

إدمان الأفيون (OPIUM) والأفيونيات (OPIATES)
الأستاذ الدكتور / محمود محمد عبد الرحمن
قسم الفارماكولوجى - كلية الطب - جامعة أسبوط

الأفيون : هو المادة السائلة التى يمكن الحصول عليها عن طريق تجريح كبسولات نبات الخشخاش ، وفى البداية يكون لون هذا السائل أبيض مثل لون اللبن ، ولكن مع مرور الوقت ، فإنه يتحول إلى اللون البنى .

والأفيون يحتوى على عدد كبير من أشباه القلويات Alkaloids يصل عددها إلى حوالى العشرين ، وتنتمى هذه القلويات من الناحية الكيميائية إلى مجموعتين رئيسيتين هما :

١- مجموعة الفينانثرين Phenanthrene

تشتمل هذه المجموعة المورفين ، وهو يكون حوالى ١٠% من محتوى الأفيون ، والكودايين ، وهو يمثل تقريبا ٠,٥% من محتوى الأفيون ، ومادة الثيبان Thebain ، وهى مادة لها القدرة على إحداث تشنجات ، وتمثل حوالى ٠,٣% من محتوى الأفيون .

٢- مجموعة البنزيل أيزوكينولين Benzyl isoquinolines

تشتمل هذه المجموعة على مادة البابافرين Papaverine ، وهى مادة لها تأثير راخى للعضلات الناعمة ، وتمثل هذه المادة حوالى ٧% من محتوى الأفيون ، ولقد استخدمت هذه المادة يوماً فى معالجة ضيق الشريان التاجى أو الذبحة الصدرية ، أما المادة الثانية فهى مادة النوسكابين Noscapine ، وهى تمثل حوالى ٦% من محتوى الأفيون ، ولها القدرة على تثبيط أو تهدئة الكحة.

مدى انتشار استعمال المورفينيات وأنماط استعمالها:

إن استعمال الهيروين فى السنوات الأخيرة من عقد الستينيات ازداد بصورة كبيرة فى كل من الولايات المتحدة وبريطانيا ، وبعض أسباب هذه الزيادة هى :

- ١- التغييرات التي طرأت على توجهات أو نظرة المجتمع نحو استخدام الدواء ، ونحو الأعراف الاجتماعية المستقرة في هذه المجتمعات.
- ٢- الزيادة أو الوفرة في نوعية هذه الأدوية أو المواد المسببة للإدمان .
- ٣- الزيادة الهائلة في نسبة البالغين ، وهذا يرجع إلى الزيادة في نسبة المواليد خصوصاً في أعقاب الحرب العالمية الثانية.
- ٤- التغييرات التي طرأت على سلوكيات الأفراد عقب الزيادة الملحوظة في أعدادهم.

لقد خرج تقرير في عام ١٩٨٨ يفيد بأن أقل من ٠,٥% من الشباب صغار السن (في الفترة العمرية من ١٨-٢٥ سنة) ، قد جربوا استخدام الهيروين في بعض مراحل حياتهم ، وعدد قليل من هؤلاء الشباب قد استخدمه في الآونة الأخيرة ، وعدد قليل آخر قد استخدمه في جرعات يومية منتظمة .

الأنماط الرئيسية لاستخدامات الهيروين أو المورفينات :

١- الاستخدام من خلال قنوات طبية :

ذلك في مجال العلاج بالأدوية المورفينية ، وأن الجرعات الأولى من هذه المواد يبدأ استعمالها من خلال قنوات طبية ومستعملها ، وهي تمثل نسبة مئوية صغيرة جداً من المدمنين.

٢- الاستخدام التجريبي أو الترويحي :

أما هذا النمط من انماط استعمال المورفينات فهو يبدأ عندما يحاول الشخص أن يتعاطى الهيروين أو غيره من الأدوية المورفينية كنوع من أنواع التجريب Experimental use أو كنوع من أنواع التروييح عن النفس Recreational use ، وأنماط الاستعمال هذه قد تدفع به إلى أشكال أخرى من الاستعمال العنيف لهذه النوعية من الأدوية ، وهذا النمط من استعمال المورفينات يكون أوضح ما يكون لدى الأشخاص المراهقين والأشخاص البالغين صغار السن، ويحدث بين الذكور أكثر مما يحدث بين الإناث. ومعظم هذه النوعية من الأفراد يدخلون إلى عالم تعاطى الأدوية من خلال أشخاص آخرين قد سبق لهم استعمال الأدوية.

٣- معرفة مصادر المواد المسببة للإدمان :

هو يتضمن أشخاص مستهلكين للأدوية الذين قد بدعوا استعمال الدواء بالطرق السابقة ، ولكن بعد فترة ينقلبون إلى استعمال مورفينيات عن طريق الفم مثل عقار الميثادون الذى يمكن الحصول عليه من خلال برامج منظمة لعلاج مدمنى الهيروين .

غالباً ما تكون التجربة الأولى لمستخدمى الهيروين تجربة غير سارة ؛ لأن هذه التجربة تكون مصحوبة بعلامات ظاهرة ومكروهة مثل حدوث الغثيان أو القيء ، وقد لوحظ أن بعض الأفراد المتعاطيين لهذه الأدوية المورفينية قد لا يقدمون على استعمال هذه الأدوية لمدة عدة أيام أو أسابيع ، ولكن بعد مضى هذه الفترة يكتشفون فى داخلهم عالم جديد من الرضا، والقناعة عن تأثيرات تعاطى الجرعة الأولى ، ويقررون العودة إلى تعاطى الدواء بمعدلات تتفق وقدرتهم المالية على الإنفاق على تعاطى هذه الأدوية، وأكثر الأنماط شيوعاً بعد العودة إلى استعمال المورفينيات، هى أن يقوم الشخص بتعاطى هذه الأدوية مرة أو مرتين ، وقد يقلعون عن الاستمرار فى تعاطى هذه الأدوية نظراً لإدراكهم لمدى خطورة الاستمرار فى استعمالها .

بالرغم من المخاطر الطبية والتشريبية لكنه حيثما تكون القيم أو الأعراف فى جماعة ما أو مجتمع بعينه تسمح باستخدام المورفينيات ومع وجود الأدوية بصورة نقية ، فإن نسبة عالية جداً من الأشخاص يصبحون معتمدين جسدياً على هذه الأدوية ، ومثالاً على ذلك فى عام ١٩٧١ فإن حوالى ٤٢% من الجنود الأمريكيين المشتركين فى حرب فيتنام قد استخدموا المورفينيات على الأقل مرة واحدة ، وأن نصف هذا العدد قد أصبحوا معتمدين جسدياً على الأدوية المورفينية بعد ذلك . ولاشك أن حدوث الاعتماد الجسدى فيما بين الأطباء والمرضى (كذلك كل من امتهن حرفة الطب أو لهم صلة بها) يكون أعلى بكثير من حدوثه فى أية جماعات أخرى لها نفس الخلفية الثقافية أو التعليمية .

وفى خلال العقد المنصرم فإن الاستخدام الغير طبي للأدوية قد تزايد فيما بين طلاب الطب ، بنفس القدر الذى تزايد فيه فى شرائح المجتمع الأخرى ، وكثيراً من الأطباء يعترف بأنه قد تناول المورفينيات فى البداية للتغلب على مظاهر الإرهاق والاكتئاب أو للتغلب على بعض العلل الجسدية ، إلا أن الدافع الأساسى ليس بالضرورة أن يكون هو العامل الهام والمحدد لنتائج الوقوع فى الإدمان الذى ينشأ نتيجة الاستمرار فى تعاطى هذه الأدوية .

إن الحقن السريع داخل الوريد لأحد الأدوية المورفينية يؤدى فى الأشخاص المحقونين إلى حدوث إحساس بالدفء مع احمرار فى الجلد فى منطقة أسفل البطن، ويوصف هذا

الإحساس من قبل الأشخاص المدمنين أنفسهم على أنه من حيث الشدة والنوعية يشبه قمة الرغبة الجنسية، وهذا الإحساس يدوم حوالي ٤٥ ثانية ، ويمكن تسميته "القذف" (Rush, Kick or Thrill)، وإلى أى مدى يمكن أن تنشأ إاطافة لهذا التأثير؟ هذا أمر غير معروف حتى الآن .

بعض الأضرار الصحية لتعاطى المورفينيات :

إذا ما أخذنا فى الاعتبار كثرة انتشار هبوط وظائف الجهاز العصبى المركزى عند استخدام المواد المورفينية من قبل المدمنين ، يتضح لنا أن هؤلاء المدمنين غالباً ما يلجؤون إلى تعاطى جرعات زائدة عن الحد ، وبصورة متعمدة مما يؤدي إلى زيادة معدلات الوفاة ، وسبب آخر متكرر الحدوث من أسباب حدوث الوفاة المفاجئة بين المدمنين هو حدوث تفاعل حساسية سريع Anaphylatoid reaction يؤدي إلى حدوث ضيق شديد فى التنفس ، وهبوط حاد فى ضغط الدم ، وغالباً ما يحدث هذا التفاعل عقب الحقن داخل الوريد لبعض المواد المورفينية التى تحتوى على شوائب .

أما المضاعفات الطبية المنتشرة بين مدمنى المورفينيات فهى عديدة ، وتشمل حدوث عدوى مثل : (تسمم الدم Septicemia ، التهاب فى بطانة القلب Endocarditis ، التهاب كبدى Hepatitis ، مرض نقص المناعة المكتسبة (A I D S) ، تيتانوس Tetanus وحدث خرابيج فى الرئتين ، والمخ وتحت الجلد) ، وسبب حدوث هذه العدوى يرجع إلى استخدام أبره واحدة لحقن العديد من المدمنين ، هذا بالإضافة إلى عدم استعمال وسائل معقمة للحقن ، أو أن الحقن يتم تحت ظروف غير صحية تساعد على انتقال العدوى .

ومن المضاعفات الصحية الأخرى حدوث اضطرابات عصبية وعضلية (خصوصاً فى العضلات الهيكلية) بسبب تفاعلات حساسية للأدوية المورفينية أو لوجود شوائب سامة فى هذه الأدوية أثناء تحضيرها فى المعامل الغير مصرح بها .

المورفينيات والجريمة والانتحار Opioids, Crime & Suicide :

إن استخدام المورفينيات يقلل من شدة الألم والميول العدوانية والرغبة الجنسية ، لهذا فإنه ليس من المتوقع أن يؤدي استخدام هذه المواد إلى زيادة معدلات الجريمة ، إلا أن العديد من الأفراد الذين قد ارتكبوا جرائم قبل تعاطي المورفينيات ، ليس من الضروري أن يتوقفوا عن ارتكاب الجرائم بعد وقوعهم في براثن الإدمان على المورفينيات ، كما أن العديد من الأفراد الذين لم يرتكبوا جرائم قبل إدمانهم المورفينيات ، قد بدعوا في ارتكاب جرائمهم بعد إدمان المورفينيات للحصول على المال اللازم لشراء هذه المواد ، ذلك لأن تكاليف شراء هذه المواد تفوق طاقتهم المالية - وبصفة عامة - فإن عدد الجرائم يتزايد عندما يقبل الأفراد على إدمان المواد المورفينية وغيرها من المواد المسببة للإدمان مثل الكوكايين .

إن معدلات الانتحار بين الأفراد المدمنين أعلى بكثير من نظيرتها في الأفراد العاديين ، كما أن هناك نسبة عالية من الأفراد يموتون موتاً مروعاً بين أيدي الآخرين من المدمنين .

أعراض وتأثيرات الاستخدام الاضطراري للمورفينيات :

Symptoms and effects of compulsive use of opioids

لقد لوحظ تفاوت كبير ومدesh في السلوكيات والانضباط الاجتماعي ، وكذلك في حجم المشكلات الطبية فيما بين الأفراد المدمنين على الأدوية المورفينية ، ولقد أثبتت التجارب أن آلاف المرضى اللذين تعاطوا جرعات يومية كبيرة من عقار الميثادون لمدة سنوات طويلة وصلت إلى ما يقارب خمسة عشر عاماً لم يحدث لهم أية تأثيرات ضارة ؛ لذلك فإن الصحة الجيدة للأفراد ليست مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتعاطي المستمر للأدوية المورفينية ، ولقد أصبح واضحاً أن سلوكيات الشخص قبل الانخراط في تعاطي الأدوية المورفينية أو أنماط التعاطي ، كلها عوامل تلعب دوراً هاماً في تحديد النتائج الاجتماعية والنفسية للإدمان على الشخص المتعاطي للأدوية المورفينية والأدوية بصفة عامة.

عندما أمكن مدمنو المورفينيات في بريطانيا الحصول على الهيروين النقي من مصادر طبية مرخص لها وبدون مقابل ، فإن نمط التوازن الاجتماعي (تكيف هؤلاء الأفراد مع المجتمع) تتفاوت تفاوتاً كبيراً ، وأن هذه النتائج قد اتفقت مع نتائج أخرى أجريت على مدمنين

فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ومن خلال هذه الدراسات أمكن الوصول إلى أن هناك أربعة أنماط من مستعملى المواد المورفينية ، وهى :

١- الأفراد المستقرون Stables

هؤلاء هم الأفراد الذين استخدموا وبصورة شرعية فى هذه الدراسات الخاصة بالإدمان على المواد المورفينية ، كما أنهم لم يتورطوا فى ارتكاب الجرائم ، ولم يتصلوا بطريق أو بآخر بأفراد مدمنين ، ولم يحاولوا الحصول على الهيروين بطرق غير شرعية .

٢ - الأفراد الغير مستقرون Junkies

هم الأفراد الذين يتصرفون على العكس تماماً من الأفراد المستقرين فى كل النواحي التى ذكرناها سابقاً .

٣ - الأفراد المرفهين Loners

هم المدمنون المرفهون أو الذين يستخدمون الأدوية المورفينية بقصد الترفيه، ولكنهم لم يتورطوا فى أية جرائم ، ولم يتصلوا بالمدمنين الآخرين كما أنهم يستخدمون تشكيلة كبيرة من الأدوية المسببة للإدمان ، والتي لا توصف فى العيادات الطبية.

٤ - الأفراد الذين يعيشون فى عالمين Two-Worlders

هم الأشخاص الذين استخدموا تعاطى الأدوية ، ولكن سمح لهم بالتعامل مع مدمنين آخرين ، وهؤلاء الأفراد قد قاموا بشراء أدوية أخرى إضافية ، كما أنهم قد دخلوا إلى عالم آخر ، ألا وهو عالم الجريمة .

إن السلوك المضطرب بالإضافة إلى الإجرام الذى يتسم فيه الأفراد الغير مستقرون ، كما أن السلوك المضطرب للأفراد المستقرين أدى بهؤلاء الأفراد إلى الوقوع مبكراً فى دائرة الإدمان .

وبالرغم من الحصول على الأدوية من مصادر شرعية ، إلا أن الأفراد الذين حصلوا على الهيروين من عيادات لندن قد تعرضوا لمعدلات أعلى من العدوى (هذا بسبب الإهمال فى

الإجراءات الصحية أو استخدام نفس الإبرة للعديد من الأشخاص) ، ولقد كان هناك أيضا معدلات وفيات كبيرة بين هؤلاء المدمنون تفاوتت من ٢-٦% فى العام .

ومن خلال بعض الدراسات الميدانية Follow-up على مدمنى الهيروين من الشباب الذين تم علاجهم فى عيادات لندن أن حوالى ٤٨% منهم قد استمروا فى الإدمان على المورفينيات ؛ وذلك بعد سبع سنوات من بدء المحاولة العلاجية ، ٤٣% من هؤلاء قد حصلوا على الأدوية من العيادات، وقد ظهر أيضاً أن حوالى ٣٢% أمكنهم الإقلاع عن تعاطى المورفينيات ، ولم يقبلوا على استعمال أدوية أخرى ، وأن ١٢% من هؤلاء المدمنين قد ماتوا . ولقد أثبتت الدراسات أن الصحة والتوازن الاجتماعى للأشخاص المدمنين ، والذين يعالجون بإعطائهم الميثادون قد تفاوتت بين المدمنين فى الولايات المتحدة، وأن الكثير من هؤلاء المرضى استطاعوا البقاء فى وظائفهم ، وقاموا بتربية أولادهم، ولم يرتكبوا الجرائم، وفى نفس الوقت فإن بعض المرضى لم يستطيعوا الحصول على وظيفة ، ولجأوا إلى استخدام أنواع أخرى من الأدوية المدمنة أو تناول كميات كبيرة من المشروبات الكحولية .

كما أثبتت الدراسة أن عدداً كبيراً من هؤلاء المدمنين قد وقع فريسة للاكتئاب ، وأن معدل الوفيات فى المدمنين الذين يعالجون بإعطائهم جرعات تعويضية من الميثادون كانت أعلى من مثيلتها فى الأفراد الذين لهم نفس متوسط السن ونفس الظروف الاجتماعية والاقتصادية ، ولكن هناك اتفاقاً عاماً مؤداه أن زيادة معدل الوفيات فى المدمنين الذين يعطون الميثادون بمفرده ليس له علاقة بتأثيرات إعطاء الميثادون عن طريق الفم لوحده ، ولكن له علاقة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالمشاكل التى عجلت باستخدام الميثادون للعلاج، وله علاقة أيضا بالإفراط فى تناول الخمر أو الأدوية الأخرى أو لإصابة بالعدوى الفيروسية مثل الإصابة بفيروس نقص المناعة فى الإنسان .

كذلك فإن الدراسات التى أجريت فى أمريكا قد أظهرت أن هناك تفاوتات فى أنماط السلوك والتوازن الاجتماعى وانحدار الأحوال الصحية فيما بين مدمنى الهيروين الذين يقبلون على استخدام الأدوية من مصادر غير مصرح بها أو من أوكار بيع المخدرات ، ومما لاشك فيه أن التكلفة الباهظة ، وكذلك وجود بعض الشوائب فى الأدوية الممنوعة فى أمريكا تكلف من يشتريها ثمناً باهظاً ، فعلى سبيل المثال فإن كثير من الناس يبعن شرفهن أو يحترفن

الدعارة بقصد الحصول على المال اللازم لشراء الدواء المدمن، وبالتالي فإن إمكانية انتقال الأمراض الجنسية لهم ومنهم تصبح عالية.

إن متوسط معدل الوفيات السنوى بين مدمنى الهيروين من الشباب حديثى السن (من ١٨-٢٥ سنة)، هو أكبر بعدة مرات من معدل الوفيات بين الشباب غير المدمن وممن هم فى نفس الفترة السنية للمدمنين ، والذين لهم نفس الخلفية الوراثية (أى من نفس الجنس الأبيض أو الأسود أو الأصفر).

الإطاقة للمورفينيات Tolerance to opioids

إن تعاطى المورفين والأدوية الشبيهة يؤدي إلى حدوث نقصان ملحوظ فى الاستجابة (الإطاقة) لبعض تأثيرات المورفين والأدوية التى تعمل على تنبيه مستقبلات ميو (μ) المورفينية ، ومن بين هذه التأثيرات التى ينشأ لها إطاقة التأثير المثبط للتنفس ، التأثير المزيل للالم ، التأثير المهدئ ، والتأثير المنعش أو الرافع للحالة المزاجية ، إلا أن المعدل الذى تصل إليه هذه الإطاقة (سواء أكان ذلك فى الشخص المدمن أو فى المريض الطبى) معتمداً ذلك على نمط استعمال الدواء.

لقد وجد أنه مع الاستعمال المتقطع للمورفينيات يمكن الحصول على نفس شدة التأثير المزيل للالم والتأثير المسكن لفترة زمنية غير محدودة . وبالرغم من أن الهيروين هو أكثر المورفينيات استخداماً فى مجال الإدمان ، إلا أنه له بعض الخصائص الفارماكولوجية أو الدوائية الطفيفة التى يمكن أن توضح السبب فى كثرة تناول هذا الدواء من قبل المدمنين، وإذا ما أعطى كل من المورفين والهيروين عن طريق الحقن تحت الجلد فإنه من الصعب التفريق بين تأثيرى هذين الدوائين ، ذلك لأن الهيروين يتحول بسرعة داخل الجسم إلى مورفين ، وحيث أن الهيروين أكثر ذوباناً فى الدهون من المورفين ؛ لذلك فإن حقن الهيروين عن طريق الوريد يؤدي إلى سرعة اختراق هذه المادة لحاجز المخ ، وهناك يتحول الهيروين إلى ٦ - مونو استيل مورفين 6-Monoacetyl morphine ، وهى المادة الفعالة فارماكولوجيا ، ثم يتحول ناتج الأيض هذا بعد ذلك إلى مورفين.

الاعتماد الجسدى وأعراض سحب الأدوية المورفينية:

Physical dependence and signs of withdrawal of opioids

إن خصائص وشدة أعراض التوقف المفاجئ عن تعاطى المورفينيات فى الأشخاص المدمنين على هذه الأدوية تعتمد على العديد من العوامل أهمها نوعية الدواء المورفينى المستخدم ، الجرعة المعطاة يومياً من هذا الدواء ، طوال فترة استخدام الدواء ، وكذلك صحة وشخصية الشخص المتعاطى.

أنه لمن المفيد النظر إلى الصورة الطبية الكلية لأعراض السحب كما تظهر من السلوك الموجه Behaviour أو المقصود Purposive من جانب المدمن ، وهذا السلوك يعتمد اعتماداً كبيراً على الشخص المراقب للإنسان المدمن، وكذلك البيئة المحيطة بالمدمن، وهذا السلوك الموجه يعتمد أيضاً على الحصول على كمية أكبر من الدواء ، ومن المفيد أيضاً النظر إلى السلوك الغير موجه Nonpurposive behaviour ، والذى لا يحكمه شئ أو أغراض أو أهداف معينة ، بالإضافة إلى ذلك فإن هذا السلوك لا يعتمد على مشاهدات الشخص المراقب للشخص المدمن ، ولا على البيئة المحيطة بالمدمن.

والسلوك الموجه يشتمل على الشكوى والمراوغة Pleas والمتطلبات والحيل والأساليب الملتوية والتمثيل للحصول على الدواء، وهذه السلوكيات تتفاوت تفاوتاً كبيراً بين شتى المجموعات من المدمنين ، كما أن هذه الأساليب تكون غير واضحة أو أقل بكثير عندما يكون المدمنون فى المستشفيات ؛ لأنه فى المستشفى يكون المدمن متأكداً من أن سلوكه هذا لن يؤثر فى قرار حصوله على الدواء المدمن.

وفى حالة المورفين والهيروين وبعض الأدوية المورفينية الأخرى ، والتي تعمل على تنبيه مستقبلات µ المورفينية ، والتي لها نفس فترة مفعول المورفين والهيروين فإن أعراض السحب الغير محكومة بأهداف معينة للمدمن تتمثل فى حدوث زيادة إفراز الدموع، وزيادة إفرازات الأنف، تشاؤب وعرق ، وهذه المجموعة من الأعراض تظهر بعد حوالى ٨-١٢ ساعة عقب إيقاف تعاطى آخر جرعة من الدواء.

ولكن بعد مرور حوالي من ١٢-١٤ ساعة من إيقاف آخر جرعة فإن المدمن يعاني من تملل، نوم غير مريح ، ويمكن أن ينام لمدة عدة ساعات ولكنه يستيقظ من النوم أكثر تعاسة وعدم استقرار عن ذي قبل.

وعندما يزداد وقت السحب عن ١٤ ساعة فإن هناك علامات أخرى يمكن أن تخرج إلى حيز الوجود فتبدأ حدقة العين فى الاتساع، ويعانى المريض من فقدان للشهية، وعدم استقرار، وهياج وارتجافات فى العضلات، هذا بالإضافة إلى حدوث تجعد أو كرمشة فى الجلد .Gooseflesh

وفى حالة التوقف المفاجئ عن تعاطى المورفين أو الهيروين فى المدمنين على هذه الأدوية فإن أعراض السحب تصل إلى ذروتها خلال ٤٨-٧٢ ساعة ، وفى أثناء هذه الذروة يعاني المدمن من الهيجان ، أرق، هبوط واضح فى الشهية ، تشاؤم شديد ومتكرر ، عطس شديد، زيادة إفراز الدموع ، عدوى فيروسية فى الجزء العلوى من الجهاز التنفسى (تدوم لفترة بسيطة) . هذا بالإضافة إلى حدوث غثيان وقئ ، مغص معوى وإسهال، زيادة فى ضغط الدم وعدد ضربات القلب، رعشة واضحة، وهذه الرعشة تتبادل حدوثها مع حدوث احمرار فى الجلد وعرق غزير ، كما يمكن أن يحدث كرمشة أو تجعد فى الجلد ويحدث هذا على هيئة موجات متتابعة، ويبدو الجلد كما لو كان مشابها لجلد الديك الرومى المتراخى الريش أو كالديك الرومى الذى يشعر ببرودة (Plucked turkey or cold turkey) ، وتعبير الديك الرومى البردان أو البارد يستخدم حاليا ليشير إلى توقف المدمن المفاجئ عن تعاطى الأدوية المورفينية وظهور أعراض السحب عليه مع عدم محاولة علاجه.

وعند قمة أعراض السحب يمكن لأعراض أخرى أن تظهر مثل مغص فى البطن وآلام فى عضلات الظهر والأطراف ، هذا بالإضافة إلى حدوث تقلصات فى العضلات مما يؤدي إلى ظهور حركات كالذى يقوم بضرب أو قذف كرة ، وتسمى هذه الحركات بحركات رفض العادة (Kicking a habit) أى عادة تعاطى الأدوية.

إن استجابة جهاز التنفس للتأثير المنبه لثنانى أوكسيد الكربون ، والتي يتم تثبيطها تحت تأثير الأدوية المورفينية، هذه الاستجابة تزداد زيادة واضحة عند توقف المدمن المفاجئ عن تعاطى الأدوية المورفينية.

كذلك فإنه يمكن ملاحظة حدوث بعد الظواهر المرتدة Rebound phenomena في استجابات نظام الغدد الداخلية ، كذلك فإن الفحوص المعملية يمكن أن تؤكد على حدوث زيادة في عدد كرات الدم البيضاء Leukocytosis ليصل إلى قيمة أكبر من ١٤,٠٠٠ لكل مم^٣ من الدم .

إن فشل المدمن أو عدم قدرته على تناول الطعام بالإضافة إلى حدوث قي وإسهال وعرق شديد، جفاف، ظهور أجسام كيتونية في الدم ، هذا بالإضافة حدوث اضطرابات في التوازن بين المواد الحامضية والقاعدية الموجودة في الدم، ويؤدي إلى انهيار في الدورة الدموية وانحدار في وظائف القلب ، إلا أن التشنجات لا تحدث وأن أعراض السحب نادراً ما تشكل خطورة على الحياة.

وعند أي لحظة من لحظات التعرض لأعراض سحب المورفينيات، وما يصاحبها من مضار، فإن إعطاء أي دواء مورفيني مناسب يؤدي إلى القضاء التام والحاسم على كافة أعراض السحب، ولكننا إذا لم نتدخل لعلاج أعراض سحب المورفين ، فإن أعراض سحب المورفين الحادة تسير إلى منتهاها ، ومعظم أعراض السحب الملحوظة تختفي في خلال فترة زمنية تصل إلى حوالي ٧-١٠ أيام ، ولكن ليس من المؤكد تحديد أي وقت يتم بعده عودة المريض المدمن إلى توازنه الفسيولوجي Physiological equilibrium .

إن أعراض سحب المورفينيات المبكرة ، والتي ذكرناها سابقاً عادة ما يتبعها أعراض سحب مطولة Protracted abstinence syndrome ، والتي من خلالها يكون العديد من الوظائف الفسيولوجية دون مستواها الطبيعي ، فعلى سبيل المثال يكون هناك حالة من نقصان استجابة مركز التنفس في المخ إلى التأثير المنبه لثاني أكسيد الكربون (هذا عكس ما حدث في الأعراض الأولى لسحب الدواء المورفيني المدمن) - بالإضافة إلى هذا - فإنه في أثناء فترة السحب المطولة غالباً ما يكون هناك بعض الاضطرابات السلوكية الغامضة ، والتي يصعب تفسيرها ، وتتمثل هذه الاضطرابات في حدوث نقصان في قدرة المدمن على تحمل الضغوط النفسية أو العصبية، اهتزاز صـورتـه أمام نفسه، والاهتمام الشديد بحالة القلب التي تعتريه ، ولكن ليس من الحكمة أن نفترض أن تلك التغييرات السلوكية هي التي تزيد من استعداد الفرد المضطر لاستخدام الأدوية Compulsive drug user نحو الانتكاسة والرجوع إلى تعاطي الدواء المدمن.

علاج الإدمان على المورفينيات Treatment of Opioid Addiction

إن محاولة انقاص جرعة المواد المورفينية التي يتعاطاها المدمن تؤدي إلى ظهور بعض أعراض السحب عليه، حتى ولو كانت درجة انقاص الجرعة بسيطاً ، ولكنه من الممكن انقاص جرعة الدواء المورفيني (الهيروين، المورفين، الميبيريدين... إلخ)، في خلال فترة زمنية تصل إلى عدة أيام ، وهذا السحب التدريجي للأدوية المورفينية من المدمن يؤدي إلى تخفيف أعراض السحب، ولكن لا يزيلها تماماً .

ولقد وجد أن إعطاء الميثادون لمدمني المورفينيات يكون مناسباً جداً لتخفيف أو تثبيط أعراض سحب هذه المواد ، وأن هذه المادة يمكن أن تحل محل أي من المواد المورفينية الطبيعية أو التخليقية ، والتي تعمل على تنبيه مستقبلات μ المورفينية والمتداولة بكثرة من قبل جموع المدمنين.

ومع إحلال الميثادون محل الأدوية المورفينية (سواء كان ذلك في داخل المستشفى أو في محل الإقامة) فإن أعراض السحب الناتجة لا تكون أسوأ من الأعراض الناتجة لتعرض شخص ما لحالة أنفلونزا ليست بشديدة ، إلا أن هناك طرقاً أخرى جديدة غير طريقة إحلال الميثادون محل المورفينيات ، هذه الطرق تستخدم أدوية أخرى ، وظروف مختلفة، وفترات زمنية مختلفة، وهذه الطرق قد يكون لها مزاياها الخاصة بها عن طريقة الإحلال بالميثادون.

طرق علاج إدمان المورفينيات:

طرق علاج مدمني المورفينيات عديدة ، وتشتمل على ما يلي:-

١- التقليل التدريجي للمادة المسببة للإدمان في الجسم.

٢- الطرق الدوائية.

٣- المجمعات الشعبية العلاجية.

٤- العلاج الغير دوائي خارج المستشفيات.

٥- طرق أخرى للعلاج.

أولاً- التقليل التدريجي للمادة المدمنة في الجسم
Outpatient Detoxification

هذه النوعية من العلاج تشمل إعطاء مدمن الهيروين خارج المستشفى جرعات متناقصة تناقصاً تدريجياً من مادة الميثادون (هى إحدى الأفيونيات لكن أعراض السحب منها تكون أخف بكثير من مثلتها فى حالة الهيروين) كبديل لمادة الهيروين . هذه الطريقة ليست طريقة للعلاج فقط ، ولكن يمكن استخدامها بطريقة مصاحبة لكل الطرق الأخرى لعلاج إدمان الهيروين يستثنى من ذلك طريقة العلاج باستخدام مادة الميثادون، كما أن التسهيلات العلاجية (التي توفر إزالة المادة المدمنة من الجسم) يكون هدفها هو إنهاء استخدام الهيروين وإدخال المدمن فى علاج تأهيلي طويل المدى ، إلا أن نسبة قليلة من مدمني الهيروين (١-٢%) هم الذين استطاعوا إيقاف تناول الهيروين عن طريق تطبيق هذه الطريقة عليهم ، كما ان معدلات اكمال العلاج بهذه الطريقة تفاوتت من صفر إلى ٦٩% بمتوسط يصل إلى أقل من ٤٠% ، ونادراً ما يلجأ المدمنون فى الدخول فى برامج تأهيلية مكثفة عقب تقليل مستوى المادة المدمنة فى أجسامهم .

وعموماً فإن هذه الطريقة تلاقى قبولاً ، إلا أنها ليست الطريقة الناجحة بدرجة كبيرة ومما يشجع على استمرار استخدام هذه الطريقة هو رخص تكاليفها النسبى، هذا بالإضافة إلى أنها تعتبر بديل لطرق العلاج الأخرى ، والتي يمكن اعتبارها أكثر تحديداً مثل طرق العلاج من خلال المجمعات الشعبية أو باستخدام مادة الميثادون .

وهناك بعض المحاولات التى تهدف إلى تحسين فاعلية طريقة الإزالة التدريجية للمادة المخدرة من الجسم ، هذه المحاولات تشمل ابتكارات أو طرق تستخدم تنظيم جرعة الميثادون بطريقة شخصية أى من قبل المدمن نفسه أو الإزالة السريعة للمادة المدمنة من الجسم ، كما أن هناك تحويلات أخرى فى هذه الطريقة تتضمن استخدام بعض المواد المخفضة لضغط الدم المرتفع كمواد مساعدة إلى جوار مادة الميثادون ، فلقد استخدم بعض الباحثين عقار الكلونيدين Clonidine كمادة فى مقدورها أن تخفض أو تخفف من أعراض السحب للأفيونيات فى أثناء فترة إزالتها من الجسم ، إلا أن الأسباب الحقيقية لتخفيف أعراض السحب عند استخدام هذه المادة ناتج عن استخدام هذه المادة نفسها أو عن طريق تقليل استخدام الهيروين أم عن تحسن وسائل التأهيل، هذه أسئلة لم تحدد الإجابة عليها بصورة قاطعة حتى الآن .

ثانياً - الطرق الدوائية:

١- طريقة الإحلال بالميثادون Methadone substitution method

أن الجرعة المستخدمة من الميثادون لكى تحل محل الدواء المورفينى لمدمن المورفينيات تختلف باختلاف درجة اعتماد الشخص المدمن على الدواء، هذا بالإضافة إلى اختلاف الحالة الصحية للمدمن . وطبقاً لهذه الطريقة فإنه يجب منع الشخص المدمن من تعاطى المورفين مع مراقبته مراقبة جيدة ، وعند ظهور أية علامات سحب ذات قيمة ، فإنه يجب وعلى الفور البدء فى إعطاء الميثادون ، ونادراً ما تزيد الجرعة الابتدائية لهذا الدواء عن ١٥ إلى ٢٠ ملليجرام ، وتعطى عن طريق الفم ، ويمكن إعطاء جرعات إضافية من الميثادون إذا لم تختفى أعراض السحب أو تقل فى شدتها أو كلما بدأت أعراض السحب فى العودة إلى الظهور من جديد، ويمكن أن تصل الجرعة المعطاة من الميثادون إلى حوالى ٨٠ ملليجرام فى اليوم الأول لسحب الدواء المورفينى ، وإذا ما قارنا قدرة عقار الميثادون على تخفيف أعراض السحب بقدرته كدواء مسكن للألم ، فإننا نجد أن قدرته على تخفيف أعراض السحب تفوق قدرته على إزالة الألم ، كما أن قدرته على تخفيف أعراض السحب تظل فترة زمنية أطول من فترة عمله كدواء مسكن للألم.

والجرعة المستخدمة من الميثادون لكى تحل محل الدواء المورفينى تختلف باختلال هذا الدواء المورفينى ، وعادة ما يستخدم ١ ملليجرام عن طريق الفم من الميثادون لكى يحل محل ٤ ملليجرام من المورفين المعطى بطريق الحقن ، أما فى حالة الميبيريدين ، فإن ١ ملليجرام من الميثادون يمكن أن تحل محل ٢٠ ملليجرام من هذا الدواء المورفينى ، وفى حالة الهيروين ، يستخدم ١ ملليجرام من الميثادون لكى تحل محل ٢ ملليجرام من هذا العقار.

وعند التعامل مع مدمن ما على أحد المواد المورفينية ، يجب الوصول إلى الجرعة المناسبة من الميثادون ، والتي تحل محل الدواء المورفينى ، وفى نفس الوقت يكون فى مقدور هذه الجرعة تخفيف أو إزالة أعراض سحب الدواء المورفينى، هذه الجرعة تسمى بجرعة التخفيف أو التسكين Dose of stabilization ، وعند الوصول إلى هذه الجرعة يمكن البدء فى تخفيض جرعة الميثادون، وإعطاء الميثادون لا يجب أن يزيد عن مرتين يومياً ، ويمكن تخفيض جرعة الميثادون فى المرضى المحجوزين فى المستشفيات بنسبة حوالى ٢٠% من مجموع الجرعات المعطاة يومياً ، وهذا التخفيض فى الجرعة يمكن احتماله لأنه يؤدى إلى أقل القليل من المتاعب الناتجة عن عملية سحب الميثادون ، ويمكن سحب الميثادون فى خلال عشرة أيام من بدء إعطائه لمدمن المورفينيات المحجوز فى المستشفى ، وبعد مضى هذه

الفترة قد يتبقى على المريض بعض أعراض السحب الطفيفة، والتي قد تلازمه لعدة أيام بعد إعطائه آخر جرعة من الميثادون.

إن التوقف عن إعطاء الميثادون في بعض المدمنين بعد مضي فترة (٦-١٨ شهراً) من محاولة إرجاع هذا المدمن إلى وضع اجتماعي مستقر يمكن أن يؤدي إلى وقوع هذا المدمن تحت تأثير أعراض سحب مطولة *Protracted period of withdrawal* ، وبالرغم من هذا فإن مدمني الهيروين السابقين ، والذين أعطوا الميثادون للعلاج ، أمكن سحب الميثادون منهم تماماً وهم خارج المستشفى ، وفي هؤلاء المرضى يتم تخفيض جرعة الميثادون بطريقة بطيئة جداً (تخفيض جرعة الميثادون بقيمة أقل من ١٠% من جرعة التسكين مرة كل أسبوع أو يتم تخفيض جرعة الميثادون حوالي ٣ ملليجرام كل أسبوع)، ومع هذا فإن العديد منهم يعانون من أعراض سحب المورفينيات عند تخفيض جرعة الميثادون اليومية إلى حوالي ١٠ إلى ٣٠ ملليجرام.

وبالنسبة للمدمنين الذين يعالجون خارج المستشفيات فإن التخفيض المتدرج في جرعة الميثادون وبصورة طفيفة جداً يمكن أن يكون مناسباً للمدمنين الذين يعالجون خارج المستشفيات ، وعند إيقاف استخدام الميثادون تماماً في هؤلاء المدمنين فإنهم يعانون من أعراض سحب هذا الدواء لفترات قد تصل إلى عدة شهور عقب إعطاء آخر جرعة من الميثادون وأهم أعراض السحب التي تظهر عليهم هي حدوث أرق ، هيجان ، قلق ، توعك، ألم ، تعب ، قذف مبكر وزيادة في نشاط الجهاز الهضمي.

٢- طريقة استخدام عقار الكلونيدين Clonidine Administration Method

عقار الكلونيدين هو عقار يعمل على الجهاز العصبي المركزي ، ويقوم بتنبيه مستقبلات ألفا ٢ الإدرينالية *Central α-2- adrenergic agonist* ، وهو من خلال هذا التأثير يمكن أن يخفف ضغط الدم ، هذا بالإضافة إلى قدرته على إحداث حالة من التهدئة يمكن الاستفادة منها في تقليل أعراض السحب من المورفينيات، ويمكن أن يستخدم بالتحديد في علاج مدمني المورفينيات خارج المستشفى وكذلك في تقليل فترة السحب الكامل للمورفينيات الذين يعالجون داخل المستشفيات أو أن يستخدم كمقدمة للبدء في علاج مدمني المورفينيات عن طريق إعطائهم أحد مضادات المورفين وهو دواء النالتريكسون.

ويتم علاج المرضى أو المدمنين الذين يعالجون خارج المستشفيات عن طريق إعطائهم جرعات يومية من الميثادون تصل قيمتها من ٢٠ إلى ٣٠ ملليجرام، ويمكن بعد ذلك سحب هذا الدواء المورفينى بصورة تدريجية مع البدء فى إعطاء عقار الكلونيدين لمدة تتراوح بين ٧ إلى ١٠ أيام وجرعة مقدارها من ١٠ إلى ١٧ ميكروجرام لكل كيلو جرام من وزن الشخص المدمن، ونفس طريقة العلاج هذه يمكن تطبيقها على مدمنى الأدوية المورفينية الأخرى (غير الميثادون) إلا أنه فى المرضى المحجوزين فى المستشفيات ، فإن الأمر يتطلب إعطاء جرعات أكبر من الكلونيدين تصل إلى ٢٥ ميكروجرام فى اليوم لكل كيلو جرام من وزن الشخص المعالج .

٣- طريقة استخدام خليط من الكلونيدين والنالتريكسون:

فى هذه الطريقة أمكن استبدال الميثادون فى المدمنين الذين يعطون جرعة يومية مقدارها فى المتوسط ٣٢ ملليجرام ، بخليط من دوائى الكلونيدين والنالتريكسون ، ويعطى الدواء الأول عن طريق الفم فى جرعة مقدارها ٥ ميكروجرام لكل كيلو جرام ، أما الدواء الثانى فأعطى أيضاً عن طريق الفم فى جرعة مقدارها ١ ملليجرام ، وقد يعطى هذا الخليط من الدوائين فى الوقت الذى تم فيه إيقاف إعطاء عقار الميثادون ، وفى نفس هذا البرنامج العلاجى ، فإن جرعات كل من عقارى الكلونيدين والميثادون قد تم زيادتهما كل حوالى ٤ ساعات ، وقد تم أيضاً ضبط جرعة عقار الكلونيدين على أساس من شدة أعراض السحب فى المدمنين ، ولقد أمكن التصريح لهؤلاء المدمنين بالخروج من المستشفى بعد ستة أيام من علاجهم داخل المستشفى ، ولكنهم نصحوا بالاستمرار فى تعاطى دواء النالتريكسون .

أما عن الأعراض الجانبية لدواء الكلونيدين فإنها تتمثل فى تعرض الشخص المدمن إلى حدوث جفاف فى الفم ، تهديئة ، وهبوط فى ضغط الدم يكون أكثر وضوحاً عندما يكون المريض فى الوضع واقفاً ، ودواء الكلونيدين له قدرة أكبر على تثبيط أعراض تنبيه الجهاز العصبى السمبتاوى ، والتي تكون مصاحبة لسحب الدواء المورفينى من الشخص المدمن، وهذه الأعراض تتمثل فى صورة غثيان، قىء، إسهال، ولكن قدرته محدودة فى تثبيط بعض الأعراض الأخرى مثل الإحساس بعدم الراحة أو الرغبة الشديدة نحو استخدام الدواء المورفينى،

وقدرة الكلوئيديين محدودة جداً على تثبيط بقية الأعراض الأخرى مثل القلق، عدم الارتياح ، الأرق وألم العضلات .

٤- استخدام بعض منبهات مستقبلات ألفا ٢ الإدرينالية الأخرى :

من أمثلتها عقار الجوانابنز Gaunabens ، ولقد وجد أن هذا العقار يمكن أن يكون مفيداً في تحسين بعض أعراض السحب الناجمة عن الإيقاف المفاجئ للأدوية المورفينية في المدمنين ، وباستثناء مجموعتي المورفينيات طويلة المفعول والأدوية المنبهة لمستقبلات ألفا ٢ الإدرينالية ، فإنه حتى الآن لا توجد أدوية أخرى غير مورفينية يمكن أن تخفف أو تمنع أعراض السحب من مدمني المورفينيات ، ويتضمن هذا التعميم بعض الأدوية المطمئنة Tranquilizers ، مثل أدوية الفينوسيازينات Phenothiazines .

٥- العلاج باستخدام الأدوية المهدئة والمنومة :

من أمثلتها أدوية الباربيتورات Barbiturates ، وبعض أدوية هذا العقار تستخدم لإحداث حالة من التهدئة خصوصاً عند وقت النوم ، ولكن استخدام هذه الأدوية لا يمكن أن تثبط تماماً أعراض السحب الناجمة عن إيقاف المورفينيات.

٦- استخدام مغلقات قنوات الكالسيوم Calcium Channel Blockers

مازال استخدام هذه المواد لإزالة أو لتخفيف أعراض سحب المورفينيات تحت التجريب ، ولقد وجد بالفعل أن استخدام هذه المواد يمكن أن يقلل من شدة أعراض السحب في الفئران المعتمدة جسدياً على أو المدمنة للمورفينيات.

ثالثاً - المجتمعات الشعبية العلاجية Therapeutic Communities

دخول مدمن الهيروين في هذه النوعية من العلاج يعنى بالتحديد اشتراكه في برامج من خلالها يقيم المدمن في مكان أو مركز علاجي معين ، وهذه الطرق تركز على العلاج من خلال المواجهة ، والهدف من استخدام هذه الطريقة هو القضاء على الأوهام الشخصية لدى المدمن ، وفي نفس الوقت تعتمد الطريقة على إمداد أو منح المدمن سمات شخصية أخرى جديدة ونافعة، هذا بالإضافة إلى إعطائه سلوكيات جديدة.

كذلك فإن هذه المجمعات الشعبية تعتمد على استخدام أناس من عامة الشعب أو متطوعين لهم علاقة بفهم النواحي الصحية ولهم القدرة على مساعدة المدمن صحياً، ولا تعتمد هذه الطريقة على علاج الإدمان باستخدام الأدوية، كما أن الأعضاء الرئيسيين المشاركين في هذا النظام العلاجي للإدمان عادة ما يكونوا سابقين ، أو من الأشخاص السابقين المسيئين لاستخدام الدواء ، والذين قد تم علاجهم وتأهيلهم من خلال برامج الجمعيات الشعبية.

تتفاوت الجمعيات الشعبية لعلاج الإدمان تفاوتاً كبيراً في كافة النواحي فيما يتعلق بتأكيدھا على التخطيط لعودة المدمن مرة ثانية أو ثالثة إلى الجمعيات الشعبية وذلك في حالة فشل المحاولة الأولى للعلاج ، وتختلف أيضاً في قبولها أو رفضها لاستخدام الأشخاص المتخصصين في علاج الإدمان، كذلك تختلف في مدى رغبتها في قبول إجراء أبحاث على المدمنين الذين يعالجون من خلالها ، وعلى عدم قبول نتائج الأبحاث المجرة على المرضى الذين تشملهم هذه النوعية من العلاج في مجتمعات طبية أخرى.

من الصعب التكهن بالنتائج التي تحدد مدى فاعلية علاج الإدمان من خلال الجمعيات الطبية، وهذا يرجع جزئياً إلى حالة الرفض العام لدى هذه الجمعيات بتطبيق البحث العلمي على مرضاهم ، وإلى أسباب منهجية أخرى أو إلى الصعوبة في الطرق التي يتبعونها في علاج المدمنين المشتركين في برامجهم، والنتائج التي امكن الحصول عليها باستخدام هذه الطريقة تشير إلى ارتفاع معدلات الفشل ، كما أن حوالي من ٤٠-٩٠% من الأفراد الذين ينخرطون في العلاج بهذه الطريقة لا يكملون علاجهم ، ويؤكد طاقم العلاج بأن مرضاهم يتركونهم قبل أن يكتمل شفائهم من الإدمان.

وحيث أن الجمعيات العلاجية للإدمان تعتقد أنه يلزمها فترات زمنية طويلة تصل إلى ١٢ - ١٨ شهراً لكي يوفروا العلاج لمرضاهم، لذا يجب ملاحظة ان الهاربين قد أخذوا قدراً من العلاج ، وحتى إذا ما تضمن تحليل البيانات هؤلاء الهاربين من العلاج فإنه يبدو من واقع النتائج ان العلاج من خلال الجمعيات الشعبية العلاجية لا يؤدي إلى الإقلال من عدد المرضى الذين يتعاطون الأفيونيات (أو الأدوية الأخرى) أو التوقف عن تعاطي الدواء ، أو الإقلال من استخدام أنواع العلاج أو إلى زيادة في معدلات العمالة بين المدمنين المعالجين (وذلك في أثناء تتبعهم بعد فترة العلاج في فترات زمنية تتراوح بين ١-٥ سنوات)، ويعتقد البعض في أن الأشخاص

المعالجين من الإدمان عن طريق الجمعيات الطبية لا تزيد عن نظيرتها قبل البدء فى علاج هؤلاء المرضى.

وتقييم فاعلية العلاج من خلال الجمعيات الطبية بدقة ومقارنته بالطرق الأخرى للعلاج ، يعتبر من الأمور الصعبة ذلك لارتفاع معدلات هروب المدمنين من العلاج ، ولا يمكن للمرء أن يقيم هذه الطريقة إلى أن يتم مقارنة النتائج المأخوذة من هذه الطريقة بنتائج من أفراد لم يتم علاجهم على الإطلاق أو بنتائج من أفراد خضعوا لأنواع من العلاج أقل تحديداً أو تقييداً . إن معدلات الهروب العالية للمدمنين تؤكد بأن طريقة المجتمعات العلاجية أما أن تكون طموحة جداً فى أهدافها أو أنها ذات قيمة فقط لعدد صغير من المدمنين .

رابعاً - العلاج الغير دوائى خارج المستشفيات Outpatient Drug-Free Treatment

إن عدد المشاركين فى العلاج الغير دوائى للإدمان يقارب عدد المدمنين الذين يعالجون باستخدام مادة الميثادون ، وهذا الكلام يبدو غريباً أو مثيراً للدهشة إذا ما أخذنا فى الاعتبار ذلك الاهتمام الكبير الذى توليه وسائل الإعلام والجمعيات العلمية للعلاج باستخدام الميثادون ، إذ أن كل من العلاج الغير الدوائى والعلاج بالميثادون يمثل حوالى ٢٠% من الأفراد الذين يرغبون فى العلاج من الإدمان.

والعلاج الغير دوائى خارج المستشفيات يتضمن برامج مختلفة، وكل برنامج له طريقته فى العلاج ، وهذه الطرق تتفاوت من مجرد مراكز لعلاج السلوك أو مراكز أسرية علاجية Family therapy ، كذلك فإن معظم هذه البرامج تركز على الاستشارة التقليدية التى تساعد المدمنين فى كثير من الأمور فهى تساعدهم على التوجه إلى بعض الوكالات الشعبية الأخرى مثل الجمعيات الصحية أو التثقيفية (التعليمية) أو الشرعية أو القانونية، ومن خلال هذه الجمعيات يمكن للمدمنين أخذ كافة الاستفسارات أو الاستشارات التى تساعدهم فى التغلب على مشكلاتهم.

من الصعب أن نقيم مدى فاعلية العلاج الغير دوائى خارج المستشفيات مقارنة بالطرق العلاجية الأخرى ، ذلك لأن هذه الطريقة تجذب نوعيات معينة من المرضى ، فهى تجذب

المدمنين الشباب ، المدمنين الذين أطلق سراحهم من السجن حديثاً وهؤلاء المرضى الذين يحتاجون إلى دعم أو تأييد فى أعقاب العلاج بالطرق الأخرى .

إن نتائج العلاج بهذه الطريقة هى نتائج متضاربة أو مختلطة وأن هذا ليس بالشئ المدهش، إذا ما أخذنا فى الاعتبار كثرة وتنوع البرامج المقدمة والتفاوت الكبير فى نوعيات المدمنين الذين يعالجون من خلال هذه البرامج، كذلك فإن وسائل التقييم المتوفرة لدينا حالياً لم يتم التحكم فيها أو تم إخضاعها لطرق التحكيم العلمى (أى أن وسائل التقييم هذه ليست محكمة أو أنها تخضع لوسائل تقييم عشوائية) ، ومعظم وسائل التقييم هذه لا تشمل دراسات مقارنة بالطرق الأخرى ؛ لذلك فإنه ليس لدينا الكثير لكى نقوله بشئ من التأكيد عن مدى فاعلية هذه الوسائل التى لا تشتمل على استخدام الدواء فى العلاج ، إلا أن هناك انطباعاً ضئيلاً بأن الطرق الغير دوائية لعلاج الإدمان من المرجح ألا تشتمل على حجز المرضى مثل ما هو عليه الحال مع البرامج العلاجية الأخرى التى تدخل استخدام الدواء كوسيلة لعلاج الإدمان وعلى وجه الخصوص تلك الطرق التى تستخدم الميثادون .

خامساً - طرق أخرى لعلاج إدمان الهيروين :

- ١- يمكن استخدام أدوية أخرى وأهمها الكحول ، وذلك بعد فترة التخلص من المادة المسببة للإدمان من الجسم .
- ٢- الابتكارات علاجية الأخرى تتضمن إحداث نقصان صغير فى جرعات الدواء المسبب للإدمان والدواء البديل يمكن أن يسهل من عملية التخلص من كلا الدوائين من الجسم .
- ٣- تقديم الدعم أو المساندة النفسية من خلال العلاج الجماعى والعلاج بالتدريب على الارتخاء يمكن أن يكون له فائدة فى المساعدة على الخلاص من المادة الدوائية المسببة للإدمان من الجسم .

المراجع :

- [١] مدمنون ومدمنات - قصص وحكايات من عالم المخدرات - سلسلة أقرأ- دار المعارف- القاهرة (١٩٩٢).
- [٢] شباب فى دائرة الموت - المدمنون يعترفون - وجيه أبو ذكرى - المكتب العربى للمعارف - القاهرة (١٩٨٩).

- [٣] "رحلة فى عالم المخدرات" - دكتور/ سامى مصلح - دار البشير للطباعة والنشر والتوزيع - القاهرة (١٩٨٦).
- [٤] المخدرات والمجتمع ... نظرة تكاملية - د. مصطفى سويفى المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب سلسلة عالم المعرفة - عدد ٢٥ - الكويت (١٩٩٦).
- [٥] الإدمان - سلسلة عالم المعرفة - د. عادل الدمرداش - الكويت - عالم المعرفة - ٥٦ (١٩٨٢).
- [٦] كارثة المخدرات ... فى مصر ... والعالم - نواء دكتور/ محمد فتحى عيد - نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع (١٩٩٣).
- [٧] فى بيتنا مدمن ... كيف نمنع الكارثة - إبراهيم نافع - مركز الأهرام للترجمة والنشر - مؤسسة الأهرام - ش الجلاء - القاهرة (١٩٩١).
- [٨] أنا مدمن ... عبد الله عمر خياط - مطابع الأهرام التجارية - القاهرة - مصر (١٩٨٩).
- [٩] الإدمان بين التحريم والمرض - د. محمد يسرى إبراهيم عيس - (١٩٩١).
- [١٠] المخدرات والمسكرات ... وأضرارها على المجتمعات - منير عبد الفتاح عبد الحميد - مجلة الأزهر - الجزء الثانى (١٩٩٠).
- [١١] المخدرات والإدمان - أستاذ دكتور/ عز الدين الدنشارى - مديرية الشباب والرياضة - محافظة القاهرة - مصر (١٩٩٠).
- [١٢] المخدرات ... مأساة الإنسانية - عبد الوهاب عبد السلام الطويلة - منار الإسلام - العدد الثانى - دولة الإمارات العربية المتحدة (١٩٩٠).
- [13] Drug Abuse. Clinical & basic aspects. Ed. N. P. sachindra & N.D. Samavendra. (1977). The Mosby Company Sairt Louis.
- [14] Pharmacology, 2nd ed. (1993). C.R. Gray: M.R. Kathen. And S.L.M. David. Harwal Publishing. Philadelphia. Baltimore. Hong-Kong. London, Munichs sydney. Tokyo. A Waverly Company.
- [15] Casarett and Douglas Toxicology. The Basic Science of Poisons. 4th ed. (1991). O.A. Mary; D. John D.K. Curtis - Mc Graw -Hill, INC Health Professions Division. New York, U.S.A.
- [16] Ausabel, D.P. Causes and types of narcotic addiction a psychosocial view. Psychicetric quarterly, 35, 523-531.(1961).
- [17] Barbor, T.F. Meyer, R.E., Mirin, S.M., MC Namer, H.B., and, Davies, M. Behavioral and social effects of Heroin self administration. Archives of General Psychiatry, 33, 363-367. (1976).

- [18]Deangelas, G.G., and Goldstein, E. Long-term treatment of adolescent PCP abuse. In R.C. Peterson and R.C. Stillmar (Eds). phencyclidine (PCP abuse: an appraisae. NIDA Research Monograph, 21 (GPO No. 017-024-00785-4). (1978).
- [19]Dole, V.P. and, Nysworder, ME. Methadone maintenance: a theoretical perspective. In Dg. Lettieri, M. Ayers, and H.W. Pearson (Eds) Theories or drug abuse: selected cotemporary perspectives. NIDA Research Monograph, 30 (1980) (GPO No, notavailable).
- [20]Dutta, S.N. Sedative Hypnotics; In S.N. Pradham and Dutter (Eds). Drug abuse clinical and basic aspects. st. Louis: The C.V. Mosby Co., (1977).
- [21]Gold, M.S., Redmond, D.E., and Kleber, H.D. Noradrenergic hyperactivity in opiate withdrawal supported by clonidine reversal of opiate withdrawal. American Journal of Psychiatry, 136, 100-102.(1979).
- [22]Hall, S.M. The abstinence phobia. In N.A. krasneger (Ed). Behavioral analysis and treatment of substance abuse. NIDA Research Nonograph, Number, 25 (1979), (GPO No. 017-024-00939-3.
- [23]Misra, R.K., Achievement, anxiety and addiction. In D.J. Lettieri, M. Sayers and H.W. Pearson (Eds). Theories on drug abuse: selected contemporarily perspectives NIDA Research Monograph, 30 (1980) (gpo No. not available).
- [24]Platt., J., and Loibate, C. Heroin addiction: Theory, research and treatment. New York: John Wilef and Sons, Inc., (1976).
- [25]Committee on problems of drugs dependence: Testing drugs for physical dependence potential and abuse liability. Brady JV., Lukas SE (editors), National institute on drug abuse research Monograph, 52, U.S. government printing office, (1984).
- [26]Koob GF, Bloom FE, Cellular and molecular mechanism of drug dependence. Science, 242:715.(1988).
- [27]Ray OA: Drugs, society and human behavior 3rd. ed. Mosby (1982).
- [28]Kleber HD: The use of psychotropic drugs in the treatment of compulsive opiate abusers: The rationale for their use. Adv. Alcohol subst. Abuse, 51:103.(1985).
- [29]Dole V.P. : Implications of methadone maintenance treatment for theories of narcotic addiction. JAMA, 260: 3025. (1988).
- [30]Collier Hoj: Physiological basis of opiate dependence. Drug Alcohol Depend, 11:15.(1988).
- [31]Argen H: Clonidine treatment of opiate withdrawal syndrome: A review of clinical trials of a theory. Acta psychiatr scand (Suppl), 327: 91. (1986).