

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

دکتر حمیدرضا احمد خانیها\*، منوچهر قرائی پور\*\*، دکتر لیلی پناغی\*\*\*

### 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 ماه ها 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، نبش 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: gharaipoor@yahoo.com

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

## مقدمه

نالترکسون یک آنتاگونیست گیرنده افیونی، بدون ویژگی اعتیادآور و با تأثیرات زیان‌آور اندک است (کارول، بال<sup>۱</sup>، نیچ<sup>۳</sup> و اوکونور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). نالترکسون با وجود سودمندی‌های بسیار به دلیل ریزش<sup>۵</sup> و همکاری نکردن بیماران (مکری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ آنتون<sup>۷</sup>، موآک<sup>۸</sup>، واید<sup>۹</sup> و لاتام<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱) کارایی کمی دارد. کیرچ مایر<sup>۱۱</sup>، داوولی<sup>۱۲</sup>، ورستر<sup>۱۳</sup>، آماتو<sup>۱۴</sup> و فری<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۲) نیز برای ارزیابی اثر درمان نگهدارنده نالترکسون در پیش‌گیری از بازگشت معتادان به مصرف مواد افیونی پس از طی دوره سم‌زدایی، در بازمینی 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<sup>۱۶</sup> 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<sup>۱۷</sup>، رایت، نیومن و لیز، ۱۳۸۰). مدیریت وابستگی<sup>۱۸</sup> با فراهم کردن پیامدهای تقویت‌کننده هنگامی که بیماران اهداف درمان را رعایت می‌کنند (پرهیز از مصرف مواد) و نیز با عدم ارزیابی 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<sup>۱۹</sup> و پتری<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۹). راوسون<sup>۲۱</sup> (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

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 مدخله‌ای، 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 یا 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<sup>۲۲</sup> (ASI) (مک‌لنلان<sup>۲۳</sup>، لوبورسکی<sup>۲۴</sup>، وودی<sup>۲۵</sup> و ابرین<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۲) به‌کاربرده 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 به‌کار 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 (شوریچ<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۰). روایی صوری این ابزار به کمک سه نفر از استادان بررسی شد و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۹۰ به‌دست آمد.

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	

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 خطرآفرین 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 چک‌لیست 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 من‌ویتنی، 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

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

برای بررسی معنی‌دار 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 معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) به دست آمد. برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها به صورت دوتایی در متغیر طول مدت مصرف از آزمون من‌ویتنی 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 ( $p < 0/01$ ) معنی‌دار بود. تفاوت میان گروه نالترکسون با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی معنی‌دار نبود. در زمینه سن هنگام نخستین مصرف، نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ). بررسی تفاوت دو به دو گروه‌ها با آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تفاوت معنی‌دار ( $p < 0/05$ ) میان

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

متغیر	گروه		
	مدیریت وابستگی با نالترکسون فراوانی (%)	نالترکسون فراوانی (%)	درمان شناختی- رفتاری با نالترکسون فراوانی (%)
<b>گروه‌های سنی</b>			
۲۰-۲۷	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	۱۶ (۵۳/۳)
۲۸-۳۵	۱۳ (۴۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
۳۶-۴۳	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)
۴۴-۵۰	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
<b>وضعیت تاهل</b>			
متاهل	۱۴ (۴۶/۷)	۲۲ (۷۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)
مجرد	۱۶ (۵۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)
<b>وضعیت تحصیلی</b>			
دانشگاهی	-	-	۱ (۳/۳)
دبیرستانی	۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	۲ (۶/۷)
راهنمایی	۱۵ (۵۰)	۱۲ (۴۰)	۱۰ (۳۳/۳)
ابتدایی	۸ (۲۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)
<b>وضعیت اشتغال</b>			
شاغل	۲۲ (۷۳/۳)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)
بی‌کار	۸ (۲۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۲ (۶/۷)

**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)		
نالترکسون + مدیریت وابستگی	۳۱/۶ (۱۳/۶)	۲۴ (۴/۹)	۷/۶ (۱/۰۹)	۷/۶ (۱/۰۹)		
نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری	۲۲/۴ (۹/۷)	۲۴/۸ (۴/۹)	۷/۶ (۱/۱)	۷/۶ (۱/۱)		
کل	۲۹/۱ (۱۴/۰۱)	۲۳/۵ (۴/۴)	۷/۶ (۱/۰۸۴)	۷/۶ (۱/۰۸۴)		

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 معنی دار میان سه گروه نشان نداد. هم چنین نتایج تحلیل واریانس نمرات چک لیست شدت اعتیاد پیش از آغاز مداخله، بین سه گروه تفاوت معنی دار نداشت.

یکی از پرسش های پژوهش حاضر عبارت بود از این که آیا سه گروه از نظر ریزش تفاوت خواهند داشت یا خیر. برای پاسخ به این پرسش آزمون خی دو تفاوت معنی داری را نشان داد.

پرسش بعدی پژوهش این بود که آیا میزان همکاری گروه ها با هم تفاوت معنی دار خواهند داشت. برای پاسخ به این پرسش، شمار جلسه هایی که بیماران به مرکز روان پزشکی ایران مراجعه کردند، به عنوان ملاک میزان همکاری آنان در نظر گرفته شد. از نظر شمار مراجعه، آزمودنی ها به سه گروه تقسیم شدند: ۱۵ جلسه یا بیشتر، ۸ تا ۱۴ جلسه و ۷ جلسه یا

**جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب**

**شمار مراجعات به تفکیک سه گروه درمانی**

گروه درمانی	تعداد مراجعات		
	>۸	۸-۱۴	<۱۴
نالترکسون + درمان شناختی- رفتاری	۴	۸	۱۸
نالترکسون + مدیریت وابستگی	۱	۵	۲۴
نالترکسون	۷	۱۷	۶
کل	۱۲	۳۰	۴۸

کمتر. توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب شمار جلسه هایی که مراجعه داشتند به تفکیک سه گروه درمانی در جدول ۳ دیده می شود. برای بررسی معنی دار بودن تفاوت، آزمون خی دو به کار برده شد. به دلیل موارد قابل انتظار کمتر از ۲ در یکی از خانه ها از آزمون فیشر استفاده شد که تفاوت معنی دار بود ( $p < 0.01$ ).

پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا مداخله های درمانی گوناگون، تفاوت معنی داری در نمره های چک لیست شدت اعتیاد بین گروه ها ایجاد می کنند. برای پاسخ به این پرسش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر بهره گرفته شد. نمره های چک لیست شدت اعتیاد به عنوان عامل درون گروهی و گروه های درمان به عنوان عامل میان گروهی در نظر گرفته شدند. نمره های چک لیست شدت اعتیاد پس از مداخله تفاوت معنی دار با پیش از مداخله نشان داد. افزون بر این، تعامل عامل میان گروهی ( $F=3.583, df=2, p < 0.05$ ) و عامل درون گروهی ( $F=349.513, df=1, p < 0.001$ ) معنی دار بود. هم چنین تفاوت میان سه گروه معنی دار بود ( $p < 0.001$ ،  $df=2$ ). برای بررسی این که کدام گروه ها دارای تفاوت معنی دار هستند، آزمون توکی انجام شد که بین گروه های نالترکسون و نالترکسون + مدیریت وابستگی تفاوت معنی دار به دست آمد ( $p < 0.01$ ).

## بحث

همان گونه 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 به عنوان درمان نگهدارنده مصرف می کردند. یافته های این بررسی در تأیید اثربخشی مدیریت وابستگی است و با یافته های به دست آمده توسط مکری (۲۰۰۲)، کیرچ مایر و همکاران (۲۰۰۲)، راوسون (۲۰۰۲)، کارول (۲۰۰۱)، سیلورمن<sup>۱</sup>، ونگ<sup>۲</sup>، هیگینز و برونر<sup>۳</sup> (۱۹۹۶)، پتری و مارتین (۲۰۰۲)، مسینا<sup>۴</sup>، فارابی<sup>۵</sup> و راوسون (۲۰۰۳)، کالاهان<sup>۶</sup>، راوسون، گلیرز<sup>۷</sup>، مک کلیو<sup>۸</sup> و آریاس<sup>۹</sup> (۱۹۷۶)، اپستین، هاوکینز<sup>۱۰</sup>، کووی<sup>۱۱</sup>، اومبریخت<sup>۱۲</sup> و پرستون<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۳) و

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	

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 نالترکسون 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 نالترکسون 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 نالترکسون با گروه نالترکسون + درمان شناختی-رفتاری تفاوتی ندارند. گروه نالترکسون با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی دارای تفاوت معنی‌دار بودند. گروه نالترکسون + درمان شناختی-رفتاری با گروه نالترکسون + مدیریت وابستگی تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. هماهنگی با بررسی‌های پیشین (کارول، سینا، نیچ، بابوسکیو و روناسویل، ۲۰۰۲؛ اپستین و همکاران، ۲۰۰۳؛ کالاهان و همکاران، ۱۹۷۶؛ مسینا و همکاران، ۲۰۰۳؛ پتری و مارتین<sup>۱</sup>، 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.

مدیریت وابستگی به‌سرعت 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، به‌کارگیری 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<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) رویکرد درمان رفتاری به‌همراه تجویز نالترکسون را به‌منظور بالا بردن جنبه‌های درمانی نالترکسون پیشنهاد دادند. در این رویکرد افزون بر دریافت نالترکسون از درمان‌های رفتاری شامل درمان شبکه‌ای<sup>۳</sup>، رویکرد تقویت اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری و برنامه مدیریت وابستگی بهره گرفته می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده حجم نمونه بزرگتری به‌کار 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: ۱۳۸۳/۷/۲۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۳/۳۰؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۴/۱

## منابع

بک، آرون‌تی؛ رایت، 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 پیرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوءمصرف 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

1- Martin

2- Rothenberg

3- network therapy

- the treatment of outpatient alcoholics: Results of a placebo controlled trail. *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 responsiveness 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.