

اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در وابستگی به مواد افیونی

دکتر حمیدرضا احمد خانیها*، منوچهر قرآنی پور**، دکتر لیلی پناشی***

چکیده

مقدمه: در این پژوهش اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده با نالتراکسون بودند، ارزیابی شد.

مواد و روش کار: ۹۰ بیمار وابسته به مواد افیونی ۲۰ تا ۴۹ ساله مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی ایران که سم زدایی شده بودند و داروی نالتراکسون را به عنوان درمان نگهدارنده دریافت می کردند به تصادف و به مدت ۱۶ هفته در یکی از سه گروه درمانی نالتراکسون به تنهایی، نالتراکسون با مدیریت وابستگی و نالتراکسون با درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله های درمانی، آزمودنی ها با چک لیست شدت اعتیاد ارزیابی شدند. در پایان مداخله، هر سه گروه بار دیگر با چک لیست شدت اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های به دست آمده با روش های آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شدند.

یافته ها: مقایسه سه گروه از نظر سطح ریزش، میزان همکاری و نمرات چک لیست شدت اعتیاد نشان دهنده تفاوت معنی دار بین سه گروه بود. تغییرات معنی دار آماری به وجود آمده نشان دهنده اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در افزایش همکاری، کاهش ریزش و کاهش نمرات چک لیست شدت اعتیاد بود.

نتیجه گیری: برنامه مدیریت وابستگی به سرعت مصرف مواد را کاهش می دهد اما اثرات آن بعد از درمان کاهش پیدا می کند. تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش مصرف مواد تا ماهها پس از پایان درمان ادامه می یابد.

کلیدواژه: وابستگی به مواد افیونی، نالتراکسون، مدیریت وابستگی، درمان شناختی- رفتاری

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نیش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. کیلومتر ۷ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی- درمانی روانپزشکی ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: gharaiipoor@yahoo.com

*** متخصص پزشکی اجتماعی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نیش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

مقدمه

برنامه درمانی استاندارد نالترکسون موجب تغییر در متغیرهای ریزش، همکاری و نمرات چک لیست شدت اعتیاد خواهد شد، انجام گردید.

مواد و روش کار

در این بررسی مداخله‌ای، از میان ۳۰۰ فرد وابسته به مواد افیونی سرند شده، ۹۰ نفر بر پایه ملاک‌های انتخاب (مرد بودن، ارجاع خودمعرف، داشتن تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی بر پایه نظر روانپزشک و مطابق با معیارهای تشخیصی DSM-IV، سکونت در منطقه غرب شهر تهران و داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال) و ملاک‌های خروج (سم‌زدایی سرپایی پیشین که در آن دارو مصرف شده باشد، مصرف با وابستگی اخیر به مواد دیگر، اختلال روانپزشکی عمده اخیر و استفاده اخیر از داروهای روانگردان و ضد صرع) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها تریاک مصرف می‌کردند.

برای گردآوری داده‌ها یک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و چک‌لیست شدت اعتیاد^{۱۲} (ASI) (مک‌للان^{۱۳}، لوبورسکی^{۱۴}، وودی^{۱۵} و ابرین^{۱۶}، ۱۹۹۲) به کار برده شد. پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، طول مدت مصرف و سن در هنگام نخستین مصرف بود. چک‌لیست شدت اعتیاد یک مصاحبه فردی ساختاریافته می‌باشد که برای اندازه‌گیری شدت اعتیاد به کار گرفته می‌شود. در این بررسی از نسخه پنجم چک لیست شدت اعتیاد (همان‌جا) بهره گرفته شد. پایایی ASI در کشور آلمان، با همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) به‌دست آمد (شوریج^{۱۷}، ۲۰۰۰). روایی صوری این ابزار به کمک سه نفر از استادان بررسی شد و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۹۰ به‌دست آمد.

نالترکسون یک آنتاگونیست گیرنده افیونی، بدون ویژگی اعتیادآور و با تأثیرات زیان‌آور اندک است (کارول^۱، بال^۲، نیچ^۳ و اوکونور^۴، ۲۰۰۱). نالترکسون با وجود سودمندی‌های بسیار به دلیل ریزش^۵ و همکاری نکردن بیماران (مکری^۶، ۲۰۰۲؛ آنتون^۷، موآک^۸، واید^۹ و لاتام^{۱۰}، ۲۰۰۱) کارایی کمی دارد. کیرچ مایر^{۱۱}، داوولی^{۱۲}، ورستر^{۱۳}، آماتو^{۱۴} و فری^{۱۵} (۲۰۰۲) نیز برای ارزیابی اثر درمان نگهدارنده نالترکسون در پیش‌گیری از بازگشت معتادان به مصرف مواد افیونی پس از طی دوره سم‌زدایی، در بازبینی بررسی‌های انجام شده دریافتند که نالترکسون به‌تنهایی در درمان معتادان به مواد افیونی کارایی اندکی دارد. استفاده از درمان‌های روانشناختی می‌تواند تا اندازه‌ای از ریزش و همکاری نکردن در درمان با نالترکسون بکاهد (آنتون و همکاران، ۲۰۰۱). درمان شناختی- رفتاری یک برنامه آموزش روانی^{۱۶} است. فعالیت اصلی این نوع درمان یادگیری مهارت‌های جدید و به‌کار بردن این مهارت‌ها در جلسات درمان و در منزل به‌صورت تکالیف خانگی و در شرایط زندگی واقعی می‌باشد. فنون شناختی، باورهای مربوط به دارو و افکار خودآیندی را که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرآیندهای شناختی در تعامل هستند (بک^{۱۷}، رایت، نیومن و لیز، ۱۳۸۰). مدیریت وابستگی^{۱۸} با فراهم کردن پیامدهای تقویت‌کننده هنگامی که بیماران اهداف درمان را رعایت می‌کنند (پرهیز از مصرف مواد) و نیز با عدم آرایه آن پیامدهای مثبت یا با فراهم کردن پیامدهای تنبیه‌کننده وقتی که بیماران رفتارهای ناخوشایند نشان می‌دهند (مصرف مواد)، تغییرات رفتاری مثبت را در بیماران تقویت می‌کند (هیگینز^{۱۹} و پتری^{۲۰}، ۱۹۹۹). راوسون^{۲۱} (۲۰۰۲) دو رویکرد روانی اجتماعی شامل مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری را در درمان وابستگی به کوکائین مقایسه نمود و تأثیر مطلوب برنامه مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری را نشان داد. در پژوهش دیگری کارول و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که مدیریت وابستگی با بهبودی معنی‌دار در نتایج درمان ارتباط دارد.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری بر روی افراد وابسته به مواد افیونی که اخیراً سم‌زدایی شده بودند و داروی نالترکسون را به‌عنوان درمان نگهدارنده دریافت می‌کردند، در پاسخ به این پرسش‌ها که آیا افزودن درمان شناختی- رفتاری و مدیریت وابستگی به

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| 1- Carroll | 2- Ball |
| 3- Nich | 4- O'Conner |
| 5- attrition | 6- Mokri |
| 7- Anton | 8- Moak |
| 9- Waid | 10- Latham |
| 11- Kirchmayer | 12- Davoli |
| 13- Verster | 14- Amato |
| 15- Ferri | 16- psychoeducation |
| 17- Beck | 18- contingency management |
| 19- Higgins | 20- Petry |
| 21- Rawson | 22-Addiction Severity Index |
| 23- McLellan | 24- Luborsky |
| 25- Woody | 26- Obrien |
| 27- Scheurich | |

مصرف، طول مدت مصرف و چک لیست شدت اعتیاد بر حسب گروه در جدول ۲ نشان داده شده است.

برای بررسی معنی دار بودن تفاوت سه گروه در این متغیرها از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بهره گرفته شد که در مورد متغیر طول مدت مصرف به دلیل اینکه فرض یکسانی واریانسها برقرار نبود، آزمون کروسکال والیس به کار برده شد که تفاوت معنی دار ($p < 0/01$) به دست آمد. برای بررسی تفاوت میان گروهها به صورت دوتایی در متغیر طول مدت مصرف از آزمون من ویتنی استفاده شد. تفاوت میان گروه نالترکسون + درمان شناختی - رفتاری با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی ($p < 0/05$) و گروه نالترکسون + درمان شناختی - رفتاری با گروه نالترکسون ($p < 0/01$) معنی دار بود. تفاوت میان گروه نالترکسون با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی معنی دار نبود. در زمینه سن هنگام نخستین مصرف، نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی دار است ($p < 0/05$). بررسی تفاوت دو به دو گروهها با آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تفاوت معنی دار ($p < 0/05$) میان

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در سه گروه درمانی

متغیر	گروه		
	درمان شناختی - رفتاری با نالترکسون فراوانی (%)	مدیریت وابستگی با نالترکسون فراوانی (%)	نالترکسون فراوانی (%)
گروه‌های سنی	۱۶ (۵۳/۳)	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۲/۳)
	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	۵ (۱۶/۷)
	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
وضعیت تاهل	۱۱ (۳۶/۷)	۲۲ (۷۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)
	۱۹ (۶۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)
وضعیت تحصیلی	۱ (۳/۳)	-	-
	۲ (۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)
	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰)	۱۵ (۵۰)
	۱۷ (۵۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۷)
وضعیت اشتغال	۲۸ (۹۳/۳)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۲ (۷۳/۳)
	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۸ (۲۶/۷)
	-	-	-

پس از غربالگری اولیه (ملاک‌های انتخاب و حذف) و گرفتن رضایت‌نامه از فرد بیمار، روانشناس پرسش‌نامه‌ها را بر روی آزمودنی‌ها اجرا می‌کرد. سپس آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در یکی از سه موقعیت درمانی شامل (۱) نالترکسون، (۲) نالترکسون + مدیریت وابستگی و (۳) نالترکسون + درمان شناختی - رفتاری قرار می‌گرفتند. در گروه نالترکسون (شامل ۳۰ نفر) و سایر گروه‌ها، بیماران به مدت ۱۶ هفته هر روز ۵۰ میلی‌گرم نالترکسون دریافت کردند. در گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی (شامل ۳۰ نفر) بیماران افزون بر دریافت نالترکسون تحت درمان برنامه مدیریت وابستگی نیز قرار داشتند. بیماران گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی برای دو رفتار هدف (مصرف منظم دارو و نتایج منفی آزمایش ادرار) مورد تقویت قرار می‌گرفتند؛ تقویت عبارت بود از پرداخت پول نقد. در گروه نالترکسون + درمان شناختی - رفتاری (شامل ۳۰ نفر)، بیماران افزون بر دریافت نالترکسون، هر هفته به مدت دو ساعت در جلسه‌های گروهی درمان شناختی - رفتاری شرکت می‌کردند (جمعاً ۱۶ جلسه). آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری به ۳ زیرگروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای هسته اصلی درمان شناختی - رفتاری بود. هدف این آموزش کمک به بیماران در شناسایی موقعیت‌های خطر آفرین که احتمال مصرف مواد در آنها زیاد است و آموختن روش‌های مقابله‌ای مؤثر برای رویارویی با آن موقعیت‌ها بود. این جلسات را یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و یک دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی هدایت نمودند. در مواردی که بیماران تأخیر یا غیبت در مراجعه به مرکز داشتند به وسیله تلفن و گاهی مراجعه به منزل وضعیت آنان بررسی می‌شد. پیش از شروع و پس از پایان دوره درمان کلیه آزمودنی‌های سه گروه با استفاده از چک لیست شدت اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون توکی، آزمون کروسکال والیس، آزمون من ویتنی، آزمون دقیق فیشر و روش‌های آمار توصیفی بهره گرفته شد.

یافته‌ها

فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ آمده است. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای سن در هنگام نخستین

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن نخستین مصرف، طول مدت مصرف و چک لیست شدت اعتیاد در سه گروه

متغیر	طول مدت مصرف		سن اولین مصرف		چک لیست شدت اعتیاد	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نالترکسون	۳۳/۳ (۱۵/۷)	۲۱/۹ (۴/۳)	۷/۷ (۱/۰۸۷)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۸۷)	۷/۶ (۱/۰۹)
نالترکسون + مدیریت وابستگی	۳۱/۶ (۱۳/۶)	۲۴ (۴/۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)
نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری	۲۲/۴ (۹/۷)	۲۴/۸ (۴/۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)
کل	۲۹/۱ (۱۴/۰۱)	۲۳/۵ (۴/۴)	۷/۶ (۱/۰۸۴)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۸۴)	۷/۶ (۱/۰۹)

کمتر. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب شمار جلسه‌هایی که مراجعه داشتند به تفکیک سه گروه درمانی در جدول ۳ دیده می‌شود. برای بررسی معنی‌دار بودن تفاوت، آزمون خن‌دو به کار برده شد. به دلیل موارد قابل انتظار کمتر از ۲ در یکی از خانه‌ها از آزمون فیشر استفاده شد که تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/01$).

پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا مداخله‌های درمانی گوناگون، تفاوت معنی‌داری در نمره‌های چک‌لیست شدت اعتیاد بین گروه‌ها ایجاد می‌کنند. برای پاسخ به این پرسش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بهره گرفته شد. نمره‌های چک‌لیست شدت اعتیاد به‌عنوان عامل درون‌گروهی و گروه‌های درمان به‌عنوان عامل میان‌گروهی در نظر گرفته شدند. نمره‌های چک‌لیست شدت اعتیاد پس از مداخله تفاوت معنی‌دار با پیش از مداخله نشان داد. افزون بر این، تعامل عامل میان‌گروهی ($F=3/583, df=2, p < 0/05$) و عامل درون‌گروهی ($F=349/513, df=1, p < 0/001$) معنی‌دار بود. هم‌چنین تفاوت میان سه گروه معنی‌دار بود ($p < 0/001$). برای بررسی این‌که کدام گروه‌ها دارای تفاوت معنی‌دار هستند، آزمون توکی انجام شد که بین گروه‌های نالترکسون و نالترکسون + مدیریت وابستگی تفاوت معنی‌دار به‌دست آمد ($p < 0/01$).

گروه نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری و گروه نالترکسون وجود دارد و تفاوتی میان گروه نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی و گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی با گروه نالترکسون وجود ندارد. در متغیر سن، نتایج تحلیل واریانس تفاوتی معنی‌دار میان سه گروه نشان نداد. هم‌چنین نتایج تحلیل واریانس نمرات چک‌لیست شدت اعتیاد پیش از آغاز مداخله، بین سه گروه تفاوت معنی‌دار نداشت.

یکی از پرسش‌های پژوهش حاضر عبارت بود از این‌که آیا سه گروه از نظر ریزش تفاوت خواهند داشت یا خیر. برای پاسخ به این پرسش آزمون خن‌دو تفاوت معنی‌داری را نشان داد.

پرسش بعدی پژوهش این بود که آیا میزان همکاری گروه‌ها با هم تفاوت معنی‌دار خواهند داشت. برای پاسخ به این پرسش، شمار جلسه‌هایی که بیماران به مرکز روانپزشکی ایران مراجعه کردند، به‌عنوان ملاک میزان همکاری آنان در نظر گرفته شد. از نظر شمار مراجعه، آزمودنی‌ها به سه گروه تقسیم شدند: ۱۵ جلسه یا بیشتر، ۸ تا ۱۴ جلسه و ۷ جلسه یا

بحث

همان‌گونه که بیان شد، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در درمان افراد وابسته به مواد افیونی بود که داروی نالترکسون را به‌عنوان درمان نگهدارنده مصرف می‌کردند. یافته‌های این بررسی در تأیید اثربخشی مدیریت وابستگی است و بنا یافته‌های به‌دست آمده توسط مکری (۲۰۰۲)، کیرچ‌مایر و همکاران (۲۰۰۲)، راوسون (۲۰۰۲)، کارول (۲۰۰۱)، سیلورمن^۱، ونگ^۲، هیگینز و برونر^۳ (۱۹۹۶)، پتری و مارتین (۲۰۰۲)، مسینا^۴، فارابی^۵ و راوسون (۲۰۰۳)، کالاهان^۶، راوسون، گلنزر^۷، مک‌کلیو^۸ و آریاس^۹ (۱۹۷۶)، اپستین، هاوکینز^{۱۰}، کسوی^{۱۱}، اومبریخت^{۱۲} و پرستون^{۱۳} (۲۰۰۳) و

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب

شمار مراجعات به تفکیک سه گروه درمانی

گروه درمانی	تعداد مراجعات		
	$A >$	$A-14$	$14 <$
نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری	۴	۸	۱۸
نالترکسون + مدیریت وابستگی	۱	۵	۲۴
نالترکسون	۷	۱۷	۶
کل	۱۲	۳۰	۴۸

- | | |
|--------------|--------------|
| 1- Silverman | 2- Wong |
| 3- Brooner | 4- Messina |
| 5- Farabee | 6- Callahan |
| 7- Glazer | 8- McCleave |
| 9- Arias | 10- Hawkins |
| 11- Covi | 12- Umbricht |
| 13- Preston | |

مدیریت وابستگی به سرعت مصرف مواد را کاهش می‌دهد اما اثرات آن پس از درمان کاهش می‌یابد، ولی درمان شناختی- رفتاری مصرف مواد را تا ماه‌ها پس از پایان درمان کاهش می‌دهد (اپستین و همکاران، ۲۰۰۳). این تأثیر تأخیری درمان شناختی- رفتاری در این بررسی ارزیابی نشد. شاید بهترین راهبرد، به کارگیری هر دو رویکرد باشد، به این صورت که بازداری فوری مصرف مواد که توسط مدیریت وابستگی ایجاد می‌شود با فواید درمانی شناختی- رفتاری ادامه یابد و بازگشت افراد را به سوی مصرف مواد با توان بیشتری کاهش دهد. از این رو روتبرگ^۲ و همکاران (۲۰۰۲) رویکرد درمان رفتاری به همراه تجویز نالتراکسون را به منظور بالا بردن جنبه‌های درمانی نالتراکسون پیشنهاد دادند. در این رویکرد افزون بر دریافت نالتراکسون از درمان‌های رفتاری شامل درمان شبکه‌ای^۳، رویکرد تقویت اجتماعی، درمان شناختی- رفتاری و برنامه مدیریت وابستگی بهره گرفته می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده حجم نمونه بزرگتری به کار برده شود. در این بررسی پی‌گیری انجام نشد و پیشنهاد می‌شود بررسی تأثیر بلندمدت این درمان‌ها با بهره‌گیری از برنامه پی‌گیری در پژوهش‌های آینده انجام شود.

سپاسگزاری

از مسئولین انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی انستیتو روانپزشکی تهران به دلیل حمایت مالی از این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۷/۲۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۳/۳۰

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۴/۱

منابع

بک، آرون‌تی؛ رایست، تی. اف.؛ نیومن، سی. اف.؛ لیز، بی. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه: محمد علی گودرزی. شیراز: انتشارات راهگشا.

مکری، آذرخش (۱۳۷۸). *بحشی پرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوء مصرف مواد مخدر*. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال دوم، شماره ۲، ۲۱-۱۱.

Anton, R. F., Moak, D. H., Waid, L. R., & Latham, P. K. L. (2001). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for

کارول (۲۰۰۲) هم‌خوانی دارد. در متغیرهای سن و نمرات چک‌لیست شدت اعتیاد که متغیر اصلی در این بررسی بود تفاوت معنی‌دار دیده نشد.

پرسش نخست پژوهش این بود که آیا فراوانی ریزش در سه گروه با یکدیگر متفاوت است. همان‌گونه که گفته شد مقدار ریزش در گروه نالتراکسون از دو گروه دیگر بیشتر بود. این تفاوت از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. در پاسخ به پرسش دیگر پژوهش مبنی بر این که آیا میزان همکاری بیماران در گروه‌های مختلف با یکدیگر تفاوت دارند، شمار جلساتی که بیماران به مرکز روانپزشکی ایران مراجعه می‌کردند به‌عنوان عاملی برای تعیین میزان همکاری در نظر گرفته شد. تفاوت میان سه گروه معنی‌دار بود. افراد گروه نالتراکسون کمترین مراجعه را داشتند.

پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا مداخله‌های درمانی در پایین آوردن شدت اعتیاد (نمرات چک‌لیست شدت اعتیاد) تأثیری دارند یا نه و اگر تأثیر دارند کدام روش مؤثرتر است. یافته‌ها نشان دادند که هر سه روش درمانی موجب کاهش نمرات چک‌لیست شدت اعتیاد شده‌اند. مقایسه این سه روش درمانی با یکدیگر نشان داد که گروه نالتراکسون با گروه نالتراکسون + درمان شناختی- رفتاری تفاوتی ندارند. گروه نالتراکسون با گروه نالتراکسون + مدیریت وابستگی دارای تفاوت معنی‌دار بودند. گروه نالتراکسون + درمان شناختی- رفتاری با گروه نالتراکسون + مدیریت وابستگی تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. هماهنگی با بررسی‌های پیشین (کارول، سینا، نیچ، بابوسکیو و روناویل، ۲۰۰۲؛ اپستین و همکاران، ۲۰۰۳؛ کالاهان و همکاران، ۱۹۷۶؛ سینا و همکاران، ۲۰۰۳؛ پتری و مارتین^۱، ۲۰۰۲؛ سیلورمن و همکاران، ۱۹۹۶)، بررسی حاضر نشان داد که پس از مداخله درمانی، شدت اعتیاد در تمامی گروه‌ها به‌طور معنی‌دار کاهش می‌یابد. به‌طور کلی یافته‌های این بررسی نشان‌دهنده کاربرد مؤثر درمان شناختی- رفتاری و به‌ویژه مدیریت وابستگی در کاهش شدت اعتیاد و نرخ ریزش و بالا بردن میزان همکاری افراد وابسته به مواد افیونی است. ممکن است سازوکارهایی که دستاوردهای درمانی مداخله‌های مدیریت وابستگی و شناختی- رفتاری بر آنها استوار است، متفاوت باشد. به‌نظر می‌رسد تقویت مثبتی که به‌دنبال نمونه‌های ادرار منفی و مصرف دارو (مدیریت وابستگی) ارایه می‌شود در بازداری مصرف مواد مؤثر است.

- the treatment of outpatient alcoholics: Results of a placebo controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1758-1764.
- Callahan, E., Rawson, R., Glazer, M., McCleave, B., & Arias, R. (1976). Comparison of two naltrexone treatment programs. *Research Monographs*, 9, 150-157.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., & O'Conner, P. G. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*, 58, 755-762.
- Carroll, K. M., Sinha, R., Nich, C., Babuscio, T., & Rounsaville, B. J. (2002). Contingency management to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: A randomized clinical trial of reinforcement magnitude. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 54-63.
- Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2003). Cognitive behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12 month follow up. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 73-82.
- Higgins, S. T., & Petry, N. M. (1999). Contingency management. *Alcohol Research & Health*, 23, 122-127.
- Kirchmayer, U., Davoli, M., Verster, A. D., Amato, L., & Ferri, A. (2002). A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction*, 97, 1241-1249.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1992). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 168, 26-32.
- Messina, N., Farabee, D., & Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 320-329.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- Petry, N. M., & Martin, B. (2002). Low cost contingency management for treating cocaine and opioid abusing methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 398-405.
- Rawson, A. A. (2002). A comparison of contingency management & cognitive behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Rothenberg, J. L., Sullivan, M. A., Church, S. H., Seracini, A., Collins, E., Kleber, H. D., & Nunes, E. V. (2002). Behavioral naltrexone therapy: An integrated treatment for opiate dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 351-360.
- Scheurich, A. (2000). Reliability & validity of the German version of the European Addiction Severity Index. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 916-919.
- Silverman, K., Wong, C. J., Higgins, S. T., & Brooner, R. K. (1996). Increasing opiate abstinence through voucher based reinforcement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 157 - 165.