجع قانونی را مطلع نموده و آنها را به منظور رایج مراقبت بهینه به مراجع درگیر کند.

رضایت و موافقت آگاهانه

در قانون بسیاری از کشورها از جمله کشور ما افراد زیر ۱۸ سال صغیر^۱ محسوب می‌شوند. افراد صغیر عموماً نمی‌توانند به لحاظ قانونی برای درمان رضایت دهند و والد یا قیم قانونی آنها باید این کار را از طرف آنها انجام دهند.

از دیدگاه حقوقی اقسام صغیر عبارتند از:

- صغیر غیرممیز: شخص نابالغی که دارای قوه درک و تمیز نیست، زشت را از زیبا و سود را از زیان تشخیص نمی‌دهد.
- صغیر ممیز: صغیری است که دارای قوه درک و تمیز نسبی است، با اینکه به سن بلوغ نرسیده، زشت را از زیبا و سود را از زیان باز می‌شناسد. که بسته به فرد حدود ۶-۷ سالگی صغیر ممیز می‌شود.

به لحاظ اخلاقی و قانونی رویه زیر برای اخذ رضایت برای مداخلات درمان اعتیاد توصیه می‌گردد:

¹ minor

- کودکان زیر ۷ سال (صغیر غیرممیز): رضایت آگاهانه ۱ از والد یا قیم قانونی
- کودکان ۷ تا ۱۸ سال (صغیر ممیز): اخذ موافقت آگاهانه ۲ از خود بیمار و رضایت آگاهانه از والدین
- کودکان دارای حکم رشد: رضایت آگاهانه از خود فرد

در برخی موقعیت‌ها اخذ رضایت از والدین ضرورت ندارد. این موقعیت‌ها عبارتند از:

- کودک یا نوجوان از حضانت والد خود خارج شده و تحت حضانت دولت است. هر چند در این موارد اخذ رضایت قیم قانونی مورد نیاز خواهد بود.
- زمانی که کودک یا نوجوان در معرض خطر آنی و جدی آسیب یا مرگ بوده و امکان دسترسی به والد یا قیم قانونی وجود ندارد. (بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی جدید) و
- زمانی که نوجوان از طرف دادگاه برای اخذ تصمیم درباره دریافت خدمات شناسایی و درمان رشید شناخته شده و حکم رشد گرفته است.

اصول مصاحبه

ممکن است فرد در مرحله پیش‌تأمل ۳ جهت تغییر باشد و در نتیجه میزان درگیری خود را با مواد ناچیز یا کم اهمیت جلوه دهد. برقراری رابطه با فرد به لحاظ افزایش احتمال در میان گذاشتن مصرف مواد اهمیت اساسی دارد. ایجاد یک اتحاد درمانی ۵ زودهنگام و قدرتمند با استفاده از سبک مصاحبه انگیزشی ۶ که با یک رویکرد عاری از قضاوت‌گری و مراجع‌محور است، در این زمینه بسیار تأثیر گذار خواهد بود.

سبک مصاحبه انگیزشی با اکثر رویکردهای درمانی دیگر سازگار بوده و می‌تواند به صورت تلفیقی مورد استفاده قرار گیرد. سبک انگیزشی به صورت خاص برای کار با نوجوانان مفید و از نظر رشدی متناسب است زیرا آنها اغلب در برابر مراجع قدرت (بزرگسالان) که آنها را مجبور به تغییر رفتار می‌کنند، مقاومت نشان می‌دهند. به علاوه، استفاده از مصاحبه انگیزشی به نوجوان به لحاظ درونی کردن انگیزه در کاهش یا قطع مصرف مواد به جای تغییر رفتار پاسخ به فشارهای بیرونی کمک می‌نماید.

1 informed consent

2 informed assent

3 pre-contemplation

4 rapport

5 therapeutic alliance

6 motivational interviewing (MI) style

در ابتدای جلسه ارزیابی مشکلات مرتبط با اختلالات مصرف مواد، لازم است والدین یا مراقبان حضور داشته باشند. این موضوع مجال تعیین مقررات محرمانگی (از جمله استثنائات رازداری شامل موارد سوءرفتار، مسامحه یا تهدید به آسیب به خود یا دیگران) را فراهم می‌آورد. پس از آن، مصاحبه خصوصی با فرد در برقراری یک ارتباط درمانی پایدار و قدرتمند همراه با تکمیل شرح حال با اطلاعاتی که فرد تمایل به ارایه آن در حضور خانواده نداشته، مورد نیاز خواهد بود. در خاتمه مصاحبه با والدین یا مراقبان می‌تواند در اخذ تاریخچه مشکلات فعلی، تاریخچه سیر و تکامل کودک و ارزیابی روان‌پویایی‌های درون خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه برخورد با نگرانی والدین

در صورتی که یکی از والدین به مصرف مواد در فرزند خود شک دارد، درمان‌گر باید از والد بخواهد مشاهدات خود را به دقت فهرست کند. تظاهرات مصرف مواد در نوجوانان اغلب می‌تواند با علائم غیراختصاصی همچون موارد زیر رخ دهد:

- دیر به خانه آمدن بعد از مدرسه
- نوسانات خلقی
- تحریک‌پذیر شدن
- نقض قوانین و مقررات خانه
- افت نمرات
- از دست دادن علاقه به تفریحات
- تغییر در شبکه دوستان
- تغییر در عادات فیزیولوژیک همچون خواب و اشتها

در صورتی که والدین این حالات را در فرزند خود مشاهده کنند خصوصاً اگر بیش از یک مورد و/یا قابل توجه باشد، ارزیابی بیشتر از نظر سلامت رفتاری شامل اختلالات مرتبط با مواد ضرورت دارد، هر چند توجه به این موضوع لازم است که هیچ کدام از این علائم اختصاصی نبوده و ممکن است در سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز مشاهده شوند.

علاوه بر موارد بالا، گاه والدین مشاهده علائم اختصاصی‌تر را گزارش می‌کنند. وجود این علائم با احتمال بیشتر مطرح‌کننده اختلالات مصرف مواد هستند:

- پنهان‌کاری، دروغ گفتن، دزدیدن پول یا وسایل منزل

- تظاهرات آشکار مسمومیت مواد
- کم شدن یا گم شدن داروهای نسخه‌ای واجد پتانسیل سوء مصرف
- پیدا شدن مواد یا وسایل مصرف در وسایل فرزند

در مواردی والدین اظهار می‌کنند، فرزند خود را در حین مصرف یکی از انواع مواد (برای مثال سیگار یا حشیش) دیده‌اند. در این گونه موارد ارزیابی بیشتر والدین از نظر نحوه برخوردشان با مصرف مواد در فرزندشان اهمیت بالایی داشته و اطلاعات مهمی درباره نگرش خانواده درباره مصرف مواد در اختیار درمان‌گر می‌گذارد. در این گونه موارد مشاوره خانواده درباره نحوه برخورد با عضو خانواده درگیر مشکلات رفتاری یا مصرف مواد که از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌کند، توصیه می‌گردد.

غربالگری

پزشکان ارایه‌کنندگان مراقبت به کودکان و نوجوانان شامل پزشکان عمومی و متخصصان کودکان و نوجوانان موقعیت منحصر به فردی برای شناسایی زودرس مصرف مواد در کودکان و نوجوانان دارند.

در کودکان در صورت ظن بالینی و در نوجوانان به طور معمول غربالگری درباره اختلالات مصرف مواد در جایگاه‌های غیراختصاصی برای ارایه خدمات بهداشتی، درمانی به کودکان و نوجوانان توصیه می‌گردد.

اصول راهنمای غربالگری و شناسایی زودرس مشکلات سلامت روان و مصرف مواد در کودکان و نوجوانان عبارتند از: (۱) پرهیز از آسیب، (۲) اخذ رضایت و موافقت آگاهانه، (۳) استفاده از یک فرآیند غربالگری علمی، (۴) محافظت از اطلاعات جمع‌آوری شده حین غربالگری و تضمین استفاده مناسب از آن و (۵) پیوند با خدمات ارزیابی و درمان.

غربالگری مصرف مواد باید در محیط خصوصی، بدون حضور والدین یا مراقبان انجام شود. رویکردها و رویه‌های شناسایی زودرس باید به هنجارها و مقتضیات فرهنگی احترام گذاشته و آنها را در نظر گیرد. فرد مجری غربالگری و افراد درگیر در فرآیند باید واجد صلاحیت بوده و آموزش‌های کافی را دیده باشند. غربالگری تنها احتمال وجود مشکل را تعیین می‌کند و نباید به عنوان تشخیص یا برچسب استفاده شود.

غربالگری، مداخله مختصر و ارجاع به درمان^۱ یک رویکرد ادغام‌یافته و جامع به لحاظ یافتن افراد درگیر مصرف مواد و ارایه مداخله مختصر زودرس به منظور کاهش مصرف پرخطر و ارجاع به درمان محسوب می‌گردد.

غربالگری درگیری با مصرف مواد می‌تواند از طریق پرسش‌گری مستقیم یا ابزارهای غربالگری استاندارد انجام پذیرد:

¹ Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)

• پرسش‌گری مستقیم

در جایگاه‌های مراقبت اولیه، پرسش از تمام نوجوانان و جوانان درباره مصرف مواد متعاقب یک ارزیابی عمومی سلامت انجام شده و لازم است شامل پرسش‌هایی درباره مصرف مواد دخانی، الکل و سایر مواد باشد. در مراکز نگهداری کودکان، جایگاه‌های سلامت روان و کانون‌های اصلاح و تربیت، با توجه به وضعیت پرخطر کودکان و نوجوانان مراجعه‌کننده غربالگری معمول از نظر مصرف مواد قابل توصیه است.

هنگامی که شک به مصرف مواد در یک کودک یا نوجوان وجود دارد، پرسش‌گری مستقیم شامل سؤال درباره فرکانس مصرف انواع مواد و پیامدهای مصرف می‌شود.

به منظور اجتناب از هر گونه برداشت غلط، در محتوای هر سؤال غربالگری درباره دفعات (فرکانس) مصرف مواد، باید نوع ماده و دوره زمانی مدّ نظر مصاحبه‌کننده مشخص شود. به عنوان مثال: «در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار ماده ... را مصرف کرده‌اید؟»

پرسش درباره پیامدهای مصرف بر سلامتی و کارکردهای فرد اطلاعات تکمیلی ارزشمندی در اختیار شما می‌گذارد. به عنوان مثال: «مصرف ماده ... چه اثر بر سلامت/رابطه شما با خانواده/عملکرد تحصیلی شما گذاشته است؟»

اغلب افتراق مصرف آزمایشی از مصرف مشکل‌آفرین در کودکان و نوجوانان دشوار است. در صورت، گزارش فرد از مصرف مواد (مصرف یک بار یا بیشتر مواد) و/یا تجربه پیامدهای منفی مرتبط با آن (تشنج، مشکلات با والدین یا اُفت تحصیلی در فرد مصرف‌کننده ترامادول) ارجاع و پیگیری ضرورت پیدا می‌کند.

• ابزارهای غربالگری استاندارد

در مطالعات بین‌المللی ابزارهای غربالگری استاندارد برای تعیین سطح خطر و یا میزان درگیری با مصرف مواد در نوجوانان معرفی شده است. یکی از این ابزارها پرسشنامه CRAFFT برای غربالگری مصرف مواد در نوجوانان است. **نمره ۲ یا بیشتر** در این غربالگری مثبت تلقی شده و نشان‌دهنده آن است که نوجوان در معرض خطر بالا برای اختلالات مرتبط با مصرف مواد قرار دارد. هر چند این پرسشنامه در زبان فارسی استاندارد نشده است.

کادر ۱- پرسش‌نامه CRAFFT- یک آزمون غربالگری کوتاه برای سوءمصرف مواد در نوجوانان

C- آیا تا کنون سوار ماشینی بوده‌اید که راننده آن (فرد دیگری یا خود شما) الکل یا مواد مصرف کرده باشد؟

R- آیا تاکنون الکل یا مواد را برای آرام کردن خود، داشتن احساس بهتر درباره خود یا احساس راحتی در جمع مصرف کرده‌اید؟

A- آیا تاکنون الکل یا مواد را زمانی که تنها هستید مصرف کرده‌اید؟

F- آیا اعضای خانواده یا دوستان شما تاکنون بهتان گفتند که باید مصرف الکل یا مواد خود را کم کنید؟

F- آیا تاکنون کارهایی را که هنگام مصرف الکل یا مواد انجام داده‌اید، فراموش کرده‌اید؟

T- آیا تاکنون در حال مصرف الکل یا مواد دچار مشکل شده‌اید؟

*۲ مورد یا بیشتر مطرح‌کننده مشکل جدی است.

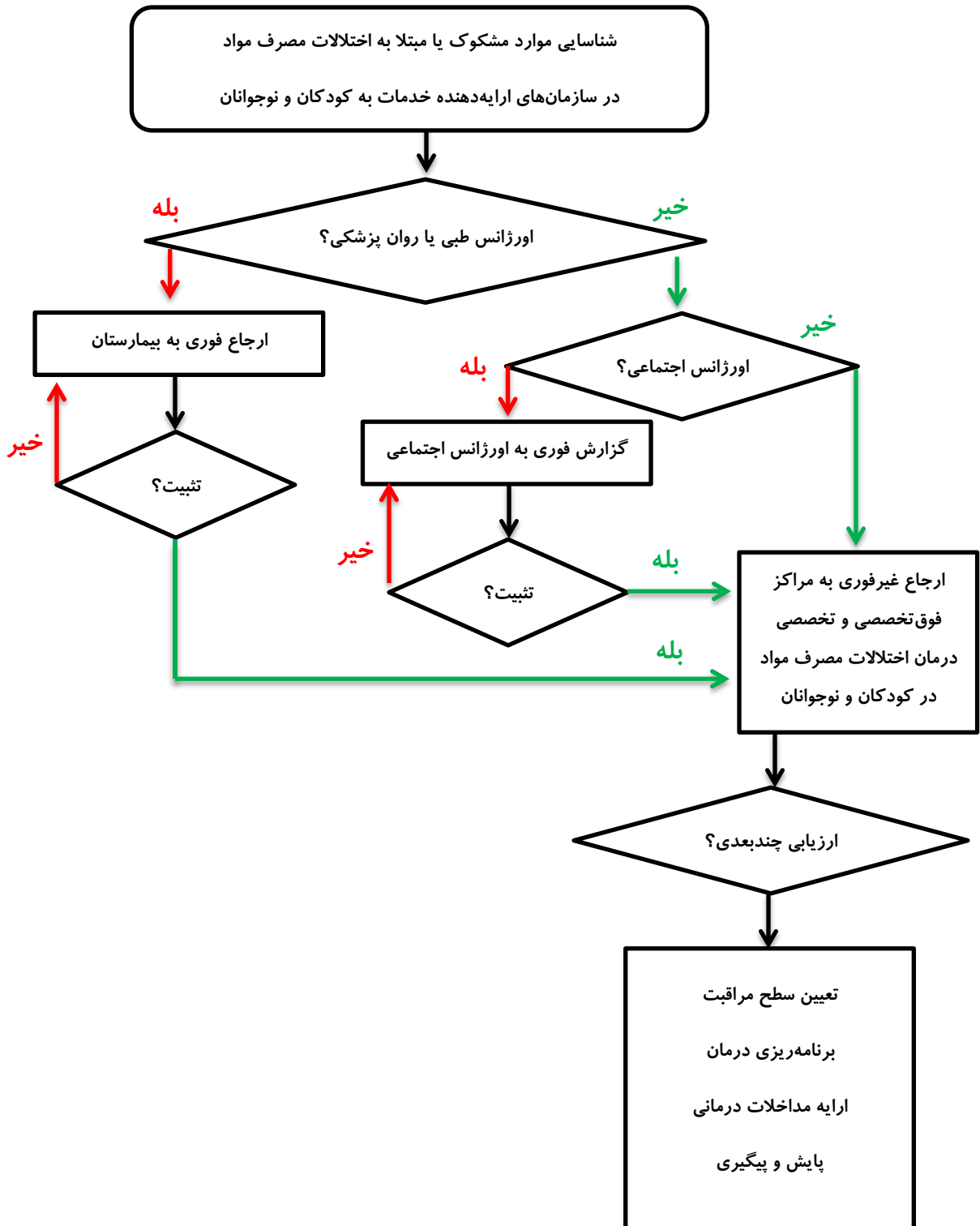
پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که ارایه‌دهندگان مراقبت به کودکان و نوجوانان اگر صرفاً بر قضاوت بالینی خود اتکا داشته باشند، سطح خطر درگیری با مصرف مواد در این گروه جمعیتی را به مراتب کمتر از میزان واقعی برآورد می‌کنند.

علاوه بر این، حتی نوجوانانی که پرهیز از مصرف مواد را ذکر می‌کنند باید درباره سوار شدن در ماشینی که راننده آن مواد مصرف نموده، مورد سؤال قرار گیرند.

همان طور که گفته شد پرسشنامه CRAFFT در زبان فارسی استاندارد نشده است، اما استفاده از آن علاوه بر کمک به غربالگری مصرف پرخطر مواد، اطلاعات ارزشمندی درباره قرارگیری فرد نوجوان در پس‌زمینه رانندگی تحت تأثیر الکل یا مواد به درمان‌گران می‌دهد.

گروه تدوین‌کننده پروتکل استفاده از پرسش‌گری مستقیم درباره فرکانس و پیامدهای مصرف انواع مواد در سه ماه گذشته را، برای غربالگری اختلالات مصرف مواد را توصیه می‌کنند.

شکل ۱- فلوجارت شناسایی و ارجاع کودکان و نوجوانان مشکوک یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد



با توجه به همراهی بالای مصرف مواد با سایر رفتارهای پرخطر شامل قرارگیری در پس‌زمینه رانندگی تحت‌تأثیر مواد استفاده تکمیلی از پرسشنامه CRAFTT کمک‌کننده است.

مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان با احتمال بالایی ممکن است با وضعیت‌های اورژانسی در حوزه سلامت جسمی یا روان‌پزشکی یا مسائل اجتماعی همراه باشد. اختلالات مصرف مواد به خودی خود، اورژانس روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، اما در صورت وجود اورژانس‌های جسمی/روان‌پزشکی یا اجتماعی، خانواده یا مراقبان فرد باید مطلع شده و فرد به صورت فوری جهت دریافت خدمات مورد نیاز ارجاع داده شود.

در شکل ۱ فلوجارت برخورد با مشکلات مرتبط با مصرف مواد در کودکان و نوجوانان برای کارکنان سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان ارائه شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه برخورد با اورژانس‌های جسمی، روان‌پزشکی و اجتماعی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان، مراجعه به دستورالعمل‌ها و راهنماهای مرتبط توصیه می‌گردد.

تشخیص

لازم است که درمان‌گران بتوانند بین مصرف، مصرف ناپجا، مصرف مخاطره‌آمیز/آسیب‌رسان، وابستگی و اختلالات مصرف مواد افتراق دهند. چنانچه غربالگری مطرح‌کننده احتمال ابتلا به اختلالات مصرف مواد باشد، لازم است تشخیص اختلالات مصرف مواد بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 یا ICD-11، انجام شود. تشخیص اختلالات مصرف مواد با استفاده از مصاحبه بالینی با فرد و اخذ اطلاعات جانبی از والدین یا مراقبان و در صورت تناسب از معلم‌ها، پلیس یا دادرسی کودکان و نوجوانان انجام می‌پذیرد.

مصرف مواد که از حد مصرف آزمایشی، تفریحی و گاهگاهی فراتر رفته و به درگیری مشکل‌آفرین با مواد می‌رسد بر اساس DSM-5 ذیل اختلال مصرف مواد و در ICD-11 ذیل مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی به مواد طبقه‌بندی می‌شود.

تشخیص اختلال مصرف مواد در DSM-5 بر اساس داشتن دو مورد یا بیشتر از ۱۱ ملاک در طول دوره ۱۲ ماهه تعریف می‌شود. اختلال مصرف مواد در DSM-5 بر حسب تعداد ملاک‌های مثبت به سه سطح خفیف (۳-۲ ملاک)، متوسط (۵-۴ ملاک) یا شدید (۶ ملاک یا بیشتر) طبقه‌بندی می‌شود.

مصرف آسیب‌رسان مواد به صورت مصرف مواد به نحوی تعریف می‌شود که منجر به آسیب جسمی یا روان‌پزشکی فرد شده باشد. در ICD-11 تشخیص وابستگی به مواد بر اساس ۲ مورد یا بیشتر از ۳ ملاک شامل از دست دادن کنترل، تغییر پیش‌رونده در اولویت‌های زندگی و ملاک فیزیولوژیک (تحمل/محرومیت) تعریف می‌شود.

جنبه‌های شناختی، روان‌شناختی و رفتاری اختلالات مصرف مواد شامل اجبار به مصرف، از دست دادن کنترل مصرف، تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با پیامدهای منفی و ولع مصرف مشخص می‌گردد. جنبه‌های فیزیولوژیک وابستگی شامل تحمل و محرومیت می‌شوند.

برخی ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد در نوجوانان کاربرد کمتری دارند. به عنوان مثال تحمل به مواد، ویژگی^۱ تشخیصی پایین‌تری در نوجوانان دارد، زیرا در نوجوانان ایجاد تحمل در زمان نسبتاً طولانی رخ می‌دهد. نوجوانان ممکن است به دلیل تجربه کمتر با مصرف مواد یا بینش کمتر به مشکلات خود معنای برخی ملاک‌های تشخیصی را به درستی درک نکنند.

ارزیابی

اخذ شرح حال عوامل مؤثر/تاریخچه شکل‌گیری اختلالات مصرف مواد و سایر اطلاعات طولی درباره عوامل خطر رشدی، شروع و پیش‌رفت علائم روان‌پزشکی و مصرف مواد، به لحاظ ترسیم یک خط سیر زمانی^۲ طول عمر به منظور در نظر گرفتن ارتباط زمانی علائم و نشانه‌ها مفید خواهد بود.

صرف زمان جهت اخذ تاریخچه رشد و تکامل می‌تواند در ایجاد اعتماد/ارتباط میان شما و مراجع تأثیر بسزایی داشته باشد. این موضوع کمک می‌کند مراجع به مصاحبه‌کننده اعتماد بیشتری نموده و در نتیجه جهت در میان گذاشتن مصرف مواد خود احساس راحتی بیشتری نماید.

به دلیل همبودی بالای اختلالات مصرف مواد و سایر اختلالات روان‌پزشکی، مصاحبه‌کننده باید سیر زمانی علائم اختلالات مصرف مواد و سایر اختلالات روان‌پزشکی را به دقت ارزیابی و ثبت کند. این رویکرد به مصاحبه‌کننده کمک می‌کند ارتباط متقابل بین مصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی را دریابد.

گزارش شخصی

درمان‌گران باید همیشه نتایج ارزیابی مصرف مواد در مراجعان با استفاده از گزارش شخصی را با احتیاط تفسیر نموده و میزان معتبر بودن آن را در ذهن خود مورد سؤال قرار دهند. با این وجود مطالعات بین‌المللی نشان داده‌اند که گزارش شخصی اکثر نوجوانان در مراکز تخصصی درمان اعتیاد یا مدارس در مقاطع زمانی مختلف پایا و قابل اعتماد است.

اکثر نوجوانان مراجعه‌کننده به جایگاه‌های درمان اعتیاد مصرف مواد را می‌پذیرند و تعداد معدودی از نوجوانان متقاضی درمان به پرسش درباره مواد خیالی (نام مواد فرضی که در واقع وجود ندارند و برای ارزیابی صحت گزارش‌دهی پرسیده می‌شوند) پاسخ

¹ specificity

² timeline

مثبت می دهند. جمعیت های خاص خصوصاً نوجوانان با خصوصیات ضداجتماعی برجسته، با احتمال بیشتری مصرف مواد جعلی را تأیید می کنند.

درمانگران و پژوهشگران پدیده اثر «پذیرش- ترخیص»^۱ را مورد توجه قرار داده اند که در آن سطوح مصرف گزارش شده در ترخیص از میزان های گزارش شده هنگام پذیرش بالاتر است. عوامل احتمالی دخیل در این پدیده شامل انکار، طفره رفتن از خودافشایی به دلیل شرم، فرار از پیامدهای منفی ناشی از آشکار شدن مصرف و نهایتاً افزایش توانایی نوجوان در گزارش دقیق تر مواد مصرفی و مشکلات مرتبط با آن در سیر درمان می گردد.

استفاده از روش های سم شناسی مثل آزمایش ادرار در تأیید گزارش شخصی فرد درباره مصرف اخیر یک ماده مشخص می تواند کمک کننده باشد.

در نهایت، نگرش و مهارت مصاحبه کننده اغلب مهم ترین عامل در ارتقای اعتبار گزارش شخصی است. چنانچه مطالعات نشان داده است برقراری ارتباط مبتنی بر احترام، پذیرش و همدلی اعتبار گزارش شخصی را به صورت قابل ملاحظه ای بهبود می دهد.

حوزه های ارزیابی

نتایج ارزیابی جامع معمولاً تعیین کننده نیاز افراد برای درمان و تعیین سطح مراقبت مناسب برای آنها است. در فرآیند ارزیابی جامع مشکلات و نقاط قوت نوجوان در ابعاد مختلف کارکردی نیز بررسی می شوند. ابعاد مختلفی که باید در ارزیابی در نظر گرفته شوند عبارتند از رفتارهای مصرف مواد، مشکلات روان پزشکی و رفتاری، کارکرد تحصیلی و شغلی، کارکرد خانوادگی، ظرفیت اجتماعی و روابط هم تایان و تفریحات و سرگرمی ها.

ضروری است که ارزیابی جامع دربرگیرنده موارد زیر باشد:

- تاریخچه مصرف

- تاریخچه دقیق سن شروع و سیر پیشرفت مصرف مواد به تفکیک نوع مواد
- تغییرات در دفعات و مقدار مصرف مواد شامل وضعیت فعلی مصرف مواد

- پس زمینه مصرف

- زمان ها و مکان های معمول مصرف

¹ intake-discharge effect

○ الگوی مصرف مواد در هم‌تایان و نگرش آنها

○ شروع‌کننده‌های معمول مصرف

● تاریخچه درمان‌های پیشین برای اختلالات مصرف مواد

● سایر حوزه‌های کارکردی

○ خانواده

○ روابط

○ مدرسه

○ سلامت روانی (اختلالات روان‌پزشکی همبود، سابقه درمان‌های روان‌پزشکی)

○ سلامت جسمی (رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد، عفونت‌های منتقله از راه جنسی، عفونت‌های منتقله از

راه خون، سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی، بیش‌مصرفی)

● مشکل از دیدگاه مراجع

○ میزان انگیزه و آمادگی برای درمان

تاریخچه مصرف مواد باید با ماده اصلی مصرفی فرد از دید خود فرد شروع شود. درمان‌گر باید با یک سؤال بازپاسخ مصاحبه را شروع کند: «درباره سابقه مصرف ترامادول خود بگویید؟» به فرد سرنخ‌هایی درباره روند مصرف موادش بدهید: «آیا مصرف شما در طول زمان زیاد شده؟» «اوایل چند وقت یک بار ... مصرف می‌کردید؟ حالا چطور؟» پس از اخذ شرح حال درباره ماده اصلی مورد مصرف فرد، درمان‌گر باید سابقه مصرف سایر مواد را بررسی و ثبت نماید.

بسیاری از کودکان و نوجوانان درگیر مصرف مواد مشکلات خود را به مصرف مواد نسبت نمی‌دهند. در این گونه موارد اشاره به موضوع از طرف درمان‌گر کمک‌کننده است. در صورتی که نوجوان هر گونه مشکل با مصرف مواد را انکار کند، مصاحبه‌کننده می‌تواند به مشکلات ناشی از مصرف مواد با والدین، مشکلات تحصیلی و انضباطی در مدرسه، افت توانایی‌های ورزشی، رها کردن فعالیت ورزشی، نزاع و جر و بحث با دوستان حین مسمومیت مواد، مشکلات جسمی (برای مثال بیش‌مصرفی، جراحات ناشی از تصادف یا زمین خوردن)، تماس جنسی ناخواسته و مشکلات قانونی اشاره نماید.

درمان‌گر همچنین باید از بیمار درباره تلاش‌های گذشته وی برای کاهش یا قطع مصرف مواد با یا بدون دریافت کمک از درمان‌گران حرفه‌ای سؤال بپرسد. دلایل بیمار برای اقدامات قبلی به ترک اطلاعات ارزشمندی درباره پیامدهای منفی درک‌شده ناشی از مصرف مواد در اختیار درمان‌گر گذاشته و به او جهت ارایه بازخورد شخصی شده کمک می‌کند.

آزمایش ادرار

آزمایش ادرار از نظر مصرف مواد می‌تواند بخش مفیدی از ارزیابی باشد. باید از جمع‌آوری صحیح نمونه و انجام آزمایش برای تمام مواد هدف اطمینان حاصل شود. آزمایش ادرار در ارزیابی اولیه اطلاعات حاصل از مصاحبه با بیمار و خانواده را تکمیل نموده و در ارزیابی‌های بعدی اطلاعات ارزشمندی درباره میزان موفقیت درمان در اختیار درمان‌گران می‌گذارد.

جدول ۱- آزمایش مواد در ادرار

نام ماده	نیمه‌عمر (ساعت)	زمان شناسایی پس از آخرین مصرف
مورفین	۲-۴	۲۴-۷۲ ساعت
کدیین	۶-۸	۲۴-۷۲ ساعت
هروئین	۲-۳	۲۴-۷۲ ساعت
متادون	۱۵-۶۰	۷-۱۰
حشیش (کانابینوئیدها)	۱۰-۴۰	یک بار مصرف ۱-۳ روز مصرف متوسط ۳-۵ روز مصرف سنگین ۱۰ روز
آمفتامین	۱۰-۱۵	۲۴-۷۲ ساعت
مت‌آمفتامین	۸ ساعت	۲۴-۷۲ ساعت
کوکائین	۰/۸-۶/۰	۲۴-۹۶ ساعت
باربیتورات‌ها	۲۰-۹۶	۱-۲ روز
بنزودیازپین‌ها	۲۰-۹۰	۳ روز بعد از دوز درمانی
فن‌سیکلیدین	۷-۱۶	۱۴-۳۰ روز
ال‌اس‌دی	-	۱/۵-۵ روز
الکل	-	تا ۱۲ ساعت، بعد از جذب کاهش با سرعت ۰/۰۲ میلی‌گرم/دسی‌لیتر در ساعت

آزمایش ادرار روش انتخابی در ارزیابی مصرف اخیر مواد در جایگاه‌های بالینی است.

کیت‌های سریع آزمایش ادرار جهت اغلب مواد به صورت جداگانه در دسترس است. پنجره تشخیص مواد مختلف در آزمایش ادرار متفاوت است. در مصرف مواد غیرقانونی رایج مانند مورفین و مت‌آمفتامین دوره زمانی تشخیص ماده در آزمایش ادرار ۷۲-۴۸ ساعت است. در جدول ۱ پنجره تشخیصی مصرف اخیر مواد مختلف ارایه شده است. پنجره تشخیصی ارزیابی مصرف اخیر مواد در مطالعات مختلف متفاوت است. جدول ارایه شده در اینجا برگرفته از کتاب لويس ۲۰۱۷ است.

معاینه

علاوه بر گزارش شخصی و آزمایش ادرار، مشاهده مستقیم شاخص‌های رفتاری و روان‌شناختی برای مصرف مواد می‌تواند مکمل مفیدی برای فرآیند ارزیابی باشد. یک چک‌لیست ساده همچون وجود جای تزریق اخیر، محل زخم مربوط به تزریق قدیمی، علائم محرومیت و مسومیت مواد به این منظور می‌تواند کمک‌کننده باشد.

مقیاس بالینی محرومیت مواد افیونی ۱ یک پرسش‌نامه ۱۱-آیتمی است که جهت اندازه‌گیری شدت محرومیت از مواد افیونی (به عنوان مثال اندازه مردمک، تعریق و...) استفاده می‌شود.

گزارش دیگران

گزارش والدین برای شناسایی بسیاری از مشکلات سلامت روان همچون نقص توجه و بیش‌فعالی و مشکلات سلوک نسبتاً معتبر است. با این حال بعید است والدین بتوانند گزارش دقیقی از دفعات و مقدار مصرف مواد فرزند خود ارایه نمایند.

جمع‌آوری اطلاعات از هم‌تایان اگر در حال حاضر مصرف‌کننده مواد نبوده یا در درمان باشند، ارزشمند خواهد بود. هر چند دسترسی به هم‌تایان دشوار بوده و این کار به اخذ موافقت خود بیمار و رضایت والد/مراقب/قیم قانونی او نیاز دارد.

خصوصیات بالینی اختصاصی انواع مواد

سیر زمانی شکل‌گیری اختلال بر حسب خصوصیات هر فرد، نوع ماده مصرفی و طریقه مصرف متفاوت است. هر یک از انواع مواد مجموعه‌ای از مشکلات اختصاصی را برای کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده مواد ایجاد می‌نماید که واجد اهمیت بالینی هستند. خصوصیات بالینی اختصاصی مهم طبقات مختلف مواد شایع مورد مصرف در کودکان و نوجوانان در کشور در بسته آموزشی درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان ارایه شده است.

¹ Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

اقدامات ضروری جهت درمان:

مطالعات حوزه درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان در ابتدای راه خود است، اما در سال‌های اخیر شاهد پیشرفت‌هایی در زمینه معرفی مداخلات دارویی و روان‌شناختی مؤثر بوده‌ایم.

تطبیق جایگاه درمانی

برای برنامه‌ریزی درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به وابستگی به مواد افیونی سطح و نوع مداخله درمانی مورد نیاز باید تعیین شود. به تطبیق نیازهای فرد با یک مداخله درمانی (مثلاً درمان نگهدارنده با بوپرنورفین)، بدون توجه به جایگاه درمانی تطبیق روش درمانی ۱ و به تطبیق نیازهای مراجع با میزان جامعیت و تخصصی بودن خدمات در یک جایگاه درمانی خاص (مثلاً درمان سرپایی، بستری یا اقامتی) تطبیق جایگاه درمانی ۲ گفته می‌شود.

به دلیل اثرات شدیدتر اختلالات مصرف مواد بر حوزه‌های کارکردی در کودکان و نوجوانان، آنها معمولاً در مقایسه با بزرگسالان به مراقبت‌های جامع‌تر و سطوح مراقبت تخصصی‌تر در مقایسه با بزرگسالان نیاز دارند.

به طور معمول، زمانی که یک سطح مراقبت مورد نیاز برای درمان اختلالات مصرف مواد در دسترس نیست، محدودیت در منابع باید از طریق ارایه خدمات در سطوح دیگر مراقبت در دسترس پوشش داده شود. به دلیل ملاحظات ایمنی این موضوع معمولاً منجر به درمان مراجع در سطوح مراقبت بالاتر می‌شود. به عنوان مثال در نوجوان مبتلا به وابستگی به ترامادول که بر اساس ارزیابی نیاز به درمان سرپایی دارد در صورت فراهم نبودن خدمات سرپایی تخصصی یا فوق تخصصی، درمان ناگزیر در بخش بستری روان‌پزشکی کودک و نوجوان انجام می‌پذیرد. این موضوع در کوتاه‌مدت منجر به دریافت خدمات تخصصی‌تر برای نوجوان می‌گردد، اما نیازهای درمانی طولانی‌مدت فرد را پوشش نمی‌دهد.

برای انتخاب سطح و جایگاه ارایه درمان چندبعدی در حوزه‌های زیر باید انجام پذیرد:

- بعد ۱- مسمومیت و محرومیت
- بعد ۲- بیماری‌ها و عوارض طبی
- بعد ۳- بیماری‌ها و عوارض هیجانی، رفتاری و شناختی
- بعد ۴- آمادگی برای تغییر

¹ modality matching

² placement matching

- بعد ۵- عود، تداوم مصرف یا پتانسیل تداوم مشکل

- بعد ۶- محیط بهبودی/زندگی

وضعیت کودک یا نوجوان مبتلا به وابستگی به مواد در هر یک از این ابعاد راهنماهایی درباره تعیین سطح مراقبت مطلوب در اختیار درمان‌گران قرار می‌دهد.

در نظام درمان اعتیاد در کشور خدمات شناسایی و درمان اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جایگاه‌های اختصاصی درمان اعتیاد در سطوح سرپایی، اقامتی و بستری ارائه می‌گردد.

سطح مراقبت مناسب برای ارائه درمان، پایین‌ترین (محدودیت کمتر برای بیمار و هزینه کمتر برای نظام درمانی) سطحی از مراقبت است که می‌توان به صورت ایمن و مؤثر مداخلات درمانی را ارائه کرد.

درمان سرپایی

در صورتی که بیمار مبتلا به وابستگی به مواد افیونی در ارزیابی چندبعدی ویژگی‌های زیر را داشته باشد، جهت درمان سرپایی مناسب است:

- خطر عوارض جدی و تهدیدکننده حیات در طول دوره قطع مصرف مواد وجود نداشته باشد (بعد ۱).

- بیماری یا اختلال طبی یا روان‌پزشکی حاد یا اورژانسی وجود نداشته باشد (ابعاد ۱ و ۲).

- سابقه عودهای مکرر در دستیابی به اهداف اولیه درمان در درمان سرپایی وجود نداشته باشد (بعد ۴).

- محیط خانواده و زندگی فرد برای دستیابی به بهبودی، امن و حمایت‌کننده باشد (بعد ۶).

قدم بعدی درمان این گروه از بیماران و خانواده‌های آنها ارزیابی میزان انگیزه و آمادگی آنها برای شرکت در یک برنامه ساختارمند درمان سرپایی است. لازم است که دیدگاه‌ها و انتظارات بیماران و خانواده‌ها درباره نوع درمان مناسب مورد کاوش قرار گرفته و به سؤالات و نگرانی‌های آنها پاسخ داده شود. استفاده از یک سبک انگیزشی همکاری بیمار و خانواده او را جهت درگیر شدن و مشارکت در برنامه درمان سرپایی تقویت می‌نماید.

در بیمارانی که آمادگی و انگیزه جهت تغییر رفتار مصرف مواد را ندارند، در کنار تکنیک‌های تقویت انگیزه، استفاده از یکی از دو رویکردهای زیر به تناسب می‌تواند مفید باشد:

- افزایش دوز مداخله در سطح سرپایی از طریق مشاوره با خانواده به منظور حذف عوامل خانوادگی میدان‌دهی^۱ در مصرف، فشار مدرسه در درمان

- کاهش دوز مداخله در سطح سرپایی از طریق تمرکز مداخله روی سایر مشکلات مرتبط و/یا غیرمرتبط با مصرف مواد و در نظر گرفتن اهداف بینابینی

در بیمارانی که آمادگی و انگیزه کافی جهت آغاز درمان ندارند خصوصاً در نوجوانان بزرگ‌تر، استفاده اجباری از درمان‌های محدودکننده (مثل بستری اجباری در سطح ۳) غیرسازنده بوده و ممکن است منجر به بدتر شدن اعتیاد در طولانی‌مدت شود. البته باید توجه داشت اورژانس‌های طبی یا روان‌پزشکی استثناء محسوب می‌شود. هدف اصلی از مداخله، برقراری ارتباط درمانی قوی با بیمار به منظور اثرگذاری بر پیامدهای درمانی طولانی‌مدت است. هر چند، یک دوره بستری اجباری چند هفته‌ای یا چند ماهه با دستیابی به پرهیز در کوتاه‌مدت همراه است، اما بر پیامدهای طولانی‌مدت (۱۲ ماهه) مرتبط با مصرف مواد و کارکردهای نوجوان تأثیری ندارد.

برنامه‌های روزانه ۲ که امکان ارایه خدمات جامع درمانی به مدت ۲۰ ساعت یا بیشتر در هفته را فراهم می‌کنند، جایگاه‌های مناسبی در خدمات درمان و توان‌بخشی نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد دارند. به برنامه‌های روزانه در منابع بین‌المللی، بستری نسبی^۳ نیز گفته می‌شود. در صورتی که محیط خانه ایمنی و ثبات کافی جهت حمایت از بهبودی فرد داشته باشد، اقامت روزانه می‌تواند مداخلات توان‌بخشی و بازتوانی را در حد برنامه‌های اقامتی تأمین نماید. ارائه برنامه‌های روزانه در کشور ما توسعه چندانی نداشته، با این وجود متناسب با توسعه برنامه‌های روزانه جهت درمان و بازتوانی اختلالات روان‌پزشکی در کشور، خدمات درمان اختلالات مصرف مواد کودکان و نوجوانان می‌تواند به صورت ادغام‌یافته در این جایگاه‌ها ارایه گردند.

یکی از اهداف مداخلات رفتاری کودکان و نوجوان، بازگرداندن مراجع به مدرسه و بهبود کارکرد تحصیلی او است. به طور معمول، در درمان سرپایی کودکان و نوجوانان، بیمار باید جهت شرکت در کلاس‌های مدرسه تشویق شده و در ساعات قبل یا بعد از مدرسه به قصد شرکت در جلسات درمانی به اتفاق والدین یا مراقبان مراجعه نماید.

درمان بستری

سطح سه مراقبت‌های درمان و بازتوانی اعتیاد از برنامه‌های اقامتی و بستری تشکیل شده‌اند. ملاک‌های قراردادی مراجعان در برنامه‌های اقامتی و بستری درمان اعتیاد به شرح زیر است:

¹ enabling

² day programs

³ partial hospitalization

- لازم است مراجعانی که از یک اورژانس طبی یا روان‌پزشکی رنج می‌برند (ابعاد ۱ تا ۳) در سطح بستری خدمات درمانی را دریافت نمایند.
- مراجعانی که یک اورژانس طبی یا روان‌پزشکی ندارند (ابعاد ۲ و ۳)، اما به دلیل مشکلات همبود (غیراورژانسی) هیجانی، شناختی و رفتاری (بُعد ۳) در دستیابی به اهداف اولیه درمان سرپایی مکرراً دچار شکست شده‌اند (بعد ۵ ارزیابی) یا به دلیل نداشتن محیط بهبودی مناسب (بعد ۶ ارزیابی) امکان ارایه درمان سرپایی برای آنها فراهم نیست، از درمان اقامتی نفع می‌برند.

این ملاک‌ها به صورت در مطالعات بین‌المللی جهت قراردعی نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مشکلات بُعد ۶ که می‌تواند مطرح‌کننده نیاز به درمان اقامتی نوجوانان باشد، عبارتند از: محیط خانه ناآمن و آشفته، مصرف مواد در خانواده و رفتارهای ضداجتماعی که جداسازی طولانی‌مدت و درمان اقامتی جهت غلبه بر تأثیرات منفی آنها ضرورت دارد. در برخی موارد مراکز اقامتی انتخاب‌های مناسبی جهت محافظت اقامتی طولانی‌مدت در برابر اثرات سمی مواجهه با مصرف مواد، زندگی در محیط زندگی مشکل‌دار یا زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد و رفتارهای اجتماعی است.

کاربرد بالینی ملاک‌های قراردعی

گروه تدوین‌کننده این پروتکل توصیه می‌کند تمام کودکان و نوجوانان مشکوک یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد در یک مرکز فوق تخصصی یا تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد کودکان و نوجوانان به صورت جامع مورد ارزیابی قرار گرفته و بر اساس نتایج آن تطبیق جایگاه درمانی در سطح سرپایی یا بستری زیر نظر فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان یا متخصص روان‌پزشکی آموزش دیده انجام پذیرد.

خدمات اقامتی ویژه کودکان و نوجوانان در کشور توسعه اندکی داشته است. تا زمان شکل‌گیری مدل مؤثر و مقرون به صرفه برنامه‌های اقامتی ویژه کودکان و نوجوان، خدمات مورد نیاز، می‌تواند از طریق جایگاه‌های بستری ارایه شود.

در مواردی که محیط بهبودی جهت درمان مناسب نیست (بُعد ۶)، یک جایگزین برای درمان بستری، شامل انتقال مراجع به یک مرکز نگهداری شبه‌خانواده سازمان بهزیستی و ارایه خدمات درمان اعتیاد از طریق جایگاه‌های سطح ۲ است. در این موارد درمان‌گر باید منافع و خطرات بالقوه فرآیند قانونی جداسازی و انتقال به مراکز نگهداری شبه‌خانواده سازمان بهزیستی را به دقت در نظر گیرد.

روند برنامه‌های درمان و بازتوانی اعتیاد در حال حرکت از برنامه‌های با دوره زمانی ثابت به برنامه‌های با دوره زمانی منعطف متناسب با نیازهای هر مراجع است. با این حال، به نظر می‌رسد در هر مداخله درمانی یک آستانه زمان حداقلی مشخص پیش‌بینی‌کننده پیامدهای درمانی مطلوب باشد.

در صورتی که یک برنامه درمانی در دستیابی به اهداف خود ناموفق عمل کند، لازم است بر اساس نتایج پایش و ارزیابی دوره‌ای وضعیت بیمار برنامه درمان مورد بازبینی قرار گیرد. بازبینی برنامه درمان می‌تواند شامل تغییر در نوع و سطح ارایه مراقبت باشد.

درمان اعتیاد در کودکان و نوجوانان یک فرآیند طولانی مدت است. به دلیل ماهیت مزمن و عودکننده اختلالات مصرف مواد، منطقی است که انتظار داشته باشیم درمان سیر طولانی مدت داشته باشد. با در نظر گرفتن این موضوع، در مراقبت مستمر از یک اختلال مزمن و عودکننده همچون اعتیاد، دارا بودن خوش بینی به درمان و نگرش «هرگز تسلیم نشو»^۱ در بیماران مقاوم به درمان توصیه می‌شود.

در حال حاضر به نظر می‌رسد درصد اندکی از کودکان و نوجوانان نیازمند درمان اختلالات مصرف مواد در کشور به این خدمات دسترسی دارند. انتظار می‌رود در قالب یک نظام سطح بندی شده با اولویت توسعه جایگاه‌های سرپایی و بستری فوق-تخصصی/تخصصی درمان اعتیاد امکان دسترسی به این خدمات در سطح کشور تسهیل گردد.

انتظار می‌رود با استفاده از ملاک‌های قراردادی بیماران ارایه شده در این بخش، درمان‌گران بتوانند شناخت بهتری از نیم‌رخ کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد و نیازهای درمانی آنها به دست آورده و متناسب با منابع و امکانات در دسترس بهترین سطح مراقبت را برای آنها انتخاب نمایند.

به منظور سنجش اعتبار ملاک‌های قراردادی بیماران و ارزشیابی پیامدهای درمانی، استفاده از ابزارهای ارزیابی چندبعدی و جامع معرفی شده در این سند در بدو مراجعه و سپس در فواصل زمانی مشخص توصیه می‌گردد.

مداخلات روانی، اجتماعی

هر گونه درمان اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان باید شامل یک برنامه روان‌درمانی استاندارد با یا بدون دارویی باشد. مداخلات مبتنی بر شواهد در درمان اختلالات مصرف مواد شامل خانواده‌درمانی‌های اختصاصی، درمان شناختی، رفتاری و مصاحبه انگیزشی می‌شوند.

درمان کودکان و نوجوانان باید توسط یک گروه چندرشته‌ای کارکنان شامل روان‌شناسان آموزش دیده ارایه گردد.

درمان روان‌شناختی اختلالات روان‌پزشکی همبود می‌تواند ماندگاری در درمان را افزایش دهد.

رویکردهای مبتنی بر خانواده بیشترین حمایت تجربی را دارند. مداخلات خانواده برای درمان مصرف مواد اهداف مشترکی را دنبال می‌کنند:

¹ never give up

- ارایه آموزش‌های روان‌شناختی درباره اختلالات مصرف مواد که مقاومت خانواده در درمان را کاهش داده و انگیزه و درگیری در برنامه درمان را تقویت می‌کند.

- کمک به والدین و خانواده جهت شروع و حفظ مراجعه نوجوان در درمان متناسب و دستیابی به پرهیز

- کمک به والدین و خانواده در ایجاد مجدد ساختار با تعیین حدود و پایش دقیق فعالیت‌ها و رفتارهای نوجوان

- بهبود ارتباطات در میان اعضای خانواده

- وارد کردن سایر اعضای خانواده در درمان یا گروه‌های حمایتی

رویه‌های درگیر کردن اختصاصی به عنوان بخشی از مداخلات مبتنی بر خانواده در این مداخلات ادغام شده است. سایر درمان‌های مبتنی بر خانواده مانند خانواده‌درمانی چندبعدی و درمان چندسیستمی نیز اجزای قوی برای درگیر کردن مراجع دارند.

درمان شناختی، رفتاری براساس این فرضیه بنا نهاده شده است که فرآیندهای یادگیری نقش مهمی در پیدایش رفتارهای مشکل‌ساز مثل مصرف مواد دارند. این روش درمانی اصول یادگیری شرطی‌سازی کلاسیک و عامل را برای اصلاح خطاهای شناختی و باورهای منفی زیربنای آن به کار می‌بندد. درمان شامل آموزش فنون اختصاصی به نوجوان جهت مقابله با مواد است. این فنون شامل موارد زیر می‌باشند:

- شناسایی موقعیت‌ها و شروع‌کننده‌های مصرف

- مهارت‌های مقابله با میل شدید به مصرف

- مدیریت افکار درباره مصرف

- نحوه برخورد با لغزش و عود

- مهارت‌های اختصاصی در زمینه عدم پذیرش مصرف مواد به عنوان مثال به نوجوان آموخته می‌شود، در چشمان فردی که به او مواد تعارف کرده مستقیم نگاه کرده و بلافاصله و به نحوی قاطع بگوید «نه»

- مهارت‌های مقابله عمومی‌تر شامل مهارت‌های ارتباطی، راهبردهای حل مسأله، مدیریت خشم و خلق، آموزش آرام‌بخشی

درمان شناختی رفتاری به صورت فردی یا گروهی در جایگاه‌های سرپایی یا اقامتی قابل ارایه است. شواهد متعددی اثربخشی درمان شناختی، رفتاری را در نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد با و بدون اختلالات روان‌پزشکی همبود نشان داده‌اند.

مصاحبه انگیزشی از مجموعه‌ای از راهبردها جهت کمک به افراد به منظور غلبه بر احساس دودلی (دوسوگرایی) درباره تغییر رفتار مصرف مواد و ورود به یک برنامه درمانی استفاده می‌شود.

این راهبردها عبارتند از:

- گوش دادن فعالانه
- ایجاد تفاوت‌ها^۱
- اجتناب از جر و بحث
- لغزیدن بر مقاومت^۲
- القای امید

درمان تقویت انگیزه در قالب ۱ تا ۴ جلسه درمانی فردی یا گروهی به‌تنهایی یا همراه با درمان شناختی، رفتاری استفاده می‌شود. در این مداخله، متعاقب ارزیابی بیمار بازخورد و توصیه به قطع مصرف به صورت غیرمقابله‌ای^۳ ارائه می‌گردد، در عین این که به مسئولیت شخصی فرد برای تصمیم‌گیری برای زندگی خود احترام گذاشته می‌شود.

مطالعات اثربخشی مصاحبه انگیزشی، مجموعه‌ای از عناصر مشترک در مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد انگیزشی را شناسایی نموده‌اند. این عناصر که به صورت کوتاه‌نوشت با سرنام^۴ FRAMES توصیف می‌شوند، عبارتند از:

- بازخورد
- توصیه
- منوی گزینه‌ها
- همدلی
- مسئولیت شخصی

¹ developing discrepancy

² rolling with resistance

³ non-confrontational

⁴ acronym

• خودکارآمدی

مصاحبه انگیزشی از طریق افزایش حجم و عمیق «کلام تغییر» انگیزه فرد برای تغییر را بالا می‌برد. نوجوانان عموماً در برابر رویکردهای هدایت‌گرانه و مقابله‌ای مقاومت نشان می‌دهد و اغلب برای تغییر رفتار دودل و کم انگیزه هستند. این موضوع اهمیت استفاده از رویکردهای انگیزشی را مورد تأکید قرار می‌دهد.

اصول مصاحبه انگیزشی می‌تواند به صورت مؤثری در ترکیب با درمان‌های شناختی، رفتاری و رویکردهای مبتنی بر خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

درمان دارویی

شواهد حمایت‌کننده از درمان دارویی اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان اندک است. لازم است که این عوامل دارویی فقط بعد از مرور دقیق اقدامات پیشین درمانی تجویز گردند. هر گونه مداخله دارویی در درمان اختلالات مصرف مواد باید در پس‌زمینه یک برنامه جامع مداخلات روانی، اجتماعی شامل راهبردهایی جهت افزایش درگیری در درمان و پایبندی به دارو باشد.

فارماکوکینیک و فارماکودینامیک داروها در کودکان و نوجوانان با بزرگسالان متفاوت است. به علاوه در دوره نوجوانی تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک متعددی در فرد در حال رخ دادن است که درک اثرات دارو را بر روی فرد پیچیده می‌کند. در واقع نوجوان، یک بزرگسال کوچک نیست و دارو ممکن است بر روی او در مراحل مختلف رشدی اثرات متفاوتی بگذارد.

شروع یک رژیم دارویی جدید می‌تواند بر الگوهای خواب و اشتها، فرد اثر گذاشته و باعث ایجاد تنش روانی برای او شود. توصیه می‌شود نوجوان و خانواده یا مراقبان او از این موضوع مطلع باشند و در صورت وقوع هر گونه عوارض جانبی موضوع را با درمان‌گر در میان بگذارند. توجه به تغذیه مناسب، مصرف کافی مایعات و رعایت اصول بهداشت خواب به منظور به حداقل رساندن این گونه عوارض توصیه می‌گردد.

در تنظیم دوز دارو در درمان بازگیری از مواد در کودکان و نوجوان باید دقت کافی صورت پذیرد تا از یک طرف علائم به اندازه کافی کنترل شده و از طرف دیگر از بروز عوارض جانبی اجتناب گردد.

دریافت آب و غذا در طول دوره محرومیت از مواد برخی مواد (مثل مواد افیونی) به منظور اجتناب از بروز اختلالات الکترولیتی و هیپوگلیسمی اهمیت اساسی دارد.

تعیین نیاز به درمان دارویی

درگیری با مصرف مواد در کودکان و نوجوانان در بسیاری از موارد هنوز به سطح وابستگی نرسیده است. آنها ممکن است دوره‌های مصرف افراطی مواد مختلف را ذکر کنند که معمولاً با تظاهرات مسمومیت و بیش‌مصرفی خود را نشان می‌دهد. این بیماران ممکن

است جهت درمان مسمومیت به درمان طبی نیاز پیدا کنند، اما تا زمانی که مصرف آنها به حد وابستگی فیزیولوژیک نرسیده اغلب نیاز به مداخلات دارویی برای درمان وابستگی به مواد افیونی نخواهند داشت. باید توجه داشت که علائم و نشانه‌های اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان با سندرم محرومیت از مواد اشتباه نشود.

به طور معمول جهت شروع درمان دارویی وابستگی به مواد افیونی، وجود نشانه‌های عینی محرومیت و آزمایش مثبت از نظر مصرف اخیر مواد افیونی (مانند مورفین یا ترامادول) ضرورت دارد. در صورت منفی بودن آزمایش ادرار یا فقدان نشانه‌های عینی محرومیت در صورت نیاز به مداخله دارویی می‌توان از کلونیدین و درمان‌های علامتی استفاده نمود.

در جایگاه‌های تادیبی به علت فاصله زمانی بین آخرین مصرف و اولین ویزیت، نتیجه آزمایش ادرار ممکن است منفی باشد. در این گونه موارد معاینه از نظر علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی و اطلاعات به دست آمده از شرح حال و منابع جانبی دیگر می‌تواند کمک‌کننده باشد.

عوامل زیر در جهت گرفتن تصمیم در خصوص تعیین نیاز به درمان دارویی می‌تواند کمک کند:

- تاریخچه مصرف: کمیت، دفعات، زمان آخرین مصرف، طریقه مصرف انواع مواد
- علائم و نشانه‌های محرومیت
- آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی
- یافته‌های معاینه فیزیکی به عنوان مثال آثار تزریق
- اطلاعات جانبی دیگر همچون خانواده، گزارش درمان‌گران قبلی بیمار

قطع تریاک منجر به شروع محرومیت در عرض ۱۰-۸ ساعت و قطع هروئین منجر به شروع علائم محرومیت در عرض ۶-۴ ساعت شده و در عرض ۳۶ تا ۷۲ ساعت به اوج می‌شود. با متادون و بوپرنورفین علائم محرومیت دیرتر شروع و طولانی‌تر ادامه پیدا می‌کند.

انتخاب درمان دارویی

پیش از تصمیم‌گیری درباره نوع مداخله دارویی در درمان وابستگی به مواد افیونی تعیین سطح مداخله اهمیت اساسی دارد. تعیین سطح مداخله بر اساس یک ارزیابی جامع و چندبعدی صورت می‌پذیرد. در صورت وجود خطر جدی و قریب‌الوقوع در هر یک از حوزه‌های محرومیت/مسمومیت، بیماری‌های جسمی و اختلالات روان‌پزشکی (ابعاد ۱ تا ۳ ارزیابی) ضروری است که درمان بیمار در سطح بستری در یک بخش فوق‌تخصصی/تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد کودکان و نوجوانان ارایه گردد. علاوه بر این، در

کودکان و نوجوانانی که مشکل جدی در بعد ۶ (نداشتن محیط زندگی حمایت‌کننده از بهبودی) دارند، مداخله بستری به منظور عرضه مداخلات اجتماعی و خدمات حمایتی ممکن است ضرورت پیدا کند.

وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی یک مشکل اورژانسی کودکان و نوجوانان محسوب نمی‌شود. به عنوان یک اصل ضروری است که هر گونه مداخله دارویی در درمان وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی، بعد از تثبیت مشکلات اورژانسی به لحاظ طبی، روان‌پزشکی و اجتماعی انجام پذیرد. به عنوان مثال در یک کودک خیابانی وابسته به مواد افیونی لازم است که ارزیابی جامع فوریت‌های اجتماعی شامل بی‌خانمانی (خیابانی بودن)، کودک‌آزاری و بدسرپرستی به دقت در نظر گرفته شده و مداخله متناسب ارائه گردد. همچنین در این بیمار به صورت موازی در خصوص ارائه درمان دارویی بازگیری یا تثبیت اقدام می‌شود. یک رویه غلط در برخورد با بیمار فوق بازگیری بستری از مواد افیونی بدون توجه به شرایط ناپایدار محیطی، خانوادگی و اجتماعی کودک است که می‌تواند عود به مصرف مواد با فاصله زمانی کوتاهی بعد از درمان را به دنبال داشته باشد.

برنامه‌ریزی درمان در وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان از یک رویکرد مراقبت پلکانی با افزایش تدریجی جامعیت مداخله درمانی پیروی می‌نماید.

هر گونه مداخله دارویی در درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان باید در پس‌زمینه یک برنامه درمانی جامع متمرکز بر درمان اختلالات طبی و روان‌پزشکی همبود و بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و رفاهی فرد ارائه گردد.

مداخله دارویی برای درمان بی‌خوابی جهت بیمارانی در نظر گرفته شود که به مداخلات غیردارویی پاسخ نداده‌اند و علی‌رغم تثبیت بر روی دارو یا تکمیل دوره بازگیری از مشکلات خواب رنج می‌برند. در صورتی که رویکردهای غیردارویی یا دارودرمانی‌های معمول مثل آنتی‌هیستامین‌ها در درمان بی‌خوابی مؤثر نبوده و باعث خستگی و/یا ناراحتی در طول روز شده باشد، یک دوره کوتاه‌مدت استفاده از داروهای همچون زولپیدم یا بنزودیازپین‌ها، را می‌توان در بیمار در نظر گرفت. نباید استفاده از بنزودیازپین‌ها بیش از یک هفته تجاوز کند زیرا ممکن است منجر به وابستگی در بیمار گردد. در این گونه موارد ارزیابی دقیق‌تر بیمار از نظر علل بی‌خوابی شامل اختلالات روان‌پزشکی همبود باید در نظر گرفته شود.

استفاده از داروهای ضدافسردگی دارای خصوصیات خواب‌آور همچون ترازودون یا میرتازاپین صرفاً به منظور درمان بی‌خوابی در نوجوانان توصیه نمی‌شود.

در ادامه ملاک‌های انتخاب درمان دارویی برای وابستگی به مواد افیونی در گروه‌های سنی کودکان (زیر ۱۲ سال) و نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) به تفکیک ارائه شده است.

- درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان (زیر ۱۲ سال)

مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد در کودکان زیر ۱۲ سال کمتر تقویت‌کننده است و بروز وابستگی به مواد در این دوره سنی غیرشایع بوده و در صورت وجود با مشکلات شدید به لحاظ ناپایداری وضعیت خانواده و محیط همراه است. بنابراین در درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان ارزیابی و مداخله درباره موضوعاتی نظیر مصرف مواد در خانواده، کودک‌آزاری، صلاحیت سرپرستی والدین و... اهمیت اساسی دارد.

در صورت وجود وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی در کودکان استفاده از درمان علامتی با استفاده از کلونیدین و درمان‌های علامتی دیگر توصیه می‌گردد. شواهد درباره ایمنی و اثربخشی درمان نگهدارنده با نالترکسان در کودکان زیر ۱۲ سال کافی نیست، لذا گروه تدوین‌کننده سند حاضر، استفاده از این رویکرد درمانی را توصیه نمی‌کند.

• درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال)

در نوجوانان وابسته به مواد افیونی بازگیری با بوپرنورفین و در صورت تناسب تداوم درمان با نالترکسان خوراکی توصیه می‌شود. در صورتی که یک اقدام به بازگیری با بوپرنورفین موفق نبوده یا برخی شاخص‌های نشان‌دهنده خطر بالا وجود داشته باشد، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین می‌تواند از ابتدا در نظر گرفته شود. ملاک‌های نشان‌دهنده خطر بالا عبارتند از:

- مصرف تزریقی مواد
- عفونت اچ‌آی‌وی یا هپاتیت سی
- زندانی بودن
- بارداری
- سابقه بیش‌مصرفی مکرر
- تخریب شدید ناشی از اعتیاد به مواد افیونی که با مشکلات شدید تنظیم هیجانی، افت شدید عملکرد تحصیلی و/یا درگیری در فعالیتهای غیرقانونی مشخص می‌شود.

لازم است درمان با بوپرنورفین به صورت بازگیری یا نگهدارنده به عنوان دارودرمانی انتخابی در وابستگی به مواد افیونی (اعم از مواد افیونی غیرقانونی و داروهای آپئوئیدی تجویز شده همچون ترامادول) در نوجوانان در نظر گرفته شود. درمان نگهدارنده با متادون جزء در موارد استثناء نباید برای اشخاص زیر ۱۸ سال مورد استفاده قرار گیرد. موارد استثنا برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون در نوجوانان وابسته به مواد افیونی عبارتند از:

○ سن بالای ۱۶ سال،

○ ملاک‌های خطر بالا نظیر مصرف هروئین، تزریق مواد، عفونت اچ‌آی‌وی و هیپاتیت سی، زندانی بودن، بارداری، سابقه بیش مصرفی مکرر و تخریب شدید ناشی از اعتیاد به مواد افیونی و

○ عدم پاسخ به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

درمان نگهدارنده عموماً یک هدف درمانی در نوجوانان به حساب نمی‌آید گرچه اقلیتی از نوجوانان ممکن است از یک دوره کوتاه مدت درمان نگهدارنده و سپس کاهش دوز سود برند. طول مدت درمان نگهدارنده در این گروه از بیماران می‌تواند چندین ماه باشد و به شدت وابستگی، مشکلات در سایر حوزه‌های کارکردی و میزان حمایت خانوادگی بستگی دارد.

در صورت تجویز درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست ضروری است که نیاز به تداوم درمان در فواصل زمانی ۳ ماهه مورد بازبینی قرار گرفته و کاهش تدریجی دوز و قطع دارو در صورت تناسب مد نظر گرفته شود.

ویزیت منظم بیماران ضروری بوده و دوز دارو باید بر اساس نیاز هر بیمار بازبینی شود. طول دوره بهینه برای درمان باید به صورت انفرادی تعیین شود. تجویز هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی برای درمان مشکلات روان‌پزشکی در مواردی مورد نیاز است.

برای اطلاعات بیشتر درباره فارماکولوژی کلونیدین، بوپرنورفین، نالتراکسون و متادون و شواهد ایمنی و اثربخشی درمان با این داروها در درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان به بسته آموزشی درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان مراجعه شود.

پروتکل بازگیری با کلونیدین

در کنترل علائم و نشانه‌های محرومیت کودکان (زیر ۱۲ سال) وابسته به ترکیبات افیونی، درمان بازگیری با کلونیدین توصیه می‌شود. خط اول بازگیری از مواد افیونی در نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ ساله) درمان با بوپرنورفین است، در این گروه جمعیتی کلونیدین به عنوان روش درمان بازگیری در بیمارانی مناسب خواهد بود که تمایل به درمان با بوپرنورفین نداشته یا سطح وابستگی خفیف یا نامشخص به مواد افیونی دارند.

کلونیدین همچنین می‌تواند به عنوان درمان کمکی در انتهای دوره بازگیری با بوپرنورفین در تخفیف علائم محرومیت استفاده شود. کلونیدین به صورت قرص خوراکی آنی‌رهش با دوز ۰/۲ میلی‌گرم در فارماکوپه کشور ما در دسترس است.

در بازگیری با کلونیدین توجه به نکات زیر لازم است:

- اندازه‌گیری فشارخون و ضربان قلب پایه

- توضیح کامل در باره اثرات دارو و سیر مورد انتظار در درمان به بیمار و خانواده/مراقبان
 - به بیمار توضیح داده شود که استحمام با آب داغ یا دوش طولانی نگیرد، زیرا منجر به اتساع وریدی و افت فشار خون می گردد.
 - تجویز دوز شروع ۰/۱ - ۰/۰۵ میلی گرم دو بار در روز، این دوز را می توان در مقادیر ۰/۱ - ۰/۰۵ میلی گرم روزانه تا حداکثر ۱/۲ میلی گرم در روز افزایش داد.
 - دوز دارو بر حسب شدت علائم محرومیت و تحمل بیمار به عوارض جانبی شامل افت فشار خون وضعیتی تنظیم می شود.
 - در هر نوبت معاینه و پس از هر تغییر دوز ارزیابی از نظر نبض، فشار خون و عوارض جانبی ضروری است.
 - پزشک درمان گر موظف است که در صورت کاهش ضربان قلب به زیر ۵۵ یا افت فشار خون سیستولیک زیر ۹۰ یا دیاستولیک زیر ۶۰ میلیمتر جیوه آن نوبت تجویز دارو را متوقف نماید.
 - لازم است که دوز دارو به مدت ۷-۵ روز ثابت نگه داشته شود.
 - پزشک درمان گر دوز دارو را در مقادیر ۰/۲-۰/۱ میلی گرم هر ۴-۲ روز کاهش داده و قطع نماید.
 - لازم است که پزشک در طول معاینات کاهش دوز دارو نیز، فشار خون بیمار را ارزیابی نماید. در صورت وقوع افزایش فشار خون برگشتی سرعت کاهش دوز را کاهش دهد.
- عوارض جانبی کلونیدین شامل افت فشار خون، خشکی دهان، خواب آلودگی و برادیکاردی می شود. در شروع درمان و سپس به صورت منظم ضروری است که فشار خون و ضربان قلب بیمار چک شود. ایمنی دارو در بارداری و شیردهی تأیید نشده است (گروه C).
- اگر پزشک درمان گر برای کودک کلونیدین را شروع کرده، جهت پیشگیری از هر نوع تداخل دارویی احتمالی از تجویز داروهای که حاوی آتروپین هستند مثل لوموتیل (دیفنوکسیلات و آتروپین) پرهیز نماید.
- داروهای کمکی مورد استفاده در سم زدایی با کلونیدین
- درد

در نوجوانان ایبوپروفن با دوز ۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت لزوم، تا حداکثر ۱۲۰۰ میلی گرم در روز

در کودکان ۶-۱۲ سال ایبوپروفن با دوز ۱۰-۴ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز تا ۴ بار در روز (تا حداکثر ۱۲۰۰ میلی‌گرم در روز) محاسبه و تجویز گردد.

• تهوع و استفراغ

در نوجوانان دیفن‌هیدرامین یا هیدروکسی‌زین با دوز ۱۰۰-۲۵ میلی‌گرم، هر ۸-۶ ساعت در صورت نیاز در کودکان دیفن‌هیدرامین یا هیدروکسی‌زین با دوز ۱ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز، هر ۸-۶ ساعت در صورت نیاز

• اسهال

لوپرامید ۲ میلی‌گرم با دوز شروع ۴-۲ میلی‌گرم تجویز شود. بعد از هر نوبت که بیمار شکمش شل کارکرده ۲-۱ میلی‌گرم تا حداکثر ۱۶ میلی‌گرم در روز می‌تواند تجویز گردد.

در بیمارانی که به دلیل اسهال یا استفراغ‌های مکرر دچار کمبود آب بدن یا دهیدراتاسیون شده‌اند، جایگزینی مایعات و اصلاح الکترولیت‌ها در صورت نیاز باید انجام شود.

علائمی مثل بی‌اشتهایی، هیپوترمی و هیپوگلیسمی شایع‌ترین مشکلات در مراحل اولیه بازگیری مواد افیونی هستند. توصیه به دریافت آب و مایعات کافی در طول دوره بازگیری به بیماران صورت پذیرد.

در هنگام تجویز داروهای جانبی توصیه می‌شود از پایین‌ترین دوز درمانی مؤثر استفاده شود.

پروتکل بازگیری با بوپرنورفین در نوجوانان

لازم است که به بیمار و خانواده او درباره درمان با بوپرنورفین و پتانسیل بوپرنورفین در القای علائم محرومیت آموزش کافی داده شود. بدون توضیح کافی ویژگی‌های هر روش درمانی امکان اخذ رضایت آگاهانه از والدین و موافقت آگاهانه از نوجوان وجود نخواهد داشت. هنگام تجویز تحت نظارت دارو باید حداقل به مدت ۱۰ دقیقه بیمار تحت نظر گرفته شود.

لازم است که جهت به حداقل رساندن خطر القای علائم محرومیت در دریافت اولین دوز بوپرنورفین حداقل به مدت ۸ ساعت از آخرین مصرف هروئین، ۱۲ ساعت از آخرین مصرف تریاک و ۳۶-۲۴ ساعت از آخرین مصرف متادون بیمار گذشته باشد. محرومیت از مواد افیونی القاء شده در صورت وقوع در عرض ۳-۱ ساعت از اولین دوز شروع، در عرض ۶ ساعت به حداکثر رسیده و سپس فروکش می‌کند. در صورت وقوع محرومیت شدید استفاده از داروهای کمکی همچون کلونیدین اندیکاسیون دارد.

در مطالعات درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوان نشان داده شده است سم‌زدایی با بوپرنورفین در مقایسه با کلونیدین با موفقیت بیشتر در دستیابی به پرهیز همراه است و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین از سم‌زدایی با بوپرنورفین از نظر نگهداشتن بیماران در درمان موفق‌تر عمل می‌کند.

بازگیری از بوپرنورفین در دو فاز به شرح زیر اجرا می‌شود: (یک) القاء و (دو) بازگیری.

اهداف مرحله القاء عبارت است قطع مصرف مواد افیونی غیرمجاز و انتقال بیمار به بوپرنورفین است به طوری که: (۱) نشانه‌ها و علائم محرومیت کاملاً کنترل شده یا ناچیز باشد. (۲) شروع بوپرنورفین باعث القای سندرم محرومیت در بیمار نشود. (۳) علائم و نشانه‌های تجویز دوز بیش از حد مورد نیاز بروز نکند.

مراحل القای درمان به شرح زیر است:

- ویزیت بیمار و مشاهده علائم عینی محرومیت از مواد افیونی (شدت محرومیت ۱۳ یا بیشتر در COWS)
- شروع درمان حداقل ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف هروئین یا کراک، ۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف تریاک و ۳۶ - ۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف متادون
- توضیح کامل اثرات دارو به بیمار و خانواده
- اخذ موافقت آگاهانه نوجوان و رضایت آگاهانه والد/مراقب/قیم قانونی
- لازم است که بیمار دارو را به مدت ۱۰-۵ دقیقه بدون صحبت کردن زیر زبان خود نگاه دارد. به بیمار توضیح داده می‌شود که در طول این مدت می‌تواند آب دهان خود را قورت دهد اما باید از قورت دادن قرص‌های زیرزبانی اجتناب کند.
- شروع درمان با تجویز ۲-۴ میلی گرم بوپرنورفین زیرزبانی
- تحت نظر گرفتن بیمار به مدت ۲ ساعت و تجویز ۴-۰ میلی گرم داروی بیشتر در صورت نیاز (بدین ترتیب دوز روز اول بیمار در دامنه ۸-۲ میلی گرم تعیین می‌شود).
- در جایگاه بستری در نوجوانان بزرگ‌تر (وزن بالای ۷۰ کیلوگرم) افزایش دوز در روز اول تا ۱۲ میلی گرم مجاز است.
- در روزهای بعدی در صورت نیاز روزانه ۴-۲ میلی گرم (تا حداکثر ۱۶-۱۴ میلی گرم روزانه) میتوان دوز دارو را افزایش داد.
- تجویز تحت نظارت دارو

ارزیابی و پایش مداوم و مرور بالینی منظم و اطمینان بخشی به بهبود پایبندی به رژیم دارویی و ماندگاری در درمان کمک می کند. شایع ترین عوارض بوپرنورفین احساس طعم فلزی در دهان و سردرد است.

پس از القای موفقیت آمیز درمان با بوپرنورفین، از روز چهارم یا پنجم کاهش تدریجی دوز و قطع دارو آغاز می گردد. در درمان بستری و یا در صورت استفاده از یک رژیم بازگیری با دوز ثابت، کاهش دوز از روز دوم می تواند آغاز شود. لازم است که سرعت تجویز دوز در حدی باشد که باعث القای علائم و نشانه های محرومیت شدید در فرد بیمار نشود. در کادر ۲ جزییات سه رژیم بازگیری مختلف با استفاده از بوپرنورفین ارائه شده است.

در خصوص مؤثرترین رژیم بازگیری از بوپرنورفین در نوجوانان شواهد کافی در دسترس نیست. گزارش های بالینی حکایت از آن دارد که طول دوره درمان بازگیری معمولاً بر اساس نیازهای اختصاصی هر بیمار و جایگاه درمانی به صورت فردی تعیین می شود. با توجه به مرور شواهد موجود از کاربرد بوپرنورفین جهت بازگیری از مواد افیونی می توان گفت تعیین سرعت کاهش دوز بوپرنورفین از اصول کلی زیر پیروی می کند:

- در جایگاه بستری با توجه به امکان نظارت ۲۴ ساعته بیمار در یک محیط کنترل شده و ارائه مراقبت در یک محیط نظارت شده و به منظور کاهش هزینه های درمان، رژیم های بازگیری سریع تر در عرض ۲-۱ هفته توصیه می گردد.
- در جایگاه های سرپایی با توجه به امکان بالاتر لغزش و عود به مصرف مواد غیرمجاز، سرعت آهسته تر کاهش دوز به طور معمول سه هفته یا بیشتر توصیه می گردد.
- طول دوره بازگیری چه کوتاه و چه بلند باشد، علائم بازگیری معمولاً تا مدتی پس از خاتمه درمان دارویی تداوم می یابد. بنابراین ارائه آموزش و حمایت روانی، اجتماعی در خاتمه دوره بازگیری در کنار تجویز داروهای کمکی مثل دوز کم کلونیدین می تواند به تسکین علامتی بیمار کمک کند.

کادر ۲- کاهش تدریجی دوز بوپرنورفین

رژیم ۱	رژیم ۲	رژیم ۳
دامنه دوز	کاهش دوز روزانه	روز
بالای ۱۶ میلی گرم	۴ میلی گرم هر ۱-۲ هفته	روز ۱
۸-۱۶ میلی گرم	۲-۴ میلی گرم هفتگی	روز ۲-۴
۲-۸ میلی گرم	۲ میلی گرم هفتگی	روز ۵-۷
		روز ۸-۱۰
		روز ۱۱-۱۳
		روز ۱۴-۱۵
		روز ۱-۴
		روز ۵-۸
		روز ۹-۱۲
		روز ۱۳-۱۶
		روز ۱۷-۲۰
		روز ۲۱-۲۴
		روز ۲۵-۲۸
		روز ۲۹-۳۲
		روز ۳۳-۳۶
		روز ۳۷-۴۰
		روز ۴۱-۴۴
		روز ۴۵-۴۸
		روز ۴۹-۵۲
		روز ۵۳-۵۶
		روز ۵۷-۶۰
		روز ۶۱-۶۴
		روز ۶۵-۶۸
		روز ۶۹-۷۲
		روز ۷۳-۷۶
		روز ۷۷-۸۰
		روز ۸۱-۸۴
		روز ۸۵-۸۸
		روز ۸۹-۹۲
		روز ۹۳-۹۶
		روز ۹۷-۱۰۰

*کاهش بیشتر ۰/۴ میلی گرم هر ۳-۴ روز

در بیماران تثبیت شده بر روی متادون می‌توان بیمار را ابتدا به بوپرنورفین منتقل نموده و سپس بازگیری را با استفاده از این دارو انجام داد هر چند انتقال از دوزهای بالاتر از ۳۰-۲۰ میلی گرم متادون به بوپرنورفین امکان‌پذیر نیست، زیرا باعث القای علائم محرومیت شدید می‌شود، بنابراین در صورت دریافت دوز بالای متادون لازم است ابتدا دوز متادون بیمار به زیر ۳۰-۲۰ میلی‌گرم در روز رسیده سپس بیمار به بوپرنورفین منتقل گردد. در انتقال از متادون به بوپرنورفین لازم است حداقل ۳۶-۲۴ ساعت بین آخرین دوز متادون و اولین دوز بوپرنورفین فاصله زمانی در نظر گرفته شود.

در صورتی که در طول درمان بازگیری با بوپرنورفین لغزش‌های مکرر به مصرف مواد غیرمجاز رخ دهد، انتقال به درمان نگهدارنده بوپرنورفین می‌تواند در نظر گرفته شود.

در طول دوره بازگیری از مواد افیونی بیمار باید حداقل هفته‌ای ۲ بار و در صورت نیاز بیشتر توسط پزشک ویزیت شود. در صورت وجود هر گونه نگرانی بابت افزایش علائم محرومیت از مواد افیونی ضروری است که سرعت کاهش دوز کاهش داده شده یا در صورت لزوم دوز اندکی افزایش داده شود.

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

پس از القای درمان با بوپرنورفین در یک نوجوان وابسته به مواد افیونی، جهت ورود به درمان نگهدارنده نیاز است که دوز دارو تدریجاً افزایش یافته (تا حداکثر ۲۴ میلی‌گرم در روز) تا حدی که انسداد اپیوئیدی در فرد ایجاد نماید، بیمار وارد درمان نگهدارنده با بوپرنورفین خواهد شد.

به لحاظ بالینی بروز انسداد اپیوئیدی با کاهش قابل ملاحظه در وسوسه و اشتغال ذهنی با مصرف مواد مشخص می‌شود.

در صورتی که در یک برنامه درمان بازگیری با بوپرنورفین سرپایی بیمار دچار لغزش‌های مکرر در درمان شود، ضروری است که انتقال به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین یا سطح مراقبت با جامعیت بالاتر (بستری) در نظر گرفته شود.

در تنها مطالعه کنترل‌شده موجود، پس از القای درمان با استفاده از پروتکل ذکرشده در اینجا، دوز بوپرنورفین در صورت نیاز تا حداکثر ۲۴ میلی‌گرم در روز افزایش داده شد. نتایج مطالعه ایمنی و کارایی بالینی مطلوب این رژیم درمانی را تأیید نمود.

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین عموماً یک هدف درمانی در نوجوانان به حساب نمی‌آید گرچه اقلیتی از نوجوانان ممکن است از یک دوره تثبیت/درمان نگهدارنده و سپس کاهش دوز سود برند. طول مدت درمان نگهدارنده در این گروه از بیماران می‌تواند چندین ماه باشد و به شدت وابستگی، مشکلات در سایر حوزه‌های کارکردی شامل اختلالات روان‌پزشکی همبود بستگی دارد.

شواهد درباره درمان دارویی طولانی مدت نوجوانان وابسته به مواد افیونی محدود است. در صورت تجویز درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، لازم است که نیاز به تداوم درمان در فواصل زمانی ۳ ماهه مورد بازبینی قرار گرفته و کاهش تدریجی دوز و قطع دارو در صورت تناسب مد نظر گرفته شود.

درمان نگهدارنده با متادون

درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند یک گزینه درمانی مناسب در نوجوانان بزرگ‌تری باشد که به سایر روش‌های درمانی پاسخ کافی نداده‌اند.

توصیه می‌شود به منظور اطمینان از ایمنی، متادون با دوز کم شروع و تدریجاً افزایش داده شود. تجویز دوز به نحو نامتناسب می‌تواند منجر به بیش مصرف ناشی از سمیت جمعیتی دارو در روزهای اول شود.

لازم است که دوز اولیه متادون ۱۰-۵ میلی‌گرم باشد. این دوز به علت دوره کوتاه‌تر مصرف و سطوح نامشخص تحمل در نوجوانان از دوز توصیه شده در بزرگسالان پایین‌تر است. به علت نیمه‌عمر طولانی و متغیر متادون دوره تحت نظر به لحاظ ارزیابی از نظر پاسخ درمانی مورد انتظار از یک دوز منفرد حداقل ۴ ساعت است. هر گونه نیاز جهت دریافت دوز بیشتر باید پس از ویزیت پزشک درمان‌گر انجام شود. به طور کلی در خصوص تجویز مکرر دوز و القای سریع متادون خصوصاً در نوجوانان باید احتیاط نمود.

سطح پایدار پلاسمایی متادون عموماً در عرض ۵ روز پس از شروع درمان حاصل می‌شود و به همین دلیل تا دستیابی به مرحله تثبیت ویزیت روزانه و تحت نظر گرفتن بیمار الزامی است. مراحل القای درمان با متادون در **کادر ۳** آورده شده است.

کادر ۳- القای درمان با متادون

روز اول	۲۰-۱۰ میلی‌گرم متادون
روز دوم	۳۰ میلی‌گرم (۱۵ میلی‌گرم متادون دو بار در روز در درمان بستری)
روز سوم	مشابه روز دوم
روز چهارم	تا ۴۰ میلی‌گرم بسته به پاسخ بیمار به دوز روز سوم
روز پنجم	۳۰-۴۰ میلی‌گرم، می‌توان به صورت روزانه تجویز نمود.

با توجه به احتمال سمیت تجمعی با متادون نمی‌توان در روز اول دوز معادل ماده افیونی غیرقانونی (بر اساس تخمین‌های موجود از خلوص ماده) را محاسبه و به بیمار تجویز نمود. القای درمان با متادون بر اساس پروتکل‌های مشخص انجام شده و دوز روزانه خصوصاً در شروع درمان از مقادیر مشخصی نباید بیشتر باشد.

القای درمان با متادون در نوجوانان از اصول کلی زیر پیروی می‌کند:

- آموزش کافی درباره روش درمانی انتخاب شده به بیمار و خانواده یا سرپرست بیمار داده می‌شود.
 - اولین دوز متادون حداقل ۸ ساعت پس از آخرین مصرف مواد افیونی غیرقانونی تجویز می‌شود.
 - آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی مثبت بوده یا بیمار علائم آشکار محرومیت از مواد افیونی دارد.
 - دوز شروع ۱۰-۵ میلی‌گرم به صورت تحت نظارت به بیمار تجویز می‌شود.
 - ۴ ساعت بعد بیمار مجدداً ویزیت و بر اساس حضور و شدت علائم مسمومیت یا محرومیت در خصوص تجویز دوز بیشتر در روز اول تصمیم‌گیری می‌شود. در نوجوانان دوره زمانی تحت نظر گرفتن بیمار بعد از دوز اول متادون به دلیل نیمه‌عمر متفاوت متادون طولانی‌تر است.
 - مقیاس‌های شدت محرومیت نظیر COWS به پایش شدت محرومیت می‌تواند کمک کند.
 - در صورت وجود علائم محرومیت در ارزیابی مجدد ۱۰-۵ میلی‌گرم متادون دیگر جهت رفع نشانه‌های محرومیت عینی تجویز می‌شود.
 - در القای سرپایی درمان با متادون در نوجوانان توصیه می‌شود حداکثر دوز روز اول از ۲۰ میلی‌گرم فراتر نرود، هر چند در درمان بستری که امکان مراقبت ۲۴ ساعته وجود دارد می‌توان مقادیر کمتر دوز را در فواصل کوتاه‌تر به بیمار تجویز نمود. در درمان بستری توصیه می‌شود فواصل بین تغییرات دوز حداکثر هر ۶-۴ ساعت باشد.
 - پزشک درمان‌گر در روزهای دوم و سوم بسته به شدت علائم عینی محرومیت و دوز روز قبل می‌تواند ۱۰-۵ میلی‌گرم افزایش در دوز دارو داشته باشد.
 - توصیه می‌شود در طول هفته اول بیش از ۳۰ میلی‌گرم به دوز روز اول افزوده نشود.
- دوز متادون در طول هفته‌های بعد بر اساس وجود علائم محرومیت، وسوسه برای مصرف یا مصرف مواد غیرقانونی تنظیم می‌شود.

شواهد درباره دوز بهینه درمان نگهدارنده با متادون محدود است. مجموع داده‌های موجود از مطالعات مشاهده‌ای در خصوص درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان از یک رژیم با دوز منعطف در دامنه ۶۰-۱۲۰ میلی‌گرم در روز حمایت می‌کند.

گرچه پوشش کافی علائم محرومیت لازم است اما در نوجوانان به طور معمول به دوزهای بالاتر از ۳۰ میلی‌گرم در مرحله القاء نیاز پیدا نمی‌شود، به همین دلیل لازم است که هر گونه افزایش دوز بر اساس شواهد روشن از نشانه‌های عینی محرومیت انجام شود. گاه ممکن است به علت اضطراب بیمار درباره فرآیند درمان، محرومیت هم‌زمان از بنزودیازپین‌ها یا اختلالات روان‌پزشکی زمینه‌ای علائم اضطرابی ظاهر شوند که نباید با علائم محرومیت اشتباه گرفته شوند.

ضروری است که القای درمان در نوجوانان در مرکز درمانی انجام شود که امکان تحت نظر گرفتن و نظارت بالینی نزدیک وجود داشته باشد. تجویز متادون دو بار در روز امکان تجویز دوزهای با مقدار کمتر و نظارت بیشتر را فراهم نموده و خطر بروز عوارض را کاهش می‌دهد. در صورت مشاهده خواب‌آلودگی لازم است که تجویز دوز به تعویق انداخته شود و ارزیابی از نظر علت آن انجام شود. در صورتی که بیمار از پیش داروهای تضعیف دستگانه اعصاب مرکزی را دریافت می‌کند؛ پزشک درمان‌گر در شروع و افزایش دوز احتیاط بیشتری نشان داده و حداکثر در هر نوبت ۵ میلی‌گرم دوز را افزایش دهد.

همان گونه که پیشتر گفته شد در این گونه موارد باید در فواصل زمانی مشخص (۶-۳ ماهه) ارزیابی مجدد بیمار نوجوان به منظور تعیین نیاز به تداوم درمان نگهدارنده انجام پذیرد.

در صورت دستیابی به پرهیز، تغییرات اساسی در سبک زندگی و محیط حمایت‌کننده، کاهش دوز و خاتمه درمان نگهدارنده را می‌توان در نظر گرفت. در این شرایط دوز دارو با سرعت ۱۰-۲/۵ میلی‌گرم در هفته کاهش داده شده و قطع می‌شود.

درمان با نالتراکسون

نالتراکسون از طریق مسدود ساختن اثرات تقویت‌کننده ترکیبات افیونی به حفظ پرهیز از این مواد کمک می‌کند. هر چند تجویز این دارو بدون عارضه نیست. شواهد موجود در خصوص کاربرد این مداخله در نوجوانان محدود بوده و باید پیش از شروع این روش درمانی منافع و خطرات بالقوه آن به دقت سنجیده شوند.

استفاده از درمان با نالتراکسون خوراکی (۵۰ میلی‌گرم روزانه) به عنوان بخشی از یک برنامه روانی، اجتماعی پیشگیری از عود جامع در آن دسته از بیماران انتخاب شده‌ای می‌تواند در نظر گرفت که واجد خصوصیات زیر هستند:

- سن بیماران بیشتر است. (حداقل ۱۲ سال).

- انگیزه بالایی به این نوع درمان دارند.

- از حمایت خانوادگی مناسب برخوردارند.

- از خطرات و عوارض جانبی مصرف آن مطلع هستند.

توصیه‌های کلیدی در کاربرد نالتراکسون در درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان به شرح زیر است:

- لازم است که شروع درمان پس از خاتمه دوره بازگیری و آزمون چالش نالوکسان/نالتراکسون^۱ انجام شود.

- آموزش کافی در خصوص عوارض جانبی احتمالی آن داده شود.

- پایش مصرف مواد انجام شده و در صورت مثبت شدن مکرر آزمایش ادرار از نظر مواد غیرقانونی، دارو قطع شود.

- پابندی ضعیف یا قطع مصرف نالتراکسون به صورت قابل ملاحظه‌ای خطر بیش مصرف کننده را بالا می‌برد. ضروری

است که جهت تمامی نوجوانان در شروع درمان نالتراکسون، یک کارت هشدار پزشکی صادر شود که سایر پزشکان

درمان‌گر را از ملزومات بی‌دردی در موارد اورژانس مطلع می‌سازد.

ارزیابی قبل از شروع درمان:

ارزیابی پیش از شروع یک برنامه درمانی برای وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان شامل موارد زیر است:

- ارزیابی چندبعدی برای تطبیق جایگاه درمانی

- ارزیابی جامع از نظر تاریخچه مصرف مواد، سابقه درمان‌های قبلی، رفتارهای پرخطر، اختلالات روان‌پزشکی همبود،

بیماری‌های جسمی، کارکردهای تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و قانونی

- معاینه ضربان قلب و فشار خون پیش از شروع درمان با کلونیدین

- در صورت وجود بیماری کبدی زمینه‌ای آزمایش خون از نظر آزمایش‌های کارکرد کبدی پیش از شروع درمان با داروهای

آگونست

- در صورت وجود بیماری قلبی زمینه‌ای یا مصرف داروهای طولانی‌کننده فاصله QTc، نوار قلب پیش از شروع درمان

نگهدارنده با متادون

¹ Naltrexone/naloxone challenge test (NCT)

- ارزیابی علایم و نشانه‌های محرومیت مواد افیونی با استفاده از مقیاس بالینی محرومیت مواد افیونی (COWS) پیش از القای درمان با بوپرنورفین
- آزمون چالش آنتاگونیست (نالوکسان/نالتراکسون) پیش از شروع درمان با نالتراکسون
- آزمایش ادرار از نظر مصرف اخیر مواد افیونی (مورفین، ترامادول، متادون و بوپرنورفین) بر اساس قضاوت بالینی درمان‌گر
- آزمایش ادرار از نظر سایر مواد بر اساس قضاوت بالینی درمان‌گر
- در دختران نوجوان آزمایش بارداری پیش از شروع درمان دارویی لازم است انجام شود.
- در صورت وجود رفتارهای پرخطر مرتبط با تزریق یا رابطه جنسی مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی و در صورت نیاز سایر بیماری‌های منتقله از راه جنسی و هپاتیت سی باید در نظر گرفته شود.

ارزیابی حین درمان:

- پایش دقیق و هدفمند بیماران هنگام ارزیابی مداخلات دارویی اهمیت بسزایی دارد. ضروری است که فوق‌تخصص/متخصص روان‌پزشکی درمان‌گر بیمار در شروع القای درمان در روز اول بیمار را چندین بار و سپس روزی یک بار برای حداقل سه روز تحت ارزیابی و ویزیت نماید. هدف از ویزیت پزشک ارزیابی بیمار به لحاظ علایم محرومیت، پاسخ درمانی، علایم باقیمانده و عوارض جانبی مداخله دارویی است.
- در حین درمان پایبندی به شرکت در ارزیابی‌ها، آموزش‌ها، مداخلات روانی، اجتماعی و درمان‌های دارویی باید به دقت ثبت و پایش شود.
- ارزیابی رفتاری در فواصل زمانی ماه اول، سوم، ششم و سپس هر شش ماه یک بار از نظر مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت روان، بیماری‌های جسمی و کارکردهای تحصیلی، خانوادگی و قانونی باید انجام شود.
- مشارکت خانواده در پایش درمان بسیار کمک کننده است. به این منظور لازم است به خانواده درباره نشانه‌های خطر و نحوه برخورد با آنها آموزش‌های لازم داده شود.
- مقیاس‌های محرومیت اختصاصی مواد افیونی همچون COWS مفید بوده و به درمان‌گر کمک می‌کند تا کلیه علایم و نشانه‌های ناشی از محرومیت از ماده را با بیمار چک کند. هنگام استفاده از مقیاس‌ها علایم، نمره بیمار و تصمیم اتخاذ شده بر اساس نتیجه ارزیابی و معاینات درمانگر در پرونده بیمار درج می‌گردد.

- به منظور به حداقل رساندن خطر آسیب به خود و خودکشی در نوجوان لازم است تا اطمینان حاصل شود که علائم محرومیت به اندازه کافی درمان شده است.
- معاینه ضربان قلب و فشار خون در هر ویزیت در بیماران دریافت‌کننده کلونیدین
- در صورت وجود بیماری کبدی زمینه‌ای تکرار آزمایش‌های کارکرد کبدی هر ۶ ماه
- در صورت وجود بیماری قلبی زمینه‌ای یا مصرف داروهای طولانی‌کننده QTc، تکرار نوار قلب هر ۶ ماه در درمان نگهدارنده با متادون
- آزمایش ادرار برای مواد بر اساس قضاوت بالینی درمان‌گر
 - به طور معمول آزمایش از نظر مصرف اخیر مورفین و مت‌آمفتامین توصیه می‌شود.
 - آزمایش برای ترامادول، تتراهیدورکانابینول، بنزودیازپین‌ها و... با توجه به سابقه مواد مصرفی مراجع و قضاوت بالینی درمان‌گر باید انجام شود.
 - آزمایش ادرار برای مواد هدف در سه ماه اول باید به صورت هفتگی، در سه دوم دو هفته یک بار و پس از آن ماهانه باشد. این میزان آزمایش حداقل میزان قابل توصیه بوده و آزمایش بیشتر در شرایط خاص برای مثال غیبت مراجع از درمان باید با صلاحدید درمان‌گر انجام پذیرد.

پیشگیری و کنترل عوارض جانبی:

عوارض جانبی درمان بازگیری با کلونیدین شامل خواب‌آلودگی، افت فشار خون وضعیتی و خشکی دهان است. تجویز دارو با کنترل ضربان قلب و فشار خون می‌تواند از بروز این عارضه پیشگیری کند. در صورت بروز این عوارض در فرد کاهش دوز دارو باید در نظر گرفته شود.

عوارض جانبی درمان داروهای آگونیست (متادون، بوپرنورفین) شامل بی‌خوابی، کندی روانی، حرکتی و تعریق می‌شود. این عوارض به طور نسبی در درمان با بوپرنورفین کمتر از متادون دیده می‌شود و عموماً با کاهش دوز دارو قابل مدیریت هستند. یکی از عوارض جانبی درمان با بوپرنورفین سردرد است. در صورت بروز سردرد مرتبط با دریافت دوز بوپرنورفین، درمان علامتی با استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نظیر ایبوپروفن مؤثر واقع می‌گردد.

برخی عوارض ناخواسته تجویز دوز منزل در نوجوانان تحت درمان با داروهای آگونیست مصرف نابجای دوز منزل، تزریق آن یا نشت داروی آگونیست است. به این منظور تجویز دوز دارو در ابتدا باید تحت نظارت مستقیم مرکز درمانی انجام شود و در صورت پایبندی مناسب به درمان دوز منزل به میزان محدود به فرد داده شود. آموزش و جلب همکاری خانواده برای نظارت بر مصرف صحیح دارو نیز می‌تواند به پیشگیری از بروز این عارضه کمک کند.

مهم‌ترین عارضه جانبی درمان با نالتراکسون افزایش خطر بروز بیش‌مصرفی در صورت لغزش است. لذا درمان نگهدارنده با نالتراکسون خوراکی باید برای بیماران استفاده شود که همکاری وضعیت خانوادگی و اجتماعی باثبات داشته و پایبندی مناسبی به درمان نشان می‌دهند.

اندیکاسیون‌ها:

- درمان‌های دارویی وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان باید در پس‌زمینه یک برنامه روانی، اجتماعی جامع برای پاسخ به نیازهای خود فرد و خانواده او ارایه شود.
- در کودکان زیر ۱۲ سال وابسته به مواد افیونی بازگیری از مواد افیونی با کلونیدین و دارودرمانی علامتی با استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، داروهای آنتی‌هیستامین و لوپرامید توصیه می‌گردد.
- در نوجوانان بالای ۱۲ سال بازگیری با بوپرنورفین و تداوم درمان با نالتراکسون می‌تواند یک راهبرد اولیه مناسب در دارودرمانی باشد.
- در صورت عدم پاسخ درمانی کافی به بازگیری با بوپرنورفین یا شدت بالای وابستگی به مواد افیونی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین باید در نظر گرفته شود.
- در صورت عدم پاسخ درمانی کافی به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در نوجوانان بالای ۱۶ سال، درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند در نظر گرفته شود.
- درمان دارویی و روان‌شناختی اختلالات روان‌پزشکی همبود در بهبود پیامدهای درمانی اهمیت اساسی دارد.

افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

خدمات پروتکل حاضر باید توسط تیم‌های چندرشته‌ای درمان وابستگی به مواد افیونی به شرح زیر ارائه گردد:

- روان‌پزشک فوق‌تخصص کودک و نوجوان به عنوان مسؤل تیم چندرشته‌ای درمان- در مناطق جغرافیایی که خدمات فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان برای پاسخ به نیازهای موجود در زمینه درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان کافی نمی‌باشد، روان‌پزشکان آموزش دیده می‌توانند مسئولیت اجرای پروتکل را برعهده بگیرند.
- روان‌شناس بالینی آموزش دیده که دارای تجربه در زمینه ارائه خدمات اختلالات سلامت روان در کودکان و نوجوانان یا خدمات درمان اعتیاد در بزرگسالان باشد.
- پرستار آموزش دیده (جهت تحویل داروهای آگونست)

تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به ازای هر خدمت:

تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای در جایگاه‌های سرپایی و بستری درمان باید مطابق دستورالعمل دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد، دولتی، غیردولتی درمان و کاهش آسیب معتادان باشد.

استانداردهای ثبت:

در اجرای پروتکل حاضر لازم است از استانداردهای ثبت درمان‌های آگونستی مطابق دستورالعمل سامانه درمان سوءمصرف مواد کشور (آیداتیس) پیروی شود.

در سطح مرکز درمانی برای تمام بیماران باید پرونده‌ای مشابه پرونده ضمیمه پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون تشکیل و ارزیابی‌های پایه و دوره‌ای، خدمات ارائه شده و نتایج آزمایش‌های ادرار در آن ثبت گردد.

منابع :

۱. معارف‌وند معصومه، دانشمند رضا، شریعتی‌راد شوان، فرهودیان علی، نوروزی علیرضا. (۱۳۹۵). راهنمای مداخلات روانی اجتماعی در درمان کودکان خیابانی مصرف‌کننده مواد. مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
۲. مکرری آذرخش. (۱۳۹۰). راهنمای درمان سوءمصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. مکرری آذرخش، نوروزی علیرضا. (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴. نوروزی علیرضا، حضرتی نازنین، مهرابی مریم، یزدانی سمیه. (۱۳۹۶). آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس. ویرایش دوم. اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۵. نوروزی علیرضا، رهنما نازنین، فرحزادی سیدهادی، معین صدیقه‌السادات، عامری فرزانه، حدادی محمدرضا. (۱۳۹۵). سطح-بندی درمان و کاهش آسیب اعتیاد. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2005). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(6):609–621.
7. Bukstein OG. (2016). Substance use disorders and addictions. In: Dulcan MK (Ed). *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Second Edition*, American Psychiatric Association Publishing, 219-244.
8. Hopfer CJ, Hinckley JD, Riggs O. (2017). Substance Use Disorders. In: Martin A, Volkmar FR, Bloch M (Eds). *Lewis's child and adolescent psychiatry : a comprehensive textbook*. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
9. Hopfer C, Riggs P. (2007). Substance Use Disorders. In: Andres M, Volkmar F. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
10. Rategar DA, Fingerhood M. (2016). *The American Society of Addiction Medicine Handbook of Addiction Medicine*. Oxford University Press.
11. Reis RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. (2014). *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5th Edition. Wolters Kluwer & ASAM Publications.
12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations* (HHS Publication No. SMA 12-4670). Rockville, MD: Author.

مراجع:

۱. بانثی محمدرضا، حق دوست علی اکبر، نیک فرجام علی، معماریان نادره، ناصحی عباسعلی، ترجمان ترمه و همکاران (۱۳۹۲). تخمین اندازه مصرف کنندگان الکل و مواد در کشور در سال ۱۳۹۱. مرکز تحقیقات مدل سازی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲. رفیعی حسن، مدنی قهفرخی سعید، نارنجی ها هومان، علی پور فردین. (۱۳۹۷). ارزیابی سریع و وضعیت اختلال مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۹۷. دفتر تحقیقات و آموزش، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۳. روشن پژوه محسن، احترامی مهرداد، میرکاظمی رکسانا. (۱۳۹۵). گزارش پایانی پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان گردان ها در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور. معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور و اداره کل تحقیقات و آموزش، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۴. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.
۵. مجمع تشخیص مصلحت نظام. (۱۳۸۹). اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر م صوب سال ۱۳۷۶ و اصلاحات و الحاقات پس از آن. روزنامه رسمی کشور.
۶. محرز مینو، فروغی مریم، مؤیدی نیا سعیده، شغلی علیرضا، بیان الحق سعید، صداقت عباس، مهاجری منصور، موسوی نسب سیدنورالدین. (۱۳۹۰). مطالعه زیستی- رفتاری کودکان کار و خیابان شهر تهران. مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷. مکرری آذرخش. (۱۳۹۰). راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۸. نوروزی علیرضا، رهنما نازنین، فرحزادی سیدهادی، معین صدیقه السادات، عامری فرزانه، حدادی محمدرضا. (۱۳۹۵). سطح بندی درمان و کاهش آسیب اعتیاد. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۹. علیرضا نوروزی، بهنام فرهودی، بهمن ابراهیمی، محمد نظری پویا، علی اکبر صدیقی، آذرخش مکرری (۱۳۹۵). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست در زندان. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۰. وامقی مروثه، سجادی حمیرا، رفیعی حسن. (۱۳۸۸). مرور نظام مند مطالعات کودکان خیابانی در یک دهه ی اخیر در ایران. گزارش طرح تحقیقاتی، دانشگاه لوم بهزیستی و توانبخشی.

۱۱. وامقی مروئه، دژمان معصومه، رفیعی حسن، فروزان آمنه ستاره، روشنفکر پیام، رضازاده مجید. (۱۳۹۲). گزارش نهایی تحقیق ارزیابی رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی در کودکان خیابانی به منظور گسترش مداخلات برای کنترل و کاهش اچ‌آی‌وی. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و مرکز توسعه پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.

12. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2005). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(6):609–621.
13. Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Mojtabai R. et al. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*. Oct;111(10):1836-47. [doi: 10.1111/add.13453.]
14. Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi A, Hajebi A, Mojtabai E, Radgoodarzi R, Hefazi M, Motevalian A. (In review). Alcohol use disorders in Iran: prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*.
15. Azrin, NH, Donahue B, Teichner GA, et al. A controlled evaluation and description of individual cognitive problem solving and family behavior therapies in dually-diagnosed conduct disordered and substance dependent youth. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2001;11:1–43.
16. Barnett E, Sussman S, Smith C, et al. (2012). Motivational interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addict Behave*, 37: 1325-34.
17. Bell, J. and Mutch, C. (2006). Treatment retention in adolescent patients treated with methadone or buprenorphine for opioid dependence: a file review. *Drug Alcohol Rev*, 25, 2, 167-171.
18. Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. (1999). Pharmacotherapy of ADHD reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 104(2):20.
19. Biederman J, Wilens T.E, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorder? Findings from a fouryear prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 21-29.
20. BMA. (2001). Consent, rights and choices in health care for children and young people. London: BMJ Books.
21. Borsari B, Carey KB. (2005). Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychol Addict Behav* 19(3):296–302.
22. Botvin GJ. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addict Behav* 25:887–897.
23. Britton J, Consultancy O (2007). Assessing young people for substance misuse. National Treatment Agency for Substance Misuse.
24. Brook JS, Whiteman M, Brook DW, Gordon AS. (1991). Sibling influences on adolescent drug use: older brothers on younger brothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 958-66.
25. Brown JT. (2005). Anabolic steroids: What should the emergency physician know? *Emerg Med Clin North Am* 23: 815-26.
26. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry* 161:1967-77.

27. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol* 68(6):1051–1061.
28. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(6):609-21. [PMID: 15908844]
29. Bukstein OG, Horner MS. (2010). Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 19(3):609–623.
30. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Frankforter TL, Rounsaville BJ. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: Sustained effects of treatment. *Addiction* 95:1335-49.
31. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (1999). Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) series #31. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
32. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (1999). Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 32, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
33. Center for Substance Abuse Treatment (2004). Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. DHHS Publication No. (SMA) 04-3939. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
34. Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. DHHS Publication No. (SMA) 08-4171. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
35. Clemmey P, Payne L, Fishman M. (2004). Clinical characteristics and treatment outcomes of adolescent heroin users. *J Psychoactive Drugs* 2004;36(1):85–94.
36. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 160:1041-52.
37. Crome IB, Christian J, Green C. (1998). Tip of the national iceberg? Profile of adolescent patients prescribed methadone in an innovative community drug service. *Drug Educ Prev Policy* 1998;5:195–197.
38. Culverhouse R, Bucholz KK, Crowe RR, et al. (2005). Long-term stability of alcohol and other substance dependence diagnoses and habitual smoking: An evaluation after 5 years. *Arch Gen Psychiatry* 62:753-60.
39. Deas D, May MP, Randall C, Johnson N, Anton R. (2005). Naltrexone treatment of adolescent alcoholics: an open-label pilot study. *J Child Adolescent Psychopharmacol* 15:723-8, 2005.
40. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 3(3):251-64. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00508-8.
41. Dennis ML, Feeney T, Stevens LH, & Bedoya L. (2006). Global Appraisal of Individual Needs–Short Screener (GAIN-SS): Administration and Scoring Manual for the GAIN-SS Version 2.0.1. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. Retrieved from http://www.chestnut.org/LI/gain/GAIN_SS/index.html.

42. Dennis ML, Funk R, Godley SH, et al. (2004). Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction* 99(Suppl 2):120–128.
43. Dennis M, Funk R, McDermeit M, et al. (1988). Towards better placement and case mix adjustments in adolescent and adult substance abuse treatment systems. Presented at the 8th International Conference on Treatment of Addictive Behavior, Santa Fe, NM.
44. Dennis M, Godley SH, Diamond G, et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 27:197–213.
45. Dennis M, Scott C, Godley M, et al. (2000). Predicting outcomes in adult and adolescent treatment with case mix vs. level of care: findings from the drug outcome monitoring study. Presentation at the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, PR.
46. Dennis M, Titus J, White M, Unsicker J & Hodgkins, D. (2002). Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): Administration Guide for the GAIN and Related Measures. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. Available: www.chestnut.org/li/gain/gadm1299.pdf.
47. Department of Health (England) (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health.
48. Dimeff LA, Linahan MM. (2008). Dialectical behavioral therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Prac* 4(2):39–47.
49. Ebner, R., Schreiber, W. and Zierer, C. (2004). Buprenorphine or methadone for detoxification of young opioid addicts?. *Psychiatr Prax*, 3, 1, 108-110.
50. Essau C.A. (2008). Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment, and Treatment (Practical Resources for the Mental Health Professional) Academic Press.
51. Fiore M, Jaen C, Baker T, et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical practice guidelines. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
52. Firouzkouhi Moghadam M, Hashemian SS, Hajebi A, Pishjoo M, Noroozi A. (2019). Inpatient Buprenorphine-Assisted Withdrawal for Treatment of Vulnerable Adolescents with Opioids Use Disorder in Zahedan, Iran: An Observational Study. *Int J High Risk Behav Addict*. 8(1):e66470. [doi: 10.5812/ijhrba.66470]
53. Firouzkouhi Moghadam M, Hashemian SS, Pishjoo M, Ghasemi S, Hajebi A, Noroozi A. (2016). Inpatient Opioid Withdrawal Management of Street Children and Adolescents Admitted to Child and Adolescent Psychiatric Ward: A Preliminary Case Series. *Iran J Pediatr*. 13;26(4):e5133. [doi: 10.5812/ijp.5133]
54. Fishman MJ, Winstanley EL, Curran E, Garrett S, Subramaniam G. (2010). Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone: preliminary case-series and feasibility. *Addiction*. 105(9):1669-76. [DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03015.x.]
55. Foroughi M, Moayedi-Nia S, Shoghli A, Bayanolhagh S, Sedaghat A, Mohajeri M, Mousavinasab SN, Mohraz M. (In press). Prevalence of HIV, HBV and HCV among street and labour children in Tehran, Iran. *Sex Transm Infect* [doi:10.1136/sextrans-2016-052557]
56. Gastfriend DR, McLellan AT. (1997). Placement matching: theoretic basis and practical implications. *Med Clin N Am* 81:945–966.
57. Gastfriend D, ed. (2003). *Addiction treatment matching: research foundations of the American Society of Addiction Medicine (ASAM) patient placement criteria*. Binghamton, NY: Haworth Medical Press.

58. General Medical Council (2007). 0–18 years: guidance for all doctors, London: General Medical Council.
59. Geller B, Cooper TB, Sun K, et al. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:171-8.
60. Gilvarry E, Britton J. (2009). Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people. National Treatment Agency (NTA).
61. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC. Et al. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 25;101(21):8174-9.
62. Grant BF, Dawson DA. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 9:103-10.
63. Hansen WB. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Educ Res* 7:403–430.
64. Hansen WB, Graham JW. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Prev Med* 20:414–430.
65. Hall WD, Lynskey M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 24:39-48, 2005.
66. Hartney C, Wordes M., Krisberg B. (2002). Health care for our troubled youth: provision of services in the foster care and juvenile justice systems of California. National Council on Crime and Delinquency.
67. Hasin DS, Grant B, Endicott J. (1990). The natural history of alcohol abuse: Implications for definitions of alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 147:1537-41.
68. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ, Crouch JL. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am J Psychiatry* 153:427-8.
69. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and – dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res* (3):171–184.
70. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ, Crouch JL. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through homebased multisystemic therapy. *Am J Psychiatry* 153(3):427–428.
71. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 330:11.
72. Hilarski M.C. (2013). *Addiction, Assessment, and Treatment with Adolescents, Adults, and Families*, Routledge Publications.
73. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. (2006). Age of alcohol-dependence onset: associations with severity of dependence and seeking treatment. *Pediatrics* 118:e755–e763.
74. Hopfer CJ, Crowley TJ, Hewitt JK. (2003). Review of twin and adoption studies of adolescent substance use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:710-19.

75. Hopfer CJ, Hinckley JD, Riggs O. (2017). Substance Use Disorders. In: Martin A, Volkmar FR, Bloch M (Eds). *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Fifth edition.* Philadelphia: Wolters Kluwer.
76. Hopfer CJ, Khuri E, Crowley TJ. (2003). Treating adolescent heroin use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:609-11, 2003.
77. Hopfer CJ, Khuri E, Crowley TJ, et al. (2002). Adolescent heroin use: a review of the descriptive and treatment literature. *J Subst Abuse Treat* 23(3):231–237.
78. Hopfer C, Riggs P. (2007). Substance Use Disorders. In: Andres M, Volkmar F. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition.* Lippincott Williams & Wilkins.
79. Hops HA, Davis B, Lewin LM. (1999). The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *J Stud Alcohol Suppl* 13:22–31.
80. Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research.* Washington, DC: National Academy Press.
81. Jaffe SL. (2001). *Adolescent substance abuse intervention workbook: taking a first step.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
82. Jaffe SL. (2007). Pilot study of two hour workbook intervention for juvenile delinquents with substance abuse. Poster presented at the Annual meeting of the American Academy of Psychiatrists in Addiction, San Diego, CA.
83. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. (2005). *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2004. Volume I: Secondary School Students.* Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse, 2005, p. 680. NIH Publication No. 05-5727.
84. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, et al. (2012). *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2011: Volume I, Secondary school students.* Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan.
85. Kaminer Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: evidence-based practice in outpatient services. *Curr Psychiatry Rep* 4(5):397–401.
86. Kaminer Y, Blitz C, Bureson JA, Kadden RM, Rounsaville BJ. (1998). Measuring treatment process in cognitive-behavioral and interactional group therapies for adolescent substance abusers. *J Nerv Ment Dis* 186:407-13.
87. Kaminer Y, Bureson JA, Burke RH. (2007). Efficiency of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:1405–1412.
88. Kaminer Y, Bureson J. (1999). Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *Am J Addict* 8:114–119.
89. Kaminer Y, Bureson JA, Goldberger R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 190:737–745.
90. Kaminer Y, Bukstei O.G. (2010). *Adolescent Substance Abuse: Psychiatric Comorbidity and High Risk Behaviors,* Taylor & Francis e-library.
91. Kaminer Y, Winters K.C. (2010). *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment* American Psychiatric Publishing.
92. Kamon J, Budney A, Stanger C. (2005). A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(6):513–521.

93. Kraybill Ken, Zerger S (2003). Providing Treatment for Homeless People with Substance Use Disorders, Case Studies of Six Programs. National Health Care for the Homeless Council, August.
94. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, et al. (1997). Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: Findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *J Abnorm Child Psychol* 25:121-32.
95. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 53:447-57.
96. Kellogg S, Melia D, Khuri E, et al. (2006). Adolescent and young adult heroin patients: drug use and success in methadone maintenance treatment. *J Addict Dis* 25:15–25.
97. Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, et al. (2001). Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J Adolesc Health* 29(2):125–130.
98. Knight JR, Harris SK, Sherritt L, et al.; The New England partnership for substance abuse research. (2007). Adolescents' preferences for substance abuse screening in primary care practice. *Subst Abuse* 28(4):107–117.
99. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, et al. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 27(1): 67–73.
100. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, et al. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(6):607–614.
101. Labbe AK, Slaymaker V, Kelly JF. (2014). Toward enhancing 12-step facilitation among young people: a systematic qualitative investigation of young adults' 12-step experiences. *Subst Abuse*, 35: 399-407.
102. Langenbach T, Spönlein A, Overfeld E, et al (2010). Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4:25
103. Lash SJ, Burden JL, Parker JD, et al. (2013). Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care. *J Subst Abuse Treat* 44(4):449–456.
104. Liddle H. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* 99(Suppl 2):76–92.
105. Liddle H, Dakof GA, Parker K, et al. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 27:651–687.
106. Liddle HA, Rowe CL, Quille TJ, et al. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *J Subst Abuse Treat* 22:231-43.
107. Lintzeris N, Clark N, Winsock A, Dunlop A, Muhleisen P, Gowing L, White J. (2006). National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of opioid dependence. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing.
108. Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, et al. (2004). Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 61:1026-32.
109. Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ, et al. (2005). Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 62:1157-64.
110. March J, Silva S, Petrycki S, et al. (2004). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with

depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 292:807-20.

111. Mariani JJ, Levin FR. (2007). Treatment Strategies for Co-Occurring ADHD and Substance Use Disorders, New York State Psychiatric Institute, *Am J Addict*.
112. Minozzi S, Amato L. and Davoli M. (2009). Maintenance treatments for opiate dependent adolescent. *Cochrane Database of Syst Rev*, 2, CD007210.
113. McDonald W, da Silva Y, et al., (2013). Adolescent Withdrawal Management Guideline. Nova Scotia, Canada.
114. McLaney MA, Del Boca F, Babor T. (1994). A validation study of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). *J Ment Health* 3:363–376.
115. Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, eds. (2001). ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, second edition-revised (ASAM PPC-2R). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc.
116. Monterosso JR, Aron AR, Cordova X, Xu J, London ED. (2005). Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. *Drug Alcohol Depend* 79:27-37.
117. Monti PM, Barnett NP, O'Leary TA, Colby SM. (2001). Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. In: Monti PM, Colby SM (eds): *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens through Brief Interventions*. New York, Guilford Press, pp. 145-82.
118. Moore SK, Marsch LA, Solhkhah R, et al. (2011). Improvement in psychopathology among opioid dependent adolescents during behavioral-pharmacological treatment. *J Addict Med* 5:264–271.
119. Motamed M, Marsch LA, Solhkhah R, et al. (2008). Differences in treatment outcomes between prescription opioid-dependent and heroin-dependent adolescents. *J Addict Med*;2:158–164.
120. Muck R, Zempolich KA, Titus JC, Fishman M, Godley MD, Schwebel R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society* 33:143â-68.
121. Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Health Serv Res* 33(4):453–463.
122. National Institute on Drug Abuse. (NIDA). (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; NIDA Publication No. 99-4180.
123. National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, Educators and community leaders*, 2nd Edition, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health.
124. National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.
125. Niederhofer H, Staffen W. (2003). Acamprosate and its efficacy in treating alcohol dependent adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:144-8, 2003.
126. Nova Scotia Department of Health and Wellness (2013). *Adolescent Withdrawal Management Guidelines*.
127. Odgers CL, Caspi A, Nagin DS, et al. (2008). Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? *Psychol Sci* 19:1037–1044.
128. Pantnode CD, O'Connor E, Rowland M, et al. (2014). Primary care behavioral interventions to prevent or reduce illicit drug use and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med*, 160: 612-20.

129. Partnership for Drug-Free Kids (2014). Treatment eBook: How to find the right help for your child with an alcohol or drug problem. New York.
130. Penn JV, Thomas C. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(10):1085-98. [PMID: 16175113]
131. Polsky D, Glick HA, Yang J, et al. (2010). Cost-effectiveness of extended buprenorphine-naloxone treatment for opioid-dependent youth: data from a randomized trial. *Addiction* 105:1616–1624.
132. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47:1102-14.
133. Rategar DA, Fingerhood M. (2016). The American Society of Addiction Medicine Handbook of Addiction Medicine. Oxford University Press.
134. Reedy AR. (2010). Adolescent co-occurring disorders: factors related to mental health problems among substance using adolescents. University of Iowa.
135. Riggs PD. (2003). Treating Adolescents for Substance Abuse and Comorbid Psychiatric Disorders. University of Colorado School of Medicine.
136. Riggs P. (2015). Want change? Try honey instead of vinegar. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(6):440–441.
137. Riggs PD, Davies RD. (2002). A clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1253-52.
138. Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Lohman M, Kayser A. (2004). A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:420-9.
139. Riggs PD, Lohman M, Davies R, et al. (2005). Randomized controlled trial of fluoxetine/placebo and CBT in depressed adolescents with substance use disorders. Paper presented at: 2005 Annual Meeting, American Academy of Addiction Psychiatry, Scottsdale, AZ, December.
140. Reis RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. (2014). The ASAM Principles of Addiction Medicine. 5th Edition. Wolters Kluwer & ASAM Publications.
141. Robbins MS, Bachrach K, Szapocznik J. (2002). Bridging the research—practice gap in adolescent substance abuse treatment: The case of brief strategic family therapy. *J Subst Abuse Treat* 23:123-32.
142. Rosenberg DR, Holttum J, Gershon S. (1994). Textbook of Pharmacotherapy for Child and Adolescent Psychiatric Disorders. Routledge.
143. Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley TJ. (2004). Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: Commonly comorbid problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:1080-8.
144. Sartor CE, Agrawal A, Lynskey MT, et al. (2008). Genetic and environmental influences on the rate of progression to alcohol dependence in young women. *Alcohol Clin Exp Res* 32(4):632–638.
145. Schuckit MA. (1999). A 10 year follow-up of sons of alcoholics: preliminary results. *Alcohol Alcohol Suppl* 1:147–149.
146. Schuckit MA, Smith TL, Landi NA. (2000). The 5-year clinical course of high-functioning men with DSM-IV alcohol abuse or dependence. *Am J Psychiatry* 157:2028035.

147. Sells SB, Simpson DD. (1980). The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. *Br J Addict.* 75(2):117-31. [PMID: 6930290]
148. Sharifi, V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84. 143
149. Sheidow AJ, Henggeler SW. (2008). [Multisystemic therapy with substance using adolescents: a clinical and research overview]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 57(5):401–419.
150. Sims TH; Committee on Substance Abuse. (2009). From the American Academy of Pediatrics: technical report—tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics* 124:e1045–e1053.
151. Spooner C, Mattick R, Howard J (1996). The nature and treatment of adolescent substance abuse. Final report of the adolescent treatment research project.
152. Stanger C, Budney AJ, Kamon JL, Thostensen J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend* 105(3):240–247.
153. Stanger C, Ryan SR, Scherer EA, Norton GE, Budney AJ. (2015). Clinic- and homebased contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(6):445–453 e442.
154. Steinberg L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Dev Rev* 28:78–106.
155. Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 46(1):126-41. [DOI: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af]
156. Stevens L, Dennis M, Fishman M. (2006). Using the new GAIN patient placement summary to support individual treatment planning, placement and program evaluation. Workshop at the Joint Meeting on Adolescent Treatment Effectiveness, Baltimore, MD.
157. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008). Evidence- based practice for adolescent Substance abuse: A primer for providers and families SAMHSA publications.
158. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations (HHS Publication No. SMA 12-4670). Rockville, MD: Author.
159. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and Their Combination for Adolescents with depression. *JAMA* 292:807–820.
160. Tapert SF, Baratta BS, Abrantes BA, et al. (2002). Attention dysfunction predicts substance involvement in community youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(6):680–686.
161. Thanos PK, Taintor NB, Rivera SN, et al. (2004). DRD2 gene transfer into the nucleus accumbens core of the alcohol preferring and non-preferring rats attenuates alcohol drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 28(5):720–728.
162. Thomas R, Perera R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD001293. [DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.]
163. United Nations Office of Drug and Crime (UNODC). (2018). Drugs and Age: Drugs and associated issues among young people and older people. *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).
164. Available at: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf

165. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. (2000). Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol* 13:355–466.
166. Volkow ND, Wang GJ, Begleiter H, et al. (2006). High levels of dopamine D2 receptors in unaffected members of alcoholic families: possible protective factors. *Arch Gen Psychiatry* 63(9):999–1008.
167. Wagner EF, Brown SA, Monti PM, Myers MG, Waldron HB. (1999). Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clin Exp Res* 23(2):236–249.
168. Waldron HB, Kern-Jones S, Turner CW, Peterson TR, Ozechowski TJ. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 32(2):133–142.
169. Waldron HB, Turner CW. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance use. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37(1):238–261.
170. Waldron HB, Slesnick N, Brody J, Turner C, Peterson T. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol* 69:802-13.
171. Walton MA, Chermack CT, Shope JT. (2010). Effects of brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, 304: 527-35.
172. Watkins, M. (2006). Best and promising practices in adolescent substance use treatment final report. Youth detoxification and residential treatment literature review [Electronic version]. Alberta: AADAC Research Services, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
173. Weinberg NZ, Randert E, Colliver ID, et al. (1998). Adolescent substance abuse: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:252–261.
174. Whitmore EA, Riggs PD. (2006). Developmentally informed diagnostic and treatment considerations in comorbid conditions. In: HA Liddle and CL Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse: Research and Clinical Advances*. Cambridge, U.K., Cambridge University Press, pp. 264-83.
175. Whitmore E, Sakai J, Riggs P. (2010). Practice Guideline for Adolescents with Co-Occurring Substance Use and Psychiatric Disorders. Division of Substance Dependence Department of Psychiatry, University of Colorado Denver School of Medicine.
176. Winters KC, Kaminer Y. (2008). Screening and assessing adolescent substance use disorder in clinical populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 47(7): 740-744. [DOI: 10.1097/CHI.0b013e31817395cf]
177. Winters KC. (2003). Adolescent assessment of alcohol and other drug use behaviors. In: Allen JP, Wilson V, eds. *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*, 2nd ed. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
178. Winters KC, Stinchfield RD, Henly GA, Schwartz RH. (1991). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *Int J Addict* 25:1379-95.
179. Woody GE, Poole SA, Subramaniam G, Dugosh K, Bogenschutz M, Abbott P, et al. (2008). Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: a randomized trial. *JAMA*. 5;300(17):2003-11. [DOI: 10.1001/jama.2008.574.]
180. World Health Organization (1992) *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
181. World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of drug and alcohol terms*. WHO Publications. Geneva, Switzerland.

182. World Health Organization. (2000). Working with street children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs. WHO.

183. Youth Treatment Guideline (2002). California Department of Health Care Services SUD Resources Center.

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت

پذیرد.