

مناهج العلاج الطبي لإدمان تعاطي المخدرات في ليبيا

الدكتور علي العروسي أونيس

منال حسين سعد أبو عميد

الأكاديمية الليبية للدراسات العليا جنزور- قسم الطب الحيوي.

المخلص

تناقش هذه الدراسة نتائج الأبحاث حول مناهج العلاج الفعالة لتعاطي المخدرات والإدمان ويمكن أن تكون العناية مع برنامج العلاج المخصص والمتابعة أيضاً أمراً بالغ الأهمية للنجاح في مكافحة إدمان المخدرات و يجب أن يشمل العلاج كلاً من خدمات الصحة النفسية والعقلية حسب الحاجة وقد تشمل المتابعة أنظمة دعم التعافي المجتمعية أو الأسرية وإدمان المخدرات هو مرض مزمن يتسم بالبحث عن المخدرات وتعاطيها بشكل قهري، أو لا يمكن السيطرة عليه، على الرغم من العواقب والتغيرات الضارة في الدماغ، والتي يمكن أن تكون طويلة الأمد، ويمكن أن تؤدي هذه التغييرات في الدماغ إلى السلوكيات الضارة التي تظهر لدى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات. إدمان المخدرات هو أيضاً مرض الانتكاس، يبدأ الطريق إلى إدمان المخدرات بالفعل التطوعي المتمثل في تعاطي المخدرات، ولكن بمرور الوقت، تصبح قدرة الشخص على اختيار عدم القيام بذلك معرضة للخطر. يصبح البحث عن المخدر وتناوله قهرياً وهذا يرجع في الغالب إلى آثار التعرض للمخدرات على المدى الطويل على وظائف المخ ويؤثر الإدمان على أجزاء من الدماغ التي تشارك في التحفيز والتعلم والذاكرة والتحكم في السلوك. والإدمان مرض يصيب الدماغ والسلوك، لا يمكن للأشخاص التوقف عن تعاطي المخدرات لبضعة أيام ويحتاج معظم المرضى إلى رعاية طويلة الأمد أو متكررة للتوقف عن التعاطي تماماً واستعادة حياتهم. هناك العديد من الخيارات التي نجحت في علاج إدمان المخدرات، بما في ذلك: الأدوية، والأجهزة الطبية والتطبيقات المستخدمة لعلاج أعراض الانسحاب والاستشارة السلوكية أو تقديم التدريب على المهارات، والتقييم والعلاج لمشكلات الصحة العقلية المتزامنة مثل الاكتئاب والقلق، ومتابعة طويلة الأمد لمنع الانتكاس. يمكن استخدام الأدوية والأجهزة لإدارة أعراض الانسحاب ومنع الانتكاس. الإدمان مرض معقد ولكنه قابل للعلاج ويؤثر على وظائف المخ وسلوكه. لا يوجد علاج واحد مناسب للجميع ويحتاج الناس إلى الوصول السريع إلى العلاج. بناءً على الأبحاث السابقة، يشكل المبدأ الأساسي التالي أساس أي برنامج علاج فعال.

تتضمن طرق علاج الإدمان الفعالة اربعة خطوات أساسية

الخطوة الأولى : مرحلة التقييم والفحص الشامل.

الخطوة الثانية: إزالة السموم.

الخطوة الثالثة : مرحلة التأهيل والعلاج النفسي السلوكي.

الخطوة الرابعة: مرحلة المتابعة الخارجية بعد التعافي .

أهداف الدراسة

هذه الدراسة تهدف الي كيفية إدارة متلازمات الانسحاب الحادة من خلال إزالة السموم، واضعاف الرغبة الشديدة لتعاطي المخدرات والبحث على استخدام العقاقير غير المشروعة (الشفاء الأولي)، والوقاية من الانتكاس والرجوع إلى تعاطي المخدرات القهري. يمكن أيضاً تعزيز الاحتفاظ بالعلاج وتقليل الضرر عن طريق استخدام العلاجات الناهضة مثل الميثادون والبوبرينورفين.

الي إمكانية دراسة تحقيق مخطط علاجي أكثر فاعلية من خلال الاعتراف بأن العلاج الأكثر فعالية للمرضى هو مسعى متعدد الأوجه. غالباً ما يجمع العلاج الفعال للحالات المرضية المشتركة بين استخدام "تقنيات" علاجية مختلفة، أي العلاج النفسي والعلاج الدوائي والعلاجات السلوكية وهذه التقنيات المختلفة لها تأثير تآزري على العلاج

الي دراسة أهمية العوامل الدوائية لبعض اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، ندرس التطورات والتحديات الأخيرة في تطوير أدوية الإدمان. نناقش كيف يمكن الجمع بين الأدوية والعلاجات النفسية والاجتماعية والسلوكية كعنصر من مكونات خطة العلاج متعدد الوسائط ودراسة تحديات دمج الأدوية مع العلاجات السلوكية.

الي دعم دراسات علم الإدمان والممارسة السريرية وتوفير منتدى للبحوث ذات الصلة سريريًا والمساهمة في وجهات النظر التي تعمل على تحسين جودة الرعاية للأشخاص الذين يعانون من المخدرات والكحول والتبغ أو غيرهم من تعاطي المخدرات والسلوكيات المسببة للإدمان عبر مجموعة من الإعدادات السريرية.

الي الاطلاع على أحدث العلاجات القائمة على الأدلة لتعاطي المخدرات والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات وكيفية دمج هذه العلاجات في عملية قائمة على الأدلة تعزز فعالية العلاج للمرضى المصابين

توصيات الدراسة

يجب تطوير وتنفيذ السياسات العامة والنوعية في مجال مكافحة الإدمان وعلاجه. رسم برنامج متكامل للتقويم والمتابعة.

تعزيز دور وزارة الصحة لكونها شريكا أساسيا في مواجهة الإدمان.

تكثيف جهود العلاج و إعادة التأهيل بشكل مجاني, وفي سرية تامة, لكل الفئات دون تمييز وتوفير الخدمة بجودة علاجية مرتفعة, ومن خلال مجموعه من المراكز العلاجية على نطاق واسع في أنحاء البلاد.

تعزيز التعافي الكامل حيث يتطلب التعافي مجموعة متنوعة من خيارات العلاج , وإتاحة وصول الجميع إلى التدخلات العلاجية التي تقلل من مخاطر تعاطي المخدرات.

المقدمة

اضطرابات الإدمان علي المخدرات هي مجموعة من الاضطرابات التي يمكن أن تسبب أضرارا جسدية ونفسية و يعد تلقي العلاج أمرا ضروريا لكسر حلقة الإدمان, ولكن نظرا لكون الإدمان علي المخدرات مرضا مزمنًا, يصعب علاجه ويتطلب رعاية مستمرة. في الولايات المتحدة مثلا, حوالي 8.1 في المائة من السكان, حوالي 21.7 مليون شخص, يتلقون بانتظام علاجًا لاضطرابات تعاطي المخدرات, وفقا للمسح الوطني الامريكي حول تعاطي المخدرات.

الخطوة الأولى للشفاء هي الاعتراف بوجود إدمان وله تأثيرات سلبية كبيرة على الحياة اليومية وبأن تعاطي المخدرات أصبح مشكلة في حياة الشخص, عليه يحتاج الشخص المصاب باضطراب إدمان المخدرات الحصول على العلاج الطبي, وبالنسبة لمعظم الناس, قد يستمر العلاج لبقية حياتهم وغالبا ما تتغير الخطط العلاجية لاضطرابات الإدمان لتلبية احتياجات المريض.

تعتمد خيارات علاج الإدمان على عدة عوامل, منها: نوع اضطراب الإدمان وطول وشدة استخدام المخدرات وتأثيراتها على الفرد. سيقوم الطبيب أيضا بمعالجة اي مضاعفات جسدية قد تنشأ بسبب التعاطي, مثل مرض الكبد لدى شخص يعاني من اضطراب تعاطي الكحول أو مشاكل في الجهاز التنفسي لدى الأشخاص الذين يعانون من إدمان المواد التي يتم تدخينها. تتوفر العديد من خيارات العلاج, ويجب ان يخضع معظم الأشخاص الذين يعانون من الإدمان لمجموعة من الأساليب العلاجية.

إدمان المخدرات هو أشد أشكال اضطراب تعاطي المخدرات ويتطور عندما يتسبب استمرار تعاطي الشخص للكحول أو المخدرات في حدوث مشكلات كبيرة, مثل المشكلات الصحية والإعاقة والفتش في تحمل المسؤوليات في العمل أو المدرسة أو المنزل ويمكن أن يتراوح اضطراب تعاطي المخدرات من خفيف إلى شديد.

الإدمان هو مرض عقلي معقد ومزمن يتميز بالرغبة في تعاطي المخدرات والبحث عنها, ينتج إلى حد كبير من التغيرات الدماغية التي تنجم عن استخدام المخدرات لفترات طويلة والتي تنطوي على دوائر دماغية متعددة, بما في ذلك المسؤولة عن التحكم في ضبط النفس والسلوكيات الأخرى.

تم تصور اضطراب استخدام المواد المخدرة على أنه مرض طبي مزمن ذو مكون وراثي قوي مشابه لمرض السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم. يزداد خطر الانتكاس لأن التغيرات العصبية الحيوية في مسارات الدماغ الناتجة عن سنوات عديدة من تعاطي الكحول و / أو المخدرات لا تعود إلى طبيعتها تماما بعد عملية إزالة السموم.

لماذا يصبح بعض الناس مدمنين والبعض الآخر لا؟

تختلف عوامل الخطر للإدمان على الكحول والمخدرات، مثل الحالات والأمراض الأخرى، من شخص لآخر. لكن عوامل الخطر الشائعة تشمل:

1. الوراثة - تاريخ عائلتك.
2. العمر عند البدء في تعاطي الكحول أو المخدرات.
3. الأسرة (بما في ذلك الإساءة والإهمال والتجارب الصادمة في الطفولة) والبيئة الاجتماعية (بما في ذلك الحصول على الكحول والمخدرات)
4. أنواع المخدرات المستخدمة

المرأة الحامل وتتعاطي المخدرات، كيف تؤثر المخدرات على الجنين أثناء الحمل وبعده

يمكن أن يكون للعديد من المواد، بما في ذلك الكحول والنيكوتين والعقاقير غير المشروعة آثار سلبية على الجنين النامي لأن هذه المواد تصل إلى الجنين عبر المشيمة. على سبيل المثال، تم ربط النيكوتين بالولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة، وكذلك تعاطي الكوكايين. يمكن أن يؤدي التعرض للهيروين إلى إدمان حديثي الولادة، الأمر الذي يتطلب علاجًا لأعراض الانسحاب. يرتبط استخدام المواد المخدرة أثناء الحمل أيضًا بمشاكل الدماغ والسلوك لدى الطفل، والتي يمكن أن تؤدي إلى تحديات معرفية للطفل. غالبًا ما يكون من الصعب فصل العوامل المختلفة المرتبطة بتعاطي المخدرات أثناء الحمل - سوء التغذية، وعدم كفاية الرعاية قبل الولادة، والضغط النفسي، والأمراض النفسية المرضية - كلها قد تؤثر على نمو الطفل.

ما هو الانسحاب؟ كم يستغرق من الوقت؟

يصف الانسحاب الأعراض المختلفة التي تحدث بعد أن يقلل الشخص فجأة أو يتوقف عن تعاطي المخدرات على المدى الطويل. تختلف مدة الانسحاب والأعراض باختلاف نوع الدواء. على سبيل المثال، قد تشمل الأعراض الجسدية لانسحاب الهيروين الأرق والام العضلات والعظام والأرق والإسهال والقيء. قد تستمر هذه الأعراض الجسدية لعدة أيام، لكن الاكتئاب العام، أو خلل النطق، الذي يصاحب غالبًا انسحاب الهيروين قد يستمر لأسابيع. في كثير من الحالات، يمكن علاج الانسحاب بالأدوية لتخفيف الأعراض، لكن علاج الانسحاب يختلف عن علاج الإدمان.

التشخيص

يتطلب تشخيص إدمان المخدرات (اضطراب تعاطي المخدرات) تقييمًا شاملاً وغالبًا ما يتضمن تقييمًا من قبل طبيب نفسي أو مستشار مرخص للكحول والمخدرات. تُستخدم اختبارات الدم أو البول أو غيرها من الاختبارات المعملية لتقييم تعاطي المخدرات، ولكنها ليست اختبارًا تشخيصيًا للإدمان. ومع ذلك، يمكن استخدام هذه الاختبارات لمراقبة العلاج والشفاء.

الهدف من فحص تعاطي المخدرات

الهدف من فحص تعاطي المخدرات هو تحديد الأفراد الذين لديهم أو معرضين لخطر الإصابة بمشاكل متعلقة بالكحول أو المخدرات، وضمن تلك المجموعة، تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من التقييم لتشخيص اضطرابات تعاطي المخدرات ووضع خطط لعلاجها. لا يمكن للفحص البصري وحده اكتشاف التسمم، ناهيك عن العلامات الأكثر دقة للسلوك المتأثر بالكحول والمخدرات. الميزة الرئيسية لإجراء فحص تعاطي المخدرات كجزء من الاختبار المستمر هي أنه يمكن متابعة الفحص الإيجابي في الزيارات اللاحقة.

تتيح علاقات الأطباء الطويلة الأمد مع المرضى الفرصة لإجراء تقييمات أولية تُعرف أيضًا باسم التقييمات الموجزة اعتمادًا على خبرة الطبيب وتدريبه والموارد المتاحة داخل المجتمع، قد يقوم إما بوضع خطة علاج أو إحالة المريض للتقييم من قبل أخصائي ماهر في تعاطي المخدرات. في العيادات الكبيرة حيث العلاقات بين مقدم الخدمة والمريض ليست قريبة، سيساعد التوثيق الواضح لنتائج الفحص في ضمان المتابعة المناسبة. الاختبار السلبي لتعاطي المخدرات يتطلب أيضًا المناقشة، أنها تسمح للأطباء بلعب دور تعزيز الصحة والوقاية من خلال تعزيز الامتناع عن العقاقير غير المشروعة.

العلاج الطبي لإدمان المخدرات والكحول

يمكن علاج إدمان المخدرات بالأدوية (لبعض أنواع الإدمان) والعلاجات السلوكية و يمكن أن يلعب استخدام الأدوية دورًا رئيسيًا في منع الانتكاس. ومع ذلك، فإن الانتكاس أمر شائع ويمكن أن يحدث حتى بعد فترات طويلة من الامتناع عن تعاطي المخدرات، مما يؤكد الحاجة إلى الدعم والرعاية على المدى الطويل. لا يعني الانتكاس فشل العلاج، بل يجب أن يؤدي إلى إعادة العلاج أو تعديله. تم تطوير عقاقير أكثر فاعلية خلال الثلاثين عامًا الماضية، وبالتالي، لعب العلاج الدوائي دورًا أكثر أهمية في علاج الإدمان. تُستخدم الأدوية في الغالب كمساعدات للعلاجات النفسية، ويعتمد دور العلاج الدوائي على نوع اضطراب استخدام المواد المخدرة.

يمكن علاج إدمان بعض المخدرات مثل الهيروين أو النيكوتين أو الكحول بشكل فعال من خلال العلاجات السلوكية والأدوية ويختلف العلاج لكل شخص حسب نوع الدواء المستخدم وقد يحتاج البعض إلى دورات علاجية متعددة لتحقيق النجاح

هل توجد علاجات فعالة لإدمان المخدرات؟

يمكن علاج إدمان المخدرات بشكل فعال من خلال العلاجات السلوكية مثل الهيروين أو النيكوتين أو الكحول إلى جانب الأدوية. يختلف العلاج لكل شخص حسب نوع الدواء (الأدوية) المستخدمة. قد يحتاج البعض إلى دورات علاجية متعددة حتى ينجح. كشفت الأبحاث عن 13 مبدأ أساسيًا للعلاج الفعال من إدمان المخدرات. على الرغم من عدم وجود علاج لإدمان المخدرات، إلا أن خيارات العلاج يمكن أن تساعد في التغلب على الإدمان والبقاء بعيدًا عن المخدرات. يعتمد العلاج على الدواء المستخدم وأي اضطرابات طبية أو اضطرابات الصحة العقلية ذات الصلة قد تكون لدى المرضى والمتابعة طويلة المدى مهمة لمنع الانتكاس.

برامج علاج ادمان المخدرات

العلاج الطبي هو عنصر أساسي في علاج الإدمان والشفاء ويتكون بشكل أساسي من الأدوية وبعض الإجراءات والاختبارات إلى جانب العلاج السريري والروحي، يشكل العلاج الطبي عنصرًا مهمًا في خطة علاج كاملة من إدمان المخدرات والكحول. يركز العلاج الطبي على علاج الأضرار الجسدية التي تلحق بالجسم بسبب تعاطي المخدرات. على سبيل المثال، يمكن أن يساعد العلاج الطبي في تخفيف الأعراض الجسدية الناتجة عن الانسحاب. يركز العلاج الطبي أيضًا على علاج المشكلات الطبية المتزامنة ومراقبة العناصر الحيوية وإدارة الأدوية. نظرًا لأن معظم العلاجات الطبية منظمة بشكل كبير، يتم إجراؤها بشكل عام بواسطة متخصصين طبيين مرخصين مثل الأطباء والممرضات. على الرغم من أن العلاج الطبي يمكن أن يكون مطلوبًا في أي مرحلة من مراحل عملية التعافي، إلا أنه ضروري للغاية خلال المراحل المبكرة من العلاج، خاصةً عندما يتعامل المرضى مع أشد أعراض الانسحاب

يقدم برامج علاج ادمان المخدرات الآتي :

جلسات العلاج الفردي والجماعي والأسري.

التركيز على فهم طبيعة الإدمان والتخلص من المخدرات ومنع الانتكاس.

مستويات الرعاية والإعدادات التي تختلف حسب الاحتياجات، مثل برامج العيادات الخارجية والسكنية والمرضى الداخليين

ما هي خطوات علاج الإدمان علي المخدرات؟

إزالة السموم

الاستشارة وعلاجات السلوك

العلاج بالأدوية

برامج إعادة التأهيل

مجموعات المساعدة الذاتية

إزالة السموم

عادة ما تكون إزالة السموم هي الخطوة الأولى في العلاج. هذا ينطوي على إزالة المواد المخدرة من الجسم والحد من ردود فعل الانسحاب. 80 بالمائة من الحالات ستستخدم علاجات الأدوية لتقليل من أعراض الانسحاب و إذا كان الشخص مدمناً على أكثر من مادة واحدة، فغالبًا ما يحتاج إلى أدوية لتقليل أعراض الانسحاب لكل منه.

الهدف من إزالة السموم، والذي يسمى أيضًا "التخلص من السموم" أو العلاج بالانسحاب، هو تمكينك من التوقف عن تناول الدواء المدمن بأسرع ما يمكن وبأمان. بالنسبة لبعض الأشخاص، قد يكون من الآمن الخضوع لعلاج الانسحاب في العيادة الخارجية. قد يحتاج البعض الآخر إلى الدخول إلى مستشفى أو مركز علاج سكني.

قد يحدث الانسحاب من مجموعه مختلفة من الأدوية - مثل المسكنات أو المنشطات أو المواد الأفيونية - إلى آثار جانبية مختلفة ويتطلب أساليب مختلفة. قد يتضمن التخلص من السموم التقليل التدريجي لجرعة المخدر أو الاستبدال المؤقت لمواد أخرى، مثل الميثادون أو البوبرينورفين أو مزيج من البوبرينورفين والنالوكسون.

في حالة تناول جرعة زائدة من مادة أفيونية المفعول ، يمكن إعطاء النالوكسون ، وهو مضاد أفيوني ، في حالة الطوارئ. أو في بعض الحالات، من قبل أي شخص يعرف أن هذه كانت جرعة زائدة. يعكس النالوكسون مؤقتًا تأثيرات الأدوية الأفيونية ، فبينما كان النالوكسون في السوق منذ سنوات ، فإن أنظمة حقن الدواء متاحة الآن ، على الرغم من أنها قد تكون باهظة الثمن ، فهي عبارة عن جهاز حقن صغير يوفر تعليمات صوتية لتوجيه المستخدم وإدخاله تلقائيًا إبرة في الفخذ لتوصيل حقن النالوكسون

يتم إجراء التخلص من السموم في البداية لتطهير جسم المريض من المواد السامة يتم إجراء التخلص من السموم بشكل مثالي للمرضى المدمنين على الكحول والبنزوديازيبينات والمواد الأفيونية بالإضافة إلى أنواع أخرى من المخدرات. هذه العملية تعيد جسم المريض إلى حالة الصحة وتسمح له ببدء علاجات أخرى "بسجل نظيف". يساعد التخلص من السموم المرضى في التغلب على أعراض الانسحاب التي يعاني منها العديد من المرضى.

يعتبر التخلص من السموم الخاضع للإشراف الطبي أمرًا مهمًا للغاية لسلامة المريض وتوقعات التعافي على المدى الطويل. غالبًا ما يكون الانسحاب أحد أكبر التحديات التي يواجهها المرضى. يتأكد مقدمو الخدمات الطبية المحترفون من أن المريض مرتاح قدر الإمكان أثناء التخلص من السموم، وبالتالي من المرجح أن يكمله بنجاح. والأهم من ذلك أن الإشراف الطبي ضروري لحماية المرضى. يمكن لبعض أعراض الانسحاب، وخاصة النوبات، التي تسبب إصابات خطيرة أو حتى الموت. بعد أن يخضع المريض للتخلص من السموم تحت إشراف طبي، يمكنه بعد ذلك الدخول بأمان وراحة إلى مرفق إعادة تأهيل للمرضى الداخليين أو الخارجيين حيث يتم تقديم العديد من العلاجات للمساعدة في التعافي على المدى الطويل.

الاستشارة والعلاجات السلوكية

قد يكون العلاج جلسة فردية أو جماعية أو أساسًا عائليًا اعتمادًا على احتياجات الفرد. هذا الشكل الأكثر شيوعًا للعلاج بعد إزالة السموم. عادة ما يكون مكثفًا في بداية العلاج مع تقليل عدد الجلسات تدريجيًا بمرور الوقت مع تحسن الأعراض. تشمل الأنواع المختلفة للعلاج ما يلي: العلاج المعرفي السلوكي، الذي يساعد على التعرف على طرق التفكير التي ترتبط بتعاطي المخدرات وتغييره. العلاج الأسري متعدد الأبعاد، المصمم للمساعدة في تحسين دور و وظيفة الأسرة للمصابين باضطراب تعاطي المخدرات، والتي تزيد من رغبة الأفراد في التغيير وإجراء تعديلات على السلوكيات المحفزة التي تشجع على الامتناع عن تعاطي المخدرات من خلال التعزيز الإيجابي، بالإضافة إلى تقوية المهارات الحياتية ودعم العلاجات الأخرى. تركز بعض أشكال علاج اضطرابات الإدمان على السبب الكامن وراء اضطراب الإدمان بالإضافة إلى السلوكيات المميزة للإدمان برامج إعادة التأهيل و العلاجات طويلة الأمد فعالة للغاية وتركز عادةً على البقاء بدون عقاقير واستئناف الوظيفة ضمن المسؤوليات الاجتماعية والمهنية والأسرية

أدوية لمتلازمات الانسحاب والتعافي الأولي والوقاية من الانتكاس

يمكن أن تساعد الأدوية في تخفيف مظاهر الانسحاب لمساعدة المرضى على الشعور براحة أكبر خلال المراحل المبكرة من العلاج بعد التوقف عن تعاطي الكحول أو المخدرات. يمكن أن يساعد الحد من أعراض الانسحاب المريض على البقاء وتلقي العلاج بدلاً من الوقوع في حلقة مفرغة من استخدام الأدوية للتخفيف من أعراض الانسحاب، وبالتالي استمرار الاعتماد على المخدرات.

تستهدف معظم العلاجات الدوائية مستقبلات الدماغ للناقلات العصبية / المعدلات العصبية التي لا يتم تنظيمها نتيجة للإدمان. تُستخدم الأدوية الناهضة الكاملة كبداية للعقار الذي أسيء استخدامه، ويستمر المريض في تناول الدواء كعلاج طويل الأمد للحفاظ على شفائه.

تعمل المنبهات الجزئية كمنبهات لكنها لا تحفز المستقبل بنفس الدرجة. تُستخدم ناهضات جزئية أحيانًا لإزالة السموم، وبعد ذلك يظل المريض خاليًا من المخدرات.

البوبرينورفين هو ناهض جزئي تم تطويره مؤخرًا لإزالة السموم ولإستخدامه كدواء صيانة للمرضى المعرضين لخطر الانتكاس إلى الاعتماد الجسدي على المواد الأفيونية. النالتريكسون، هو مثال على دواء مضاد تم تطويره لعلاج إدمان المواد الأفيونية.

أدوية لإزالة السموم وتحقيق الاستقرار الطبي

يمكن أن يؤدي الاعتماد المزمن على الكحول إلى فترات من متلازمات الانسحاب الحادة التي تتميز بزيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم والقلق ونوبات الانسحاب وفي الحالات الشديدة الهذيان الارتعاشي وحتى الموت. تشمل أدوية متلازمات انسحاب الكحول البنزوديازيبينات التي تعمل على حمض جاما أمينوبوتيريك في مستقبلات الدماغ لتحفيز إطلاق الناقل العصبي. هو ناقل عصبي مسؤول عن تقليل النشاط في جميع أنحاء الجهاز العصبي ويعمل على إزالة سموم المريض تدريجيًا من الكحول عن طريق تقليل معدل ضربات القلب وضغط الدم والتعرق والقلق المرتبط بسحب الكحول. أثناء إزالة السموم، يتم تقليل البنزوديازيبينات بشكل منهجي لتلبية الحاجة الأكثر أهمية، وهي منع حدوث النوبات والهذيان. يمكن أن تؤدي النوبات المرتبطة بالكحول و / أو الهذيان الارتعاشي إلى الوفاة.

يمكن للبنزوديازيبينات أيضًا تحسين نتائج العلاج ولكن يجب استخدامها فقط على أساس قصير المدى. يجب تجنبها كإستراتيجية طويلة الأجل للسيطرة على إدمان الكحول لأن التحمل البدني لهذه الأدوية يمكن أن يحدث بسرعة ويمكن أن يؤدي إلى تفاعلات خطيرة إذا انتكس المرضى الذين يستخدمون الدواء في تعاطي الكحول.

أدوية تقليل استخدام المواد المخدرة وتقليل الانتكاس

ديسولفيرام (Antabuse) هو أول عقار معتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA) للإدمان على الكحول والذي كان متاحًا لأكثر من 50 عامًا. وهو يعمل عن طريق تثبيط ألدهيد ديهيدروجينيز ، وهو الإنزيم الذي يحول الأسيتالدهيد إلى أسيتات في تكسير الكحول. عندما يتراكم الأسيتالدهيد، يحدث تفاعل ديسولفيرام إيثانول (DER). يتضمن DER أعراضًا مزعجة وخطيرة مثل التعرق والغثيان والقيء والاحمرار وعدم انتظام دقات القلب وفرط التنفس وضيق التنفس وانخفاض ضغط الدم. في ردود الفعل الشديدة ، يمكن أن يحدث عدم انتظام ضربات القلب ، واحتشاء عضلة القلب ، والصرع ، والموت. DER هي حالة نفور تقوم بقمع السلوك الإدماني من خلال التعزيز السلبي والتكييف السلوكي المعاكس. من خلال تناول الدواء يوميًا، يعرف المريض أنه سيصاب بمثل هذا التفاعل إذا شرب الكحول. وهذه المعرفة بدورها تؤدي إلى الامتناع عن الشرب. الغرض من استخدام ديسولفيرام هو مساعدة المريض على تحقيق فترة أولية من الامتناع عن ممارسة الجنس تسهل المشاركة في العلاج النفسي والاجتماعي.

العلاج المشترك

نظرًا لخصائص الديناميكا الدوائية غير المحددة للكحول والأدوية الأخرى، وتأثيراتها التي تنطوي على العديد من النواقل العصبية، فمن المنطقي أن يكون مزيجًا من الأدوية ضروريًا ومفيدًا لتحسين نتائج العلاج. علاوة على ذلك، في بيئة معينة، يمكن نظريًا دمج الأدوية لاستهداف عمليات متعددة تفوق دورة الإدمان. على سبيل المثال، يمكن دمج أدوية الوقاية من الانتكاس التي تقلل من الرغبة الشديدة في تناول الكحول (مثل النالتريكسون) مع الأدوية التي تقلل من أعراض الانسحاب (مثل أكامبروسيت). مزيج آخر هو ديسولفيرام والنالتريكسون الذي يمكن استخدامه خلال مرحلة الاستقرار من الانتعاش، بعد إزالة السموم. بالنسبة لإدمان التبغ، يمكن معالجة الانسحاب من النيكوتين باستخدام لصقة النيكوتين والتفاح الحاد للرغبة الشديدة والحث عن طريق لثة أو مستحلبات النيكوتين. يمكن تسلسل بعض هذه الاستراتيجيات اعتمادًا على آليات عمل الدواء.

الأدوية الشائعة لإدمان المخدرات والكحول

تنقسم معظم أدوية الإدمان إلى ثلاث فئات عامة بما في ذلك: (أ) الأدوية الناهضة الكاملة، (ب) المنبهات الجزئية، و (ج) الأدوية المضادة. تحفز الناهضات الكاملة مباشرة مواقع المستقبلات في الدماغ - على سبيل المثال، الميثادون يرتبط بمستقبلات الأفيون بشكل مشابه لعمل الهيروين. أثناء وبعد التخلص من السموم تحت إشراف طبي، يمكن للأطباء وصف الأدوية للمرضى بناءً على مستوى إدمانهم والاحتياجات الأخرى وكل دواء له تأثير مختلف. يخفف بعضها الألم أو أعراض الانسحاب الأخرى، بينما يقلل البعض الآخر من الرغبة الشديدة أو يقضي على الآثار الممتعة لتعاطي المخدرات.

إلى جانب العلاجات السلوكية ، مثل العلاج السلوكي أو السريري ، تساعد الأدوية بشكل كبير المرضى في الوقاية من الانتكاس. بشكل عام ، يتم استخدام الأدوية لمساعدة المريض على اجتياز أسوأ حالات الانسحاب ومتلازمة الانسحاب ما بعد الحادة حتى يتمكنوا من تركيز طاقاتهم على تحول أكثر اكتمالاً. يمكن أيضًا وصف الأدوية لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات متزامنة ، مثل الاضطراب ثنائي القطب أو القلق ، وبالتالي القضاء على حاجتهم إلى العلاج الذاتي بالمخدرات والكحول.

الميثادون

الميثادون هو دواء شائع يستخدم لعلاج المرضى الذين يعانون من إدمان المواد الأفيونية ، وخاصة الهيروين. يعمل الميثادون كمسكن للألام وعلاج وقائي للإدمان ، إما كعلاج طويل الأمد أو قصير الأمد أثناء التخلص من السموم كطريقة للتناقص التدريجي. يمكن أن يمنع الميثادون أعراض الانسحاب ويقلل من الرغبة الشديدة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد الأفيونية عن طريق منع مشاعر النشوة.

كلونيدين

يستخدم كلونيدين لعلاج المرضى الذين يعانون من المواد الأفيونية والكحول وأحيانًا الانسحاب. المرضى الذين يعانون من انسحاب الهيروين ، على سبيل المثال ، لديهم فرصة أفضل لاستكمال العلاج عند وصفهم كلونيدين، يمكن أن يقلل الكلونيدين من شدة العديد من أعراض الانسحاب.

نالوكسون

غالبًا ما يستخدم النالوكسون لعلاج المرضى الذين يعانون من إدمان المواد الأفيونية. يتم استخدامه لتقليل الجرعات الزائدة من المواد الأفيونية على الفور، وفي كثير من الحالات لإنقاذ الحياة. النالوكسون فعال بنفس القدر للأفراد في أي مرحلة من مراحل شدة اضطراب تعاطي المخدرات إذا تم تناوله بسرعة كافية. يمكن تناول النالوكسون عن طريق الأنف أو في العضلات أو تحت الجلد أو عن طريق الوريد ، وتكون الآثار الجانبية خفيفة بشكل عام.

النالتريكسون

غالبًا ما يستخدم النالتريكسون لعلاج اضطرابات استخدام المواد الأفيونية ، ولكنه فعال أيضًا في علاج المرضى الذين يعانون من إدمان الكحول. يساعد هذا الدواء المرضى على التغلب على الإدمان عن طريق منع مشاعر الابتهاج الناتجة عن تعاطي المخدرات أو الكحول، وبالتالي القضاء على فوائد التعاطي. كما أنه يساعد في تقليل الرغبة الشديدة. وهي متوفرة في شكل حقن أو في شكل أقراص.

سوبيوكسون

يستخدم لعلاج إدمان المواد الأفيونية ومنع أي مشاعر النشوة التي تأتي من المواد الأفيونية. يتم منع الأعراض غير المريحة التي تظهر أثناء انسحاب المواد الأفيونية.

أكامبروسيت

أكامبروسيت ، هو الأكثر شيوعًا لعلاج إدمان الكحول عن طريق تقليل اعتماد الدماغ على الكحول. يقلل أكامبروسيت من الآثار الجانبية المؤلمة لأعراض الانسحاب، مما يجعله أحد أكثر أدوية علاج الإدمان شيوعًا. يقلل أكامبروسيت من الرغبة الشديدة والاضيق المرتبط بالانسحاب من خلال تعزيز التوازن بين النواقل العصبية في الدماغ.

ديسلفرام

تم وصف دواء ديسلفرام لعقود من الزمن لعلاج اضطرابات تعاطي الكحول. عادة ما يتم تناول هذا الدواء عن طريق الفم ويساعد المريض في الحفاظ على التعافي من خلال التعزيز السلبي. يمنع ديسلفرام إنزيمات الكحول التي تكسر الكحول في الكبد ، مما يتسبب في تفاعل سلبي شديد لدى المستخدم عند تناول الكحول ، وغالبًا ما يشمل القيء العنيف.

البنزوديازيبينات

البنزوديازيبينات ، المعروفة باسم بنزوس ، تعالج إدمان الكحول وانسحاب الكحول ، من بين العديد من الاستخدامات الأخرى. يمكن استخدام هذه الأدوية في التخلص من السموم ويجب استخدامها فقط تحت إشراف طبي. هناك العديد من البنزوديازيبينات التي تأتي في شكل أقراص وحقن. يتصل بنزوس بالناقلات العصبية في الدماغ لإنتاج مشاعر الهدوء.

الأدوية الجديدة وخيارات المستقبل

في الوقت الحالي، لا توجد أدوية معتمدة لعلاج إدمان الكوكايين والميثامفيتامين والقنب، على الرغم من أن دواء بوسبيرون المضاد للقلق قد وجد أنه مفيد في تقليل الاعتماد على الحشيش في تجربة سريرية واحدة. تم العثور على دواء مودافينيل منبهات الدوبامين وهو منبه ضعيف فعال ضد الرغبة الشديدة في تعاطي الكوكايين لقد تم العمل بنشاط على تطوير واختبار الأدوية الجديدة التي تستهدف إدمان المخدرات. على سبيل المثال، أظهر الدرونابينول بعض الفعالية في تقليل الرغبة الشديدة في تعاطي القنب، وبالتالي، قد يكون مفيدًا ضد إدمان القنب. الإستراتيجية الأكثر ابتكارًا هي التحصين ضد إدمان الكوكايين. يحفز الدواء، TA-CD، استجابة الجسم المضاد التي يرتبط بجزيئات الكوكايين ، مما يجعلها أكبر من أن تعبر الحاجز الدموي الدماغي ، وبالتالي إبطال تأثير الدواء. بالإضافة إلى ذلك، تمت دراسة بعض الأدوية المتاحة على وجه الخصوص، على سبيل المثال ديسلفرام للكوكايين. أظهرت إحدى الدراسات العشوائية انخفاضًا أكبر في استخدام الكوكايين بين المرضى الذين يتلقون العلاج السلوكي أو العلاج الشخصي عندما يتلقون ديسلفرام بدلاً من الدواء الوهمي. لم يكن تأثير الديسلفرام على تعاطي الكوكايين مرتبطًا بالتغيرات في استخدام الكحول. مثال آخر، ناهضات الدوبامين تمت دراستها في المرضى الذين يعتمدون على الكوكايين والميثامفيتامين.

التأقلم والدعم

يتطلب التغلب على الإدمان والبقاء بعيداً عن المخدرات جهداً دؤوباً. يعد تعلم مهارات التأقلم الجديدة ومعرفة مكان الحصول على المساعدة أمراً ضرورياً. راجع معالجاً مرخصاً أو مستشاراً مرخصاً للمخدرات والكحول. يرتبط إدمان المخدرات بعدد من المشاكل التي يمكن أن تساعد بالعلاج أو الإرشاد ، بما في ذلك مشاكل الصحة العقلية الأساسية الأخرى أو مشاكل الزواج أو الأسرة. قد تساعدك زيارة طبيب نفسي أو طبيب نفسي أو مستشار مرخص في استعادة راحة بالك وإصلاح علاقاتك.

ابحث عن علاج لاضطرابات الصحة العقلية الأخرى. من المرجح أن يصبح الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية أخرى ، مثل الاكتئاب ، مدمنين على المخدرات. اطلب العلاج الفوري من اختصاصي صحة عقلية مؤهل إذا كانت لديك أي علامات أو أعراض لمشاكل الصحة العقلية. انضم لمجموعة دعم. يمكن أن تكون مجموعات الدعم ، مثل زمالة المدمنين المجهولين أو مدمني الكحول المجهولون ، فعالة جداً في التعامل مع الإدمان. يمكن أن يساعدك التعاطف والتفاهم والتجارب المشتركة على التخلص من إدمانك والبقاء بعيداً عن المخدرات.

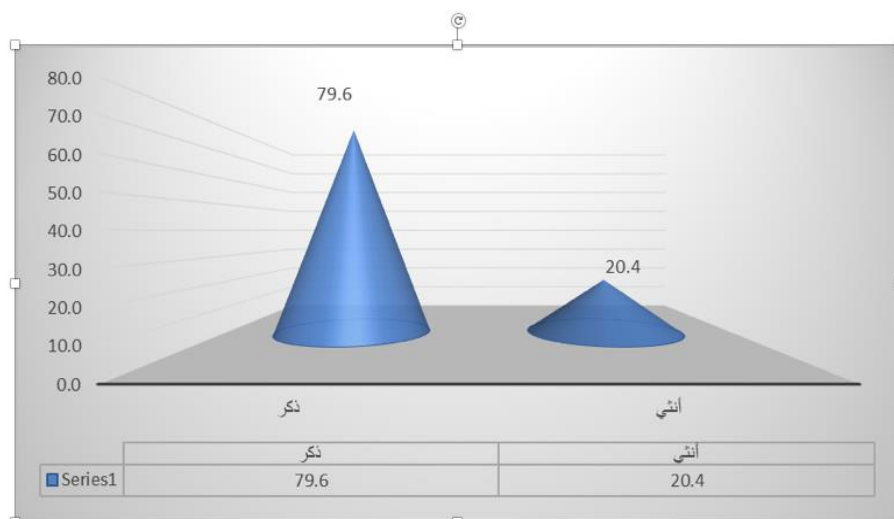
يتطلب التغلب على الإدمان والبقاء بعيداً عن المخدرات جهداً دؤوباً. يعد تعلم مهارات التأقلم الجديدة ومعرفة مكان الحصول على المساعدة أمراً ضرورياً. يمكن أن يساعد اتخاذ هذه الإجراءات "راجع معالجاً مرخصاً أو مستشاراً مرخصاً للمخدرات والكحول. يرتبط إدمان المخدرات بعدد من المشكلات التي يمكن مساعدتها بالعلاج أو الاستشارة ، بما في ذلك مشكلات الصحة العقلية الأساسية الأخرى أو مشاكل الزواج أو الأسرة. زيارة طبيب نفسي أو طبيب نفسي أو مستشار مرخص قد يساعدك على استعادة راحة بالك وإصلاح علاقاتك.

"ابحث عن علاج لاضطرابات الصحة العقلية الأخرى. من المرجح أن يصبح الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية الأخرى، مثل الاكتئاب ، مدمنين على المخدرات. اطلب العلاج الفوري من أخصائي صحة عقلية مؤهل إذا كان لديك أي علامات أو أعراض لمشاكل الصحة العقلية.

"انضم إلى مجموعة دعم. يمكن أن تكون مجموعات الدعم ، مثل زمالة المدمنين المجهولين أو مدمني الكحول المجهولين ، فعالة جداً في التعامل مع الإدمان. يمكن أن يساعدك التعاطف والتفاهم وتبادل الخبرات في التخلص من إدمانك والبقاء بعيداً عن المخدرات

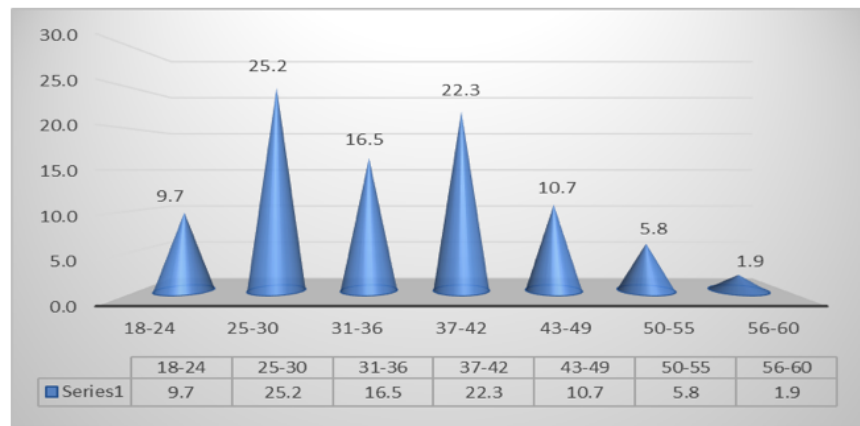
عينات من دراسة ميدانية لبعض متعاطي المخدرات

جدول 1.1 يوضح النسبة المئوية لمتغير الجنس		
النسبة المئوية	التكرار	الجنس
79.6	82	ذكر
20.4	21	أنثى
100	103	المجموع



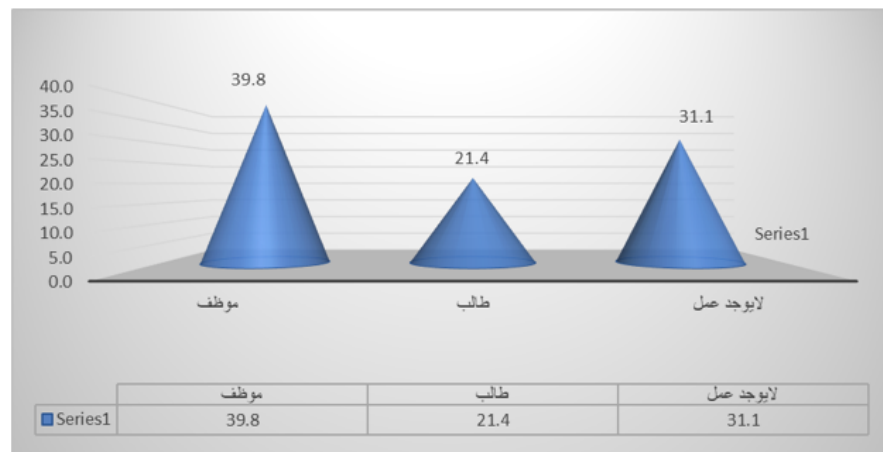
جدول 4.1 يوضح النسبة المئوية حسب الفئة العمرية

9.7	10	18-24
25.2	26	25-30
16.5	17	31-36
22.3	23	37-42
10.7	11	43-49
5.8	6	50-55
1.9	2	56-60
92.2	95	المجموع

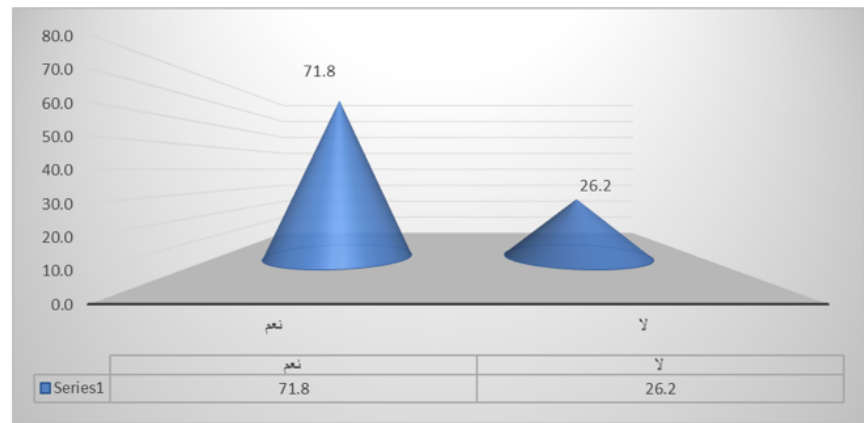


جدول 2.1 يوضح النسبة المئوية حسب الوظيفة

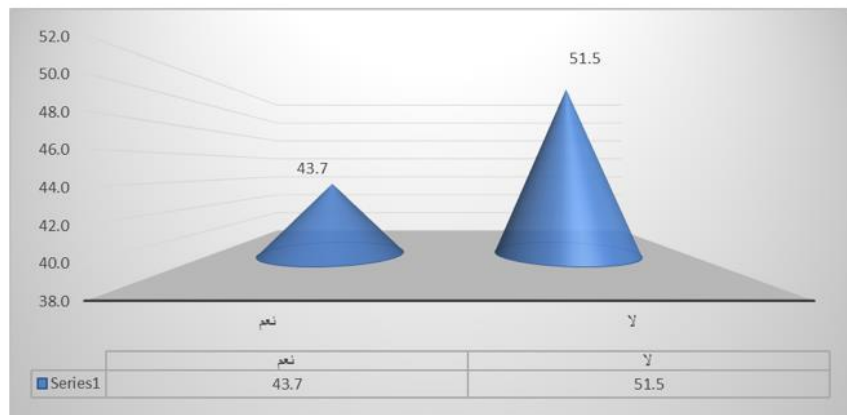
النسبة المئوية	التكرار	المهنة الوظيفية
39.8	41	موظف
21.4	22	طالب
31.1	32	لا يوجد عمل
92.3	95	المجموع



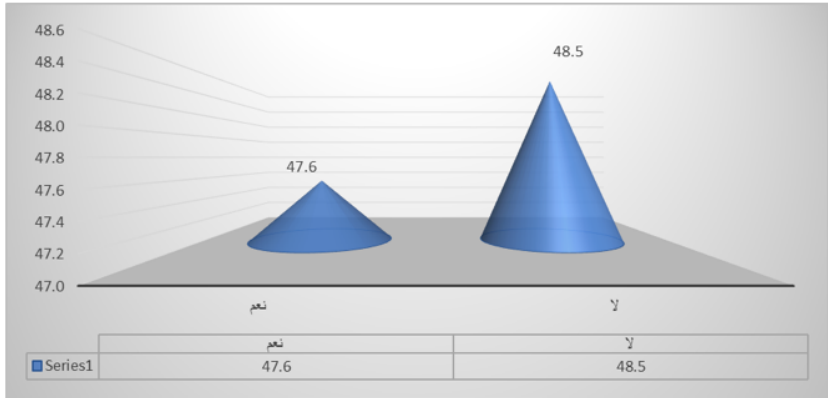
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
هل أنت مدخن؟		Q1
71.8	74	نعم
26.2	27	لا
98.1	101	المجموع



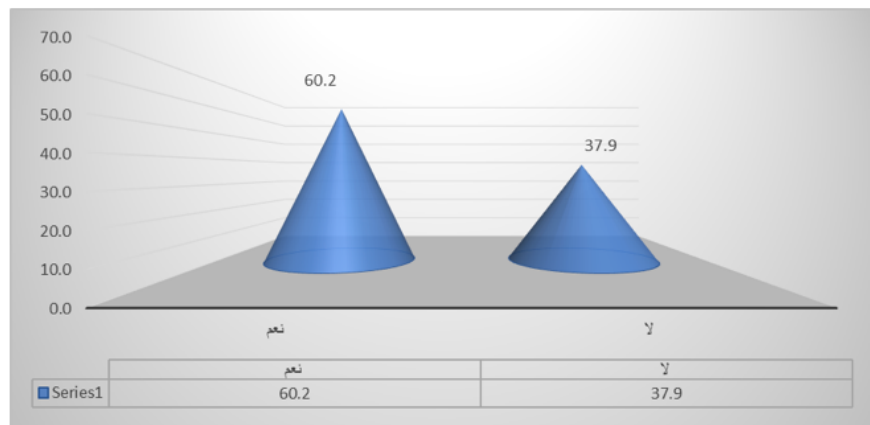
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
ها تتناول أحد المشروبات الكحولية أو أي نوع من الخمور؟		Q1
43.7	45	نعم
51.5	53	لا
95.1	98	المجموع



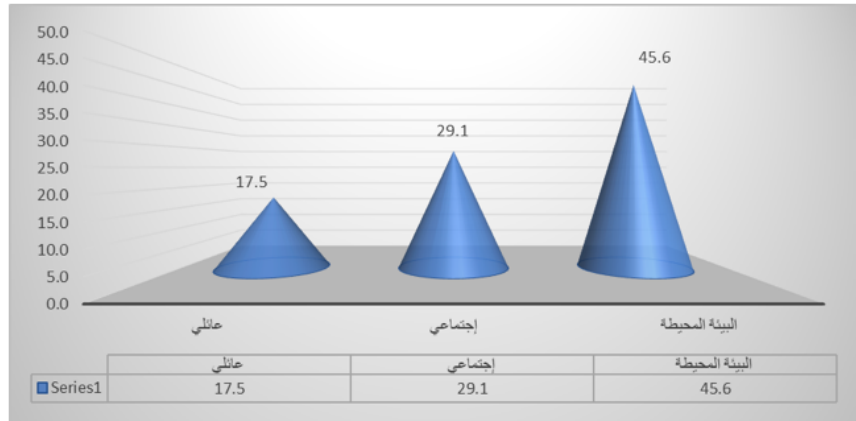
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
هل تتعاطي نوع من الأدوية أو المسكنات أو العقاقير الطبية ؟ في حالة نعم أذكرها ؟	Q1	
47.6	49	نعم
48.5	50	لا
96.1	99	المجموع



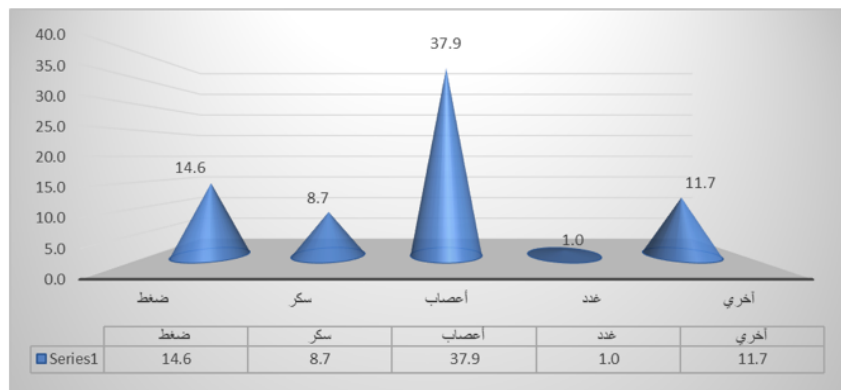
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل سبق وأن تعاطيت المخدرات؟	Q1	
60.2	62	نعم
37.9	39	لا
98.1	101	المجموع



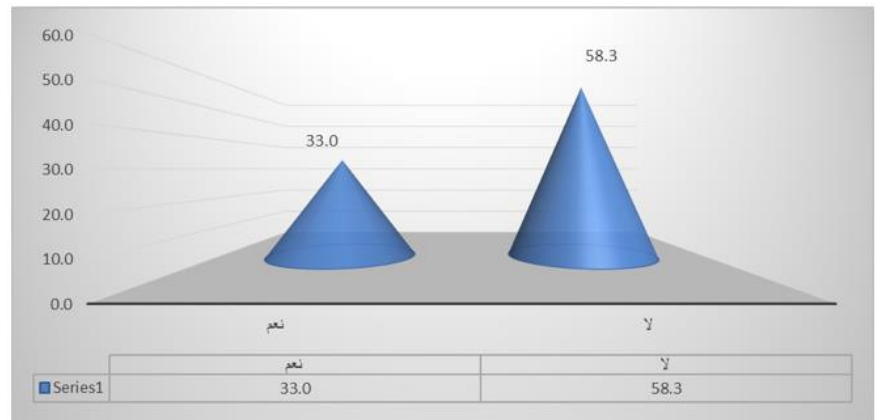
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
كم عدد المرات التي تتناول فيها المخدرات ؟		Q1
17.5	18	عائلي
29.1	30	اجتماعي
45.6	47	البيئة المحيطة
92.2	95	المجموع



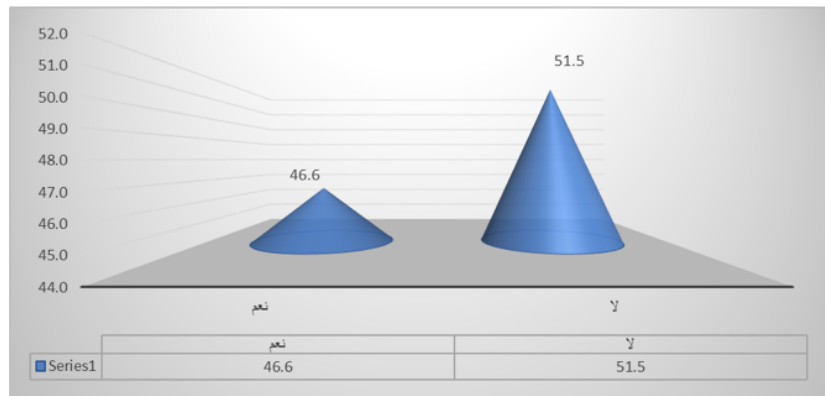
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
هل تعاني من أي أمراض مزمنة ؟		Q1
14.6	15	ضغط
8.7	9	سكر
37.9	39	أعصاب
1.0	1	غدد
11.7	12	أخرى
73.8	76	المجموع



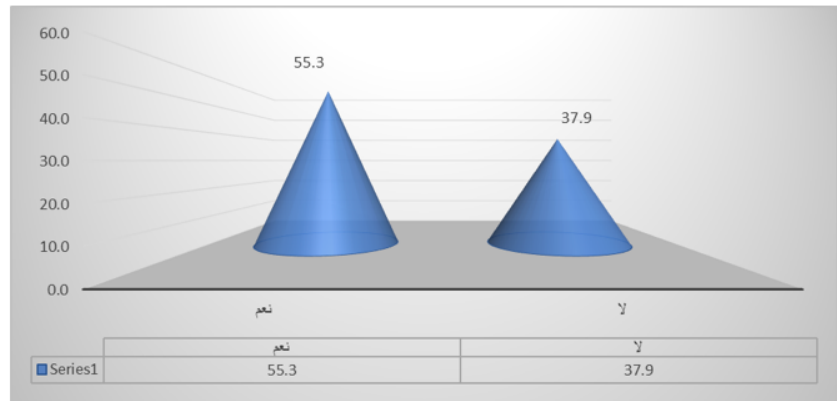
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل عانيت من قبل من أعراض الاتسحاب (الشعور بالغثيان) عندما توقفت عن تناول المخدرات ؟		Q1
33.0	34	نعم
58.3	60	لا
91.3	94	المجموع



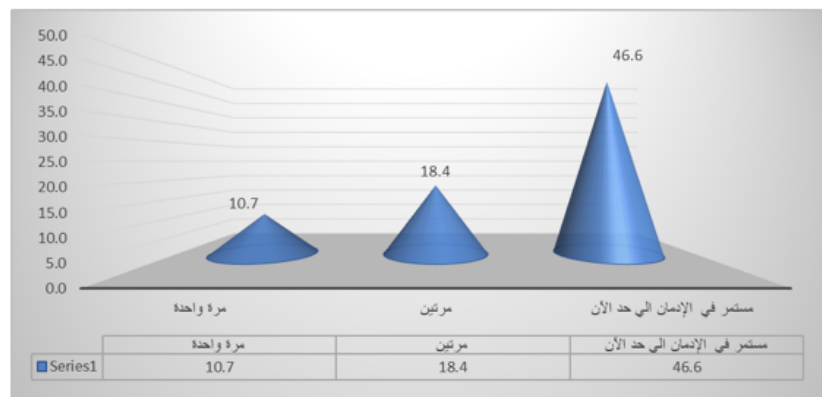
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل يجب أن تری طبيبا نفسيا أو غيره من متخصصي الصحة العقلية ؟		Q1
46.6	48	نعم
51.5	53	لا
98.1	101	المجموع



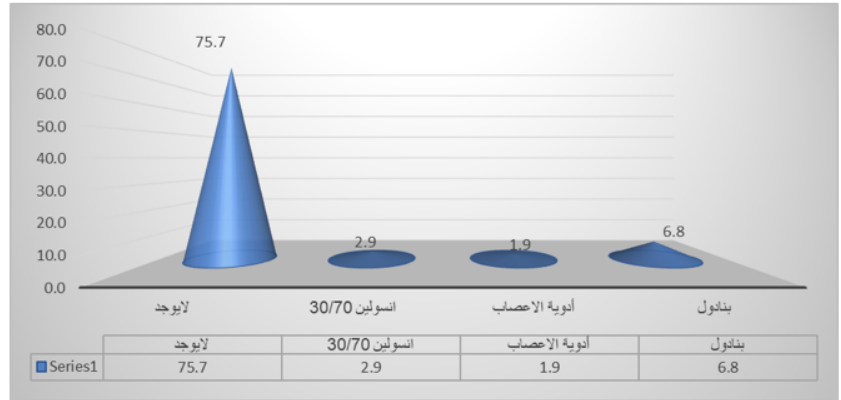
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل يوجد مراكز خاصة بعلاج الإدمان بالدولة الليبية ؟		Q1
55.3	57	نعم
37.9	39	لا
93.2	96	المجموع



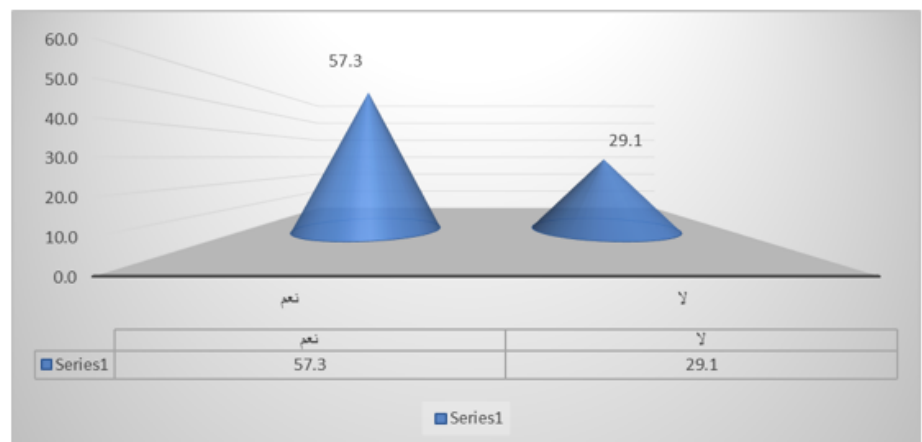
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال الاول		
هل سبق إيداعك في مؤسسات الإصلاح والتأهيل بسبب تناول المخدرات أو المشروبات الكحولية ؟		Q1
10.7	11	مرة واحدة
18.4	19	مرتين
46.6	48	مستمر في الإدمان الي حد الآن
75.7	78	المجموع



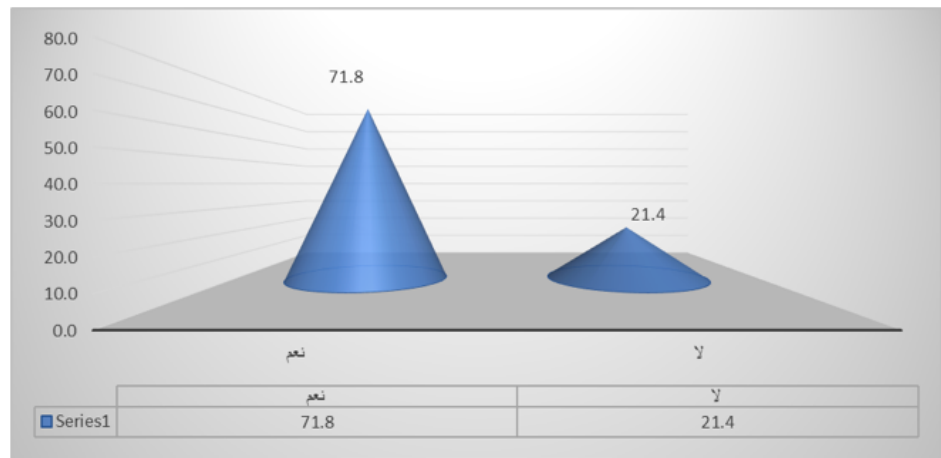
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
ما هي الادوية التي تستخدمها ؟		Q1
75.7	78	لا يوجد
2.9	3	انسولين 70/30
1.9	2	أدوية الاعصاب
6.8	7	بنادول
87.4	90	المجموع



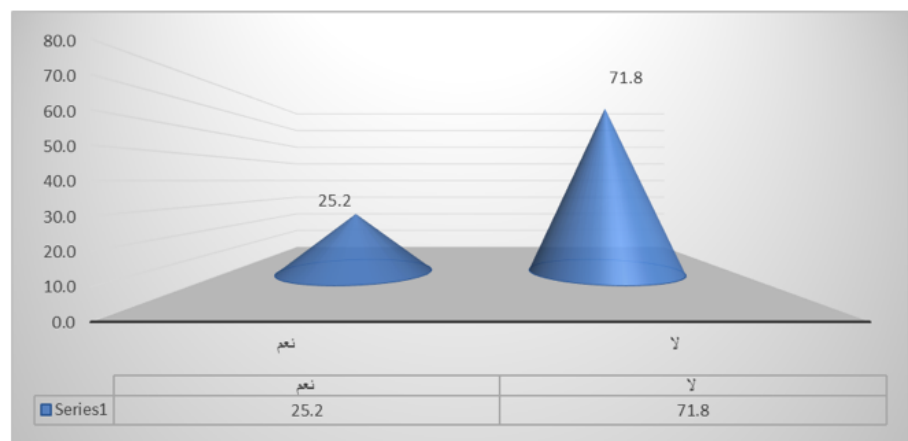
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل لديك مخاوف في العلاج من الامان وتلقي العلاج ؟		Q1
57.3	59	نعم
29.1	30	لا
86.4	89	المجموع



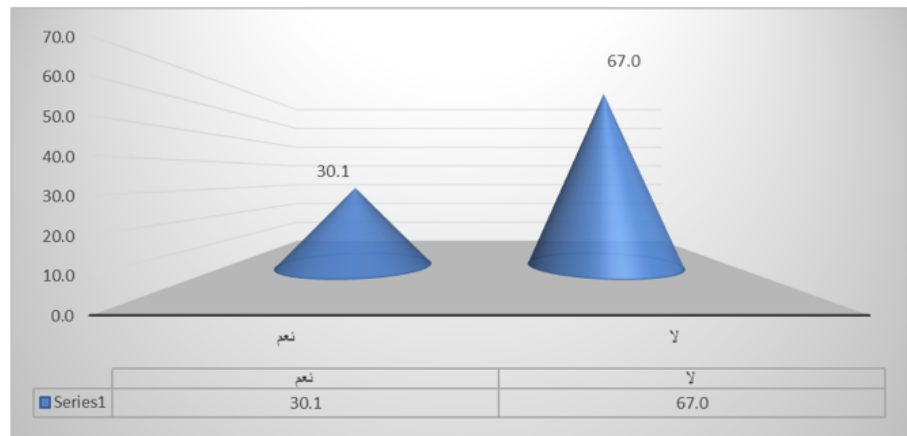
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل أنت مستعد للحصول على العلاج اللازم لأمان المخدرات ؟		Q1
71.8	74	نعم
21.4	22	لا
93.2	96	المجموع



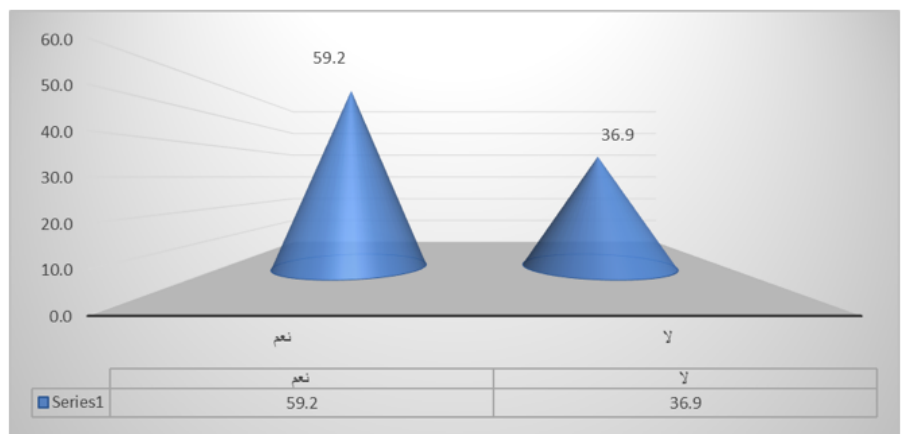
جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل تعاطيت أدوية غير تلك المطلوب لأسباب طبية ؟		Q1
25.2	26	نعم
71.8	74	لا
97.1	100	المجموع



جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل تتعاطي أكثر من عقار في نفس الوقت ؟		Q1
30.1	31	نعم
67.0	69	لا
97.1	100	المجموع



جدول يبين التكرار والنسبة لعينة الدراسة للسؤال		
هل أنت مستعد للذهاب إلى المستشفى أو قضاء بعض الوقت كمريض داخلي أو خارجي في عيادة التعافي ؟		Q1
59.2	61	نعم
36.9	38	لا
96.1	99	المجموع



المناقشة والخلاصة

يقول العلماء إنه لا يوجد عامل واحد يمكنه التنبؤ بما إذا كان الشخص قد يصبح مدمناً على المخدرات. لكنهم يعتقدون أن نصف مخاطر الإدمان قد تأتي من بيولوجيا الشخص والنصف الآخر من بيئته. بعض العوامل البيئية التي يمكن أن تجعل الإدمان أكثر احتمالاً، خاصة بين المراهقين، تشمل قلة مشاركة الأسرة، وتوافر المخدرات في المدرسة أو في المنزل، أو قضاء الوقت مع الأصدقاء أو العائلة الذين يتعاطون المخدرات. كما أن تدخين أو حقن عقار يزيد من خطر الإدمان، ربما لأن هذه الأساليب لها أسرع تأثير على الدماغ والجسم. كلما بدأ الشخص في تعاطي المخدرات مبكراً، زادت احتمالية إدمانه. الأشخاص الذين يعانون من القلق أو الاكتئاب أو اضطرابات الصحة العقلية الأخرى مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لديهم أيضاً مخاطر أعلى للإدمان على المخدرات.

هل يمكن أن يؤدي الإدمان إلى اضطرابات في الصحة العقلية؟

ليس من غير المألوف أن يصاب الشخص المصاب بإدمان المخدرات بمرض عقلي آخر، لكن العلماء يقولون إنه من الصعب معرفة ما إذا كان الإدمان هو سبب المرض العقلي، أو ما إذا كان الأشخاص المصابون بأمراض عقلية يتحولون إلى تعاطي المخدرات إلى "العلاج الذاتي". من المحتمل أيضاً أن بعض الجينات ومناطق الدماغ نفسها المتورطة في الإدمان تشارك أيضاً في اضطرابات الدماغ والسلوك الأخرى، مثل الفصام والاكتئاب. تظهر العديد من الدراسات أنه في بعض الحالات يمكن أن تسبب الماريجوانا أعراضاً ذهانية مشابهة لتلك التي يعاني منها الأشخاص المصابون بالفصام.

ماذا تخبرنا الدراسات الجديدة عن علاج الإدمان؟

أظهرت السنوات الخمس عشرة الماضية من دراسات التصوير أن هناك أنواعاً أكثر من دوائر الدماغ متورطة في الإدمان أكثر مما كان يعتقد الباحثون سابقاً. على سبيل المثال، أظهرت هذه الدراسات أن المخدرات مثل الكوكايين يمكن أن تضعف أجزاء من الدماغ تشارك في حل المشكلات والاستدلال والتخطيط. نتيجة لذلك، بحث العلماء عن طرق لتقوية هذه الدوائر لدى الأشخاص المعرضين لخطر الإدمان - على سبيل المثال، من خلال الأساليب السلوكية التي تهدف إلى تحسين الوظيفة التنفيذية وصنع القرار. تظهر دراسات التصوير أيضاً أن بعض دوائر الدماغ المتورطة في الإدمان معطلة في الأمراض العقلية مثل الاكتئاب والفصام.

على الرغم من أن العديد من الاختبارات المعملية يمكن أن تكشف عن الكحول والعقاقير الأخرى في البول والدم، فإن هذه الاختبارات تقيس استخدام المواد مؤخرًا بدلاً من الاستخدام المزمّن. لا يوجد اختبار مثل اختبار سكر الدم لمرض السكري أو اختبار ضغط الدم لارتفاع ضغط الدم لتحديد اضطرابات تعاطي المخدرات. لهذا السبب، لا ينصح بالاستخدام الروتيني للاختبارات المعملية كأدوات فحص في إعداد الرعاية الأولية. ومع ذلك، قد تكون الاختبارات المعملية مفيدة أثناء عملية التقييم لتأكيد التشخيص، وإنشاء خط أساس، ولاحقاً لمراقبة تقدم العلاج. يمكن أن تكون نتائج الاختبارات الإيجابية حافزاً قوياً لتغيير السلوك أو تحفيز المرضى على قبول العلاج. بالنسبة لبعض المراهقين، قد يكون اختبار المخدرات مكماً مفيداً لأداة الفحص، خاصة إذا حدثت تغييرات في الأداء المدرسي، أو أنماط النوم، أو الوزن، أو الحالة المزاجية. مرة أخرى، اعتماداً على خبرة الطبيب والموارد المتاحة، يمكن إحالة اختبارات البول إلى أخصائي العلاج من تعاطي المخدرات.

التقيد بنظام الدواء هو متعدد العوامل منها خصائص الأدوية وفعاليتها وآثارها الجانبية ونظم الجرعات والتكلفة والتغطية التأمينية. وايضا تشمل العوامل التي تؤثر على المريض ومنها الدافع للتغيير، الدافع للالتزام بجدول الأدوية، الأداء المعرفي، شبكة الدعم الاجتماعي والدعم البيئي، والمواقف والمعتقدات والمعرفة حول الأدوية والمرض وعملية التعافي. يجب أن تكون التدخلات السلوكية موجهة نحو تعزيز الالتزام ومعالجة أي مشاكل نفسية محتملة تتعارض مع الالتزام بالأدوية. إعطاء الدواء تحت إشراف برنامج علاجي جيد هو النهج السلوكي الأكثر سهولة والأكثر تطبيقاً لنظام الالتزام بالأدوية.

يتم دمج العلاجات السلوكية والعلاج الدوائي في الغالب معاً في خطة العلاج الفردية. يمكن أن يلعب العلاج الدوائي دوراً رئيسياً في مراحل مختلفة من الشفاء بما في ذلك الامتناع الأولي والوقاية من الانتكاس. يتطلب العلاج الدوائي خلق تعاون مستمر مع المريض وإجراء تقييم طبي شامل لتحديد أنسب الخيارات وتقييم ملف سلامته. إن تقييم دوافع المريض للتغيير واستعداده لتناول الأدوية والبقاء ملتزماً بها هي أيضاً جوانب مهمة جداً في التقييم الطبي. على الرغم من التقدم الكبير في تطوير الأدوية الفعالة لاضطرابات استخدام المواد المخدرة، إلا أن الأطباء لا يستخدمون الأدوية بشكل كافٍ، ويجب أن يكون العلاج الدوائي الجزء الأكبر.

يساعد التعاون الوثيق مع الأعضاء غير الطبيين الآخرين في فريق العلاج على تسهيل دور الدواء في خطة العلاج الشاملة. تعد مشاركة الأسرة والأشخاص المهمين الآخرين في العلاج جانباً حاسماً في خطة العلاج المتكاملة نظراً لتأثيرها على امتثال المريض ويجب أن يفهم المعالجون الفرديون والجماعيون، وكذلك مديرو الحالات، الأعراض أو المتلازمات التي تستهدفها الأدوية وأن يكونوا قادرين على تعزيز قيمة الدواء كطريقة مهمة لتحسين نتائج العلاج.

هناك إجماع متزايد على أن إدمان المواد الأفيونية يجب أن يعالج بالأدوية جنبًا إلى جنب مع الاستشارة، وأن الاستشارة وحدها قد لا تكون فعالة في منع الجرعات الزائدة من المخدرات والوفاة. يستخدم العلاج الدوائي عقاقير، مثل الميثادون والبوبرينورفين والنالتريكسون. في جوهرها، تحل هذه الأدوية محل الأفيون ويتم وصفها لتقليل الاعتماد على المواد الأفيونية ومنع الوفاة بسبب الجرعة الزائدة. تختلف مدة دورة العلاج باختلاف تحمل المريض للدواء، ونوع الدواء البديل، وما إذا كان المريض ينتكس أثناء العلاج، ولكن يمكن أن يستمر من 90 يومًا إلى عدة سنوات.

من المهم التأكيد على أن عملية إزالة السموم ليست سوى خطوة أولى لتحقيق الاستقرار الطبي للمرضى ودعم الانتقال من إدمان الكحول إلى التعافي. يتم تناول الأدوية الناهضة بشكل يومي لتجنب الانسحاب والرغبة الشديدة التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاس. ترتبط الأدوية المضادة للمستقبلات ولكنها لا تحفزها وتمنع منبهات الارتباط ويمكن أن تكون الأدوية أكثر فعالية في سياق العلاج النفسي والاجتماعي. لا تتداخل أي من طرق العلاج النفسي مع استخدام الأدوية وتأثيرها؛ في الواقع، تعمل بشكل تآزري للتخفيف من تعاطي المخدرات وتقليل احتمالية الانتكاس. من المهم الإبلاغ عن أنه على الرغم من هذه العلاجات الواعدة، فقد تم إجراء العديد من تجارب الأدوية بنجاح ضئيل.

في الأونة الأخيرة، حدد الباحثون جينات معينة تؤثر على خطر إدمان الشخص. على سبيل المثال، قاد عضو المجلس العلمي ويد بيريتيني من جامعة بنسلفانيا فريقًا بحثيًا في عام 2014 كشف عن اختلافات نادرة في الجين الذي قلل من خطر إدمان الهيروين والكوكايين بين بعض الناس. التطورات الحديثة في علم الوراثة الدوائية قد تساعد في اتخاذ قرارات العلاج الدوائي في المستقبل القريب. يعد التقدم في تكنولوجيا اللقاحات من أكثر الأساليب إثارة في الأفق كعلاج محتمل لبعض اضطرابات استخدام المواد المخدرة مثل الاعتماد على النيكوتين والكوكايين

يمكن الاستدلال على العديد من الاستنتاجات المهمة من هذه الدراسة. أولاً، يمكن تحقيق مخطط علاجي أكثر فاعلية من خلال الاعتراف بأن العلاج الأكثر فعالية للمرضى المصحوبين هو مسعى متعدد الأوجه. غالبًا ما يجمع العلاج الفعال للحالات المرضية المشتركة بين استخدام "تقنيات" علاجية مختلفة، أي العلاج النفسي والعلاج الدوائي والعلاجات السلوكية، وتؤثر هذه التقنيات المختلفة تأثيرًا تآزريًا على العلاج. في كثير من الأحيان، تسبق الاضطرابات غير المرتبطة بالمواد المخدرة الاضطرابات المرضية المصاحبة لتعاطي المخدرات، كما أن الاعتلال المشترك يزيد من شدتها، ويجب أن تتطابق الحالات الشديدة مع العلاجات عالية الكثافة لتحقيق أقصى قدر من النتائج النفسية والمتعلقة بالمواد المخدرة. يجب تحديد عدد وأنواع العلاجات من خلال عدد العلاجات الفعالة المتاحة، على سبيل المثال، قد يكون من الممكن علاج الإدمان على الكحول والاكنتاب بأساليب علاج نفسي أقل كثافة لأن العلاجات الفعالة لكل من الاكنتاب وتعاطي الكحول متوفرة. ومع ذلك، قد يتطلب علاج الاكنتاب أو الفلق علاجًا نفسيًا مكثفًا.

تبقى بعض الأسئلة التي يجب أن تكون هدفًا لبعض الأبحاث. على سبيل المثال، قد تدرس الأبحاث المستقبلية ما يلي: ما مجموعة الأدوية الأكثر فعالية في علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة؟ كيف يتم التعامل مع العلاجات المركبة وقضايا العلاج المطابقة للمريض بحيث يكون العلاج أكثر فعالية؟.

References

- Anton RF. Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62(Suppl 20):11–17. [PubMed: 11584870]
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR. COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2006; 295:2003–2017. [PubMed: 16670409]
- Banys P. The clinical use of disulfiram (Antabuse): A review. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1988; 20(3):243–261. [PubMed: 3069984]

Barber, WS.; O'Brien, CP. Pharmacotherapies. In: McCrady, BS.; Epstein, EE., editors. Addictions: A comprehensive guidebook. New York, NY: Oxford University Press; 1999. p. 347-369.

Batki, SL.; Kauffman, JF.; Marion, I.; Parrino, MW.; Woody, GE. Medication assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs. Vol. 43. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 2005. TIP series

Batra A. Treatment of tobacco dependence. *Deutsches Arzteblatt International*. 2011; 108(33):555–564. [PubMed: 21912578]

Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: Findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*. 1998; 93(6):877–887. [PubMed: 9744123]

Buonopane A, Petrakis IL. Pharmacotherapy of alcohol use disorders. *Substance Use & Misuse*. 2005; 40(13/14):2001–2020. 2043–2048. [PubMed: 16282090]

Carmody TP, Delucchi K, Duncan CL, Banys P, Simon JA, Solkowitz SN, Hall SM. Intensive intervention for alcohol-dependent smokers in early recovery: A randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 122(3):186–194. [PubMed: 22014532]

Carroll KM, Schottenfeld R. Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Medical Clinics of North America*. 1997; 81(4):927–944. [PubMed: 9222261]

Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Shi J, Rounsaville BJ. Efficacy of disulfiram and cognitive behavioral therapy I cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(3):264–272. [PubMed: 14993114]

Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, O'Neill BT. Varenicline: An alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of Medicinal Chemistry*. 2005; 48(1):3474–3477. [PubMed: 15887955]

Dackis CA, Kampman KM, Lynch KG, Pettinati HM, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of Modafinil for cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30:205–211. [PubMed: 15525998]

Douaihy et al. Page 14

Dattilio, FM. *Comprehensive cognitive-behavior therapy with couples and families*. New York, NY: Guilford; 2009.

Donny EC, Walsh SL, Bigelow GE, Eissenberg T, Stitzer ML. High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology*. 2002; 161(2):202–212. [PubMed: 11981600]

Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Combination pharmacotherapy for stopping smoking: What advantages does it offer? *Drugs*. 2010; 70(6):643–650. [PubMed: 20394453]

Farre M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Cami J. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002; 65(3):283–290. [PubMed: 11841899]

Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, Jagsch R, Baewert A, Langer M, Aschauer H. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: A double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*. 2006; 101:275–281. [PubMed: 16445556]

Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, Shaw S. Disulfiram treatment of alcoholism: A Veterans Administration cooperative study. *Journal of the American Medical Association*. 1986; 256(11):1449–1455. [PubMed: 3528541]

Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction*. 2004; 99(1):21–24. [PubMed: 14678055]

Garbutt JC. The state of pharmacotherapy for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009; 36(1):S15–23. quiz S24–25. [PubMed: 19062347]

Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, Gastfriend DR, Pettinati HM, Silverman BL. Vivitrex Study Group. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 293(13):1617–1625. [PubMed: 15811981]

Gastfriend DR. Intramuscular extended-release naltrexone: Current evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011; 1216:144–166. [PubMed: 21272018]

George TP, O'Malley SS. Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *Trends in Pharmacological Sciences*. 2004; 25(1):42–48. [PubMed: 14723978]

Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2006; 296(1):47–55. [PubMed: 16820546]

Gonzalez G, Oliveto A, Kosten TR. Combating opiate dependence: A comparison among the available pharmacological options. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2004; 5(4):713–725. [PubMed: 15102558]

Gonzalez JP, Brogden RN. Naltrexone. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. *Drugs*. 1988; 35(3): 192–213. [PubMed: 2836152]

Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004; (3):CD000058. [PubMed: 15266422]

Hatsukami DK, Rennard S, Jorenby D, Fiore M, Koopmeiners J, de Vos A, Pentel PR. Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2005; 78:456–467. [PubMed: 16321612]

Hays JT. Varenicline for smoking cessation: Is it a heartbreaker? *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12):1346–1347. [PubMed: 21727229]

Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs*. 2010; 70(18):2357–2372. [PubMed: 21142259]

Heffner JL, Tran GQ, Johnson CS, Barrett SW, Blom TJ, Thompson RD, Anthenelli RM. Combining motivational interviewing with compliance enhancement therapy (MI-CET): Development and preliminary evaluation of a new manual-guided psychosocial adjunct to alcohol dependence pharmacotherapy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010; 71:61–70. [PubMed: 20105415]

Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2005; 55(5):281–299. [PubMed: 16166074]

Holt LJ, Litt MD, Cooney NL. Prospective analysis of early lapse to drinking and smoking among individuals in concurrent alcohol and tobacco treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012; 26(3):561–572. [PubMed: 22023022]

Hopkins JS, Garbutt JC, Poole CL, West SL, Carey TS. Naltrexone and acamprosate: Meta analysis of two medical treatments for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2002; 26(Suppl):130A.

Hughes JC, Cook CC. The efficacy of disulfiram: A review of outcome studies. *Addiction*. 1997; 92(4):381–395. [PubMed: 9177060]

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2004; 10.1002/14651858.CD000031

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: A review. *Nicotine and Tobacco Research*. 2005; 7(4):491–499. [PubMed: 16085520]

Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*. 1997; 337(17):1195–1202. [PubMed: 9337378]

Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Ma JZ. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Lancet*. 2003; 361(9370):1677–1685. [PubMed: 12767733]

Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K. Topiramate for Alcoholism Advisory Board, Topiramate for Alcoholism Study Group. Topiramate for treating alcohol dependence:

- A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2007; 298(14):1641–1651. [PubMed: 17925516]
- Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs*. 2002; 62(Suppl 2):25–35. [PubMed: 12109933]
- Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*. 2012; 37(1):11–24. [PubMed: 21981788]
- Kosten T, Owens SM. Immunotherapy for the treatment of drug abuse. *Pharmacology & Therapeutics*. 2005; 108(1):76–85. [PubMed: 16023218]
- Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(18):1786–1795. [PubMed: 12724485]
- Kreek MJ, Oratz M, Rothschild MA. Hepatic extraction of long- and short-acting narcotics in the isolated perfused rabbit liver. *Gastroenterology*. 1978; 75(1):88–94. [PubMed: 401102]
- Krystal JH, Cramer JA, Krol WF, Kirk GF, Rosenheck RA. Veterans Affairs Naltrexone Cooperative Study 425 Group. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345(24):1734–1739. [PubMed: 11742047]
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000; (2):CD001292. [PubMed: 10796638]
- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*. 2000; 321(7257):355–358. [PubMed: 10926597]
- Lee JD, Grossman E, DiRocco D, Truncali A, Hanley K, Stevens D, Gourevitch MN. Extended- release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 39(1):14–21. [PubMed: 20363090]
- LeStrat Y, Ramoz N, Gorwood P. In alcohol-dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? *Alcohol and Alcoholism*. 2010; 45(2):167–172. [PubMed: 20089545]
- Littleton JM. Acamprosate in alcohol dependence: Implications of a unique mechanism of action. *Journal of Addiction Medicine*. 2007; 1(3):115–125. [PubMed: 21768946]
- Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (2):CD006140. [PubMed: 18425938]
- Mason BJ. Acamprosate and naltrexone treatment for alcohol dependence: An evidence-based risk-benefits assessment. *European Neuropsychopharmacology*. 2003; 13(6):469–475. [PubMed: 14636963]

- Mason BJ, Goodman AM, Chabac S, Leher P. Effect of oral acamprosate on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebo-controlled trial: The role of patient motivation. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(5):383–393. [PubMed: 16546214]
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003; (2):CD002209. [PubMed: 12804430]
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (2):CD002207. [PubMed: 18425880]
- McCaul ME, Petry NM. The role of psychosocial treatments in pharmacotherapy for alcoholism. *American Journal of Addiction*. 2003; 12(Suppl 1):S41–S52.
- McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*. 1993; 269(15):1953– 1959. [PubMed: 8385230]
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kieber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*. 2000; 284(13):1689–1695. [PubMed: 11015800]
- Meyers RJ, Smith JE, Lash DN. The community reinforcement approach. *Recent Developments in Alcoholism*. 2003; 16:183–195. [PubMed: 12638638]
- Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72(6):1050–1062. [PubMed: 15612851]
- Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (1):CD001333. [PubMed: 16437431]
- Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *American Journal of Medicine*. 2008; 121(4 Suppl 1):S20–S31. [PubMed: 18342163]
- O'Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: A possible new class of psychoactive medications. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(8):1423–1431. [PubMed: 16055763]
- Petry NM. Contingency management: What it is and why psychiatrists should want to use it. *Psychiatrist*. 2011; 35(5):161–163. [PubMed: 22558006]
- Pettinati HM. Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biological Psychiatry*. 2004; 56(10):785–792. [PubMed: 15556124]

- Pettinati HM, Volpicelli JR, Pierce JD, O'Brien CP. Improving naltrexone response: An intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*. 2000; 19(1):71–83. [PubMed: 10772604]
- Roth A, Hogan I, Farren C. Naltrexone plus group therapy for the treatment of opiate-abusing health-care professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1997; 14(1):19–22. [PubMed: 9218232]
- Rychtarik RG, Connors GJ, Dermen KH, Stasiewicz PR. Alcoholics Anonymous and the use of medications to prevent relapse: An anonymous survey of member attitudes. *Journal of Studies on Alcoholism*. 2000; 61(1):134–138.
- Shorter D, Kosten TR. Novel pharmacotherapeutic treatments for cocaine addiction. *BMC Medicine*. 2011; 9:119–127. [PubMed: 22047090]
- Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, McGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: Rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs*. 2001; 15(6):453–467. [PubMed: 11524024]
- Swift RM. Topiramate for the treatment of alcohol dependence: Initiating abstinence. *Lancet*. 2003; 361(9370):1666–1667. [PubMed: 12767727]
- Tambour S, Quertermont E. Preclinical and clinical pharmacology of alcohol dependence. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2007; 21(1):9–28. [PubMed: 17227441]
- Tonigan JS. Changing AA practices and outcomes: Project MATCH three-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003; 27(3):526–528.
- Tonigan JS, Kelly JF. Beliefs about AA and the use of medications: A comparison of three groups of AA-exposed alcohol dependent persons. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2004; 22(2):67–78.
- Tonnesen P. Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review. *Health Policy*. 2009; 91(Suppl 1):S15–S25. [PubMed: 19735853]
- van Meijgaard J, Fielding JE. Estimating benefits of past, current and future reductions in smoking rates using a comprehensive model with competing causes of death. *Preventing Chronic Disease*. 2012; 9:110295.
- Volpicelli JR. Alcohol abuse and alcoholism: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62(Suppl 20):4–10. [PubMed: 11584874]
- Weinstein AM, Gorelick DA. Pharmacological treatment of cannabis dependence. *Current Pharmaceutical Design*. 2011; 17(14):1351–1358. [PubMed: 21524266]
- West R, Hajek P, Foulds J, Nilsson F, May S, Meadows A. A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. *Psychopharmacology*. 2000; 149(3):198–202. [PubMed: 10823399]

Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006; 6:300–315. [PubMed: 17156479]

Zweben, A.; Zuckoff, A. Motivational interviewing and treatment adherence. In: Miller, WR.; Rollnick, S., editors. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2. New York, NY: Guilford Press; 2002. p. 299-319.