



درمان نگهدارنده با نالترکسون در بیماران وابسته به مواد افیونی و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی

دکتر علی‌رضا غفاری‌نژاد*، دکتر حسن ضیاء‌الدینی**، دکتر آرش شهواری‌پور***

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی نقش داروی نالترکسون و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی در پیش‌گیری از عود در بیماران وابسته به مواد افیونی پس از مرحله‌ی سم‌زدایی انجام شده است.

روش: در این بررسی مقطعی ۱۰۷ بیمار مرد وابسته به مواد افیونی که دوره‌ی سم‌زدایی را در بخش دوگانه‌ی بیمارستان شهید بهشتی کرمان گذرانده بودند، در زمینه‌ی مصرف نالترکسون آموزش دیدند و یک ماه و سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان، به کمک تماس تلفنی درباره‌ی تداوم مصرف آن پی‌گیری شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ی مورد بررسی به کمک یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های روان‌شناختی آنها به کمک پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R پیش از آغاز علایم ترک بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران مورد بررسی $33/75 \pm 7/86$ سال بود. با افزایش میزان تحصیلات، مدت زمان مصرف داروی نالترکسون نیز افزایش یافت. ۲۷/۱٪ بیماران کمتر از یک‌ماه، ۵۹/۸٪ یک‌ماه و ۱۳/۱٪ سه ماه کامل دارو را مصرف نمودند. همه‌ی مقیاس‌های آزمون SCL-90-R در بیماران گروه اول به‌طور معنی‌داری از دو گروه دیگر بیشتر بود. **نتیجه:** تجویز نالترکسون برای بیماران تحصیل کرده سودمندتر است. همراه نمودن درمان دارویی با درمان‌های غیردارویی می‌تواند باعث افزایش زمان مصرف نالترکسون گردد.

کلیدواژه: مواد افیونی، نالترکسون، درمان نگهدارنده، SCL-90-R

* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی (نویسنده مسئول).
E-mail: argnejad@yahoo.com

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی.

*** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی.

مدت کوتاهی است که نالتراکسون وارد بازار دارویی ایران شده و برای ترک مواد افیونی به کار برده می‌شود. در بخش دوگانه‌ی بیمارستان روانپزشکی کرمان نیز، پس از دوره‌ی سم‌زدایی به بیماران آموزش مصرف نالتراکسون داده می‌شود و در هنگام ترخیص به آنان توصیه می‌شود درمان خود را با نظر پزشک معالج ادامه دهند. این پژوهش با هدف بررسی مصرف نالتراکسون پس از ترخیص بیماران از این بخش، انجام شد. هدف آن بود که مشخص شود چه نسبتی از بیمارانی که آموزش‌های مربوطه را دریافت می‌کنند، به مصرف نالتراکسون ادامه می‌دهند و چه ارتباطی میان مدت زمان مصرف نالتراکسون و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روانشناختی مصرف‌کنندگان وجود دارد.

روش

همه‌ی بیمارانی که برپایه‌ی ملاک‌های تشخیصی DSM-IV^۱ وابسته به مواد افیونی شناخته می‌شدند و در فاصله‌ی دو ماه (اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۱) برای سم‌زدایی در بخش دوگانه‌ی بیمارستان شهید بهشتی کرمان بستری شده بودند، در این بررسی توصیفی-مقطعی وارد شدند. نمونه‌گیری به صورت پی‌درپی انجام شد. در آغاز ورود و هنگامی که بیمار هنوز علائم ترک را نشان نمی‌داد، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وی شامل سن، میزان تحصیل، شغل، نوع ماده‌ی مصرفی، زمان مصرف و شماره‌ی تماس تلفنی یادداشت می‌شد. سپس بیماران به کمک آزمون SCL-90-R^۲ مورد سنجش روانشناختی قرار گرفتند و پس از دوره‌ی سم‌زدایی به کمک یک متن تایی آماده شده در رابطه با داروی

وابستگی به تریاک و مواد برگرفته شده از آن در کشور ما بسیار شایع است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱). ترک وابستگی به مواد افیونی یک اقدام مهم در راستای پیش‌گیری از گسترش مصرف آنها در جامعه می‌باشد. نخستین گام برای ترک مواد افیونی، مرحله‌ی سم‌زدایی است. در این مرحله هدف، از میان بردن وابستگی فیزیکی به این مواد است که در این راستا از راه‌های گوناگون و داروهای چندی می‌توان بهره گرفت. در مرحله‌ی بعد خودداری از مصرف دوباره‌ی این مواد، هدف اصلی درمان به‌شمار می‌رود. بسیاری از وابستگان به مواد افیونی پس از ترک، دوباره به مصرف آن رو می‌آورند. از این رو امروزه روش‌های چندی برای تداوم پرهیز به کار گرفته می‌شود. یکی از این روش‌ها، کاربرد داروی نالتراکسون پس از مرحله‌ی سم‌زدایی است. نالتراکسون یک آنتاگونیست افیونی است و با بستن گیرنده‌های افیونی در مغز عمل می‌نماید؛ از این رو مصرف مواد افیونی، آثار نشئه‌آور آنها را پدید نمی‌آورد. بنابراین افراد با آگاهی از این موضوع که مصرف مواد افیونی، نمی‌تواند باعث بروز نشنگی گردد، از مصرف آن خودداری می‌نمایند. هر چند که نالتراکسون مستقیماً نمی‌تواند باعث جلوگیری از مصرف مواد افیونی شود، امکان دارد در برخی از افراد، از کشش و میل به مصرف مواد افیونی بکاهد. مصرف این دارو عوارض جانبی زیادی پدید نمی‌آورد، اما افراد تحت درمان، به سادگی می‌توانند از مصرف آن خودداری نموده و مواد افیونی را مصرف نمایند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۵). شواهد روشنی از تأثیر قاطع درمان وابستگی به مواد افیونی با نالتراکسون در دست نیست. قطع زود هنگام دارو، محتمل‌ترین علت موفق نبودن درمان با نالتراکسون به‌شمار می‌رود (وانبروسل^۳، ۲۰۰۱).

- 1- American Psychiatric Association
- 2- Van Brussel
- 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
- 4- Symptom Check List-90-Revised

نالترکسون و کارکرد آن به آنان آموزش داده شد. در فاصله‌ی یک ماه و سه ماه از زمان ترخیص، به کمک تلفن درباره‌ی ادامه‌ی مصرف نالترکسون از بیمار و خانواده وی پی‌گیری شد. از ۱۳۰ بیمار پذیرفته شده در این فاصله، ۱۰۷ نفر که پرسش‌نامه‌ی مربوطه را کامل نموده بودند، در بررسی گنجانده شدند.

آزمون SCL-90-R دارای ۹۰ پرسش می‌باشد که نه بعد از مشکلات روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط میان فردی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را می‌سنجد. ۷ پرسش متفرقه نیز در این آزمون گنجانیده شده است. هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (=هیچ، ۱=کمی، ۲=تا حدی، ۳=زیاد و ۴=به شدت) ارزیابی می‌گردد. سه شاخص این آزمون، شدت کلی ناراحتی (GSI)، شدت علائم مثبت (PSDI) و شمار علائم مثبت (PST) را می‌سنجند. شدت ناراحتی به تفکیک سالم، مرضی، بیمار و به شدت بیمار در هر یک از مقیاس‌های نه‌گانه برپایه‌ی راهنمای آزمون تعیین گردید. آزمون SCL-90-R برای ارزشیابی علائم روانپزشکی توسط دروگاتیس^۴، لیپمن^۵ و کووی^۶ (۱۹۷۳) معرفی شد و پس از چندی مورد تجدید نظر قرار گرفت (دروگاتیس، ریکلز^۷ و راک^۸، ۱۹۷۶). میرزایی (۱۳۵۹) نقطه برش این آزمون را که بر روی ۷۸۰ نفر از اهالی روستاهای صومعه‌سرا، ترکمن صحرا، شیراز و شماری از ساکنان تهران انجام گردیده بود، ۰/۴ گزارش نمود. باقری یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی (۱۳۷۳)، ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۷ و حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش نمودند.

بیماران در سه گروه ۱- آنهایی که پس از ترخیص از بیمارستان و یا در مدتی کمتر از یک ماه نالترکسون را قطع نموده بودند، ۲- بیمارانی که دست‌کم یک ماه

کامل نالترکسون را مصرف نموده بودند و ۳- افرادی که به مدت ۳ ماه کامل دارو را مصرف کرده بودند تقسیم شدند. شاخص‌های آزمون برای هر سه گروه تعیین و مقایسه گردید.

داده‌ها به کمک آزمون‌های خی دو، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی خطی تحلیل گردید.

یافته‌ها

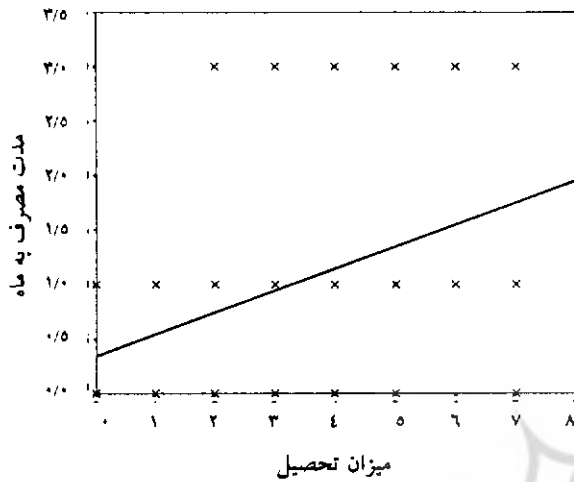
میانگین سنی ۱۰۷ مرد وابسته به مواد افیونی مورد بررسی، ۳۳/۷۵ سال (انحراف معیار ۷/۸۶) بود. میانگین سنی در گروه ۱، ۳۳/۷۲ سال (انحراف معیار ۶/۹۳)، در گروه ۲، ۳۴/۱۱ سال (انحراف معیار ۸/۵۵) و در گروه ۳، ۳۲/۳۶ سال (انحراف معیار ۶/۵۵) بود. میانگین سنی سه گروه با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. میانگین‌های میزان ماده‌ی مخدر مصرفی در روز نیز در سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

یافته‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. کمترین مدت وابستگی به مواد افیونی کمتر از یک‌سال (۱/۹٪) و بیشترین مدت زمان وابستگی ۳-۵ سال (۲۸/۷٪) بود. رابطه‌ی آماری معنی‌داری میان مدت زمان وابستگی به مواد افیونی، نوع و روش استفاده با مدت زمان مصرف نالترکسون دیده نشد. هم‌چنین با افزایش تحصیلات، مصرف نالترکسون بیشتر شد ($R^2=0/1448$, $F=17/78$), $R=0/38$ و $p<0/001$). نمودار ۱ پراکنندگی مصرف نالترکسون را برحسب تحصیلات و مدت مصرف نشان داده است. ۲۹ نفر (۲۷/۱٪) از بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، نالترکسون را مصرف ننموده و یا کمتر از یک‌ماه آن را مصرف کرده‌اند (گروه ۱). ۶۴ نفر (۵۹/۸٪)

- 1- Global Severity Index
- 2- Positive Symptom Distress Index
- 3- Positive Symptom Total
- 4- Derogatis
- 5- Lipman
- 6- Covi
- 7- Rickels
- 8- Rock

دست کم به مدت یک ماه مصرف نالترکسون را ادامه داده‌اند (گروه ۲) و ۱۴ نفر (۱۳/۱٪) دارو را به مدت سه ماه کامل مصرف نموده‌اند (گروه ۳).

نمودار ۱- نمودار پراکنندگی مصرف نالترکسون بر حسب تحصیلات، همراه با خط و ضریب همبستگی



جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب میزان تحصیل، نوع ماده‌ی مصرفی و روش مصرف

متغیر	فراوانی (%)
میزان تحصیل	بی‌سواد ۵ (۴/۶)
ابتدایی	۹ (۸/۳)
راهنمایی	۳۰ (۲۷/۸)
دبیرستان	۱۲ (۱۱/۱)
دیپلم	۳۱ (۲۹/۷)
کاردانی	۸ (۷/۴)
کارشناسی	۸ (۷/۴)
کارشناسی ارشد	۴ (۳/۷)
ماده مصرفی	تریاک ۵۱ (۴۷/۵)
شیره‌ی تریاک	۷ (۶/۸)
هروین	۴۹ (۴۵/۷)
روش مصرف	کشیدنی ۷۶ (۷۱/۰)
خوراکی	۲۰ (۱۸/۷)
تزریقی	۱۱ (۱۰/۳)

نمره‌ی کلیه‌ی مقیاس‌های آزمون SCL-90-R (شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی در افراد گروه یک به صورت معنی‌داری از دو گروه دیگر بالاتر بود. افزون بر آن میانگین سه شاخص آزمون (PST, PSDI, GSI) در گروه اول از دو گروه دیگر بالاتر بود (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش بر حسب مقیاس‌های مختلف، گروه‌ها، نمره‌ی F و سطح معنی‌داری

مقیاس	انحراف معیار و میانگین		
	گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱
شکایات جسمانی	۳۸/۰۸	۱۷/۱۹±۴/۴۹	۲۲/۲۱±۵/۰۱
وسواس و اجبار	۲۷/۰۵	۱۴/۹۶±۴/۸۹	۱۸/۴۶±۴/۴۵
افسردگی	۳۷/۰۳	۲۱/۱۱±۶/۷۵	۲۴/۱۰±۵/۱۶
حساسیت در روابط میان فردی	۲۲/۲۲	۱۴/۰۶±۴/۴۸	۱۷/۳۹±۵/۱۲
اضطراب	۳۰/۵۱	۱۴/۷۱±۵/۴۶	۱۹/۵۹±۵/۰۶
پرخاشگری	۱۳/۹۱	۸/۷۶±۴/۰۰	۱۲/۱۱±۴/۶۱
ترس مرضی	۲۱/۹۶	۸/۷۹±۳/۷۹	۱۶/۶۱±۴/۴۶
افکار پارانویید	۳۰/۳۵	۹/۱۸±۲/۴۹	۱۱/۲۱±۲/۶۹
روان‌پریشی	۱۹/۹۱	۶/۶۹±۲/۹۷	۱۸/۶۸±۴/۹۹
سایر	۱۴/۹۳	۱۰/۶۰±۳/۸۲	۱۲/۸۲±۳/۳۳
GSI	۴۴/۲۱	۱/۴۷±۰/۳۹	۱/۸۵±۰/۳۵
PSDI	۲۸/۹۱	۱/۴۲±۰/۱۸	۲/۱۵±۰/۲۹
PST	۱۴/۸۴	۶۸/۰۹±۱۶/۹۸	۷۵/۰۷±۱۷/۱۴

*p<۰/۰۰۱

این بررسی نشان داد که تنها ۱۳/۱٪ بیماران، مصرف نالترکسون را به مدت ۳ ماه ادامه داده و بیشتر افراد را گروهی تشکیل می‌دهد که به مدت یک ماه و یا کمتر دارو مصرف نموده بودند. در پژوهشی که در روسیه انجام شد، نشان داده شد که همگی ۲۷ نفری که درمان نگهدارنده با نالترکسون را دریافت نموده بودند، حداکثر پس از ۵۰ روز مصرف آن را کنار گذاشتند (آزاتیان^۱، پاپیاسویلی^۲ و ژوزف^۳، ۱۹۹۴). از طرفی، بررسی انجام شده در ایتالیا نشان داد که میانگین زمان مصرف نالترکسون برای ۵۲ بیمار، $17/04 \pm 8/2$ هفته بوده است. این زمان به باور پژوهشگران از آن‌چه که در سایر بررسی‌ها گزارش شده بیشتر است و علت آن را ناشی از شرایط اجتماعی-اقتصادی مطلوب شمال ایتالیا که بررسی در آنجا انجام شده بود، دانستند (شیفانو^۴ و مارا^۵، ۱۹۹۰).

خروج زودهنگام از برنامه‌ی درمانی با نالترکسون دلایل چندمی می‌تواند داشته باشد. نخست به نظر می‌رسد با توجه به این که این بررسی مدت زمان کوتاهی پس از ورود این دارو به ایران انجام شده است، هنوز بیماران کمتر به آن اعتماد داشته‌اند. دلیل دیگر می‌تواند به کار نبردن روش‌های رفتار درمانی همراه باشد. این روش‌ها از جمله درمان نگهدارنده با نالترکسون همراه با برنامه‌ای با عنوان رویکرد تقویت‌کننده‌ی اجتماعی (CRA)^۶، می‌تواند میزان موفقیت را تا ماه ششم به ۵۸٪ برساند (روزن^۷، کرخوف^۸ و وان‌دن‌برینک^۹، ۲۰۰۳). هم‌چنین همراه کردن رفتار درمانی با دارو درمانی می‌تواند دستاوردهای بهتری در درمان درازمدت وابستگان به مواد افیونی داشته باشد (کیرش‌مایر^{۱۰}، داوولی^{۱۱} و ورستر^{۱۲}، ۲۰۰۰). گروه‌درمانی، روان‌درمانی فردی، خانواده‌درمانی و کمک خواستن از همسر بیمار نیز روش‌هایی هستند که از آنها برای افزایش موفقیت با نالترکسون می‌توان بهره گرفت (کوستن^{۱۳} و کلبر^{۱۴}، ۱۹۸۴؛ کارول^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۰). بررسی‌ها نشان

داده‌اند بیمارانی که مدت طولانی‌تری نالترکسون مصرف کرده بودند، گرایش بیشتری به ادامه‌ی درمان‌های غیر دارویی و درمان‌های جامع دراز مدت داشته‌اند (جرا^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۵).

این بررسی نشان داد، افرادی که تحصیلات بالاتری داشته‌اند، مدت زمان طولانی‌تری داروی نالترکسون را به کار برده‌اند. در پژوهشی با ۱۱۴ معتاد تحصیل کرده از جمله ۱۵ پزشک معتاد، نشان داده شد که بیشتر آنها طول درمان شش ماهه را کامل کرده‌اند (گینزبورگ^{۱۷} و گلاس^{۱۸}، ۱۹۸۴). بنابراین معتادانی که تحصیلات کمتری دارند نیازمند آموزش بیشتری برای ادامه‌ی مصرف نالترکسون می‌باشند.

در این بررسی نشان داده شد، بیمارانی که مدت زمان کمتری نالترکسون را به کار برده بودند، در همه‌ی مقیاس‌های آزمون SCL-90-R نمره‌ی بالاتری دریافت نموده و آسیب‌شناسی روانی بالاتری را نشان داده‌اند.

به نظر می‌رسد معتادانی که علایم مربوط به اختلال‌های روانی و یا اختلال روانی همراه^{۱۹} داشته‌اند، زودتر از سایر معتادان، درمان نگهدارنده با نالترکسون را قطع می‌نمایند. بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که نبود آسیب‌شناسی روانی از عوامل موفقیت درمان با نالترکسون به شمار می‌رود (اکوآ^{۲۰}، لویز-ایبور^{۲۱}، پرز^{۲۲} و سبولادا^{۲۳}، ۱۹۹۲). از این رو ارزیابی کامل روانی معتادانی که خواستار ترک می‌باشند، پیشنهاد می‌گردد. به این ترتیب می‌توان افرادی را که احتمال بیشتر برگشت به سوی مواد افیونی دارند، شناسایی کرد.

1- Azatian	2-Papiasvilli
3- Joseph	4- Schifano
5- Marra	
6- community reinforcement approach	
7- Roozen	8- Kerkhof
9- Van Den Brink	10- Kirchmayer
11- Davoli	12- Verster
13- Kosten	14- Kleber
15- Caroll	16- Gerra
17- Ginzburg	18- Glass
19- comorbid	20-Ochoa
21- Lopez-Ibor	22-Percz
23- Cebollada	

stance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids.

American Journal of Psychiatry, 152, 5-8.

Azatian, A., Papiasvilli, A., & Joseph, H. (1994). A study of the use of clonidine and naltrexone in the former USSR. *Journal of Addictive Diseases*, 13, 35-52.

Caroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., O'Connor, P.G., Eagan, D.A., Frankforter, T.L., Triffleman, E.G., Shi, J., & Rounsaville, B.J. (2000). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*, 58, 755 - 761.

Comer, A.D., Collins, E.D., Kleber, H.D., Nuwayser, E.S., Kerrigan, J.H., & Fischman, M.W. (2000). Depot naltrexone: Long-lasting antagonism of the effect of heroin in humans. *Psychopharmacology*, 159, 351-360.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90-R: Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.

Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90-R and MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

Gerra, G., Marcato, A., Caccavari, R., Fontanesi, B., Delsignore, R., Fertoni, G., Avanzini, P., Rustichelli, P., & Passeri, M. (1995). Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *Journal of Substance Treatment*, 12, 35-41.

برقراری اتحاد درمانی پزشک و بیمار می‌تواند بر تداوم درمان در معتادینی که مشکلات متوسط یا شدید روانی دارند کمک نماید (پتری^۱ و بیکل^۲، ۱۹۹۹).

نالترکسون داروی مطمئنی است؛ پیامدهای جانبی زیادی ندارد، تنها مشکل قطع زود هنگام آن است و قطع زود هنگام آن ظاهراً مشکلی برای بیمار پدید نمی‌آورد (رنو^۳، ۱۹۸۱). یکی از راهکارهایی که می‌توان در کشور ما نیز از آن سود برد، کاربرد ترکیبات دپو^۴ با نیمه عمر طولانی است که بهره‌گیری از آن موفق گزارش شده است (کومر^۵ و همکاران، ۲۰۰۰).

این پژوهش تنها بر روی بیمارانی که داوطلبانه برای بستری شدن مراجعه نموده بودند انجام شده و بیماران سرپایی مورد سنجش قرار نگرفته‌اند. از این رو ممکن است بررسی بیماران سرپایی یافته‌های متفاوتی به دست دهد. به علت مراجعه‌ی کمتر زنان برای درمان، در این بررسی زنان مورد ارزیابی قرار نگرفتند. استفاده از تلفن از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌آید و چنانچه بررسی با کمک بخش مددکاری و با مراجعه به منزل افراد انجام می‌شد، یافته‌های مطمئن‌تری به دست می‌داد.

منابع

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در میدان یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ۳۹-۳۳.

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱). *راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف کنندگان مواد*. تهران: انتشارات پرشکوه.

American Psychiatric Association (1995). Practice guideline for the treatment of patients with sub-

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1- therapeutic alliance | 2- Petry |
| 3- Bickel | 4- Renault |
| 5- depot | 6- Comer |

- Ginzburg, H.M., & Glass, W.J. (1984). The role of National Institute on Drug Abuse in the development of naltrexone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 4-6.
- Kirchmayer, U., Davoli, M., & Verster, A. (2000). *Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence*. Cochrane Database System Review: CDOO 1333.
- Kosten, T.R., & Kleber, H.D. (1984). Strategies to improve compliance with narcotic antagonists. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 249-266.
- Ochoa, M.E., Lopez-Ibor, A.J., Perez, J.C., & Cebollada, G.A. (1992). Detoxification treatment with naltrexone in opiate dependence. *Acta LUSO ESP Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 20, 215-229.
- Petry, N.M., & Bickel, W.K. (1999). Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. *Psychiatric Services*, 50, 219-227.
- Renault, P.F. (1981). Treatment of heroin-dependent persons with antagonists: Current status. *NIDA Research Monograph*, 28, 11-22.
- Roozen, H.G., Kerkhof, A.J., & Van Den Brink, W. (2003). Experiences with an outpatient relapse program (Community reinforcement approach) combined with naltrexone treatment of opioid-dependence: Effect on addictive behaviors and the predictive value of psychiatric comorbidity. *European Addiction Research*, 9, 53-58.
- Schifano, F., & Marra, R. (1990). Naltrexone for heroin addiction encouraging results from Italy. *International Journal of Clinical Pharmacology Therapy Toxicology*, 28, 144-146.
- Van Brussel, G.H. (2001). Limited role of naltrexone in the treatment of opiate addiction. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 28, 1452-1456.