

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# شربت تریاک

---





میرماه

---

عنوان و نام پدیدآور	: شربت تریاک
مشخصات نشر	: تهران : میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۶۴ ص: مصور
شلیک	: ۸۰۰۰۰ ریال : ۳-۱۶۹-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبای مختصر
یادداشت	: فهرستنویسی کامل این اثر در نشانی: <a href="http://opac.nlai.ir">http://opac.nlai.ir</a> قابل دسترسی است
یادداشت	: تالیف محبوبه دادفر، دکتر علی سالاریان، دکتر فرزاد قضایی پورابرقویی، دکتر هادی کاظمی.
شناسه افزوده	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: صابری زفرقندی، محمدباقر، مقدمه‌نویس
شماره کتایشناسی ملی	: ۳۸۲۳۰۸۳

---

# شربت تریاک

تألیف:

دکتر علی سالاریان

دکترای تخصصی مطالعات اعتیاد  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد  
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر فرزاد قضایی پور ابرقویی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان و انستیتو روانپزشکی تهران

با مقدمه و همکاری:

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی

روانپزشک، مدیر گروه مطالعات اعتیاد  
دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان  
انستیتو روان پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان



میراث

۱۳۹۴ شمسی



## شربت تریاک



تألیف: محبوبه دادفر، دکتر علی سالاریان، دکتر فرزاد قضایی پور ابرقویی، دکتر هادی کاظمی  
با مقدمه و همکاری: دکتر محمد باقر صابری زفرقندی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده  
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند  
صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۸۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۶۹-۳

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (ع) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ع)  
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضایی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

---

تجربه استفاده از داروهای آگونیست و از جمله استفاده از ترکیباتی مثل تریاک برای سم زدایی و یا درمان جایگزین در کشور وجود داشته است. در سال های گذشته، ورود داروهای آگونیست، مانند متادون در چرخه درمان اعتیاد خصوصا از اوایل دهه هشتاد با شدت زیادتری عملیاتی شد. با اینکه مطالعات قابل استنادی از میزان موفقیت این نوع درمان در کشور وجود ندارد، با این حال عدم پیگیری و یا استقبال نامناسب از این نوع سیاست درمانی، نشان از موفقیت نه چندان مورد انتظار آن دارد.

برخی گزارشات و یا مذاکرات مسولین وقت در مورد توزیع شربت تریاک در اواسط دهه پنجاه بیانگر نارضایتی دست اندرکاران از عدم حصول نتایج دلخواه می باشد. عدم استقبال معتادین از طرح تریاک کوپنی، در عین حال تولید و توزیع بیشتر از حد پیش بینی شده آن، تغییر در نحوه توزیع تریاک و وجود ناخالصی در تریاک مصرفی غیر قانونی از جمله چالش هایی بوده که در متن گزارشات هیات وزیران وقت به آن اشارت رفته است.

بعد از طرح استفاده از متادون در درمان اعتیاد در اوایل دهه هشتاد که می توانست با مطالعه دقیق تر و با سیاستی حساب شده تر مورد عمل قرار گیرد، هنوز مطالعات کشوری مبنی بر میزان موفقیت از نظر هزینه-فایده و هزینه-اثربخشی در مورد استفاده از متادون انجام نشده بود که ناگهان موضوع شربت تریاک مطرح شد. هر چند در ابتدا طرح موضوع از دستگاهها و افرادی خارج از نظام سلامت و وزارت بهداشت بود. با این حال موضوع در کمیته درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، مطرح شد و به دلیل نبود مستندات و توجیهات قانع کننده مورد استقبال قرار نگرفت.

هر چند در ابتدا نظر کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با صراحت بیشتری بر احتمال ناکارآمدی و عدم ضرورت چنین برنامه‌ای در درمان اعتیاد کشور تاکید داشت با این حال ظاهراً اراده‌ای خارج از تصمیمات و منویات نظام سلامت بر تولید و توسعه استفاده از شربت تریاک معطوف بود. در بررسی گزارشات مرتبط می‌توان گفت، از اقدامات قابل دفاع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در مقابل فشارهایی که وارد می‌شد و در مناقشات مطبوعاتی و رسانه‌ای بین کارشناسان و مقامات ارشد وزارت بهداشت و دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و یا افراد و برخی سازمان‌های غیر تخصصی دیگر، عمق این اختلافات بخوبی ثبت و ضبط است، اصرار بر انجام مطالعه پایلوت استفاده از شربت تریاک برای تعیین میزان کارآمدی و تاثیر احتمالی آن در کشور می‌باشد. حسب بررسی‌های انجام شده، مطالعه مذکور در حال انجام بود و گزارشی از آن طرح رسماً منتشر نشده بود که به هر حال شربت تریاک تولید و در استان‌ها توزیع گردید. با این حال و علیرغم تمامی فراز و فرودها به نظر می‌رسد این ترکیب مورد استقبال معتادین و مسوولین استان‌ها قرار نگرفته است و امروز نیز از تب و تاب فشار رسانه‌ای برای توزیع آن به شدت کاسته شده است. از نتایج طرح موصوف نیز امیدواریم گزارشی مستند و رسمی به مرکز ذی ربط در وزارت بهداشت تقدیم شده باشد.

مکتوب حاضر به همت سرکارخانم محبوبه دادفر که از همکاران و دانشجویان پر تلاش و محقق می‌باشد، سعی داشته است تا سیر تاریخی استفاده از شربت تریاک را ترسیم نماید و به چرایی و چگونگی ضرورت استفاده از آن در کشور بپردازد که امیدواریم در بازبینی‌های بعدی به صورت جامع‌تری این اهداف محقق شود. لازم است از حسن انتخاب موضوع و شروع این کار، که برخی نقایص و کاستی‌های احتمالی در مراحل اولیه آن اجتناب ناپذیر است، سپاسگزاری شود و با اخذ بازخوردهایی که به این مجموعه می‌شود به یاری خداوند شاهد کامل تر شدن و غنای بیشتری در چاپ‌های آتی کتاب باشیم.

### **دکتر محمد باقر صابری زفرقندی**

روانپزشک، مدیر گروه مطالعات اعتیاد  
دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان  
انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان  
۱۳۹۳/۱۱/۱۰



## فهرست

۱۱	شربت تریاک، تنتور تریاک، اپیوم تینکچر (OT)، اپیوم تینجر یا اپی تینک
۱۳	راهنمای کلی مصرف شربت تریاک
۱۵	اطلاعات لازم برای بیمار
۱۷	وضعیت تولید و توزیع شربت تریاک در ایران
۲۴	پژوهش بر روی شربت تریاک در ایران
۳۴	درمان‌های نگهدارنده
۳۷	موارد مصرف و عدم مصرف شربت تریاک
۳۷	موارد مصرف و عدم مصرف قطعی
۳۹	موارد مصرف و عدم مصرف نسبی
۴۳	پروتکل درمانی شربت تریاک
۴۵	دوزهای معادل متادون با شربت تریاک و پتیدین و مورفین و کدئین
	شرایط مراکز و کلینیک‌هایی که قادر به عرضه درمان به کمک شربت تریاک یا تنتور اپیوم هستند
۴۶	قوانین دریافت شربت تریاک از کلینیک‌ها
۴۷	توزیع شربت تریاک توسط پزشکان
۴۸	شایعه وجود سرب در شربت تریاک
۵۰	ورزش در درمان معتادان مصرف‌کننده شربت تریاک
۵۱	گزارش چند مصاحبه در مورد تأثیر شربت تریاک
۵۱	مصاحبه با یکی از مسئولین شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی
۵۳	مصاحبه با یکی از خدمتگزاران شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی
۵۴	مصاحبه با یکی از مسافران شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی
۵۸	منابع



### شربت تریاک، تنتور تریاک، اپیوم تینکچر (OT)، اپیوم تینجر یا اپی تینک

تینکچر یعنی محلول یک ماده در الکل یا شربت‌های دارای پایه الکلی. داروی اپی تینک یا شربت با پایه الکلی تریاک، تحت نام لودانم، سابقه‌ای طولانی به عنوان داروی ضد درد، آرامبخش، خواب آور، ضد اسهال و غیره در فاصله قرن‌های شانزدهم تا ابتدای قرن بیستم دارد. استفاده از این دارو که در واقع محلول ۱۰۰ گرم تریاک (حاوی ۱۰ گرم مورفین) در یک لیتر مایع حاوی الکل (۲۰ درصد و کمتر) است، از ابتدای قرن بیستم با توجه به اعمال محدودیت مصرف مواد افیونی تنها به درمان علامتی موارد اسهال شدید محدود شده است (اختیاری، ۱۳۸۸).

به عبارتی هر ماده محلول در الکل را تینکچر می‌نامند. از آنجایی که تریاک به راحتی در آب حل نمی‌شود برای تولید محلول تریاک لازم است تا آن را در الکل حل کرد. بنابراین این شربت تریاک یا اپیوم تینکچر حاوی حداقل ۲۰ درصد الکل است.

ترکیبی شبیه شربت تریاک با درصد الکل بسیار کمتر (شربت پاره گوریک) در گذشته به صورت محدود برای ترک اعتیاد نوزادان مادران معتاد، استفاده می‌شد که به دلیل تاثیرات ناخوشایند الکل بر نوزادان در حال حاضر کمتر از این محلول در درمان نوزادان متولد شده از مادران معتاد استفاده می‌شود.

تنتور تریاک با نام ژنریک شربت تریاک و نام تجاری N/A است. طبقه دارویی و مکانیسم آن به شرح زیر است: ضد درد مخدر و یک داروی مایع خوراکی است که برای کنترل اسهال بکار برده می‌شود. شربت تریاک حاوی مورفینی می‌باشد که مسکن درد تریاک است. مواد مخدر می‌توانند حرکت، نیروی محرکه و ترشحات دستگاه گوارش را کاهش و قدرت ماهیچه‌ای دستگاه گوارش را افزایش دهند. این تاثیرات به کنترل اسهال کمک می‌کنند. تون بخش‌های طولانی عضله طولی را افزایش می‌دهد و انقباض دافع هر دو عضله دایره‌ای و طولی را مهار می‌کند. محتوای مورفین از دستگاه گوارش به خوبی جذب می‌شود. بعد از تجویز خوراکی به سرعت در کبد متابولیزه می‌شود. محتوای مورفین با اسید گلوکورونیک ترکیب می‌شود. حدود ۷۵٪ آن ظرف ۴۸ ساعت از ادرار دفع می‌شود. شربت تریاک مایع خوراکی بی بو، حاوی ۱۰ میلی گرم مورفین بدون آب در هر میلی لیتر است. طرز نگهداری به این شکل است که شربت تریاک در اتاق دمای بین ۶۸ تا ۷۷ درجه فارنهایت (۲۵-۲۰ درجه سانتیگراد) قابل نگهداری می‌باشد. شربت تریاک برای درمان اسهال استفاده می‌شود. دوز آن برای بزرگسالان مصرف ۰/۶ میلی لیتر از راه دهان ۴ بار در روز، نه بیش از ۶ میلی لیتر در روز، برای کودکان استفاده ایمن و موثر از شربت تریاک در کودکان مشخص نشده است. شربت تریاک با داروهایی مانند نالترکسون و بوپرنورفین نباید استفاده شوند زیرا آنها آرامبخشی را افزایش و تاثیر مفید شربت تریاک را کاهش می‌دهند. شربت تریاک حاوی مورفین است. مورفین در بیماران تحت درمان با مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOI)، به دلیل افزایش سمیت مورفین شامل گیجی، فشار خون بالا، لرزش، بیش‌فعالی، کما و مرگ نباید استفاده شود. داروها در این طبقه شامل ایزوکربوکساید (مارپلان)، فنلزین (ناردیل)، ترانسیل سیپرومین (پارنیت)، سلزیلین (الدیپریل)، و پروکاربازین (ماتولانی) و لینزولید (زیوکس) هستند. مورفین نباید ظرف ۱۴ روز از قطع MAOI داده شود. مطالعات کافی برای تعیین استفاده بی خطر و موثر شربت تریاک در زنان باردار وجود ندارد. شربت تریاک حاوی مورفین است. مورفین در شیر مادر ترشح می‌شود. با این حال، آکادمی کمیته اطفال آمریکا

## شربت تریاک / ۱۳

ذکر می‌کند که استفاده از آن حین تغذیه با شیر مادر بی خطر است. عوارض جانبی شربت تریاک آرام بخشی، بی‌هوشی، تهوع، استفراغ، و به ندرت خارش و بثورات جلدی هستند. افت تنفسی و وابستگی فیزیکی و روانی نیز رخ می‌دهند.

### راهنمای کلی مصرف شربت تریاک

راهنمای کلی مصرف شربت تریاک به شرح زیر است:

- به هنگام محصول انتخابی با احتیاط مصرف کنید. شربت تریاک را با مسکن درد، اشتباه نگیرید. شربت تریاک ۲۵ برابر بیشتر حاوی مورفین است تا مسکن درد و اگر در دوزهای معادل میلی لیتر داده شود، ممکن است در مصرف بیش از حد، بالقوه کشنده شود.

- برای کاهش خطر خطای دوز مصرفی، شربت تریاک رقیق (۱۰ میلی گرم مورفین در میلی لیتر) را در نظر بگیرید به طوری که غلظت مورفین معادل مسکن درد (۰/۴ میلی گرم مورفین در میلی لیتر) شود.

- بدون توجه به وعده‌های غذایی دارو را بدهید. در صورتی که در دستگاه گوارش ناراحتی رخ دهد، غذا را مدیریت کنید.

- دوز تجویز شده شربت تریاک را با استفاده از سرنگ دوز اندازه‌گیری و مدیریت کنید.

- دوز تجویز شده مسکن درد یا شربت تریاک رقیق را با استفاده از سرنگ دوز، قاشق دوز یا فنجان دوز اندازه‌گیری و مدیریت کنید.

### نگهداری / حفظ شربت تریاک

شربت تریاک و مسکن درد را در دمای اتاق کنترل شده (۵۹° تا ۸۶° فارنهایت)

نگهداری کنید. مسکن درد را در گرمای زیاد و نور نگهداری نکنید.

### تداخلات دارویی

تداخلات دارویی با آنتی هیستامین‌ها، داروهای تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی، گلو تتامید، متو کاربامول، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای مطرح شود.

### سایمتیدین

گزارش شده است که تجویز همزمان سایمتیدین و مورفین به علت آپنه، گیجی و کشش عضلانی را ایجاد می کند. ولی تداخلات تست‌های آزمایشگاهی به خوبی مستند نشده است.

عوارض جانبی شامل بیماری‌های پوستی (خارش و کهیر)، دستگاه گوارش (یبوست، تهوع و استفراغ) می باشد. این دارو در گروه C در زمان بارداری جای می گیرد و شیردهی با احتیاط مصرف می شود

### بیماران در معرض خطر ویژه

در افراد سالمند، افراد ناتوان و در بیماران دچار افزایش فشار داخل جمجمه، تصلب شرائین مغزی، سیروز کبدی یا نارسایی کبد، خونریزی دستگاه گوارش، میکزدم، آمفیزم و آسم برونشیت با احتیاط مصرف کنید.

### وابستگی دارویی

سوء مصرف بالقوه ممکن است منجر به اعتیاد شود.

### مصرف بیش از حد

علائم مصرف بیش از حد شامل تهوع، استفراغ، انقباض مردمک چشم، سردی و رطوبت پوست، افت تنفسی و سیستم عصبی مرکزی، برادیکاردی، افت فشار خون، سستی عضلات اسکلتی، ادم ریوی غیر کاردیوژنیک، هیپوگلیسمی، آپنه، اختلال در گردش خون، ایست قلبی و مرگ هستند.

### اطلاعات لازم برای بیمار

- به بیمار توصیه کنید که دارو ممکن است یک عادت شود و آنچه که تجویز شده را مصرف کند و دوز یا فراوانی مصرف را افزایش ندهد، مگر با توصیه ارائه دهنده مراقبت بهداشتی.
- به بیمار یا فرد مراقب یا ناظر مصرف داروی بیمار توصیه کنید که در صورت نیاز به کنترل اسهال، دوز تجویز شده را تا ۴ بار در روز بالا ببرد.
- به بیمار یا فرد مراقب یا ناظر مصرف داروی بیمار توصیه کنید که هر دوز را بدون توجه به وعده‌های غذایی مصرف نماید اما در صورتی که ناراحتی معده رخ دهد، با وعده‌های غذایی مصرف یا مدیریت شود.
- به بیمار یا فرد مراقب مصرف داروی بیمار استفاده از مسکن درد را برای اندازه‌گیری و مدیریت دوز تجویز شده، با استفاده از سرنگ دوز، قاشق دوز، یا فنجان دوز، توصیه کنید.
- به بیمار استفاده از شربت تریاک را برای اندازه‌گیری و مدیریت دوز تجویز دوز، با استفاده از سرنگ دوز، توصیه کنید.
- به بیمار توصیه کنید اگر یک دوز مصرف دارو را از دست داده است، مصرف دوز بعدی دارو را در زمان برنامه ریزی شده منظم مصرف نماید. به بیمار هشدار دهید تا برای جبران عقب ماندن از مصرف داروی از دست داده، دو برابر دوز دارو را مصرف نکند.
- به بیمار توصیه کنید که اگر اسهال کنترل نمی‌شود، دوز یا فراوانی تجویز دارو را افزایش ندهد، ولی به ارائه دهنده مراقبت بهداشتی اطلاع دهد.
- به بیمار توصیه کنید وقتی اسهال برطرف شد، درمان را قطع کند. به بیمار هشدار دهید که مصرف مداوم ممکن است باعث یبوست شدید شود.
- به بیمار برای اجتناب از مصرف الکل و سایر داروهای سیستم عصبی مرکزی، به هنگام استفاده از این دارو، هشدار دهید.

- به بیمار هشدار دهید که دارو ممکن است باعث خواب آلودگی شود و در استفاده از آن به هنگام رانندگی یا انجام سایر کارهایی که نیاز به هوشیاری ذهنی یا هماهنگی دارد، تا زمانی که تحمل مشخص شود، احتیاط کنند (بهداشت کلور ولترز، ۲۰۰۹).

در طول حیات بشر مواد دست ساز (صناعی) و یا طبیعی وجود داشته است که مصرف آن بر عملکرد مغزی تاثیر داشته و منجر به علائم جسمی و روانی می شده است که به نام اعتیاد و یا وابستگی خوانده می شود. در این بین ماده‌ای که بیش از همه تمامی زوایای زندگی بشر اعم از سیاسی و اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را تحت تاثیر خود داشته و دارد تریاک است. در ابتدای شناخته شدن این گیاه توسط بشر نام آن گیاه نشاط آور بوده است. برخی محققین معتقد هستند که گیاه خشخاش کوکنار بنام پاپاور سمینفرم که نوع اصلی از میان نزدیک به صد گونه مختلف خشخاش، خشخاشی است که از آن تریاک گرفته می شود ابتدا در جلگه رودهای دجله و فرات در عراق کنونی کشت می شده است. این ماده از آنجا به جنوب و غرب گسترش یافته است. برخی مستندات می گوید که نام اولیه تریاک، تباین برگرفته از نام شهر تب در مصر که مزارع خشخاش وسیعی داشته است بوده است. نقل شده است که در ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح مصریان با ۷۰۰ نوع داروی حاوی تریاک آشنا بوده اند. در عصر جدید اولین کشوری که از تریاک به عنوان یک کالای اقتصادی با ارزش بهره برداری کرد، پرتغال بوده است و تاریخ شاهد نزاع‌های بین کشورهای مختلف اروپایی مثل هلند، فرانسه و بریتانیا بر سر کنترل تجارت تریاک بوده است. تریاک از جمله مشتقات و فرآورده‌های گیاهی است که به صورت گیاه کامل در طبیعت وجود دارد؛ و حدود سی نوع الکالوئید در آن به خوبی شناخته شده اند. هنگامی که گلبرگ‌های بنفش رنگ گیاه خشخاش (پاپاور سمینفرم) فرو ریخت، تخمدان نارس آن توسط کشاورز تیغ زده می شود و عصاره شیرین رنگی تراوش می شود؛ پس از گذشت یک شبانه روز و تبخیر تدریجی آب این شیره در مجاورت هوا، عصاره‌ای قهوه‌ای رنگ به صورت صمغی چسبیده بر جدار خارجی تخمدان گیاه خشخاش باقی می ماند؛ که از تراشیدن و جمع آوری این ماده، تریاک (از هر گیاه حدود ۸۰ میلی‌گرم) به



## شربت تریاک / ۱۷

دست می‌آید. مرفین، کدئین، دی‌هیدروکودون، هیدروکدین، تبائین، اکسی‌کودون، اتیل مرفین از جمله مشتقات تریاک به حساب می‌آیند. بیشترین مصرف دارویی این ترکیبات در درمان بیماری‌هایایی مثل سرفه، اسهال، و ضد درد قوی می‌باشد. با تاسف بیشتر تریاک به هروین (استیل مرفین) تبدیل می‌شود که مورد سوء مصرف در افراد معتاد می‌باشد. مرفین که اصلی‌ترین ماده موثر در تریاک است برای ساخت هروئین به کار می‌رود.

الکالوئیدهای افیونی فقط ۵۲ درصد حجم تریاک را تشکیل می‌دهد؛ مابقی شامل آب، قند، و اسیدهای چرب می‌باشد. مهم‌ترین الکالوئیدهای تریاک اول مرفین است که ۱۵ درصد شیره گیاه را تشکیل می‌دهد. کاربرد پزشکی مرفین اثرات مسکنی قوی آن در دردهای حاد و مزمن است. هرچند اثرات کاهش دهنده تنفس و ضد اسهالی نیز دارد. کدئین با درصد کمتری در شیرۀ تریاک موجود است و علاوه بر تاثیرات ضد دردی عمدتاً برای برطرف کردن سرفه استفاده می‌شود. پاپاورین نیز با خاصیت شل‌کنندگی عضلات صاف باعث گشادای عروق می‌شود و در اصلاح نعوظ در مردانی که از نظر ضایعه نخاعی و یا اشکالات عروقی دچار ناتوانی جنسی هستند کاربرد دارد.

### وضعیت تولید و توزیع شربت تریاک در ایران

موضوع شربت تریاک از سال ۱۳۸۵ در کشور ایران مطرح شد. تا قبل از آن، تنها ماده آگونیست مجاز برای درمان وابستگی به مواد مخدر، داروی متادون و بوپرونورفین بود. قرص‌های ۵ میلی‌گرمی متادون در کنار قرص‌های زیر زبانی ۲ و ۸ میلی‌گرم بوپرونورفین وارد فهرست دارویی کشور شده بود و مراکز درمان‌نگه‌دارنده با آگونیست، مجاز به استفاده از این داروها بودند. در تیرماه سال ۸۶، از طرف دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر از تولید «شربت تریاک» برای درمان معتادان خیر داده شد.

بر اساس اعلام اولیه قرار بود این شربت تا اواخر سال ۸۶ در مراکزی خاص توزیع شود و معتادان براساس تشخیص پزشک، شربت را در مرکز استفاده کنند (فارس - ۱۷/۴/۸۶). از آنجایی که ظاهراً تولید شربت تریاک با هماهنگی و یا پیشنهاد اولیه وزارت بهداشت که

متولی اصلی درمان در کشور است صورت نگرفته بود معاون وزیر بهداشت اعلام کرد هماهنگی‌های لازم در این مورد با وزارت بهداشت، به‌عنوان متولی امر درمان، انجام نشده است و با گلایه به خبر منقول از دبیرخانه ستاد واکنش نشان داد و گفت "قبل از اعلام خبر مربوطه باید مراحل تایید شربت تریاک در معاونت سلامت و معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت طی می‌شد" (فارس - ۸۶/۶/۱۹). در فروردین ماه ۸۷، مدیرکل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر از «تایید شربت تریاک» در وزارت بهداشت خبر داد و افزود با تدوین پروتکل درمانی، «دوره آزمایشی» درمان با این دارو از هفته آینده آغاز می‌شود و طی یک برنامه یک‌ماهه، حدود هزار معتاد زیر پوشش درمان با شربت تریاک قرار می‌گیرند (فارس - ۸۷/۱/۲۶)؛ بالاخره در اواخر سال ۸۸، خانم دکتر مرضیه وحید دستجردی، وزیر وقت بهداشت، اعلام کرد «تنتور اپیوم» در مراحل آزمایشی نتایج مثبتی داشته است. در مرحله پایلوت، در مدت یک سال استفاده از این دارو برای درمان اعتیاد، نشان داده شده باید در کنار دارو درمانی، برنامه‌های حمایتی دیگری همچون روان‌درمانی و روان‌پزشکی مدنظر قرار گیرد. وزیر بهداشت گفته بود مراحل نهایی توزیع تنتور اپیوم (شربت تریاک) انجام شده و توزیع این شربت در همه مراکزی که آمادگی لازم را برای این منظور داشته و مورد تایید ستاد مبارزه با مواد مخدر باشند، انجام خواهد شد (ایرنا - ۸۸/۱۲/۱۵).

سخنان متفاوت و بعضاً متضاد مسوولین ذی ربط در وزارت بهداشت و دبیرخانه ستاد نشان از عدم وجود هدف گذاری تعریف شده‌ای در مورد ضرورت و چرایی استفاده از شربت تریاک در کشور بود. سختی کار و نگرانی از توزیع ماده مذکور باعث شده بود تا مسوولین اجرایی با احتیاط بیشتری اقدام نمایند. به طوری که در اردیبهشت ۸۹، دکتر آذرخش مکرری، معاون آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران و مجری طرح پایلوت کردن استفاده از شربت تریاک، اعلام کرد: «کلینیک‌هایی که سابقه ۲ سال درمان نگه‌دارنده دارند، می‌توانند به شرط داشتن خدمات مشاوره، مجوز توزیع شربت تریاک را دریافت کنند و تعداد مراکزی که می‌توانند مجوز توزیع شربت تریاک را بگیرند، به تعداد مراکزی بستگی دارد که بتوانند

این شرایط را ایجاد کنند.» وی تاکید کرد: «در درمان نگه‌دارنده، تاثیر کیفیت کلینیک در نتیجه درمان خیلی مهم است و چون شربت تریاک دارویی است که امکان نشت و سوء‌مصرف آن وجود دارد، به کلینیک‌هایی مجوز داده می‌شود که دقت و تجربه بیشتری دارند. شرایط مشکل برای دادن مجوز کلینیک کمک به آنهاست و آنها را از یک مرکز توزیع دارو به مرکزی که مشاوره می‌دهد و مددکاری دارد، تبدیل می‌کند» (تابناک-۸۹/۲/۷).

اما تا زمستان سال ۸۹، فقط ۶ دانشگاه علوم پزشکی درخواست تنتور اپیوم کردند؛ در حالی که محمدرضا شانه‌ساز، مدیر کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر، اعلام کرده بود در صورت آماده شدن و درخواست همه دانشگاه‌ها، این شربت را در اختیارشان خواهند گذارد. البته براساس پروتکل، «وجود فضای مناسب برای توزیع شربت تریاک، داشتن انبار داروی مناسب، ایجاد فضای امنیتی و حفاظتی لازم برای نگهداری این شربت و حضور یک متخصص روان‌شناسی برای هر ۵۰ بیمار» جزو شرایط لازم برای مراکز مجاز اعلام شده بود (فارس-۸۹/۱۰/??).

قرار بود که موضوع توزیع شربت تریاک در قالب مطالعه پایلوت مورد ارزیابی قرار گیرد و پس از اینکه موفقیت آمیز بودن آن در مرحله پایلوت به اثبات رسید پروتکل نحوه استفاده از آن نیز تدوین و جهت اجرا ابلاغ گردد.

در مورد گزارش پایلوت تاکنون مستندی از طرف دانشگاه و یا مجری طرح پایلوت منتشر نگردیده است. بر اساس نظر غیر مکتوب برخی از مسوولین ذی ربط ظاهراً گزارش نتیجه طرح در یک جلسه کارشناسی در وزارت بهداشت مود نقد قرار گرفته و ابهامات جدی در روش شناسی طرح وجود داشته است و به همین دلیل مسوولین وزارت بهداشت حاضر به اجرای دستوری آن بدون طی مراحل علمی آن نشده‌اند.

البته برخی از افراد و صاحبان مراکز خاص و عموماً مدیران مرتبط با دبیرخانه ستاد و بدون ارائه منبع و مستندات منتشر شده از موفقیت آمیز بودن طرح و ضرورت اجرای کشوری آن سخن گفته اند.

مکری، مجری طرح درمان به کمک تنتور اپیوم (شربت تریاک) که با همکاری ۱۰ مرکز در سطح کشور و درمانگاه مرکز ملی مطالعات اعتیاد نزدیک به دو هزار بیمار را تحت درمان با این شربت تریاک قرار داده است، گزارش داد که نتایج بررسی‌ها نشان دهنده این است که درمان با این ماده برای افراد بالای ۵۰ سال که به تریاک معتاد هستند، به خوبی پاسخ داده است. "بررسی‌های پایلوت استفاده از شربت تریاک در گروه‌های مختلف به انجام رسیده است. این یکی از محدود برنامه‌های درمانی است که در جلسه ستاد با حضور رئیس‌جمهور وقت برای اجرای سراسری مصوب شده است. طی ۲ سال گذشته با وجود اینکه پروتکل درمانی تدوین شد و آموزش‌های لازم نیز به پزشکان داده شد، انتظار می‌رفت شربت تریاک در ۳۰۰-۴۰۰ مرکز زیر نظر وزارت بهداشت در سراسر کشور توزیع شود، اما طی یک‌سال و نیم پس از تایید و موافقت مسئولان اتفاق خاصی صورت نگرفته است. این در حالی است که این شربت عمدتاً برای درمان کراک و تریاک استفاده می‌شود و مصرف‌کننده‌های این مواد مخدر بیشترین فراوانی را دارند. در وزارت بهداشت دو بخش مجزا، مسئولیت شربت تریاک را بر عهده دارند؛ معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت برای تولید شربت و معاونت درمان برای راه‌اندازی مراکز درمانی برای معتادانی که نیاز به دارو دارند و باید به آنجا مراجعه کنند. معاونت دارو هم نظر مثبتی نسبت به ماجرا داشت و هم برای تولید تلاش کرد، اما آن قسمت از وزارت بهداشت که باید با بدنه دانشگاه‌ها ارتباط برقرار کند و پروتکل‌ها و آیین‌نامه‌ها را بنویسد و اجرا کند و پزشکان را آموزش بدهد ضعیف عمل کرده است. شربت تریاک به صورت ملی تولید می‌شود و در انبارها وجود دارد ولی مهم این است که آن قسمت از بدنه معاونت درمان همکاری لازم را انجام نمی‌دهد. آمار دقیقی از مراکز درمانی که زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند منتشر نشده است ولی پزشکان با وجود اینکه مدت‌ها قبل در

دانشگاه‌های علوم پزشکی ثبت‌نام کرده‌اند، اما هنوز موفق به دریافت شربت نشده‌اند. بی‌نظمی موجود باید ریشه‌یابی و حل شود. دانشگاه‌ها مجوز درمان و تجویز شربت تریاک را به مراکز و پزشکان می‌دهند. دلیل اینکه این شربت به مراکز بهزیستی داده نمی‌شود، این است که بهتر است بهزیستی موضوع کمپ‌ها را به سامان برساند. به نظر من با توجه به تغییراتی که بهزیستی داشته و درون وزارت کار و تعاون و رفاه ادغام شده بهتر است به مسائل و مواردی که مربوط به حمایت‌های اجتماعی است پردازد؛ چون بهزیستی در این زمینه تجربه بهتری دارد. این دارو مثل متادون است و وزارت بهداشت در این زمینه بر بهزیستی ارجح است، اما اینکه وزارت بهداشت هنوز نتوانسته درست عمل کند موضوع دیگری است. مرکز مطالعات اعتیاد پیشنهاد پایلوت شربت OT با ۱۰۰۲ نفر را به کنگره ۶۰ داد، این پایلوت بسیار موفق آمیز بود. دوره‌های آموزشی OT، توسط کنگره ۶۰ برای مسافران کنگره ۶۰ از نمایندگی برگزار می‌گردد."

صفاتیان، مدیرکل سابق درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر فعال در بخش آموزش پزشکان مرتبط با مواد مخدر گفته است که شربت تریاک عمدتاً برای درمان کراک و تریاک استفاده می‌شود و مصرف‌کننده‌های این مواد مخدر بیشترین فراوانی را دارند. به نظر می‌رسد که بخشی در وزارت بهداشت وجود دارد که مسئولیت توزیع این شربت را برعهده دارد ولی هنوز نتوانسته این کار را به خوبی انجام دهد؛ چرا که شربت تریاک در جلسات و مرحله آزمایشی مورد تایید و تمجید قرار می‌گیرد و شرکت داروسازی به میزان سفارش شده تولید می‌کند ولی در نهایت به دست مصرف‌کنندگان اصلی در سراسر کشور نمی‌رسد.

اختیاری، رییس کارگروه پیشگیری از اعتیاد کمیته مستقل مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام بیان کرد جدی گرفتن و فرهنگ سازی استفاده از شربت تریاک برای معتادان به اقتصاد بازار اعتیاد کشور ضربه وارد می‌کند.

صفاتیان اظهار کرده است که هر سال حدود ۲۰۰ هزار معتاد برای ترک اعتیاد خود، متادون دریافت می‌کنند. این به این معنا است که رابطه ۲۰۰ هزار معتاد با قاچاقچیان قطع شده است. اگر ۲۰۰ هزار معتاد هم تحت پوشش درمان با شربت تریاک قرار گیرند، رابطه ۲۰۰

هزار نفر دیگر با سوداگران مواد مخدر و اعتیاد آور قطع می‌شود. شمار کسانی را که از شربت تریاک برای ترک اعتیاد شان استفاده می‌کنند در زمان حاضر حداکثر ۲۰ هزار نفر در کشور است. بر اساس نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر تا سال ۹۲، ۵۰۰ مرکز ویژه درمان افراد مزبور با شربت تریاک در کشور راه‌اندازی شود، اما این امر محقق نشد. در زمان حاضر شربت تریاک، پس از تولید در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد و آن وزارتخانه هم این شربت را از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در مراکز درمان معتادان توزیع می‌کند. در زمان حاضر به رغم هماهنگی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت و تولید این شربت، باید امر فرهنگ سازی استفاده از شربت تریاک در بین معتادان و درمان گران این افراد نیز انجام شود. شربت تریاک نه تنها به معتادان تریاک و هرویین کمک می‌کند تا اعتیادشان را ترک کنند بلکه براساس تجربیاتی که پزشکان مرتبط با درمان معتادان عنوان کرده‌اند، این ماده برای ترک اعتیاد معتادان به مواد اعتیاد آور صنعتی از جمله شیشه و روانگردان‌ها نیز موثر است. شربت تریاک برای تمام سنین اعتیاد قابل استفاده است و همچنین میل به مصرف مواد حتی مواد مخدر صنعتی و روان گردان‌ها را کنترل می‌کند (گزارش ایسنا).

حسین دژاکام بنیان‌گذار و رئیس سازمان مردم نهاد کنگره ۶۰ در گفت‌وگو با ایسنا، گفته است: در حال حاضر هزاران خانوار، بیمار تحت درمان با شربت تریاک دارند و همه می‌دانند که این بیماران با مشکلات بسیار زیادی وارد پروسه درمان شده‌اند؛ این در حالی است که با عدم توزیع و کمبود این دارو بار دیگر تعداد زیادی از معتادان در حال ترک به سمت اعتیاد روی می‌آورند. ورود داروهای ترک اعتیاد به بازار آزاد کمتر اتفاق می‌افتد و در صورتی که شربت تریاک به قیمت بالایی به فروش برسد قطعاً فرد معتاد و یا خانواده‌ها حاضر به پرداخت چنین هزینه‌ای نیستند و معتادان ترجیح می‌دهند با هزینه بسیار کمتری از طریق شیشه، کراک و هروئین این خلاء را پر کنند. افرادی که در حال حاضر تحت پوشش مراکز درمانی هستند بیش از ۹ ماه در پروسه درمان با شربت تریاک قرار داشتند و در حال حاضر که این دارو به شدت کمیاب شده، امکان بازگشت این افراد به اعتیاد بیشتر شده است. در صورتی

که در اسرع وقت نسبت به تامین شربت تریاک در مراکز درمانی اقدام نشود، افرادی که تحت درمان بودند به مصرف هروئین، شیشه، کراک و سایر مخدرها روی می آورند. عدم تولید در کارخانه‌های دارو یکی از علت‌هایی بوده که به مراکز اعلام شده است. در مراکز ترک اعتیاد وابسته به کنگره ۶۰ بیش از ۶۰۰۰ معتاد در حال درمان هستند و این تنها بخشی از تعداد افراد معتادی است که پروسه درمان را طی می کنند و با مشکل کمبود شربت تریاک مواجه شده‌اند. ناصحی مدیرکل سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت (۱۳۹۰) با اشاره به اقدامات انجام شده برای رفع مشکلاتی که عدم استقبال معتادان از شربت تنتور اپیوم (شربت تریاک) را سبب شده بود، گفت: "پس از رفع مشکل توزیع تنتور اپیوم (شربت تریاک) حالا در پروتکل درمانی آن نیز تغییراتی صورت گرفته تا معتادان بیشتری از این طریق تحت درمان قرار گیرند. بررسی‌های انجام شده نشان داد که شرایط عرضه دارو و مصرف آن نسبتاً مشکل است. بر این اساس سعی شد با تجدید نظر در آیین‌نامه‌ها و پروتکل‌ها شرایط استفاده از شربت تنتور اپیوم تسهیل شود تا مددجویان و بیماران بیشتری بتوانند از این دارو استفاده کنند. بر اساس پروتکل قبلی شربت تنتور اپیوم، بیمار باید روزانه ۲ مرتبه برای دریافت دارو به مرکز درمانی مربوطه مراجعه می کرد که در بازنگری صورت گرفته، دوز دارو به این ترتیب تنظیم شد که بیمار دو سوم دوز روزانه دارو را در مرکز درمانی مربوطه دریافت کند. همچنین بیمار یک سوم مابقی دوز روز را نیز دریافت کرده و در منزل مصرف می کند. تدبیری اندیشیده شد که برای روزهای تعطیل نیز نیازی به مراجعه بیمار به مرکز درمانی نباشد و دوز مصرفی دارو را در منزل دریافت کند. همچنین در پروتکل شربت تنتور اپیوم پیش‌بینی کردیم که هر چه دوز مصرفی بیمار به تدریج کاهش یابد، مراجعه بیمار به مرکز نیز کمتر باشد. دو روایت در مورد شربت تنتور اپیوم یا همان شربت تریاک وجود داشت؛ یکی اینکه این شربت توزیع مناسبی نداشت و دیگر اینکه معتادان به دلیل پروتکل درمانی آن از شربت استقبال نمی کردند. شرکت دارو پخش، شرکت تولیدکننده شربت تریاک (۱۳۹۰) در نامه‌ای به روزنامه همشهری اعلام کرد که شربت تریاک به وفور در انبارهای این شرکت ذخیره شده است. این

شرکت در سال ۸۹ به درخواست اداره کل نظارت بر دارو و موادمخدر مبنی بر تولید هر چه سریع تر این دارو براساس اعلام نیاز اقدام کرد. با توجه به تعجیل مسئولین مربوطه مبنی بر تولید هر چه بیشتر این محصول، شرکت داروپخش با هزینه‌ای بالغ بر ۳۵ میلیارد ریال تعدادی شربت تنتور اپیوم تولید و برای عرضه به بازار آماده کرد. هم‌اکنون بعد از گذشت ۹ ماه از این موضوع با توجه به تولید ۳۰۰ هزار بطری این شربت پس از طی مراحل مختلف کنترل، آماده مصرف توسط مراکز دانشگاهی و سایر مراکز مورد تایید ستاد مبارزه با موادمخدر است.

مکری مجری طرح شربت تریاک در مورد شربت تریاک گفته است که هنوز برخی از مراکز توزیع شربت تریاک مجوز ندارند. از سوی دیگر حسین دژکام که ارتباط مستقیمی با مصرف‌کنندگان این شربت دارد، گفته است که شربت تریاک متأسفانه هنوز در پیچ و خم های اداری گیر کرده است.

صابری زفرقندی، مدیرکل وقت درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر بیان کرد شربت تریاک یکی از مهم‌ترین اقلام دارویی معتادان تحت درمان ترک اعتیاد است. توزیع شربت تریاک (تنتور اپیوم یا اپی‌تینک) از چند سال قبل در مراکز ترک اعتیاد آغاز شده، اما بر اساس گزارش برخی استان‌ها، تهیه این ماده با مشکلاتی روبرو شده است. از نظر وی علت کمبود شربت تریاک، عدم تحویل تریاک به عنوان ماده اولیه تولید این شربت به کارخانجات تولیدکننده تنتور اپیوم است.

### پژوهش بر روی شربت تریاک در ایران

شربت تریاک می‌تواند در سه جایگاه در نظام درمانی دارویی سوءمصرف مواد ایفای

نقش کند:

۱- سم زدایی

۲- درمان نگهدارنده

۳- توزیع قانونی مواد



## شربت تریاک / ۲۵

در سم زدایی، شربت تریاک می‌تواند به عنوان هسته اصلی دارویی در برنامه سم‌زدایی عمل نماید. در این شرایط مانند دیگر داروهای اپیوئیدی مورد استفاده با این هدف، یک دوره افزایش مرحله‌ای دوز تارسیدن به وضعیت ثبات، حفظ وضعیت ثبات برای یک دوره کوتاه و یا حتی بلند تا چند هفته و ماه و سپس کاهش دوز دارو تا قطع کامل آن می‌تواند در نظر گرفته شود.

درمان نگهدارنده شربت تریاک می‌تواند در جایگاه یک دارو جهت جایگزینی مواد مورد سوء مصرف در قالب درمان نگهدارنده طولانی مدت در کنار دریافت سایر خدمات درمانی نظیر مداخلات روانشناختی، مشاوره، حرفه‌آموزی و غیره عمل کند. در این وضعیت دوز مورد نیاز بیمار پیوسته توسط پزشک معالج تنظیم شده و به شربت تریاک نه تنها به عنوان درمان اصلی بلکه به عنوان جزیی از سامانه مداخلات دارویی روانشناختی اجتماعی نگریسته می‌شود.

در خصوص توزیع قانونی شربت تریاک، بخش عمده‌ای از صدمات ناشی از سوء مصرف مواد برای فرد و جامعه ناشی از توزیع غیرقانونی آن توسط قاچاقچیان به قیمت‌های بالا و در شرایط نامناسب بهداشتی، امنیتی اخلاقی است. قطع ارتباط سوء مصرف کنندگان مواد و قاچاقچیان و حذف نیاز مالی معتادین برای تامین مواد می‌تواند بخش عمده‌ای از آسیب‌های اجتماعی مرتبط با سوء مصرف مواد را کنترل کند. شربت تریاک می‌تواند به عنوان یک ابزار جهت توزیع قانونی مواد در میان گروه‌های خاص و پرخطر سوء مصرف کنندگان در اختیار سیاست‌گذاران کلان نظام سلامت و امنیت اجتماعی قرار گیرد (اختیاری، ۱۳۸۸).

پژوهش‌ها تاثیر اپیوم تینکچر را به عنوان درمان نگهدارنده (اوریاکوموهمکاران، ۱۹۹۴)، به عنوان دارویی حمایتی در سم زدایی (جیتیوتی کادن وهمکاران، ۲۰۰۴)، و برای سم‌زدایی (سوموگی وهمکاران، ۲۰۰۸) گزارش داده‌اند.

تولید داروی شربت تریاک و پژوهش در مورد نحوه کاربرد آن چند سالی است در ایران در اولویت نظام ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد قرار گرفته است. این دارو کاملاً در مرحله پژوهش است و مراحل پژوهش آن با حمایت ستاد مبارزه با مواد مخدر در مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام می‌شود و در صورتی که نتایج بررسی‌های کلی آن از ابعاد مختلف مثبت باشد، امکان اجرای آن در جامعه وجود دارد. شربت تریاک ابتدا به صورت آزمایشی در ۱۰ شهر مرکزی کشور، بین ۳ تا ۴ هزار معتاد به تریاک توزیع شده و پیش‌بینی شده که در آینده بین ۱۱۰ هزار نفر از معتادان به تریاک توزیع شود (جهانی، بی‌تا). هم اکنون ۲۰۰ مرکز کاهش آسیب اعتیاد در کشور توزیع شربت تریاک را در بین معتادان به عهده دارند اگر اردوگاه‌های نگهداری معتادان که به درمان اجباری معتادان می‌پردازند تاسیس شود از حجم زندانیان و تراکم زندان‌ها کاسته می‌شود (دستجردی، جلسه ۱۲۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر). حسین دژاکام نیز در ارتباط با درمان این دارو برای معتادان معتقد است که تجربه سال‌ها برای درمان معتادان نشان می‌دهد که اگر دولت به طور آگاهانه از شربت تریاک برای درمان معتادان استفاده کند، به طور قطع نتیجه می‌گیرد.

از نظر مکرری پژوهش کامل استفاده از شربت تریاک در جامعه به حداقل یک سال زمان نیاز دارد، در زمان حاضر یک گروه محدود ۶۰ تا ۷۰ نفره از افرادی که تحت درمان در DICها (مراکز درمان گذری اعتیاد) هستند به اضافه چند نفر در خود مرکز مطالعات اعتیاد تحت درمان با شربت تریاک هستند تا نکات مثبت و منفی آن از نظر درمانی، اجتماعی و اقتصادی بررسی شود. باید به موضوع شربت تریاک فقط در حد یک تحقیق نگاه کنیم ولی اگر این تحقیق انجام شود ممکن است نتایج آن برای بهبود زندگی بخشی از معتادان مفید باشد و نباید آن‌ها را از یک داروی احتمالی مؤثر محروم کرد. علت دیگری که موجب می‌شود بر ادامه تحقیق اصرار شود این است که در مرحله تحقیق همه افرادی که روی این دارو می‌روند تحت نظارت و کنترل دائمی هستند و نگرانی‌هایی که در باره توزیع آن در جامعه وجود دارد، در مدل تحقیقی وجود ندارد؛ عوارض چندانی هم برای کسی ایجاد

نمی‌کند، فقط ممکن است در نهایت بتوان گفت کمتر از حد انتظار سود بردیم. باید مدل ایرانی درمان اعتیاد ایجاد شود. پژوهش‌ها در حوزه درمان اعتیاد در ایرانی که ۲ میلیون معتاد دارد باید توسعه یابد و باید حتماً زیر ساخت‌های پژوهشی در حوزه اعتیاد در ایران تا جای ممکن تحکیم شود. توزیع شربت تریاک در جامعه قطعی نیست. ممکن است پس از تحقیق اثر شربت تریاک مثلاً روی هزار نفر متوجه شویم که این دارو هیچ مزیتی نسبت به متادون ندارد یا حتی از آن ضعیف‌تر است یا اینکه نشأت آن بالاست و افرادی که روی مصرف شربت تریاک هستند، آن را می‌برند بیرون و می‌فروشند، در این صورت توزیع آن در سطح جامعه مطلوب نیست. اگر چنین اتفاقی بیفتد نه تنها باعث بهبودی معتادان نمی‌شود، بلکه عده دیگری که اکنون معتاد نیستند نیز علاقه‌مند می‌شوند برای تفریح و تفتن و مصرف غیر درمانی آن را مصرف کنند که باید جلوی چنین اتفاقی گرفته شود. همچنین در باره ایجاد بازار آزاد شربت تریاک باید نگران بود (مکری، ایسنا).

از زمان صدور مجوز توزیع رسمی شربت تریاک در مراکز ترک اعتیاد به بعد، دیدگاه‌های مختلفی در خصوص توزیع شربت تریاک در اذهان به وجود آمده است. عده‌ای معتقد بودند که نبود نظارت صحیح به توزیع این شربت می‌تواند آن را در دسترس غیر معتادان قرار دهد تا این افراد شربت تریاک را به صورت تفریحی و تفتنی مورد سوء مصرف قرار دهند (گزارش قدس آنلاین).

سیدحسینی، مدیر کلینیک ترک اعتیاد ساقی گزارش داد که استفاده از شربت تریاک ضریب درمان معتادان را بالا برده است و از یک و نیم سال گذشته استفاده از شربت تریاک باعث بازدهی بسیار خوب درمان شدن و تعداد بیماران رهایی یافته بسیار چشمگیر بود. بیماران از درمان با شربت تریاک راضی هستند و ماهانه هر ۳ و ۶ ماه مجدد بررسی می‌شوند، آزمایش بر روی آنها انجام می‌شود و پاک بودن آنها مشخص می‌شود.

صابر زفرقندی، مدیرکل وقت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، در مصاحبه با ایسنا استفاده از داروهای مخدر را از جمله روش‌های درمانی اعتیاد عنوان کرد و با

اشاره به پایلوت طرح درمان اعتیاد با شربت تریاک در ۱۰ مرکز درمان اعتیاد کشور گفت: دامنهٔ درمان اعتیاد باید آن قدر توسعه یابد که امکان دسترسی به خدمات برای همه نیازمندان به این خدمات فراهم باشد. استفاده از ترکیبات تریاک یکی از روش‌های درمانی است که البته برای گروه‌های خاص و در مکان‌های خاص و تحت نظارت‌های علمی و جدی کارشناسان انجام خواهد شد. بر این اساس در این زمینه اقدامات علمی انجام می‌شود و بر اساس نتایج حاصل از آن مشخص می‌شود که این روش درمانی برای چه گروه هدفی و در چه سطحی قابلیت به کارگیری دارد. مطالعات اولیه این طرح در ۱۰ مرکز درمان اعتیاد در سه استان تهران، سیستان و بلوچستان و کرمانشاه در حال انجام است. بر اساس نتایج حاصله تقریباً تاکنون گروه‌های هدف در این طرح مشخص شده‌اند. بر این اساس بسته به نوع مصرف، مدت زمان مصرف و سن و جنس فرد، شربت تریاک می‌تواند برای درمان برخی از معتادان مفید باشد. این گروه‌ها از گروه‌هایی هستند که به دیگر روش‌های درمان اعتیاد پاسخ نمی‌دهند؛ بنابراین باید به منظور درمان این گروه از افراد نیز امکاناتی فراهم شود. استفاده از شربت تریاک برای درمان اعتیاد در کشورهای دیگر و همچنین ایران سابقه داشته اما در حال حاضر در قالب پکیج دارویی درآمده و پایلوت آن در حال انجام است (مجمع متخصصین ایران به نقل از ایسنا).

در برخی از مناطق جنوب شرق آسیا، شربت تریاک یک جایگزین قابل قبول فرهنگی برای داروهایی مانند متادون است و تحت عنوان یک طب سنتی برای سم زدایی و تسکین علائم ترک مواد مخدر مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. با این حال، در برخی از کشورها هزینه‌های درمان نگهدارنده با متادون، مانعی برای استفاده گسترده از آن است. در پاسخ به این مشکل از شربت تریاک به عنوان یک درمان جایگزین ارزان قیمت تر استفاده می‌شود. در سال‌های اخیر، درمان نگهدارنده با شربت تریاک در ایران، به عنوان راهبردی جدید برای درمان مشکل مصرف مواد در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد (Injecting Drug Users) (IDUs)، معرفی شده است. شربت تریاک به عنوان یک محصول ارزان قیمت دارویی شناخته شده است که به اندازه متادون در درمان مشکل مصرف مواد موثر می‌باشد (ناتاپران، ۲۰۰۰).

یک مطالعه بر روی بیماران وابسته به مواد مخدر، نتایج درمانی مثبت دراز مدت با شربت تریاک را در بیماران وابسته به مواد مخدر تایید کرده است (چاندراسنا، ۱۹۸۰). سوموگی و همکاران (۲۰۰۸) اثر بالینی استفاده از دوزهای مختلف شربت تریاک را در مدیریت ترک مواد مخدر در نمونه‌ای از ۴۵ بیمار وابسته به مواد مخدر ارزیابی و اثربخشی آن را در اداره علائم ترک مواد مخدر، با حداقل عوارض جانبی، با استفاده از دوزهای انعطاف پذیر، تایید کردند. ناتاپران (۱۹۹۶) گزارش داد که شربت تریاک در درمان وابستگی به مواد مخدر موثر بود و در مدیریت سوء مصرف مواد و عفونت HIV کمک نمود (ناتاپران، ۲۰۰۰). در یک مطالعه در یک محیط فرهنگی در فرانسه که متادون در دسترس نبود، بوپرنورفین و شربت تریاک در گروهی از ۱۸ نفر مرد و زن وابسته به مواد مخدر در طول ۱۴ ماه درمان مورد استفاده قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که در این افراد پس از ۱۴ ماه استفاده از شربت تریاک، وزن بدن، سلامت جسمی و روانشناختی، وضعیت اجتماعی حرفه‌ای و روابط خانوادگی به طور چشمگیری بهبود پیدا کرد (آئوریاکمبی و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران، استفاده از مواد مخدر دارای سابقه‌ای طولانی است (مکری، ۲۰۰۲) اما به تازگی، مصرف هروئین در ایران افزایش پیدا کرده است (دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱). هروئین و تزریق آن در ایران، در تلاش‌های زیاد سیاست‌گذاران و ارائه دهندگان سلامت، برای قطع شیوه‌های تزریق بوسیله اجرای گسترده درمان‌های نگهدارنده بوپرنورفین و متادون، نقش داشته است (نیسارمنش و همکاران، ۲۰۰۵، رزاقی و همکاران، ۲۰۰۶، زمانی و همکاران، ۲۰۱۰). در سال ۲۰۱۰، دولت ایران همچنین استفاده از شربت تریاک را به عنوان یک بخش اصلی گسترش درمان‌های نگهدارنده برای مصرف کنندگان مواد به ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد مجاز دانست. این گستره پس از یک پروژه مقدماتی به تصویب رسید و توسط دولت ایران مورد ارزیابی قرار گرفت (گزارش هیئت بین‌المللی کنترل مواد مخدر، ۲۰۱۱).

اما هنوز هم کمبود پژوهش بر روی شربت تریاک به عنوان یک درمان نگهدارنده طولانی مدت برای معتادان تزریقی ایرانی و اثربخشی آن در کاهش گسترش عفونت‌های

ویروسی مانند HIV و HCV وجود دارد. این مسئله ممکن است تا حدی مربوط به حضور جدید شربت تریاک در جامعه باشد.

اگر چه شربت تریاک ممکن است یک درمان نگهدارنده مناسب برای معتادان تزریقی ایرانی باشد، اما بررسی اثربخشی آن در مدیریت تزریق مواد و عفونت‌های ویروسی در مقایسه با درمان‌های نگهدارنده بسیار تایید شده متادون و بوپرنورفین، حائز اهمیت است. این مسائل باید در میان معتادان تزریقی ایرانی که درمان نگهدارنده با شربت تریاک را دریافت می‌کند مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین مدت زمان بهینه اجرای درمان نگهدارنده با شربت تریاک و افزایش دوز رسمی برای دستیابی به نتایج درمانی مثبت باید ارزیابی گردد. به عنوان یک داروی پذیرفته شده از لحاظ فرهنگی و سنتی، شربت تریاک می‌تواند یک رویکرد دارویی جایگزین برای درمان معتادان تزریقی در ایران بشود، اما قبل از ارتقاء یک اجرا در مقیاس بزرگ در کشور، ارزیابی دقت اثربخشی آن در مدیریت نشانه‌ها و علائم مربوط به مواد و عفونت‌های ویروسی در بین نمونه‌های معرف معتادان تزریقی، پیشنهاد می‌شود.

متادون و بوپرنورفین دو دارویی هستند که در نتیجه اضافه شدن شان به لیست داروهای اساسی سازمان بهداشت جهانی، به طور ایمن و اثر بخشی برای OST بخوبی تایید شده‌اند. شربت تریاک و دیامرفین که دارویی با کیفیت هروئین است، نیز برای درمان وابستگی دارویی استفاده می‌شود (گزارش کنفرانس کابل، ۲۰۰۷). برنامه‌های جانشینی مواد مخدر، از طریق شبکه‌ای از بیش از ۳۰۰۰ مرکز درمانی خصوصی و دولتی، در سراسر کشور ایران اجرا شده است. از سال ۱۳۹۰ شربت تریاک به این شبکه معرفی شده است. پژوهش‌های داخلی کارآیی و ایمنی این آگونیست را در گروه خاصی از مراجعان (به عنوان مثال افراد سیگاری تریاک و سالمند) نشان داده‌اند (سیری، مکری، دژاکام و نوروزی، ۲۰۱۴).

دانشمند، عالم مهرجردی و سمیعی (۲۰۱۴) یک مطالعه مقدماتی، با هدف بررسی دلایلی برای ورود به درمان شربت تریاک (OTT) را در گروهی از بیماران وابسته به مواد مخدر انجام دادند. آنها ۵۲ مصاحبه کیفی متمرکز بر گروه بیماران از شش مرکز OTT و ده

## شربت تریاک / ۳۱

ارائه دهنده خدمات بهداشتی (در مصاحبه‌های اطلاع دهنده کلیدی) در تهران را بررسی کردند. ۸۶/۵٪ از بیماران مرد و ۱۳/۵٪ زن بودند. سن متوسط بیماران ۳۹ سال بود. نتایج نشان داد که شایع‌ترین دلایل مرتبط با ورود به درمان با OTT شامل تصورات غلط در مورد متادون شامل نارضایتی از مصرف متادون به عنوان یک داروی شیمیایی، وابستگی به متادون و مدت زمان طولانی درمان نگهدارنده با متادون بودند. دلایل دیگر شامل توصیه سایر افراد برای دریافت این درمان و ویژگی‌ها و انتظارات مربوط به OT شامل ترکیب گیاهی OT، درمان ولع مواد مخدر و علائم ترک دارو، و بهبود سلامت عمومی بود. پژوهشگران فوق پیشنهاد کردند که مطالعات دراز مدت با نمونه‌های معرف بالینی بیشتر و مراحل پیگیری، برای ارزیابی اثر بالینی OTT، به عنوان یک درمان نگهدارنده، در مقایسه با متادون و بوپرنورفین، بیمار برنامه بیمار محور و خط مشی کاربردها لازم است صورت گیرد.

صلحی، صادقی سده، امامی، جمالیان و کاظمی فر (۲۰۱۴) با هدف بررسی افزایش در غلظت الکل خون (BAC)، ۱۴۳ نفر از مصرف کنندگان شربت تریاک مراجعه کننده به کلینیک درمان اعتیاد را به صورت تصادفی انتخاب کردند. از بیماران خواسته شد تا ۱۵، ۳۰، ۴۵ و ۶۰ دقیقه بعد از مصرف دوز روزانه شربت تریاک، آزمون تنفس الکل را انجام دهند. نتایج نشان داد که غلظت اتانول خون محاسبه شده بیماران، پس از مصرف ۲۰، ۲۵ و ۳۰ میلی لیتر شربت تریاک، ۵ دقیقه بعد مصرف این دارو، به ترتیب  $14.34 \pm$ ،  $26.33 \pm$ ،  $6.70 \pm$ ،  $29.15$  و  $33.03 \pm$ ،  $8.46$  بود. این ارقام بعد از ۱۵ دقیقه، به صفر رسیدند.

سیری، مکری، دژاکام و نوروزی (۲۰۱۴) اثربخشی جانشینی شربت تریاک را در یک مرکز درمانی خصوصی برای گروهی از معتادان به مواد مخدر گزارش دادند.

شاهرخی، دبیر انجمن پزشکان عمومی لاهیجان (۱۳۹۲) فراز و فرود روش درمانی با

شربت تریاک را بررسی نمود و گزارش زیر را ارائه داد:

بیماران پس از تثبیت دوز شربت تریاک مصرفی و کناره‌گیری از مواد مخدر غیرمجاز، با کاهش تدریجی مصرف شربت طی مدت نسبتاً طولانی و سپس قطع کامل آن، درمان

می‌شوند. قطع بسیار تدریجی تریاک با علایم کمتر محرومیت و ناراحتی ناشی از آن همراه است و بیماران فرصت کافی دارند طی بازگیری از تننور، همزمان جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی زندگی خود را ترمیم کنند. البته این امر با کمک مداخلات غیردارویی و خدمات مشاوره و روان‌درمانی میسر می‌شود. از طرفی، در حالی که قرص متادون قابلیت قاچاق در بازار آزاد را دارد، انتظار می‌رود شربت تریاک، به‌علت داشتن بوی مشخص، کمتر امکان قاچاق داشته باشد. همچنین از آنجا که این دارو به‌صورت کنترل شده، تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می‌شود، از احتمال تماس بیماران با شبکه قاچاق و عوارض اجتماعی، قضایی و اقتصادی اعتیاد و نیز توسعه شبکه‌های عرضه و قاچاق آن می‌کاهد. اما متأسفانه فقط پژوهش‌های علمی و معادله‌های کارشناسی در روند ترویج این شیوه درمانی سوءمصرف مواد کافی نیست. تولیدهای چندگانه و ناهماهنگی دستگاه‌های دست‌اندرکار مبارزه با موادمخدر و درمان سوءمصرف آنها، این شیوه درمانی را طی چند سالی که از آغاز، رواج و حتی اصرار به توسعه آن می‌گذرد، تحت‌تاثیر قرار داده است؛ چنان‌که گویی هم مسوولان، هم پزشکان درمانگر و هم بیماران در پیگیری درمان سوءمصرف مواد با استفاده از شربت تریاک سردرگم مانده‌اند. وی در یک مقاله مروری بر آنچه در ۶ سال اخیر در گسترش و سپس محدودیت تجویز این روش درمانی گذشت، موارد زیر را تشریح نمود:

#### ۱۳۹۰: تغییر پروتکل و تسهیل درمان

در حالی که ابتدا تصور می‌شد استقبال خوبی از شربت تریاک صورت گیرد، نه مردم و نه درمانگران، استقبال خوبی از این دارو نکردند و بررسی‌های انجام‌شده نشان داد شرایط عرضه دارو و مصرف آن نسبتاً مشکل است؛ بنابراین وزارت بهداشت با بازنگری در پروتکل درمان با شربت اپیوم، شرایط استفاده از این دارو را تسهیل کرد تا بیماران بیشتری بتوانند از آن استفاده کنند (ایسنا- ۹۰/۹/۱۶). براساس پروتکل قبلی شربت اپیوم، بیمار باید روزانه ۲ مرتبه برای دریافت دارو به مرکز درمانی مراجعه می‌کرد اما در پروتکل جدید، دوز دارو به‌نحوی



تنظیم شد که بیمار دوسوم دوز روزانه خود را در مرکز درمانی دریافت کند و بتواند یک سوم دوز روز را نیز در منزل مصرف کند و در روزهای تعطیل نیز نیازی به مراجعه به مرکز درمانی نداشته نباشد. همچنین با کاهش تدریجی دوز مصرفی، مراجعه بیمار به مرکز نیز کمتر می شود و پس از ۱ تا ۲ ماه بیمار فقط ۲ یا ۳ بار در هفته برای دریافت دارو به مرکز درمانی مراجعه می کند. همچنین بر این اساس، در پروتکل جدید شربت اپیوم، پیش بینی شد که تا سقف ۵۰ بیمار نیازی به افزایش کارکنان اعم از پزشک، پرستار و روان شناس نباشد. به این ترتیب، مراکز درمانی می توانند با کادر قبلی دارو را عرضه کنند. برخی مشکلات مربوط به شرایط فیزیکی محل نگهداری دارو نیز در پروتکل جدید تسهیل و عنوان شد که نیازی به اتاق و شرایط ویژه برای نگهداری دارو (تنتور اپیوم) نیست و فقط باید امنیت محل نگهداری دارو از طرف مرکز درمانی مربوطه تامین شود. همچنین نیازی به نصب دوربین مداربسته در محل نیست. به این ترتیب با گذشت ۴ سال از معضل های موجود در توزیع شربت تریاک میان وزارت بهداشت، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی و انجمن های ترک اعتیاد، سرانجام در آذرماه ۹۰ فرآیند توزیع این شربت از پیچ و خم های اداری عبور کرد و گام اول برای توزیع آن در دانشگاه ها برداشته شد. در حالی که قرار بود تا این مدت ۳۰۰ مرکز درمان اعتیاد اقدام به توزیع شربت تریاک کنند، در این مدت فقط ۵ مرکز تحقیقاتی به توزیع آزمایشی این دارو پرداختند و با وجود نیاز جامعه برای دریافت این شربت، اداره کل سلامت روان وزارت بهداشت زیر بار توزیع آن نمی رفت. بازنگری صورت گرفته در پروتکل درمان تنتور اپیوم منجر به تسهیل توزیع آن شد؛ به طوری که پزشکان نیز بتوانند پس از ارائه مدارک لازم، شربت تریاک را توزیع کنند (ایسنا- ۹۰/۱۰/۱۰).

#### ۹۲-۱۳۹۱: محدودیت در تولید، اختلال در توزیع

پس از اصلاح مشکلات پروتکل توزیع شربت تریاک، مراکز بیشتری به دریافت دارو متمایل شدند و توزیع آن با رشد خوبی همراه بود، اما در حالی که اعلام شده بود برای تولید شربت تریاک به هر میزان تقاضا مشکلی وجود نخواهد داشت، پس از چند ماه متقاضیان

دریافت تنتور اپیوم شاهد سهمیه‌بندی در توزیع این دارو شدند به نحوی که این موضوع حتی در مواردی منجر به بروز درگیری‌هایی در برخی از مراکز با بیماران متقاضی دریافت دارو شد. این در حالی است که با توجه به بحران در توزیع متادون در سال گذشته، معاونت‌های دارو و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی اصرار زیادی برای توزیع تنتور در همه مراکز داشتند. از سوی دیگر، براساس پروتکل جدید، هر بیمار در ماه ممکن است حدود ۰/۵ تا ۱ لیتر مصرف تنتور داشته باشد و در صورت بودن ۵۰ بیمار در فهرست درمان، به ذخیره ۵۰ لیتر تنتور نیاز است. اما آیا افزایش قیمت مواد اولیه در روند تولید این دارو تاثیر داشته است؟ همان‌گونه که پیش از این نیز محمدرضا شانه‌ساز، مدیر کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر، اظهار نگرانی کرده بود که افزایش ۷۷ درصدی قیمت مواد اولیه بر روند چرخه تولید دارو تاثیر بگذارد (فارس - ۸۹/۱۰/۲۲). در نهایت اینکه مسوولان امر پیش‌تر اظهار امیدواری کرده بودند پس از اصلاح پروتکل و تجربه توزیع شربت تریاک و آگاهی از نواقص احتمالی استفاده و حمل و نقل آن، در صورت تایید ستاد مبارزه با مواد مخدر، صادرات آن به کشورهای خارجی نیز امکان‌پذیر شود (ایسنا - ۹۰/۱۰/۱۰) (شاهرخی، ۱۳۹۲).

### درمان‌های نگهدارنده

درمان نگهدارنده یعنی جایگزین نمودن مصرف مواد مخدر غیر مجاز مانند هروئین و تریاک با داروهای دارای خواص مشابه، طی سه دهه اخیر به صورت یکی از سنگ بناهای عمده درمان اعتیاد درآمده است. در این روش، دارویی که دارای خواص معین افیونی است به صورت کنترل شده به معتادان عرضه می‌گردد و بیماران به جای مصرف مواد مخدر غیرمجاز به مصرف این مواد می‌پردازند. از جمله داروهایی که به عنوان درمان نگهدارنده از اقبال زیادی برخوردار شده‌اند می‌توان از متادون (Methadone)، بوپرنورفین (Buprenorphine)، ال‌ای‌ام (LAAM) و سولفات مورفین نام برد. ویژگی‌های خاصی در ترکیبات فوق وجود دارد که آنها را کاندیدای مناسبی جهت درمان نگهدارنده ساخته است. در این باره می‌توان به وجوه مشترک زیر اشاره کرد:

- ۱- خوراکی هستند؛ یعنی نیازی به تزریق ندارند.
- ۲- خالص بوده و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص هستند.
- ۳- طول اثر دراز مدت داشته، لذا دفعات مصرف آنها کمتر است.
- ۴- جذب و دفع دقیق تر و مشخص تری در مقایسه با هروین و تریاک دارد، لذا تجویز آن راحت تر بوده و احتمال مسمومیت با آن کمتر است.

از آنجایی که این داروها به صورت کنترل شده و تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می گردند، از تماس بیماران با شبکه قاچاق کاسته و عوارض اجتماعی، قضایی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر می کاهشد. جایگزین نمودن مصرف مواد افیونی با ترکیبات دارویی باعث کاهش سودآوری عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبکه های عرضه و قاچاق نیز می کاهشد. این ترکیبات دارویی در برنامه های موفق بایارانه بالا و به قیمت اندک عرضه می گردند، لذا معتادان برای تامین نیاز خود به مواد مخدر مجبور به فعالیت های ضد اجتماعی جهت کسب درآمد نبوده و از عوارض اعتیاد کاسته می شود. در مجموع نکات مثبت فوق باعث شده است تا درمان های نگهدارنده به ارکان عمده درمان در کشورهای پیشرفته تبدیل گردد. به عنوان مثال در کشورهای فرانسه، ایرلند و سوئد بیش از ۷۵ درصد اقدامات درمانی اعتیاد در راستای درمان نگهدارنده است. تنها در دو کشور اروپایی ایتالیا و یونان سهم درمان نگهدارنده از کل درمان های وابستگی به مواد افیونی زیر ۳۰ درصد است. در کشورهایی چون آلمان، اسپانیا، هلند، اتریش و انگلستان نیز بین ۵۰ تا ۷۵ درصد درمان های اعتیاد به درمان نگهدارنده اختصاص دارد.

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

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

با توجه به این مسئله و نیاز مبرم به توسعه سریع درمان نگهدارنده در کشور، در اوایل سال ۱۳۸۴ ش. آیین‌نامه مراکز خصوصی درمان نگهدارنده با آگونیسست به تصویب وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. بر اساس این مصوبه، پزشکان عمومی اعم از شاغل در بخش خصوصی یا دولتی پس از گذراندن دوره آموزشی و احراز شرایط لازم مجاز به تاسیس مراکز درمان نگهدارنده می‌شوند. در سال اول (۱۳۸۴) حدود ۳۰۰ مرکز و تا انتهای سال بعد جمعاً ۶۰۰ مرکز در کشور فعالیت داشتند و هر مرکز بنا به تعریف قادر است تا سقف ۲۰۰ بیمار را با رعایت استاندارد فضای فیزیکی و نیروی انسانی تحت درمان با متادون قرار دهد. البته اشاره گردیده است که درمان با متادون باید به بیماران تزریق‌کننده هرویین تعلق گیرد. به نظر می‌رسد مصوبه فوق حرکتی مناسب جهت توسعه درمان نگهدارنده در کشور باشد. مراکز مذکور طبق تعریف مجاز به عرضه ترکیبات آگونیسست افیونی هستند. تا اسفند ماه ۱۳۸۳ ش. تنها ماده آگونیسست مجاز جهت درمان وابستگی به مواد مخدر، داروی متادون بود که به صورت قرص‌های ۵ میلی‌گرمی توسط شرکت دارو پخش عرضه می‌گردید. از تاریخ مذکور به بعد بوپرنورفین نیز در قالب قرص‌های زیر زبانی ۲ و ۸ میلی‌گرم به منظور درمان معتادان وارد فهرست دارویی کشور شد و عملاً مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست بسان متادون مجاز به عرضه این دارو نیز شدند.

در درمان نگهدارنده توجه به این موارد مهم هستند: هر قدر درمان‌ها متنوع‌تر باشند امکان موفقیت بالاتر می‌رود، عده‌ای به متادون یا نورپروفین پاسخ نمی‌دهند، در عده‌ای به‌ویژه معتادان تریاکی استفاده از سایر درمان‌ها (به‌ویژه متادون) به سنگین شدن بی‌مورد وابستگی منجر می‌گردد، در ایران یکی از اهداف درمان نگهدارنده ممکن است توقف حرکت از تریاک به کراک و هروین باشد، کشور ایران به دلیل دارا بودن نیمرخ خاص اعتیاد یعنی وفور اعتیاد به تریاک نیازمند درمان‌های خلاقانه، بدیع و منحصر به فرد است، به دلیل وسعت کمی اعتیاد در ایران یافتن جایگزین‌های متعدد ضروری است به‌ویژه در صورتی که آنها عوارض کمتری در مقایسه با متادون داشته باشند، توسعه زیر ساخت درمان و پژوهش در کشور در زمینه درمان نگهدارنده بسیار حیاتی و راهبردی است و هر قدر پژوهشگران ایرانی از آگاهی بیشتری برخوردار باشند، کشور در موقعیت مهم‌تری قرار خواهد داشت. از میان داروها یا مواد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده تننور اپیوم (شربت تریاک) است که در ۲ حالت ۱ و ۲ درصد عرضه می‌گردد، در واقع عصاره الکلی (۲۰ درصد) تریاک است.

#### موارد مصرف و عدم مصرف شربت تریاک

**انتخاب بیمار:** با توجه به چند مرحله پژوهش‌های انجام شده در زمینه استفاده از تننور اپیوم (شربت تریاک)، پروفایل نسبتاً جامعی از بیماران مستعد دریافت این درمان به دست آمده است. این پروفایل در قالب موارد مصرف قطعی، موارد عدم مصرف قطعی، موارد ارجح مصرف و موارد با ترجیح عدم مصرف قابل ارائه است.

#### موارد مصرف و عدم مصرف قطعی<sup>۱</sup>

۱- رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار: تحت هر گونه شرایطی هیچ بیماری نباید به‌صورت اجباری چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، وارد درمان با تننور اپیوم (شربت تریاک) گردد. ورود کلیه بیماران باید آزادانه و آگاهانه صورت گیرد.

<sup>۱</sup> - Absolute indications and contraindications

قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگی‌های تنتور اپیوم (بنا بر فرم اخذ رضایت نامه آگاهانه پیوست) کاملاً مطلع شود. لازم است درمانگران ویژگی‌های درمان با تنتور را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در این باره باید اطلاع رسانی به بیمار و بستگان نمود، اما لازم به ذکر است در صورتی که بیمار بنا به دستور قضایی، محکوم به درمان اجباری به عنوان مثال درمان اجباری اقامتی شده باشد، اگر در جریان درمان، خود علاقمند و راضی به دریافت تنتور اپیوم (شربت تریاک) باشد، درمان با این ماده مجاز خواهد بود.

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

۳- وابستگی به مواد افیونی سنگین (Hardcore): بیمار علاوه بر آنکه باید وابسته به مواد افیونی باشد، وابستگی وی نیز باید به مواد افیونی سنگین باشد. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است: کراک، هروئین، شیره، تریاک، نورجیزک، مورفین غیرمجاز، متادون غیرمجاز و تمجیزک. وابستگی به مواد افیونی چون کدیین، دیفنوکسیلات، اکسی کدن، هیدروکدن،

دی‌هیدرکدئین (DHC)، بوپرنورفین زیرزبانی (غیرتزریقی) و ترامادول مجاز به استفاده از تتور نیستند.

۴- بیمارانی که دارای اختلالات شدید روانپزشکی فعال و مهار نشده (پسیکوز، بیماری دوقطبی، بیماری خلقی شدید، افکار خودکشی و دیگر کشی دمانس، اختلالات روانی با منشا ارگانیک، عقب‌ماندگی ذهنی و اتیسم) هستند نباید در درمان با شربت تتور قرار گیرند، به ویژه باید دقت شود که بیماران از نظر روانی و شناختی آگاه و هوشیار و سالم بوده و قادر به تأیید رضایت نامه کتبی باشند.

۵- بیمارانی که دارای افکار خودکشی هستند یا درمانگر اقدام به خودکشی را محتمل می‌داند، نباید در درمان با شربت تتور قرار گیرند.

۶- بیمارانی که دچار بیماری‌های عمده و فعال غیر روانی مانند بیماری پیشرفته کبدی، قلبی، ریوی، کلیوی، انواع بیماری‌های نئوپلاستیک، بیماری‌های فعال اتوایمیون هستند؛ موارد فوق، شرایط منع مطلق می‌باشند. ابتلا به عفونت HIV یا هپاتیت C به خودی خود مانع استفاده از تتور نیست. اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه‌ای که بر متابولیسم تتور و الکل موجود در آن اثر گذارد جز موارد منع مصرف است. در غیر این صورت درمانگر با قضاوت بالینی خود مجاز به گزینش بیماران جهت درمان با تتور خواهد بود.

۷- زنان باردار نباید در درمان با تتور اپیوم (شربت تریاک) قرار گیرند.

### موارد مصرف و عدم مصرف نسبی

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

۱- بیمارانی که از سایر درمان‌های اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و کماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهند، کاندیدهای مناسبی جهت درمان با تتور اپیوم هستند. در این باره می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: بیمار بیش از ۲ بار اقدام به سم زدایی کرده اما هیچگاه به پاک‌ی نرسیده است، چنانکه بیماری بیش از ۲ بار اقدام به سم زدایی کرده، ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز

بیش از ۳ ماه) حاصل نشده باشد، بیمارانی که سم‌زدایی موفق دارند اما متعاقب سم‌زدایی به‌جای بهبودی بسوی تشدید علائم و افت روانی اجتماعی حرکت می‌کنند، بیمارانی که از سندرم محرومیت طول‌کشنده (Protracted withdrawal syndrome) رنج می‌برند. بدین معنا که بعد از سم‌زدایی و پرهیز بیش از یک ماه کماکان از علائم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی‌حوصلگی، ضعف و بی‌اشتهایی رنج می‌برند، بیمارانی که به واسطه تجارب قبلی، نگرش منفی به روش‌های پرهیز مدار داشته و از آن‌ها گریزانند، بیمارانی که انگیزه پایین برای پرهیز دارند، بیمارانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خودزنی و پرخاشگری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار اینگونه عوارض در صورت شکست مجدد سم‌زدایی می‌رود، بیمارانی که در درمان نگهدارنده با متادون یا بورپرونورفین موفق بوده‌اند و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با کیفیت مطلوب با یکی از دو ماده مذکور کماکان به مصرف ادامه می‌دهند برای درمان با تئور مناسب هستند، بیمارانی که در روش‌های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون معتادان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته‌اند.

۲- بیمارانی که مصرف‌کننده سنگین مواد افیونی به ویژه کراک و هروئین تزریقی هستند، ولی انگیزه‌ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیر مجاز خود ندارند مانند مصرف‌کنندگان خیابانی. چنین بیمارانی اکثراً علاقمند به سم‌زدایی نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نیز با غیبت‌های مکرر و مصرف توأم مواد مخدر از ادامه درمان به‌صورت موثر سرباز می‌زنند. آنان اصولاً انگیزه خود را بر دوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند. انگیزه ورود به طرح شربت تئور در این بیماران ممکن است صرفاً عدم پرداخت هزینه ماده مخدر غیر مجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود اینگونه بیماران با نیت کاهش آسیب و علاقمند سازی به استمرار درمان بلامانع است.



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

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

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

۶- بیمارانی که سوء مصرف مواد مخدر غیر افیونی مانند سوء مصرف شیشه، حشیش، اکستازی و غیره در کنار وابستگی به مواد افیونی دارند، جزء موارد بحث انگیز درمان هستند.

پژوهش‌ها در حال حاضر از آن حکایت دارند که سوء مصرف چند ماده علاوه بر مواد افیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با تنتور اپیوم (شربت تریاک) می‌گردد، اما از طرفی این کاهش موفقیت در باره سایر درمان‌های پرهیز مدار و نگهدارنده نیز صادق است. با توجه به اینکه شواهد قاطع در چنین مواردی له یا علیه درمان با تنتور اپیوم برای این گونه بیماران وجود ندارد و تجارب فعلی نیز کافی نیستند، لذا توصیه می‌شود درمانگر طی بررسی و مشاوره با بیمار و بهره‌گیری از تجربه خود اقدام به تصمیم‌گیری نماید. در چنین مواردی احتمال مسمومیت و عوارض داخلی جسمی به عنوان مثال در مصرف کنندگان همزمان الکل و مواد افیونی بیماران باید همواره مدنظر باشد. با وجودی که مصرف کنندگان چند ماده‌ای در اکثر درمان‌ها موارد مشکل‌سازتر را تشکیل می‌دهند اما از آنجایی که امکان بهره‌بردن آنها از درمان‌های جدید مانند درمان با شربت اپیوم نیز محتمل است، نباید به صرف مصرف چند ماده بیماران را از درمان با تنتور محروم کرد.

۷- بیمارانی که راضی یا قادر به رعایت ضوابط درمان با شربت تنتوراز جمله مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت سهمیه، پرداخت حق الزحمه و غیره نیستند، طبعاً بهتر است وارد چرخه درمانی نشوند.

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

۹- در هنگام درمان با تنتور اپیوم (شربت تریاک)، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابراین چنانکه برای بیماری از لحاظ جنبه‌های قانونی، مانند آزمایش قبل از ازدواج، تایید گواهینامه یا استخدام و سایر موارد مشابه، دارا بودن آزمایش منفی مورفین ضروری باشد طبعاً بیمار نباید در درمان با تنتور اپیوم (شربت تریاک) قرار گیرد. لازم

### شربت تریاک / ۴۳

به ذکر است که از آنجایی که با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد افیونی غیر مجاز از تتنور اپیوم (شربت تریاک) به صورت عینی وجود ندارد و گفته‌های بیمار تا پایان درمان عملاً تنها منبع آگاهی ماست، لذا مراکز درمانی نمی‌توانند جهت بیماران گواهی دال بر پرهیز از مواد مخدر غیر مجاز صادر کنند. اگر بیماری نیازمند اینگونه گواهی‌ها باشد، نمی‌تواند در درمان با تتنور اپیوم (شربت تریاک) شرکت کند.

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

### پروتکل درمانی شربت تریاک

راهنمایان باید روی پروتکل خاصی حرکت کنند و به رهجوهای خود بیشتر از ۱۰ سی‌سی در روز ندهند. روش تدریجی در سه حرف DST خلاصه شده است که D ضریب ۰/۸ است و ضریب تعیین کننده است. برای تیپر الکل، تریاک، حشیش، قرص و هروئین از ضریب ۰/۸ استفاده می‌کنیم. مثلاً اگر فردی در روز ۶۰۰ سی‌سی الکل مصرف می‌کند اولین کار این است که مصرف شخص را در روز مشخص می‌کنیم و نوع الکی که مصرف می‌کند مد نظر نیست و مبنای بر الکل مصرفی گذاشته می‌شود و در مرحله بعد میزان مصرف و تعداد وعده‌ها مشخص می‌شود تا شخص روی همان میزان مصرف پایدار شود که ممکن است زمان پایداری متفاوت باشد. برای کاهش دادن، ۶۰۰ سی‌سی را در ۰/۸ ضرب می‌کنیم.  $480 = 0.8 \times 600$  و حرف S پله‌های ۲۱ روزه است و فرد باید تا ۲۱ روز روی میزان مصرف ۴۸۰ سی‌سی بماند و در پله بعدی ۴۸۰ سی‌سی را در ۰/۸ ضرب می‌کنیم که در پله بعدی ۳۸۴ سی‌سی به دست می‌آید و حرف T حداقل زمان پروژه است که حداقل آن ۱۰ ماه است و این

۱۰ ماه میانگین است و نباید کمتر باشد و ۱۱ ماه بسیار زمان خوبی است و بستگی به شرایط شخص، راهنما می‌تواند مقدار مصرف را کم و یا زیاد کند.

اگر شخصی روزی ۵ گرم تریاک مصرف می‌کند و در سه وعده، بعد از ثابت شدن در مقدار مصرف برای کاهش دادن باید ۵ گرم را در ۰/۸ ضرب کنیم و به همین ترتیب ادامه می‌دهیم تا پله‌های بعدی تعیین شود. برای کسانی که مصرف قرص دارند نیز باید از این فرمول ۰/۸ استفاده کرد، و این فرمول در هر ماده مخدر قابل اجرا می‌باشد. برای کراک به همین صورت است ولی ممکن است کمی تغییر کند و راهنمایان باید مقداری انعطاف داشته باشند و در شرایط خاص تصمیم‌های دیگری بگیرند. در هر سی‌سی شربت تریاک ۱۰۰ میلی‌گرم تریاک وجود دارد و این ۱۰۰ میلی‌گرم خیلی قوی‌تر از تریاک بیرون است و مقدار الکل ناچیزی در آن وجود دارد که در حد ۱ سی‌سی می‌باشد. به واسطه وجود الکل در شربت، اپیوم خیلی سریع جذب می‌شود. مخصوصاً روی کراکی‌ها خیلی خوب جواب می‌دهد و هیچ ناخالصی ندارد و ممکن است مواد ننگه دارنده هم داشته باشد. برای تغییر طعم آن افراد می‌توانند شربت را با آب و یا آبمیوه و غیره استفاده کنند. برای تبدیل کردن شربت تریاک به تریاک باید از ضریب ۹ استفاده کرد مثلاً ۲ گرم تریاک در ضریب ۹ معادل ۱۸ سی‌سی شربت اپیوم است. در مرحله اول ما طبق مصرف فرد شربت تریاک می‌دادیم، مثلاً اگر فردی ۵ گرم تریاک خوراکی مصرف می‌کرد، ۵ را در ۹ ضرب می‌کردیم و حاصل ۴۵ سی‌سی می‌شد که خیلی زیاد بود. از شربت تریاک می‌توان برای درمان تریاک، کراک، شیشه، هروئین، حشیش، نورجیزک و غیره استفاده کرد. در مواد مخدر که به صورت تزریقی استفاده می‌شوند اگر تعداد تزریق بالا باشد، مثلاً تعداد ۱۰ تا ۱۵ بار در روز باشد باید در ابتدا مدتی را قائل شد برای وضعیت روحی و روانی و جسمی فرد و تزریقات فرد را به حداقل رسانید و بعد پروژه را اجرا کرد، مخصوصاً در تزریق‌های نورجیزک و خانواده آن که دارای کورتون هستند و به یکباره نمی‌توان آن را قطع کرد؛ باید به فرد فرصت داد تا در عرض یک هفته مقدار تزریق خود را پایین بیاورد و حداقل به ۲ یا ۱ بار تزریق در روز برساند تا بتوان

پروژه را شروع کرد. یک مسئله وجود دارد به نام سازگاری، یعنی هر فردی هر ماده مخدري که مصرف می کند بدن با همان ماده مخدر سازگار می شود و یا اگر فردی تریاک می کشد و به او گفته شود که آن را بخورد به جواب خوبی نمی رسد و یا برعکس.

نوع جذب شدن مواد متفاوت است. تریاک ترکیبات و مشتقات متنوعی دارد مثل مرفین، کدئین، نارکوتین، پاپاورین، نارسئین، کدائین که هر کدام خاصیتی دارند؛ در کنار هم قرار گرفته اند و هم شادی آور هستند و هم خواب آور و هم ضد خواب. تمام این ترکیبات به صورتی در کنار هم قرار گرفته اند که می توانند بهترین دارو باشند و هیچ کدام از ترکیبات آن توهم زا نیستند. پروتکل تمام این مواد مخدر را با دوز ۳ سی سی برای سه روز اول برای مصرف کنندگان کراک، شیشه، تریاک دودی و غیره برای برقراری سازگاری در سه وعده ۱ سی سی استفاده می شود. باید ساعت مناسبی برای مصرف آن در نظر گرفت و در این سه روز فرد باید یک سری مسائل را تحمل کند و این اطلاعات را باید راهنما به رهجو بدهد. بعد از سه روز میزان مصرف را دو برابر می کنیم و از ۳ سی سی به ۶ سی سی تغییر می دهیم، و تا ۲۱ روز فرد باید روی همین مصرف بماند و بعد از ۲۱ روز اول مقدار مصرف را در ۰/۸ ضرب می کنیم.  $۶ \div ۰/۸ = ۷/۵$  و به همین ترتیب ادامه می دهیم تا به ۹ سی سی برسیم و بعد از گذشت ۲۱ روز شروع به کاهش می کنیم. امید بر این است که پروتکل شربت اپیوم دستاویزی برای دیگران نشود و مشکل بازار سیاه را به دنبال نداشته باشد.

### دوزهای معادل متادون با شربت تریاک و پتیدین و مورفین و کدئین

دوزهای معادل متادون با شربت تریاک و پتیدین و مورفین و کدئین به شرح زیر است:

- یک سی سی شربت متادون دارای ۵ میلی گرم ماده مخدر موثر متادون است.

- یک سی سی شربت متادون یعنی ۵ میلی گرم متادون برابر با ۱۵ سی سی شربت

تریاک است.

- یک سی سی شربت متادون برابر با ۱۵۰ میلی گرم کدئین است.

- یک سی سی شربت متادون برابر با ۲۰ میلی گرم مورفین است.

- هر سی سی شربت متادون برابر با ۱۰۰ میلی گرم پتیدین است.  
باید توجه نمود که مقادیر معادل زمانی درست صدق می کند که مواد مخدر گفته شده فاقد ناخالصی باشند.

### شرایط مراکز و کلینیک‌هایی که قادر به عرضه درمان به کمک شربت تریاک یا تنتور اپیوم هستند

کلینیک‌هایی که تجربه بیش از ۲ سال فعالیت در زمینه سایر درمان‌های نگه‌دارنده دارند، به شرط داشتن مشاوره‌های روان‌شناسی و روان‌درمانی و ارائه این خدمات می‌توانند درخواست شربت تریاک کنند. از طرفی چون شربت تریاک دارویی است که امکان نشت آن وجود دارد و امکان سوء مصرف آن هست به کلینیک‌هایی مجوز داده می‌شود که دقت و تجربه بیشتری دارند. سخت کردن شرایط دریافت مجوز توزیع شربت تریاک برای کلینیک‌ها، کمک به آنهاست و آنها را از یک مرکز توزیع دارو به مرکزی تبدیل می‌کند که مشاوره می‌دهد و مددکاری دارد اما به طور کلی نظارت بر نحوه توزیع شربت تریاک به عهده وزارت بهداشت است (مکری، ۱۳۹۰).

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش در چند مرکز، تاکید بر این است که تنتور اپیوم (شربت تریاک) تنها در مراکز اعم از سرپایی و اقامتی عرضه گردد که مجاز به ارائه درمان نگهدارنده بر اساس مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند. این مراکز می‌توانند در قالب امکانات و نیروی انسانی موجود خود در کنار ارائه سهمیه متادون، اقدام به پذیرش بیمار در قالب درمان با تنتور اپیوم (شربت تریاک) نیز بنمایند. با این حال علاوه بر این شرط، لازم است: ۱- مرکز سابقه ارائه حداقل ۱ سال درمان نگهدارنده با متادون و یا بوپرنورفین را داشته باشد و ۲- طی سابقه کاری خود، لغو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد (کلینیک تخصصی ترک اعتیاد آینده، ۱۳۹۰).

### قوانین دریافت شربت تریاک (OT) از کلینیک‌ها

قوانین دریافت شربت تریاک از کلینیک‌ها شامل موارد زیر هستند:

- ۱- تا ۵ هفته اول هر هفته یک نام
- ۲- از هفته ششم می توان نام ۲ هفته ای صادر نمود.
- ۳- تیرانس هر نام حداکثر ۳ سی سی باشد.
- ۴- مقدار برای هر نام بیشتر از ۱۴۰ سی سی نباشد.
- ۵- دوز مشخص شده در نام فقط به خود اشخاص تحویل داده می شود.
- ۶- نام هایی که تاریخ آنها گذشته و دارای خط خوردگی باشند، فاقد اعتبار می باشد.
- ۷- فقط در کلینیک مشخص شده و ساعات مشخص شده شربت تحویل داده می شود.
- ۸- هزینه هر نام همان روز دریافت می شود.
- ۹- هزینه هر یک سی سی شربت معادل ۳۰۰ تومان می باشد.
- ۱۰- کلینیکی که برای هر فرد مشخص می شود قابل تعویض نیست.

#### توزیع شربت تریاک توسط پزشکان

صفاتیان (۱۳۹۰) گزارش داد که پس از برداشتن موانع توزیع شربت تریاک، پزشکان نیز می توانند با ارائه مدارک لازم اقدام به توزیع شربت تنتور اپیوم کنند. بازنگری صورت گرفته در پروتکل درمان تنتور اپیوم منجر به تسهیل توزیع آن شد؛ به طوری که هم اکنون پزشکان نیز می توانند شربت تریاک را توزیع کنند. قبل از اصلاح آیین نامه توزیع شربت تریاک، پزشک ها در نگهداری و دریافت دارو و شرایط اخذ آن دچار مشکلاتی بودند که پس از اصلاح آیین نامه، این مشکلات نیز رفع شد. پزشکان متقاضی با مراجعه به دانشگاه ها قادر به دریافت این شربت هستند. هزینه این دارو برای مصرف کننده، به صورت مجزا از دیگر خدمات درمانی مشخص نشده و به طور کلی در برگیرنده کلیه خدمات درمانی اعتیاد است. در حالی که قرص متادون قابلیت قاچاق در بازار آزاد را دارد، شربت تریاک به علت داشتن بو امکان قاچاق را ندارد. در واقع قاچاق شربت تریاک به دلیل مشکلات حمل و نقلی سخت تر از قرص متادون است. مصرف کننده تنها در شرایطی قادر به مصرف این دارو در خانه است که پس از چند ماه نسبت به روش استفاده از آن آگاه شده و اعتماد پزشک خود را جلب کرده باشد.

ایران نخستین کشوری است که شربت تریاک را برای درمان استفاده می‌کند. بعد از اصلاح پروتکل و تجربه توزیع شربت تریاک و آگاه شدن نسبت به نواقص احتمالی استفاده و حمل و نقل آن، در صورت تأیید ستاد مبارزه با مواد مخدر، صادرات آن به کشورهای خارجی نیز امکانپذیر می‌شود. وزارت بهداشت برنامه‌هایی را برای آموزش پزشکان مراکز درمان اعتیاد برای گذراندن دوره‌های توزیع شربت تریاک آغاز کرده است، تمام مراکز گذری و کلینیک‌های درمان اعتیادی که دارای مجوز متادون درمانی هستند، می‌توانند شربت تریاک را نیز دریافت کنند.

#### شایعه وجود سرب در شربت تریاک

برگه‌های آزمایش متعلق به نمونه خون چند معتاد در حال ترک و نمونه‌ای از شربت‌های تریاک موجود در بازار است که آزمایشگاه، وجود سرب در آنها را تأیید کرده است. نتایج آزمایشی که در آزمایشگاه بوعلی شهر قم صادر شده نشان می‌دهد در خون مرد معتاد شصت و یک ساله‌ای که در حال درمان با شربت تریاک است، به میزان ۶۹/۸ میکروگرم سرب وجود دارد، در حالی که حداکثر میزان سرب موجود در خون باید ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد. آزمایش دوم، پنجم تیر با کنجکاوی یک پزشک درمانگر اعتیاد که به وجود سرب در خون بیمار مشکوک شده بود، انجام شده است؛ آزمایشی که این بار نمونه‌ای از شربت تریاک را که بیمار در حال درمان از آن استفاده می‌کرد، می‌سنجید و نتیجه‌اش نشان داد که در این شربت ۵/۴ میکروگرم در دسی لیتر سرب وجود دارد. یک آزمایش دیگر در پنجم مرداد اتفاق افتاد. نمونه‌ای از شربت تریاک به آزمایشگاه نور تهران رسید و گزارش چهاردهم مرداد این آزمایشگاه وجود ۵/۵ میکروگرم سرب در نمونه را تأیید کرد. صابری زفرقندی، در گفت‌وگو با جام جم از بی‌اعتمادی‌اش به نتایج این آزمایش‌ها حرف زد و تأکید کرد تا وقتی آزمایشگاه‌های مرجع و معتبر و نیز پزشکی قانونی آلودگی شربت‌ها به سرب را تأیید نکنند نتیجه هیچ آزمایشی مورد اعتنای ستاد نخواهد بود. از نظر وی وزارت بهداشت باید بیش از هر نهاد دیگری نسبت به سلامت شربت‌های تریاک حساس باشد، اگر از تریاک‌های کشف شده



که معمولاً ناخالصی‌هایی دارد برای ساخت شربت تریاک استفاده شود صنایع داروسازی آن را ابتدا خالص می‌کنند و سپس شربت تریاک را می‌سازند. صفاتیان در این رابطه اظهار داشت در استانداردهای بین‌المللی در فرآیند تولید شربت تریاک، سرب را سنجش نمی‌کنند. در خط تولید کارخانه از هیچ وسیله‌ای که در آن سرب به کار رفته باشد، استفاده نمی‌شود تا گمان برود که سرب در آن مرحله به آن اضافه شده است و در هر مرحله از تولید کارخانه ۲۰۰۰ لیتر شربت تریاک تولید می‌شود که یک شیشه شربت ۲۵۰ سی‌سی نمی‌تواند ملاک درستی برای سنجش میزان سرب باشد.

البته ممکن است تریاک‌های آلوده به سرب نیز وارد چرخه تولید شود و چون سنجیده نمی‌شود، گمان بر این باشد که سربی وجود ندارد. اگر یک شیشه آلوده باشد، می‌توان نتیجه گرفت که کل مخزن چنین وضعی دارد. باید دقت نمود پروتکل درمان با شربت تریاک به بیراهه نرود. اگر تریاک مصرفی معتادان به‌ویژه شربت تریاکی که آنها برای خلاصی از اعتیاد به مواد مخدر مصرف می‌کنند، آلوده به سرب باشد، از دو منظر مهم است. ابتدا از بعد سلامت معتادان در حال ترک که اگر به هر دلیل بیمار شوند، بار درمانی آنها به دوش جامعه می‌افتد. ته خط تجمع سرب در بدن، ابتلا به سرطان است؛ موضوعی که یک پزشک درمانگر اعتیاد مطرح کرده این است که سرب را ماده‌ای سمی و خطرناک معرفی می‌کند که چون ذره ذره در بدن جمع می‌شود و به مرور اندازه‌اش در خون بالا می‌رود، در ابتدای کار، اثرش را مثل یک بیماری ویروسی بروز می‌دهد و عوارضی چون خستگی، بی‌حالی، بی‌خوابی، کم‌خونی، درد مفاصل، ضعف عضلات، دل‌درد، تهوع، سردرد، لرزش و در نهایت کم شدن قدرت بینایی را به بار می‌آورد و در انتهای کار به وارد شدن فشار شدید عصبی به فرد، فلج عضلات و نارسایی شدید کلیه منجر می‌شود. اما نگرانی از وجود سرب یا هرگونه ناخالصی در شربت‌های تریاک فقط منحصر به این مساله نیست، چون نکاتی که در پروتکل درمان به کمک تننور اپیوم (شربت تریاک) بیان شده فقط شربت‌هایی را در درمان اعتیاد کارآمد می‌داند که خالص و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص باشد. در واقع شربت تریاک

بخشی از زنجیره درمان نگهدارنده است؛ درمانی که در آن مصرف داروهایی با خواص مشابه، جایگزین مواد مخدر غیرمجاز مثل هروئین و تریاک می‌شود. توزیع شربت تریاک بین معتادان به عنوان درمان نگهدارنده محاسن زیادی دارد، از جمله این که از تماس بیماران با شبکه قاچاق کاسته شده و در نتیجه از توسعه شبکه‌های عرضه و قاچاق کم می‌شود، همچنین چون هزینه شربت تریاک نسبت به مواد مخدر کمتر است، معتادان برای تامین نیاز خود به مواد مجبور به فعالیت‌های ضداجتماعی نمی‌شوند و در نتیجه از عوارض اجتماعی، قضایی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر کاسته می‌شود. البته همه این پیامدهای مثبت در صورتی عاید اجتماع می‌شود که شربت‌های تریاک خالص، سالم و بدون عوارضی به دست معتادان در حال درمان برسد و نیز شربت به اندازه کافی در دسترس باشد، چون اگر غیر از این باشد، معتادان بار دیگر به سمت تهیه مواد مخدر از بازار غیر قانونی می‌روند و شبکه‌های قاچاق را پرووارتر از همیشه می‌کنند؛ یعنی اتفاقی که در تضاد آشکار با مفاد پروتکل درمان با تئور اپیوم است (خباز، جام جم آنلاین، ۱۳۹۲).

### ورزش در درمان معتادان مصرف‌کننده شربت تریاک

ورزش در درمان معتادان با استفاده از شربت تریاک از کارآیی بیشتری برخوردار است (ایران اسپورت ۲۴). ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب در درمان معتادان با روش کاهش تدریجی مواد با استفاده از شربت تریاک که طبق بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، از کارآیی و اثربخشی بیشتری برخوردار است. مصرف‌کنندگان مواد پس از مراجعه و تشکیل پرونده به اتفاق یکی از بستگان نزدیک خود تحت راهنمایی افرادی که قبل از آنها درمان شده‌اند، قرار گرفته و طبق یک روند درمانی حساب شده، مواد مصرفی خود را با شربت تریاک یا OT جایگزین می‌کنند و با شرکت در کلاس‌های روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، جهان‌بینی، ورزش و موسیقی به تدریج و در طول مدت یک سال به رهایی می‌رسند. به دلیل آنکه زمان درمان طولانی بوده و بیمار به یکباره مصرف مواد خود را قطع نمی‌کند، بدن فرصت بازسازی تدریجی سیستم‌های درونی مسئول در ترشح مواد مسکن طبیعی بدن را

پیدامی کند و در عین حل بیمار از یک روند تدریجی تغییرات روانی و رفتاری هم بهره‌مند می‌شود؛ لذا می‌توان طبق یک برنامه مدون از ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب در درمان آنان استفاده کرد. در روزهای اول درمان، از حرکات کششی، ماساژ، آب درمانی، راه پیمایی و سایر بازی‌ها و فعالیت‌های سرگرم‌کننده می‌توان استفاده کرد، ولی روند ورزشی باید در سه مرحله اجرا شود. مراحل سه‌گانه ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب در درمان معتادان با شربت تریاک به شرح زیر است:

همان‌گونه که گفته شد حرکات بدنی سبک، حرکات کششی، ماساژ و بازی‌های سرگرم‌کننده باید در سه ماه اول درمان مورد استفاده قرار گیرند. در سه ماه دوم، معتاد در حال درمان اجازه دارد که به تمرینات آماده‌سازی نظیر راه پیمایی تند، دویدن نرم، طناب زدن و انجام بازی‌های غیر رقابتی و سرگرم‌کننده نظیر پرتاب دارت، پینگ‌پنگ یا تنیس روی میز و نیز بازی‌های بومی سنتی و دسته جمعی بپردازد. در شروع سه ماه سوم، معتاد در حال درمان حق دارد که بنا به علاقه و استعداد خود، رشته ورزشی دلخواه را انتخاب کند و تحت نظر مربیان مربوطه و راهنمای خود به تمرینات منظم بپردازد. پس از پایان ماه نهم و در شرایطی که فرد در حال درمان از شرایط جسمانی خوبی برخوردار باشد و رشته ورزشی او دارای جدول مسابقات باشد، می‌تواند در مسابقات ورزشی داخلی، با سایر معتادان در حال درمان یا درمان شده شرکت کند و پس از پایان یک سال و احتمالاً قطع کامل شربت OT در مسابقات عادی و در رقابت با افراد عادی هم شرکت کند (ایران اسپورت، بی‌تا).

### گزارش چند مصاحبه در مورد تأثیر شربت تریاک

در پایان ۳ مصاحبه در خصوص تأثیر شربت تریاک گزارش می‌گردد.

مصاحبه با یکی از مسئولین شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی

اینجانب محمود افشار متولد سال ۱۳۲۵ هجری. من ۱۲ سال مصرف‌کننده تریاک بودم و از طریق سایت با کنگره آشنا شدم، ۹ ماه و ۵ روز سفر کردم و حدود ۴ سال است که به رهایی رسیده و به خدمت در کنگره مشغول هستم. به ورزش کوهنوردی علاقه زیادی داشته و دارم،

همنوردهای من مصرف کننده بودند و من سالها این موضوع را نمی دانستم تا اینکه یک روز در کوه و در حضور من مشغول کشیدن تریاک شدند و همان روز سرآغاز اعتیاد من بود. اولین حضورم برای خدمت در کنگره ۶۰ در اواخر سفر اول به مدت یک هفته در «صندلی داغ» سایت کنگره ۶۰ بود، پس از رهایی و طی نمودن دوره‌های آموزشی در جایگاه مشاور تازه‌واردین به خدمت گمارده شدم و در حدود ۸ ماه پس از رهایی در پروژه پایلوت OT و در قسمت ثبت نامه‌های OT خدمت خود را آغاز نمودم و همزمان در جایگاه مرزبانی به مدت یکسال در محل آکادمی خدمت کردم؛ لازم به ذکر است که بیش از دو سال نیز مرزبان پارک لاله بودم. در مورد سابقه خدمت من در زمینه OT می‌توان بگویم OT یک پروژه بسیار گسترده است. از کارگاه آموزشی تازه واردین شروع می‌شود و تا فالوآپ یک‌سال پس از رهایی ادامه دارد در تمامی جایگاه‌های خدمتی OT «ثبت نامه - برگزاری کارگاه آموزشی تازه واردین - ثبت رهایی تا فالوآپ» خدمت نموده‌ام و در حال حاضر علاوه بر مسئولیت OT آکادمی؛ پیگیری انجام فالوآپ مسافری سفر دوم در کنگره ۶۰ نیز به عهده اینجانب می‌باشد. مهم‌ترین انگیزه من برای خدمت در قسمت OT این است که هر آنچه در کنگره ۶۰ انجام می‌دهم جز برای حال خوش خودم نیست و نمی‌باشد؛ به بیان دیگر کنگره نه نیاز به من دارد و نه من کسی هستم که کاری برای کنگره انجام بدهم هر آنچه انجام می‌دهم برای خودم است. جایگاه خدمتی راهنمایان و کمک راهنمایان بسیار والاست و خدمتی که آنان انجام می‌دهند تا فرد را به رهایی برسانند قابل قیاس با خدمت من نیست و خدمت ناچیز من در برابر آنها بسیار کوچک است. در مورد رهایی مسافران از راهنمایان و کمک راهنمایان در رابطه با مسئولین OT انتظار دارم فقط و فقط همکاری هر چه بیشتر و مضاعف در رابطه با فالوآپ رهجویان می‌باشد. برای مسافرانی که در پروژه OT هستند پیشنهاد دارم اگر مسافری قدر نعمت OT را دانسته باشد که هیچ، در غیر اینصورت به عنوان یک خدمتگزار و کسی که حدود ۴ سال است که در پروژه OT خدمت می‌کند عرض می‌کنم بهترین داروی درمان بیماری اعتیاد همین OT است؛ مقایسه راندمان رهایی با OT و رهایی با اپیوم گویای این

قضیه است. حرف آخرم این است که اگر رهاشدگان از مصرف مواد مخدر می‌دانستند که کنگره چه دارد که به آنها بدهد حتی لحظه‌ای وقت آزاد خود را در بیرون از کنگره نمی‌گذرانند (دیدگاه کنگره ۶۰، ۱۳۹۲).

مصاحبه با یکی از خدمتگزاران شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی

اینجانب سامان دیلمی متولد ۱۳۶۵ تقریباً ۱۱ سال تخریب داشته‌ام و آخرین مصرفم ۵ گرم کراک کشیدنی، ۲ گرم مشامی و ۲ گرم شیشه خوراکی بوده، مدت ۱۳ ماه و ۲۲ روز در کنگره سفر کردم و ۱۱ ماه و ۱۴ روز است که رها شده‌ام. در قسمت OT خدمت می‌کنم و خدمت خود را از نشریات شروع کرده و پس از ۶ ماه وارد قسمت OT شدم و چون در قسمت OT تنوع کار بیشتر از جاهای دیگر بود در این قسمت به خدمت خود ادامه داده و همزمان در قسمت نشریات نیز خدمت می‌کنم. سابقه خدمت‌ام در زمینه OT ثبت نامه‌ها در دفاتر، گذاشتن نامه‌ها در پاکت؛ پخش نامه‌ها و به صورت مستقیم با راهنمایان و کمک راهنمایان ارتباط دارم. مهمترین انگیزه شما برای خدمت در قسمت OT این است که برای اینکه وقتم را به صورت بهینه بگذرانم به خدمت در قسمت OT پرداختم و به دلیل دست یابی به حال خوش و کسب آموزش بیشتر تلاش و خدمت می‌کنم. برای مسافرانی که در پروژه OT هستند پیشنهاد می‌کنم جلسات آموزشی خود را به درستی و صورت مداوم بیابند و ارزش شربت OT را بدانند، چون به راحتی به دست نیامده ولی می‌تواند به سادگی از دست برود. در قسمت فالوآپ یا پیگیری خدمت نکرده‌ام تجربه‌ای در این خصوص ندارم ولی معتقد هستم فالوآپ کار ما را کامل می‌کند. تفاوت‌های بین داروی OT و Opium در سفر اول این بود که با توجه به تجربه شخصی، سفر کردن با شربت OT همه مسائل و مشکلات سفرم حل شد و واقعاً توانستم به حال خوش برسم. حرف آخر این است که آنهایی که دنبال حال خوش هستند، باید از خودشان بگذرند و به دیگران کمک کنند چون تا زمانی که از خود نگذشته باشی نمی‌توانی به خود برسی (دیدگاه کنگره ۶۰، ۱۳۹۲).

## مصاحبه با یکی از مسافران شربت اپیوم تینکچر (OT) در نمایندگی آکادمی

سلام دوستان، شاهرخ هستم یک مسافر. ۱۰ سال سابقه مصرف شیشه، حشیش و قرص ترامادول داشتم و خیلی خوشحالم از اینکه می‌گویم داشتم چرا که هیچ وقت در باورم نمی‌گنجید که بتوانم زمانی بدون مصرف مواد مخدر روز را به شب برسانم. روزی به خواست خداوند با مکان مقدسی به نام جمعیت احیای انسانی کنگره ۶۰ آشنا شدم که به جرات می‌توانم از آن همیشه به بهترین و بزرگترین روز زندگیم یاد کنم، در لحظه اول جالب‌تر از همه برایم این بود که بر روی تابلو سر در این جمعیت هیچ اشاره‌ای به اعتیاد نشده بود؛ داخل شدم یکی از کسانی که در حیاط ایستاده بود مرا در آغوش گرفت؛ گویی که سالهاست مرا می‌شناسد و این اولین نقطه جذب من شد همان شخص مرا راهنمایی و مشاوره کرد و تقریباً صورت مسئله اعتیاد را برایم شکافت و مرا تا حدودی توجیه کرد، به من گفتند که طول مدت درمان از نظر جسمی حدوداً ۱۰ ماه است و این نکته بود که مرا برای درمان در این جمعیت تشویق کرد، چرا که خودم هم اعتقاد داشتم نمی‌شود ۱۰ سال تخریب را ۳ ساعته و یا ۱ هفته‌ای جبران نمود و بعد از آن دارویی را به نام شربت تریاک به من معرفی کرد؛ در لحظه اول به دلیل عدم آگاهی کمی شوکه شدم، اما پس از شنیدن دلایل آن قانع شدم و پکیج آموزشی را تهیه کردم و از همان روز بعد از ظهر در جلسات شرکت کردم. بعد از یک هفته یا سه جلسه که به عنوان میهمان در جلسات حضور داشتم اجازه آن‌را پیدا کردم که راهنمایم را که هر چه دارم از اوست انتخاب کنم و قبول کردم که هیچ نمی‌دانم (اول ندانی را بدان، تا بدانی را بدانی) این جمله‌ای بود که در بدو ورود در بالای نشریات به چشمم خورد. راهنمایم شرح حال را پرسید و شروع به منظم کردن و تیپرینگ (کم کردن پله‌ای) قرص هایم کرد؛ از ۱۰ عدد قرص شروع شد و بعد از یک ماه و نیم، قرص هایم کاملاً قطع و جایش را کاملاً به تریاک داد و هیچ مشکلی نداشتم که این موضوع برای خودم بسیار با ارزش بود چرا که من قبل از ورود به کنگره از تریاک متنفر بودم البته بعضی اوقات که قرص نداشتم از روی

ناچاری مصرف می‌کردم ولی حالا آن‌را به عنوان یک دوست و داروی درمانم قبول کرده بودم.

بعد از حدود دو ماه که از سفر اولم می‌گذشت یک روز در جلسه نشسته بودم که زمان دادن پیام‌ها شد؛ راهنمایم بر روی سکو رفت و پیام شربت تریاک یا معجزه OT را داد البته آن روز از معجزه آن خبر نداشتم؛ با عجله از جلسه بیرون رفتم و به راهنمایم گفتم جریان شربت تریاک چیست؟ راهنمایم توضیحاتی داد و من همابراز علاقه کردم و راهنمایم هم پذیرفت و گفت خیلی هم به نفع خودم است. پس از چند روزی حدوداً ۳۰ نفر بودیم که به خدمت جناب آقای مهندس دژاکام بنیانگذار کنگره ۶۰ رسیدیم و ایشان نیز توضیحاتی به ما دادند و ما را کاملاً توجیه کردند؛ از توضیحات ایشان کاملاً مشخص بود که این پروژه برای کنگره از اهمیت خاصی برخوردار است فردای آن روز به مرکز ملی مطالعات اعتیاد واقع در میدان قزوین مراجعه کردم و ۹۶ سی سی OT برای مصرف ۱۴ روز را دریافت کردم و با خوشحالی خاصی به خانه آمدم؛ خوشحالیم به خاطر این بود که دیگر مجبور نبودم برای تهیه داروی خودم پیش کاسب مواد مخدر بروم.

زمانی که به خانه رسیدم درب بطری را باز کردم و بو کشیدم بوی تریاک به مقدار زیاد و کمی هم بوی الکل به مشام خورد؛ ساعت ۲ بعد از ظهر شد و باید جیره ظهر را مصرف می‌کردم؛ ۲ سی سی OT را در سرنگ کشیدم و چون از مزه آن خبر نداشتم آن را خالی روی زبانم ریختم (وای چقدر تلخ بود) اشکالی ندارد، به جای آن تلخی شیرینی‌هایی داشت که تمام آن تلخی را از یادم می‌برد که در ادامه آنها را خواهم گفت. و اما این OT که صحبتش را می‌کنیم و در حال حاضر به راحتی هر چه تمام‌تر به دست مسافران سفر اول کنگره ۶۰ می‌رسد، حاصل ۱۰ سال تلاش و تحقیق ثنوریسین و بنیانگذار کنگره ۶۰ است که تک تک افرادی که با OT درمان می‌شوند یا شده‌اند این را می‌دانند و برای آن احترام قائل می‌باشند و کاملاً مشخص است وقتی که اثبات یک موضوع ۱۰ سال زمان می‌برد و انرژی برایش صرف می‌شود باید شیرینی‌های بسیاری داشته باشد که مزه تلخش در مقابل آن ناچیز است. خوب

حال دیگر می‌خواهم کمی از آن شیرینی‌های OT بگویم، زمانی که وارد پروژه OT شدم دیگر ارتباطم با کاسب و مواد فروش کاملاً قطع شد و از بار القانات منفی بسیار کاسته شد. دیگر نگران بد یا خوب بودن داروی درمانیم نبودم چرا که OT با یک درجه خلوص یکسان تولید می‌شود و اندازه‌گیری آن بسیار دقیق است؛ حتی می‌شود آن را تا یک صدم سی سی هم اندازه‌گیری کرد که این دو خصوصیت OT در تعادل جسمی بعد از درمان بسیار موثر است. مایع بودن OT و از طرفی جذب سریع آن. از نظر قضایی و قانونی مشکلی ندارد زیرا توسط خود دولت توزیع می‌گردد و در آخر نیز از نظر هزینه نسبت به تریاک باید بگویم مفت و مجانی است چون قیمت یک لیتر آن که حدوداً برای ۵ ماه مصرف من کفایت می‌کرد ۳۰۰۰۰۰ ریال بود که در مقایسه با داروهای دیگر واقعاً ناچیز است و آن تعادلی که صحبتش را کردم؛ از همه این‌ها شیرین‌تر است به همین خاطر در ابتدا از OT به‌عنوان یک معجزه یاد کردم. دیگر نگران این نبودم که اگر تریاک پیدا نکردم چه کار کنم، مانند مصرف‌کننده‌ای بودم که اصطلاحاً جنس‌اش همیشه زیر سرش است و کاسب جایش را به دکتر و انسان‌های مشخص و خدمتگذار به خلق داده بود، بله دوستان این گوشه‌ای از شیرینی‌های OT بود و مهم‌تر از همه این است که هر سفر اولی که با OT درمان می‌شود و به سفر دوم می‌رسد کنگره ۶۰ به اهداف خود نزدیک‌تر می‌شود.

دوران سازگاری را می‌توان این چنین توضیح دهم. به دلیل اینکه تریاک جایش را با OT عوض می‌کند مدت ۳ تا ۶ هفته زمان می‌برد تا جسم و گیرنده‌های مرفینی بدن به OT عادت کنند که این دوران را در کنگره دوران سازگاری می‌نامند، البته این به این معنا نیست که در طول این مدت جسم دچار مشکل و یا کمبود شود که این دوران برای خود من حدوداً ۲۰ روز یا ۳ هفته طول کشید اما نشنگی بعد از آن به دوران سازگاریش می‌ارزید و این مطلب را به این خاطر بیان کردم که مسافران سفر اول که تازه به روی پروژه قرار می‌گیرند کمی آگاه‌تر شوند. هر پله یا هر ۲۱ روز که از میزان مصرف OT به مقدار ضریب ۰/۸ یا ۲۰٪ کاسته می‌شد رنگ و روی من بهتر و خواب و خوراکم به حالت تعادل نزدیک‌تر می‌شد و الان هم که



## شربت تریاک / ۵۷

در سفر دوم خود افتخار خدمت در کنگره را دارم شاهد همین تغییرات در مسافران سفر اولی به خصوص مسافرانی که با OT درمان می شوند هستم، البته این به معنای این نیست که تریاک بی اثر است، نه! منظور من این است که (شربت تریاک یا OT چندین بار بهتر و موثرتر از تریاک می باشد).

در اینجا می خواهم یک خاطره را زنده کنم، در دوران مصرف روزانه حدوداً ۶۰ عدد قرص ترامادول مصرف می کردم و وقتی که قرص در دسترس نبود به ناچار و از روی اجبار حدوداً ۵ و یا ۶ گرم تریاک می خوردم و در واقع فقط مرا نگه می داشت؛ اما روزی در کنگره ۶۰ پس از حدوداً ۳ ماه که از سفر اول من می گذشت در پله ۹ سی سی OT بودم که برابر یک گرم تریاک است به اطاق راهنمای خودم رفتم و گفتم آقا میثم دستم به دامانت خیلی نشسته می شوم، اگر امکان دارد مصرفم را کم کنید و ایشان هم مصرف مرا به ۷/۵ سی سی کاهش داد و تا مدت ها باور نداشتم شاهرخی که ۶ گرم تریاک فقط نگهش می داشت حالا با ۹ سی سی OT نشسته می شود و این هم یکی دیگر از معجزه های OT و همچنین کنگره ۶۰ است. تجربه نشان داده است OT به دلیل اینکه زود جذب بدن می شود، بر روی مصرف کنندگان (کراک و شیشه) خیلی خوب و چشمگیر جواب می دهد.

در پایان خداوند بزرگ را شاکرم که این نعمت بزرگ را (OT) در اختیار من قرار داد تا بتوانم به درمان اعتیادم که بزرگترین مشکل زندگیم بود نائل شوم و بعد از خداوند از جناب آقای مهندس حسین دژاکام و راهنمای خوبم و همینطور کارکنان خدمتگذار مرکز ملی مطالعات اعتیاد تشکر می کنم. خداوندا دریا و آسمان و دشت پوشیده از رقصنده های آسمانیست و روح نا آرام ما خواستار رهاییست؛ نه از خلاصی، بلکه دیدار معشوق است. خداوندا تنها ترا می ستاییم و تنها ترا ستایش می کنیم برای انجام این عمل عظیم شکر، شکر، شکر (کنگره ۶۰، ۱۳۹۲).

## منابع

اختیاری، حامد (۱۳۸۸). بحث ویژه: جایگاه داروی اپیتینک (شربت تریاک) در درمان وابستگی به مواد افیونی؛ امیدها و نگرانی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۸، ۱۴۸-۱۳۵.

اختیاری، حامد. چالش‌های بلوغ کودک ده ساله‌ی درمان نگهدارنده در ایران.

اختیاری، حامد. ضربه به اقتصاد بازار مواد مخدر با شربت تریاک.

امامی رضوی، حسن. توزیع شربت تریاک در مراکز متادون درمانی. همایش ملی بزرگداشت روز جهانی مبارزه با مواد مخدر، واحد مرکزی خبر مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما.

بیان زاده، سیداکبر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهری، جعفر، نصر اصفهانی، مهدی، شاه محمدی، داوود، دادفر، محبوبه، بخشانی، نورمحمد، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). بررسی مقدماتی شیوع سوء مصرف مواد در مناطق روستایی غرب استان تهران (هشتگرد و طالقان) با استفاده از افراد کلیدی. مجله حکیم، دوره هفتم، شماره اول، ۹-۱۷.

پروژه درمان اعتیاد با شربت تریاک. مرکز ملی مطالعات اعتیاد

جعفری، فیروزه. بازگشت شربت تریاک تا ۲ هفته دیگر. سلامت، فارس.

جهانی، محمد رضا. شربت تریاک از اول دی توزیع می‌شود. جام جم آنلاین.

حاجبی، احمد، شمشیری، احمد رضا، باشی، شهناز، احمدزاد اصل، مسعود، صابری زفرقندی، محمد باقر، ناصر بخت، مرتضی، ناصحی، عباسعلی، نیک فرجام، علی، مهدیه وارث وزیریان، مهدیه، افسری، معصومه (۱۳۹۱). توزیع جغرافیایی اختلالات روانی، اجتماعی و اعتیاد ۱۳۸۶: نسخه سلامت روان. ناشر: سپیدبرگ.

خجاز، مریم (۱۳۹۲). در باره توزیع شربت تریاک. گروه جامعه، جام جم آنلاین.

دادفر، فرشته، فتحی، زهره، فیض دولت آبادی، مهرنوش (۱۳۹۰). اعتیاد، وابستگی دارویی و مکانیسم عمل داروهای اعتیاد آور. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳).  
رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میر ماه.

دژاکام، حسین (۱۳۹۲). شربت تریاک کمیاب شد ایسنا.

دژاکام، حسین. بازگشت هروئین به محلات تهران. ایسنا.

دژاکام، حسین. توزیع مجدد شربت تریاک. ایسنا.

دیدگاه کنگره ۶۰ (۱۳۸۶). شربت تریاک یا تریاک، بهترین گزینه دارویی برای درمان انواع  
اعتیاد.

دیدگاه کنگره ۶۰ (۱۳۹۲). مصاحبه با یکی از خدمتگزاران شربت اپیوم تینکچر (OT) در  
نماینده‌گی آکادمی.

رحیمی موقر، آفرین، خستو، گل آرا، رزاقی، عمران، صابری زفرقندی، محمدباقر، نوروزی،  
علیرضا، جارسایه، رضا (۱۳۹۰). درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز

اقامت (۱): ارزیابی فرایند مداخلات. پایش، سال دهم، شماره ۴، ۵۰۲-۴۹۳.

رحیمی موقر، آفرین، خستو، گل آرا، رزاقی، عمران، صابری زفرقندی، محمدباقر، نوروزی،  
علیرضا، جارسایه، رضا (۱۳۹۰). درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز

اقامت (۱): ارزیابی نتایج در پی گیری دو و شش ماهه. پایش، سال دهم شماره ۴، ۵۱۴-

۵۰۵.

روشن پژوه، محسن، صابری زفرقندی، محمدباقر، میرکاظمی، رکسانا، شفیعی، علی، جمعه  
پور، حمید (۱۳۹۲). ارزیابی خدمات پیشگیری، درمان، و کاهش آسیب اعتیاد با تمرکز  
بر عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی به پناه جویان افغانی در ایران از منظر ارائه  
دهندگان این خدمات. توانبخشی، دوره چهاردهم، شماره پنجم، شماره مسلسل ۶۰،  
ویژه نامه اعتیاد، ۱۲۲-۱۱۷.

سالاریان، علی (۱۳۹۲). شیشه برای لاغری. ایسنا.

شاهرخی، الهام (۱۳۹۲). ۶ سال فراز و فرود در ترویج یک روش درمانی، سرگذشت شربت  
تریاک.

شربت تریاک در انبارهای شرکت‌های دارویی. روزنامه همشهری ۱ مهر ماه ۱۳۹۰.

شربت تریاک. گردهمایی سالیانه درمانگران اعتیاد کشور (۱۳۹۲). تهران مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی. ۲۰-۲۲ شهریورماه.

شربت تریاک. وبلاگ اپیوم تینکچر.

صابری زفرقندی، محمدباقر، روشن پژوه، محسن، میرکاظمی، رکسانا، بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). چالش‌های اساسی پیشروی برنامه ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران: گزارش یک نشست تخصصی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال نوزدهم، شماره ۴، ۳۲۹-۳۲۶.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۰). برخی از چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۷، ۶۵، ۱۶۱-۱۵۷.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). دومین دوره آموزش مقدماتی درمان‌های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). سومین دوره آموزش مقدماتی درمان‌های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). نخستین دوره آموزش مقدماتی درمان‌های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

صابری زفرقندی، محمدباقر. پاسخ ستاد مبارزه با مواد مخدر به کمیاب شدن "شربت تریاک". ایسنا سلامت نیوز.

صالح پور، شهاب. راهنمای تشخیص و درمان بدون بستری معتادان. ایسنا

صالحی، محمد حسین. مصاحبه رادیویی با رادیو گفتگو. گروه اینترنتی نیک.

صفاتیان، سعید (۱۳۹۰). توزیع شربت تریاک توسط پزشکان. گزارش ایسنا

صفاتیان، سعید. پشت پرده کمبود شربت تریاک و متادون/اختلاف دادستانی و ستاد مبارزه با مواد مخدر. گفت و گو با فارس.

صفاتیان، سعید. توزیع شربت تریاک. ایرنا، ایسنا.

فتحی، زهره، دادفر، فرشته، مهدی امینی (۱۳۹۰). نقش ژن‌ها و مکانسم‌های مغزی در وابستگی الکلی و رابطه آن با چاقی. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

فیض دولت آبادی، مهرانوش، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). نقش ژنتیک در ابتلا و درمان اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

کلینیک تخصصی ترک اعتیاد آینده (۱۳۹۰). پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم (شربت تریاک). (YarOnline.co).

کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میر ماه.

مصاحبه با محمود افشار یکی از مسئولین شربت OT شربت اپیوم تینکچر نمایندگی آکادمی. ۱۳۹۲.

مقالات و دیدگاه‌های کنگره ۶۰؛ [www.c60.ir](http://www.c60.ir)

مکری، آذرخش (۱۳۹۰). برچسب: روان‌درمانی، موادمخدر، شربت تریاک، تحت درمان، متادون، معتادان تزریقی، سوء مصرف. [www.salamat.com](http://www.salamat.com).

مکری، آذرخش (۱۳۹۳). متادون، بوپرنورفین و تنتور؛ انتخاب داروی آگونست برای درمان نگهدارنده. فصلنامه طب اعتیاد، شماره ۴، ۱۰-۸.

ناصحی، عباسعلی (۱۳۹۰). توزیع شربت تریاک. ایسنا.

وحید دستجردی، مرضیه. آغاز توزیع شربت تریاک. جام جم آنلاین. [www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=60009&type=2](http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=60009&type=2)

ورزش در درمان با شربت تریاک/ ایران اسپورت ۲۴، قسمت پانزدهم.

Alam Mehrjerdi, Z., Zarghami, M. (2013). Maintenance therapy with opium tincture for injecting drug users; Implications for prevention from viral infections. *Hepat Mon*, 13, 4, 8334.

Auriacombe, M., Grabot, D., Daulouede, J.P., Vergnolle, J.P., O'Brien, C., Tignol, J. (1994). A naturalistic follow-up study of French-speaking opiate-maintained heroin-addicted patients: Effect on biopsychosocial status. *Journal Substance Abuse Treatment*. 11, 6, 565-568.

- Chandrasena, R. (1980). Management of opium dependence in a general hospital psychiatry unit. *Br J Addict.* 75, 2, 163–167.
- Conference Report (2007). Conference on opioid substitution therapy: An essential service in harm reduction in Afghanistan ministry of public health and ministry of counter narcotics with ministry of justice NGOs and international experts Kabul, Afghanistan 5-6 November.
- Eskandarieh, Sh., Nikfarjam, A., Tarjoman, T., Nasehi, A. A., Jafari, F., Saberi-Zafarghandi, M. B. (2013). Descriptive aspects of injection drug users in Iran's national harm reduction program by methadone maintenance treatment. *Iranian journal of public health*, 42, Issue 6, Pages 588 (In Persian). <http://www.p30lords.com>
- Jittiwutikarn, J., Ali, R., White, J.M., Bochner, F., Somogyi, A.A., Foster, D.J. (2004). Comparison of tincture of opium and methadone to control opioid withdrawal in a Thai treatment centre. *British Journal Clinical Pharmacology*, 58, 5, 536-541.
- Mokri A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archive Iranian Medicine*, 5, 3, 184–190.
- Nataparan, C. (2000). Methadone maintenance and harm reduction in northern Thailand. 2000 Available from: <http://www.drugtext.org/Opiates-heroin-methadone/methadone-maintenance-and-harm-reduction-in-northern-thailand.html>.
- Nissaramanesh, B., Trace, M., Roberts, M. (2008). The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran. Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper. 8
- Opium tincture: Facts about side effects and dosage - MedicineNet available from [www.medicinenet.com/tincture\\_of\\_opium-oral\\_liquid/article.htm](http://www.medicinenet.com/tincture_of_opium-oral_liquid/article.htm)
- Razzaghi, E., Nassirimanesh, B., Afshar, P., Ohiri, K., Claeson, M., Power, R. (2006). HIV/AIDS harm reduction in Iran. *Lancet.* 368, 9534, 434–435.
- Report of the International Narcotics Control Board. (2011). Analysis of the world situation. Available from: [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR\\_2011\\_E\\_Chapter\\_III.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_E_Chapter_III.pdf).
- Seiri, L., Mokri, A., Dezhakam, H., Noroozi, A. (2014). Using tincture of opium for treatment of opiate abusers in Iran *Drug & Alcohol Dependence*, 140, 200.
- Somogyi, A. A., Larsen, M., Abadi, R.M., Jittiwutikarn, J., Ali, R., White, J.M. (2008). Flexible dosing of tincture of opium in the management of

- opioid withdrawal: pharmacokinetics and pharmacodynamics. *British Journal Clinical Pharmacology*. 66, 5, 640–647.
- United Nations office on drug and crime. (2011). World drug report. Available from: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>.
- Wolters Kluwer Health. (2009).
- Zamani, S., Vazirian, M., Nassirimanesh, B., Razzaghi, E. M., Ono-Kihara, M., Mortazavi Ravari, S., et al. (2010). Needle and syringe sharing practices among injecting drug users in Tehran: a comparison of two neighborhoods, one with and one without a needle and syringe program. *AIDS Behavior*. 14, 4, 885–890.
- Zarghami M. (2008). Is methadone substitution the best treatment of choice for opioid dependence? *Iranian Journal of Psychiatry Behavior Sciences*, 2, 2, 1–4.

# Opium Tincture

---



by:

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Dr. Ali Salarian**

MD, PhD in Addiction studies  
Tehran University of Medical Sciences

**Dr. Farzad Ghazaiepour Abarghouei**

MD, Iran University of Medical Sciences  
Mental Health & Behavioral Sciences College

**Dr. Hadi Kazemi**

Faculty member of Shahed University and director  
of Shefa Neuroscience Research Center

Introduction & Cooperation by:

**Dr. Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi**

Psychiatrist, head of addiction studies department  
School of Mental Health & Behavioral Sciences, Tehran Institute of psychiatry,  
Mental health research center, Iran University of Medical Sciences