



نقش آموزش کنترل محیط، توجه برگردانی و توقف افکار در کاهش رفتار موادخواهی در وابستگان به مواد افیونی

محمد ناظر*، احمد رضا صیادی**، دکتر عزت‌آ... خالقی***

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر ضمن پاکسازی و کنترل محیط برای پیشگیری از تحریک وسوسه کوشش شده است با روشهای کنترل افکار و تصاویر ذهنی اضطراب برانگیز و انسدگی‌ها مانند توجه برگردانی و توقف افکار به مهار افکار و تصاویر ذهنی مربوط به رفتار موادخواهی پرداخته شود. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی است. آزمودنیهای پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده به تصادف در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) جای داده شدند. گروه آزمایش طی ۳ هفته، هفته‌ای ۲ جلسه هر جلسه ۳۵ دقیقه به شکل گروهی در برنامه آموزشی کنترل محیط، توجه برگردانی و توقف افکار شرکت کردند. گروه گواه درمان معمول کلینیک را دریافت کردند. برای گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه ۳۰ سوالی مشخصات فردی و یک مقیاس روزنگار دفعات هجوم وسوسه و مدت زمان آن به کار برده شده است. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که از ۳۰ نفر گروه آزمایش ۱۹ نفر پس از ۶ ماه پاک بودند در حالیکه گروه گواه از ۳۰ نفر ۴ نفر پاک بودند. میانگین تعداد افکار در روز در ماه ششم در گروه آزمایش ۰/۸۹ مرتبه، و گروه گواه ۱/۱ مرتبه بوده که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. مدت زمان افکار به دقیقه در ماه ششم در گروه آزمایش ۵/۸ دقیقه در روز و برای گروه گواه ۲۸/۷ دقیقه بود، که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است. **نتیجه:** آموزش پاکسازی محیطی و توجه برگردانی و توقف افکار توانسته است در گروه آزمایش افراد بیشتری را تا ۶ ماه پاک نگهدارد. همچنین توانسته است مدت زمان وسوسه را کاهش دهد، اما در تعداد دفعات وسوسه در روز تفاوت معنی‌دار ایجاد نکرد. به طور کلی به کارگیری این روش، وسوسه و رفتار موادخواهی را کاهش می‌دهد.

کلید واژه: وسوسه، وابستگی به مواد افیونی، کنترل محیط و فکر، بازگشت به مواد، اعتیاد، درمان

*کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، مرکز آموزشی درمانی مرادی (نویسنده مسئول).

**کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان، رفسنجان، مرکز آموزشی درمانی مرادی، گروه روانپزشکی.

***روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان، رفسنجان، مرکز آموزشی درمانی مرادی، گروه روانپزشکی.

مقدمه

موادخواهی^۱ (هوس) یکی از جنبه‌های اصلی وابستگی روانی در مواد افیونی و برخی از دیگر مواد اعتیادآور است. بیمار تحت درمان که در حال گذراندن نشانه‌ها ترک مواد است، دچار انواع افکار و تصاویر ذهنی در مورد مواد و نوعی کشش درونی به سمت ماده مورد نظر می‌شود (وین‌ستین^۲، فلدکلر^۳، مالیز^۴، بیلی^۵، ۱۹۹۸). بطوری که بیمار بر آن افکار و تصاویر تسلط ندارد و تمام ذهن بیمار مشغول ماده موردنظر و مصرف فوری آن است.

از سوی دیگر نشانه‌های محیطی نوعی ماشه فعال‌کننده این افکار و تصاویر ذهنی است (دیوید^۶، ۱۹۹۸). مراد از نشانه‌های محیطی هر نوع ابزار به کار گرفته شده در مصرف ماده، مکان، زمان مصرف، گفتگو درباره ویژگیهای ماده، وجود معتاد در کنار بیمار است. معمولاً بیماران گزارش می‌کنند که این افکار و تصاویر غیر ارادی است و تسلطی بر آنها ندارند. بیشتر پژوهشها در زمینه درمان اعتیاد نوعی درمان نگهدارنده دارویی یا روانی را برای جلوگیری از بازگشت به مواد به کار برده‌اند. کاسوکیز^۷، برادلی^۸، مورکز^۹، گری^{۱۰} (۱۹۹۱) نشان دادند که بیشترین میزان بازگشت در چند ماه پس از سم‌زدایی است. همچنین نشان دادند که نشانه‌های مربوط به مواد باعث پیدایش رفتار موادخواهی و بازگشت به مواد می‌گردد. در پژوهش آنان نیمی از بیماران دچار رفتار موادخواهی شدند و نیمی از بیماران سم‌زدایی‌شده اعتیاد را در زمانهای مختلف در ۶ ماه پس از ترک شروع کردند.

راث^{۱۱}، هوگانی^{۱۲} (۱۹۹۷) در یک پژوهش با پی‌گیری ۵ ساله گزارش کردند که گروه درمانی با نالترکسون می‌تواند باعث پاک‌ماندن وابستگان به مواد افیونی شود. این پژوهشگران درمان با نالترکسون را به مدت ۸ ماه و گروه درمانی را به مدت ۲۳ هفته‌ای جلسه ادامه دادند. این بررسی نشان داد که ۹۴٪ نمونه‌ها پس از ۵ سال پاک و ۶۶٪ آنها مشغول کار حرفه‌ای خود بوده‌اند.

آنتون^{۱۳}، مواک^{۱۴}، واید^{۱۵}، لتهام^{۱۶}، (۱۹۹۹) در پژوهشی نقش نالترکسون و درمان شناختی رفتاری را به‌طور جداگانه و به‌طور ترکیبی در پاک‌ماندن وابستگان به الکل مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که نالترکسون برانگیختگی ناشی از الکل را کاهش می‌دهد، و درمان شناختی رفتاری مقاومت در زمینه فکر کردن در مورد الکل را بالا می‌برد. هنگامی که هر دو درمان اجرا شود میزان تأثیر آنها افزایش می‌یابد. وودی^{۱۷}، مک‌للان^{۱۸}، ولوبرسکی^{۱۹} (۱۹۹۰) نشان دادند که ترکیب روان‌درمانی و مشاوره با درمان نگهدارنده با متادون طول درمان پاک‌ماندن را افزایش می‌دهد. آنان در این پژوهش نشان دادند که وابستگان به مواد افیونی که دارای یک تشخیص روانپزشکی هستند حتماً به درمان نگهدارنده برای پاک‌بودن نیاز دارند.

هیث^{۲۰}، استاتون^{۲۱} (۱۹۹۸) نشان دادند که مشارکت خانواده در برنامه درمان و انجام خانواده درمانی یکی از عوامل اصلی در جلوگیری از بازگشت مجدد به مواد است.

کاتالون^{۲۲}، گینی^{۲۳}، فلمینگ^{۲۴} (۱۹۹۹) در یک پی‌گیری یک‌ساله نشان دادند که آموزش به والدین برای اداره امور منزل و حفظ ارتباط نزدیک با خانواده، مصرف دوباره مواد والدین و حتی فرزندان خانواده را کاهش می‌دهد.

بکایر^{۲۵}، چلیدرس^{۲۶}، گاریتی^{۲۷} (۱۹۹۳) نشان دادند که بازگشت به خانواده می‌تواند از بازگشت به مواد پیشگیری کند.

1-craving	2- Weinstein
3- Feldt Keler	4- Malizia
5- Bailey	6- David
7- Kasvikis	8- Bradlai
9- Morks	10- Gray
11- Roth	12- Hogani
13- Anton	14- Moak
15- Waid	16- Lathham
17-Woody	18- McLellan
19- Luborsky	20- Heath
21- Stanton	22- Catalano
23- Gainey	24- Fleming
25- Bekir	26- Childress
27- Gariti	

لینگ واتر^۱، کالینز^۲، باتکی^۳ (۱۹۹۸) نشان دادند که بیماران سم‌زدایی‌شده نیاز به درمان نگهدارنده با (LAAM)^۴ و یا نالترکسون دارند و فرض آنها این بود که اگر بیمار موفق به مهار رفتار موادخواهانه نشد عمل خنثی‌سازی صورت گیرد.

سویست^۵، (۱۹۹۷) در کتابی با عنوان درمان اختلالات اعتیاد وظیفه بیمار را در فرایند درمان عبارت از رشد مهارت‌های اجتنابی روانی از مواد، رشد روش‌های سازگاری با استرس‌های مثبت و منفی، رشد عزت‌نفس و خودپسندگی و همچنین درمان اختلال‌های روانپزشکی همراه دانسته است.

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش کنترل محیطی و آموزش توجه‌برگردانی و توقف افکار در کاهش رفتار موادخواهانه (وسوسه) در وابستگان به مواد افیونی است.

عرب و نصیری (۱۳۷۸) نشان دادند که گروه درمانی شناختی - مذهبی و گروه درمانی شناختی، افسردگی و اضطراب و بازگشت دوباره به مواد را در معتادین خود معرف کاهش می‌دهد. ضمناً گروه درمانی شناختی - مذهبی اثر درمانی بیشتری داشته است.

روش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی است. آزمودنی‌های پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. جامعه مورد بررسی را کلیه بیماران سم‌زدایی‌شده وابسته به مواد افیونی دارای وابستگی روانی همراه با رفتار موادخواهانه (وسوسه) تشکیل داده‌اند. بیمارانی که از پایان هفته اول درمان اعلام می‌نمودند که وسوسه دارند کاندید ورود به نمونه اولیه پژوهش می‌شدند. معیارهای انتخاب این افراد مصرف تریاک، شیره و هروئین به روش تدخین، کمک سیخ، سنگ و قلیان و خوردن به مقدار ۲ تا ۴ گرم، طول اعتیاد حداقل ۱ و حداکثر ۴ سال، داشتن سن بین ۲۰ تا ۲۵ سال، زندگی کردن با خانواده، مرد بودن، شاغل بودن و عدم بیماری‌های مهم جسمی و روانی بوده است. سپس این افراد به تصادف به گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. حجم نمونه به دلیل ریزش نمونه‌ها و

کلارک^۶ و تیزدل^۷ (۱۹۸۲)، به نقل از کیت‌هاوتون^۸ و سالکوس کیس^۹، (۱۳۷۶) روش توجه‌برگردانی یا اجتناب شناختی را برای کنترل افکار و تصاویر ذهنی مزاحم پیشنهاد نمود. همچنین راجمن^{۱۰} و دوسیلو^{۱۱} (۱۹۷۸) به نقل از کیت‌هاوتون و همکاران، (۱۳۷۶) روش توقف افکار را برای کنترل افکار و تصاویر ذهنی غیر ارادی و وسواس‌گونه معرفی کردند. آنان بر این باورند که نشانه‌های مربوط به مواد باعث فعال‌شدن افکار و تصاویر ذهنی موادخواهانه می‌شود و هر چه افکار بیشتر طول بکشد، افزایش بیقراری، عصبی‌شدن، بهانه‌گیری، پرخاشگری، پیدایش دوباره نشانه‌های ترک شدیدتر است. این وضعیت در نهایت بی‌اختیارشدن بیمار را در پی دارد. به‌طوری‌که به قصد پیدا کردن دوباره مواد موردنظر و مصرف آن از منزل فرار می‌کند. از این رو در پژوهش حاضر کوشش شده است به بیمار آموزش داده شود تا محیط پیرامون خود را از نظر بستگان نزدیک، دوستان، همکاران و از نظر تمامی نشانه‌های مربوط به مواد پاکسازی کند؛ همچنین به او آموخته می‌شود تا افکار و تصاویر غیرارادی مربوط به

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1- Ling-Water | 2- Collins |
| 3- Batki | |
| 4- Levo-alpha-acteyl methadol | |
| 5- Swist | 6- Clark |
| 7- Tizdel | 8-Hawton |
| 9- Salkovskis | 10- Rachmans |
| 11- Dosirow | 12- Batler |
| 13- Kalingtown | 14- Hibert |
| 15- Kelamin | 16- Gelder |

نداشتن گروهی که کاری در حد پلاسبو بر روی آنها انجام شود ۳۰ نفر برای گروه آزمایش و ۳۰ نفر برای گروه گواه در نظر گرفته شد.

منظور از درمان جسمی یا سم‌زدایی عبارت از درمان با کلونیدین و درمان علامتی با داروهای روانپزشکی غیر مورفینی به مدت ۲ هفته بود. بیمارانی که به دلیل وجود افکار و تصاویر ذهنی و علاقه به مصرف دوباره و داشتن سایر معیارهای انتخاب وارد نمونه آزمایش شده و برنامه درمانی-آموزشی ۳ هفته‌ای را در گروه‌های ۵ تا ۱۰ نفری طی کردند و مدت آموزش هر جلسه ۳۵ دقیقه و هر هفته ۲ جلسه برگزار می‌گردید. محتوای جلسه‌ها شامل آموزش کنترل محیط، توجه‌برگردانی، توقف افکار با توافق با بیماران بود. ماهی یکبار برنامه پیگیری در مدت ۶ ماه انجام گرفت. در طول این مدت گروه گواه تنها برنامه عادی درمان را دریافت می‌کردند.

محتوای برنامه درمانی:

۱- آموزش کنترل محیطی: آموزش حذف هر نوع علائم و نشانه مربوط به مواد که نقش یادآورنده دارند از محیط خود همراه با آموزش شیوه‌های حذف و جانشین‌سازی.

۲- آموزش توجه‌برگردانی: آموزش تمرکز بر یک شیء، آگاهی حسی، تمرینهای ذهنی مانند انواع شمارشها و خواندن اشعار و سرودها، انجام فعالیتهای جالب، صحبت حضوری یا تلفنی با کسی درباره موضوعی متفاوت به منظور منحرف کردن توجه و دقت بیمار از مواد مخدر به مطالبی دیگر. این روش توسط کلارک، تیزدل (۱۹۸۲) و یرنزا^۱ (۱۹۸۰)، به نقل از کیت‌هاوتون و همکاران، (۱۳۷۶) مطرح شده است.

۳- روش توقف افکار: عبارت از آموزش توقف عمدی افکار وسواس‌گونه و غیر ارادی به بیمار است. راجمن و دوسیلو (۱۹۷۸) به نقل از همان‌جا). اگر هر یک از افراد گروه آزمایش و گواه در طول ۶ ماه دچار حادثه و استرس مهمی (مانند مرگ عزیزان،

تصادف رانندگی، ورشکستگی، طلاق، بیکاری و بیماریهای مهم جسمی و روانی) می‌شدند از نمونه حذف می‌شدند. در طول ۶ ماه نشانه‌های روانی و بدنی بیماران توسط روانپزشک درمان علامتی می‌شد. البته غیر از رفتار موادخواهانه یا دارویی که بر رفتار موادخواهانه مؤثر می‌باشد مثل نالترکسون و غیره داروی دیگری تجویز نمی‌شد. گفتنی است که تمامی آزمودنیها با هم وارد پژوهش نشدند، بلکه هر دو هفته یکبار ۱۰ تا ۱۵ بیمار انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش حاضر عبارت از یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی مشخصات فردی تهیه شده توسط مرکز اعتیاد علوم پزشکی رفسنجان بود که در این پژوهش برای غربالگری بکار برده شد و مقیاس روزنگار دفعات هجوم وسوسه‌ها و مدت زمان آن به دقیقه بود. گفتنی است که ثبت روزانه هجوم افکار موادخواهانه و دقایق آنها بطور خیلی دقیق توسط بیماران انجام نمی‌گرفت. از آنجا که میانگین دفعات هجوم و میانگین دقیقه برای یک ماه ملاک بود و مهم‌تر اینکه عدم اعتیاد مجدد در پایان مدت اجرای پژوهش ملاک اصلی مقایسه بود، بی‌دقتی بیماران در نتیجه به دست آمده چندان تأثیری نداشته است. آموزش کنترل محیط و توجه‌برگردانی از پایان هفته دوم درمان آغاز می‌شد. داده‌های پژوهش به کمک تحلیل واریانس و آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

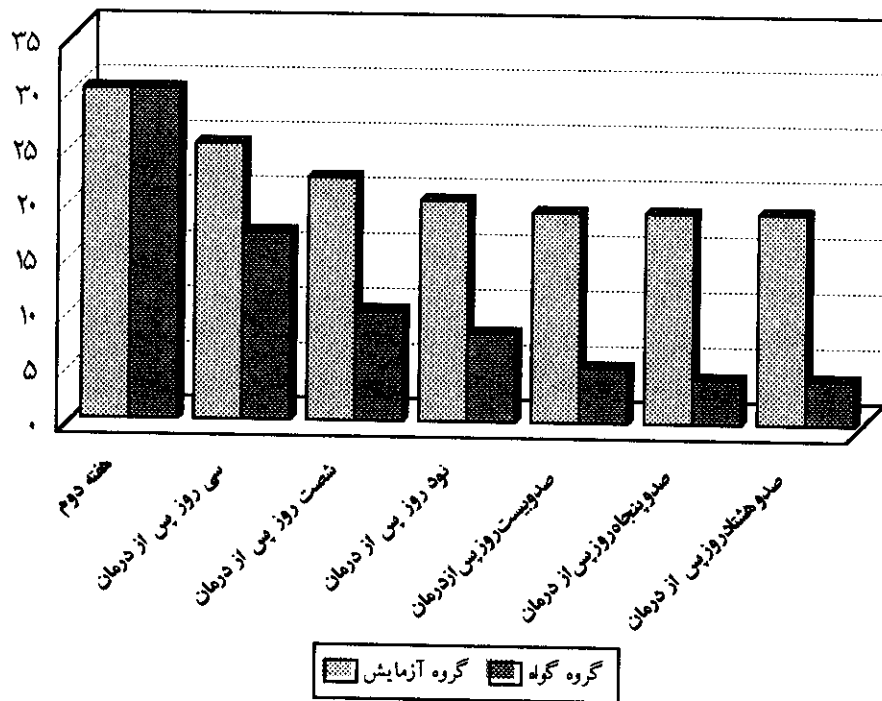
نمودار ۱ نشان می‌دهد که تعداد افراد پاک در پایان هر ماه در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری از گروه گواه بیشتر است ($\chi^2=19/9, P<0/001$). جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین ماهانه تعداد دفعات وسوسه در روز در گروه آزمایش در آغاز درمان ۲/۸ مرتبه و گروه گواه ۲/۷۶ مرتبه؛ همچنین در پایان طرح در گروه آزمایش

زمان در گروه آزمایش به ۵/۸ دقیقه در روز و در گروه گواه به ۳۸/۷ دقیقه در روز کاهش یافته است. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($p < 0.05$).

۰/۸۹ مرتبه و در گروه گواه ۱/۱ مرتبه بود که تفاوت دیده شده معنی دار نبود.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین مدت زمان وسوسه در روز در آغاز درمان ۸۶/۵ دقیقه و در گروه گواه ۹۲/۸ دقیقه است. اما در پایان درمان این مدت

نمودار ۱ - شمار افراد پاک مانده در دو گروه بر حسب مدت پاک ماندن



جدول ۱ - شمار آزمودنی‌ها، میانگین و انحراف معیار دفعات وسوسه (رفتار موادخواهی) روزانه در پایان هر سنجش در

گروه آزمایش و گواه

مدت زمان پاک بودن	گروه آزمایش			گروه گواه		
	شمار آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
هفته دوم درمان	۳۰	۲/۸	۱/۳۹	۳۰	۲/۷۶	۱/۳۳
از پانزدهم تا سیام	۲۵	۲/۶۸	۰/۸	۱۷	۲/۱۰۵	۰/۵
ماه دوم	۲۲	۲/۷	۰/۸۲	۱۰	۱/۸۹	۰/۴۴
ماه سوم	۲۰	۲/۳۵	۰/۶۷	۸	۱/۸۶	۰/۳۷
ماه چهارم	۱۹	۱/۳۷	۰/۸۲	۵	۲	۰/۵
ماه پنجم	۱۹	۱/۲۶	۰/۵۱	۴	۱/۱	۰/۲۵
ماه هشتم	۱۹	۰/۸۹	۰/۵۴	۴	۱/۱	۰/۲۵

جدول ۲- شمار آزمودنی‌ها، میانگین و انحراف معیار مدت زمان وسوسه به دقیقه در روز در گروه آزمایش و گواه در پایان هر سنجش.

مدت زمان پاک‌بودن	زمان وسوسه		گروه آزمایش		گروه گواه	
	شمار آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
هفته دوم درمان	۳۰	۸۶/۵	۳۲/۶	۳۰	۹۲/۸	۲۹/۲
از پانزدهم تا سیام	۲۵	۸۲/۹	۳۳/۳	۱۷	۷۷/۱	۱۹/۳
ماه دوم	۲۲	۶۸/۸	۲۶/۴	۱۰	۶۴/۸	۱۳/۳
ماه سوم	۲۰	۵۰/۶	۲۲/۴	۸	۶۴/۳	۱۳/۴
ماه چهارم	۱۹	۲۳/۸	۱۴/۵	۵	۶۴/۴	۱۳/۹
ماه پنجم	۱۹	۱۳/۳	۵/۶	۴	۴۰/۷۵	۵/۳۵
ماه ششم	۱۹	۵/۸۹	۳/۷۹	۴	۳۸/۷	۴/۷

بحث

زیاد داشته‌اند، خودبخود از نمونه حذف شده‌اند. افراد باقی‌مانده وسوسه کمتری داشتند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که طول مدت وسوسه در گروه آزمایش کاهش معنی‌دار داشته است. از این‌رو گرچه افکار بطور کامل قطع نشده اما تا حدی تحت کنترل درآمد و مدت آن بسیار کاهش یافته است. این یافته با یافته‌های پژوهش فینل و تیزدل (۱۹۸۴ و ۱۹۸۷) به نقل از کیت‌هاوتون و سالکوس کیس، (۱۳۷۶) در کاهش افکار افسردگی‌زا، و پژوهش بالتر، کالینگ‌تون، هیبرت، کلایمس، گلدار (۱۹۸۷)، به نقل از همان‌جا) در زمینه کاهش افکار اضطراب‌زا، افکار و تصویر ذهنی مربوط به وسوسه را همچون افکار و تصاویر ذهنی افسردگی‌زا تحت کنترل درآورده و کنترل آن مقاومت بیمار را در بازگشت به مواد افزایش داده است. همسو است. این نتیجه ترکیبی از کنترل محیط، توجه‌برگردانی و توقف افکار است و نمی‌توان به یکی از آنها نسبت داد.

منابع

کیت‌هاوتون، پالام؛ سالکوس کیس، جوان کرک؛ دیویوم، کلارک (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناختی، ترجمه، حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

همانگونه که نمودار ۱ نشان می‌دهد، آموزش کنترل محیط (پاکسازی محیط) و آموزش توجه‌برگردانی و توقف افکار باعث تداوم پاک‌ی و کاهش بازگشت مجدد به مواد شده است. از این رو رفتار موادخواهی (وسوسه) همچون افکار و سواسی تحت تأثیر طرح درمانی کنترل محیط آموزش، توجه‌برگردانی و توقف افکار قرار گرفته است. نیاز به درمان دارویی یا روانی نگهدارنده برای پیشگیری از اعتیاد دوباره تقریباً در بیشتر پژوهشها مورد توجه بوده است؛ از جمله درمان نگهدارنده با بوپرنورفین (لینگ و اتر و همکاران، ۱۹۹۸)، ترکیبی از نالتراکسون و شناخت درمانی (آنتون، مواک و واید، ۱۹۹۹)، ترکیبی از نالتراکسون و گروه درمانی (راث، هوگانی، ۱۹۹۷). با توجه به کمبود داروهای چون نالتراکسون، متادون، بوپرنورفین، LAAM، اگر بتوان جانشین در دسترس برای آنها یافت کمک بزرگی به بیماران معتاد گردیده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین روزانه افکار موادخواهی در هر دو گروه کاهش یافته، اما تفاوت معنی‌دار در دو گروه به وجود نیامده است. این مطلب نشان می‌دهد حتی با آموزش توجه‌برگردانی و توقف افکار و پاکسازی محیط، رفتار موادخواهی از میان نمی‌رود. به هر روی در گروه گواه افرادی که وسوسه

Roth, A., & Hogani, F. C. (1997). Naltrexone plus group therapy for treatment of opiate-abusing health-care professionals. *Journal Substance Abuse Treatment*, 14, 19-22.

Swist, B., & Robert, M. (1997). Treatment of addictive disorders. In B. K. Miller, S. Novman (Ed.) *Manual of therapeutic for addiction*, New-York: Wiley (PP 123-129)

Weinstein, A., Feldtkeller, B., Malizia, W., & Bailey, N. (1998). Integrating the cognitive and physiological aspects of craving. *Journal of Psychopharmacology*, 12, 8-31.

Woody, G. E. M., Clell, N., & Luborskyl, B. C. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts results of research studies. *NIDA Research Monograph*, 104, 9-23.

عرب، مصطفی؛ نصیری، حمید (۱۳۷۸). تأثیر گروه درمانی شناختی، مذهبی و گروه درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود مجدد معتادین خودمعرف، مرکز تحقیقات رفتاری در قلمرو اسلام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مقاله ارائه شده در سمینار اعتیاد زاهدان.

Anton, R. F., Moak, D. H., & Waid, R. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of patient alcoholics: results of a placebo controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1738-1764.

Bekir, P., M., Childress, A. R., & Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misuser. *Journal of Addiction*, 28, 613-630.

Catalano, R. F., Gainneys, R. R., Flemings, C. B. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one year followup of the focus on families project. *Journal of Addiction*, 94, 241-254.

David, W. (1998) Neural substrates of drugs craving and release in drug addiction: *Annals of Medicine*, 30, 376-389.

Heath, A. W., & Stanton, M. B. (1998). Family-based treatment: stages and outcomes. In B. R. Frances (Ed.) *Clinical textbook of addictive disorder* (2nd ed). (PP-498-52) NewYork: Guilford Press.

Kasvikis, Y., Bradley, B. P., Morks, I., & Gray, J. A. (1991). Post withdrawal exposure treatment to prevent relapse in, opiate addicts: a pilot study. *Journal of Addiction* 20, 85-118.

Ling-water, C. C., Collins, J., & Batki, S. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence; multicenter, randomized clinical trial: *Journal of Addiction*, 93, 475-486.