

СЕКЦИЈА 5 ПСИХОЛОГИЈА ЛОСОБИСТОСТИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ТРЕВОГОЙ И СТРЕССОМ ПОСРЕДСТВОМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ЛЕЧАЩИХСЯ МЕТОДОМ

RESEARCH OF THE EFFICIENCY OF ANXIETY AND STRESS MANAGEMENT THROUGH COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY IN PERSONS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND TREATED BY THE METHOD

Пристрасть до психоактивных речовин, що змінює поведінку і думки людини, є однією з найсерйозніших соціально-психологічних травм і основним чинником, що викликає психологічні, фізіологічні та соціальні проблеми. Залежність від психоактивних речовин, що має культурну, політичну, економічну, соціальну та психологічну основу, стає однією з найбільших проблем для людини, сім'ї і суспільства. Використання ПАР і його наслідки - одна з найбільших проблем, що стоять перед людством. Психологічні чинники, включаючи індивідуальні, такі як стрес і напруження, є однією з причин, які призводять до використання ПАР. В даний час для аналізу цього явища використовуються соціальні, медичні та психотерапевтичні моделі. Основна мета даного дослідження полягає у вивченні ефективності управління стресом за допомогою когнітивно-поведінкової групової терапії (далі: КПТ) як корисного методу, для учасників програми замісної терапії метадонном, залежних від психоактивних речовин (далі: ПАР). Група з двадцяти залежних ПАР і учасників програми замісної терапії метадонном, була випадковим чином відібрана в Республіканському Наркологічному Центрі. Учасників розділили на «експериментальну і контрольну» групи по десять чоловік. Експериментальна група була піддана методикою управління стресом за допомогою КПТ за дев'ять сеансів. Всі учасники заповнили анкету про тривогу і стрес, як до, так і після експерименту, всього 90 питань. Результати дисперсійного аналізу показали, що після тестування середні значення стресу і тривожності в експериментальній групі були значно нижче, ніж у контрольній. Це дослідження показало, що КПТ можна використовувати для управління стресом і тривогою в якості корисного методу для учасників програми лікування залежності від ПАР і замісної терапії метадонном.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, психоактивну

речовину, стрес, тривожність, програма замісної терапії, метадон.

Addiction to psychoactive substances that change a person's behavior and thoughts is one of the most serious socio-psychological trauma and the main factor causing psychological, physiological and social problems. Addiction to psychoactive substances, which has a cultural, political, economic, social and psychological basis, is becoming one of the biggest problems for the individual, family and society. The use of surfactants and its consequences is one of the biggest problems facing humanity. Psychological factors, including individual factors such as stress and tension, are one of the reasons that lead to the use of psychoactive substances. Currently, social, medical and psychotherapeutic models are used to analyze this phenomenon. The main objective of this study is to investigate the effectiveness of stress management using cognitive-behavioral group therapy (hereinafter: CBT) as a useful method for participants in methadone substitution therapy program dependent on psychoactive substances (hereinafter: PAS). A group of twenty drug addicts and participants in the methadone substitution therapy program were randomly selected at the Republican Narcological Center. The participants were divided into «experimental and control» groups of ten people. The experimental group underwent a stress management technique with CBT over nine sessions. All participants completed an anxiety and stress questionnaire, both before and after the experiment, with a total of 90 questions. The results of analysis of variance showed that after testing, the mean values of stress and anxiety in the experimental group were significantly lower than in the control group. This study showed that CBT can be used to manage stress and anxiety as a beneficial method for participants in substance abuse treatment programs and methadone substitution therapy.

Key words: cognitive-behavioral therapy, group therapy, psychoactive substance, stress, anxiety, substitution therapy program, methadone.

УДК 159.96: 616.89(072)
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.36.16>

Аллахвердиев Р.Ф.

диссертант кафедри соціальної
и педагогической психологии
Бакинский Государственный
Университет

Введение. Зависимость от психоактивных веществ – одна из глобальных проблем нашего времени. Число людей, которые ежедневно становятся жертвами психоактивных веществ, постоянно растет. В качестве основных симптомов зависимости от

психоактивных веществ следует рассматривать физиологические, поведенческие и когнитивные симптомы. То есть, когда человек продолжает употреблять одни те же вещества, это вызывает значительные проблемы в результате их использования.

Отсюда, к злоупотреблению психоактивными веществами следует подходить как с физиологической, так и с психологической точки зрения. В медицинской литературе больше внимания уделяется физиологическому направлению. По статистике, 7,5–8% взрослого населения общества являются пользователями ПАВ. Однако в развитых индустриальных странах этот показатель колеблется в 1–2% процентов. Согласно исследованиям, возраст употребления ПАВ снизился до 13–14 лет, что свидетельствует о том, что использование ПАВ в нашем обществе началось в раннем возрасте. Известно, что некоторые пользователи используют даже несколько видов ПАВ. Зависимость от ПАВ означает, что регулярное употребление ПАВ и других психотропных препаратов вызывает сопротивление в организме человека. При регулярном повторении эффекты сопротивления постепенно уменьшаются. Поэтому через некоторое время человек непроизвольно увеличивает дозу психотропных препаратов и веществ. Когда какое-либо вредное вещество не достигает предела насыщаемости, возникают физические и психические расстройства, называемые абстинентным синдромом (withdrawal syndrome).

Степень исследования проблемы. По мнению специалистов в этой области, на формирование этого явления по-разному влияют культурные, социальные, психотерапевтические, генетические и средовые факторы [2]. Исследования показали, что существует взаимосвязь между зависимостью от ПАВ и стрессом. Так же, как ПАВ может вызывать стресс, стресс также может привести к использованию ПАВ. Поэтому, как и все психологические проблемы, стресс считается фактором риска и может привести к употреблению ПАВ и, что наиболее важно, к зависимости. Около 3/4 пациентов, пытающихся лечить зависимость от ПАВ, имеют психические расстройства и нуждаются в психотерапевтических вмешательствах. Например, Регир и его коллеги [3] обнаружили, что около половины всех зависимых от ПАВ в Северной Америке страдают также другими психическими расстройствами. Психологические травмы влияющие на лечение зависимости от ПАВ. Правильная идентификация психических расстройств, не связанных с ПАВ, может помочь снизить вероятность возврата назад.

Исследования показывают, что люди со стрессом и поведенческими расстройствами более склонны к зависимости от ПАВ, чем нормальные люди. Кроме того, люди, зависимые от ПАВ, больше страдают от стресса и

поведенческих расстройств. Следовательно, психотерапевтические состояния, такие как стрессовые расстройства, создают благодатную почву для развития зависимости от ПАВ. Кроме того, такие расстройства, как стресс, входят в число ведущих психотерапевтических расстройств, вызванных зависимостью от ПАВ. У этих людей прямые стрессовые расстройства составляют 50–60%, а косвенные стрессовые расстройства – 10%. Зависимость от ПАВ присутствует примерно у 29% пациентов с психическими расстройствами и у 56% людей, которые обращаются в психиатрические больницы в связи со стрессом. Этот показатель оказался выше при биполярно-аффективных расстройствах и даже составляет 75%. Большинство пользователей более склонны к самоубийству. Возможно, стресс – основная причина обращения за лечением. Есть два метода лечения зависимости от ПАВ. Одно возможно фармакологически, а другое – нефармакологически. Оба метода возможны при уходе «постепенно» и «внезапно». Основными препаратами, применяемыми при лечении зависимости от ПАВ, являются метадон, клонидин, лофексидин, бупренорфин и др. [6].

Одна из причин того, что метадон все чаще используется в лечении пользователей ПАВ, заключается в том, что он может устранить зависимость, которая может возникнуть, если вы не будете принимать ПАВ в течение 24 часов. Эта особенность метадона была открыта в 1948 году Исбеллом и другими. Долгосрочные эффекты этого препарата привели к его более широкому использованию при лечении от ПАВ [7]. Те, кто регулярно употребляют метадон, добились успехов в своем образовании и профессиональных занятиях. Исследования последних тридцати лет также показали прогресс в адаптации к обществу. Лечение метадоном может быть более успешным, если оно сочетается с психологическим консультированием, общественной, профессиональной и образовательной поддержкой. К ним относятся немедикаментозные методы, такие, как прием успокоительных средств, устранение чувствительности, минимизация вовлечения и привлечения ПАВ, обусловленное стратегическое лечение и т. д.

Цель данной статьи – показать возможности психотерапевтического лечения больных с зависимостью ПАВ, на основе конкретных методик, которые указаны ниже.

Возможности психологического воздействия при лечении зависимости от ПАВ. Немедикаментозное лечение: обучение навыкам, необходимым для того, чтобы справиться с зависимостями, заблужде-

ниями, физическими и психологическими осложнениями зависимого; отстраниться от них в лучшей форме; вмешательство в окружающую среду пациента; семейная поддержка лечения пациента; формирование сети для его поддержки. Все это достигается за счет реализации целей вмешательства и выполнения собственных профессиональных обязанностей, таких, как привитие профессиональных навыков и привычек для поиска подходящей профессии. В результате он вернется в общество как обычный человек и, живя нормально, сможет наслаждаться жизнью [8]. Например, одно исследование показало, что молодые люди, которые были зависимы от ПАВ и испытывали стресс, добились прогресса в преодолении стресса, беспокойства и зависимости от ПАВ в результате эффектов КПТ. Это улучшение проявило себя, на протяжении 6 месяцев (44 недели). Согласно исследованиям МакХью, Херона и Отто, КПТ оказалась очень эффективным в качестве идеального лечения.

Фишер (1997) из исследования зависимых, обратившихся в наркологические диспансеры, пришел к выводу, что те, кто выбрал метод КПТ, добились положительных результатов в уменьшении проблем, связанных с зависимостью от ПАВ, улучшении социальных и семейных отношений и улучшении психотерапевтических показателей.

Управление стрессом, КПТ – это набор методов и приемов, практикованных для снижения стресса. Эти техники очень красочные. К ним относятся успокоение, преодоление стойкой чувствительности, контроль, обучение смелости, тайм-менеджмент и так далее. В последнее время различные исследования доказали эффективность этого метода в решении психологических (тревога и стресс) и физических проблем. Если посмотреть на национальную литературу в этой области, то там нет исследований об эффективности лечения КПТ в отношении психологических проблем людей, зависимых от ПАВ. Следовательно, если мы посмотрим на растущую зависимость от ПАВ и роль психотерапевтических факторов в этой зависимости, становится ясно, что эта проблема является одной из самых больших проблем, стоящих перед человеком, семьей и обществом. Эта проблема является причиной многих физических, психологических, поведенческих и социальных проблем. Целью данного исследования поэтому стало изучение эффективности управления тревогой и стрессом с использованием метода КПТ, при лечении метадонном [9].

Метод. *План исследования:* план исследования представляет собой пилотный проект, проведенный с контрольной группой после тестирования и перед тестированием. Независимой переменной здесь является управление стрессом с помощью метода КПТ, который используется только в экспериментальной группе, причем изучается влияние на послетестовые показатели у пациентов в этой группе, а затем все сравнивается с контрольной группой. **Объект исследования:** Все участники этого исследования были отобраны из числа пользователей ПАВ, обратившихся в Республиканский центр наркологии в Баку, которые лечились метадонном с зимы 2019 года. Выборка была определена случайным образом. Таким образом, на начальном этапе был выбран наркологический центр, который проводит лечение по метадоновой программе. На следующем этапе из числа пациентов, обратившихся в центр, случайным образом были отобраны пятьдесят пациентов, им были представлены вопросы, идентифицирующие симптомы из девяти вопросов, и из них были отобраны 24 человека с наивысшими баллами, которые приняли участие в исследовании.

Критерии участия в этом исследовании следующие:

1. Пройти курс лечения метадонном.
2. Принадлежать к мужскому полу.
3. Высшее образование.
4. Отсутствие психологических расстройств.

Чтобы уточнять вопросы анкеты, пациентов спрашивали, когда они обращались за очередной дозой метадона. Чтобы не допустить злоупотреблений в отношении исследователя, тест был проведен одним из выпускников магистратуры по общей психологии. Была проведена 45-минутная встреча, чтобы выразить благодарность и сотрудничество пациентам контрольной группы (чтобы выразить многочисленные проблемы этих пациентов, опасения, финансовые переживания, призывы к членам принять зависимость, призвать их быть терпеливыми и терпимыми перед лицом проблем и трудностей и т.д.). Программа лечения была основана на модели, представленной Энтони и его коллегами. Экспериментальная группа участвовала в занятиях девять раз в неделю по 90 минут каждое. В данном случае были использованы техники управления стрессом методом КПТ.

Содержание терапии кратко излагается ниже:

Первый сеанс: постепенное расслабление мышц для 16 групп мышц, объяснение концепции стресса.

Второй сеанс: постепенное расслабление мышц для 8 групп мышц.

Третий сеанс: диафрагмальное дыхание и упражнения, постепенное расслабление 4 групп мышц.

Четвертый сеанс: постепенное расслабление мышц с иллюстрацией определенного пространства.

Пятый сеанс: Аутогенная тренировка, замена логического мышления и его шагов, разговор с логическим и нелогичным у самого себя.

Шестой сеанс: Аутогенная тренировка, сравнение эффективных и неэффективных средств воздействия, определение и ее виды.

Седьмой сеанс: Аутогенная тренировка с иллюстрацией и контролем солнечного света.

Восьмой сеанс: Сеанс контроля, социальной поддержки и контроля мантр.

Девятый сеанс: Контроль количества вдохов, выполнение одной из упражнений отдыха предыдущих сессий, благодарность и признательность.

Средства:

В этом исследовании опросник SCL-90 R использовался для сбора данных по подшкалам стресса и тревоги. Этот эксперимент был проведен в 1080-х годах Дрогатисом и его коллегами. Этот тест представляет собой инструмент самооценки из 90 вопросов. Оценивает психологические симптомы в 9 областях.

Эти 9 областей включают:

Соматоформ.

Обсессия.

Компульсия.

Межличностная чувствительность.

Беспокойство.

Враждебность.

Страх перед болезнью.

Параноидальные мысли.

Психоз.

В этом тесте ответ на каждый вопрос оценивается от 1 до 5. Точность содержания теста была подтверждена Дрогатисом. Дрогатис и его коллеги протестировали анкету на 119 добровольцах. Результаты показали максимальное совпадение между двумя тестами. В этом исследовании максимальная корреляция депрессии составила 0,73, а корреляция страха болезни – 0,38. В Азербайджане точность этой анкеты была подтверждена различными исследованиями [10].

Два метода, «внутренний расчет и повторное тестирование», были использованы для проверки достоверности этого теста в девяти областях. Чтобы рассчитать внутреннюю валидность этого теста, он был протестирован и улучшен на 219 доброволь-

цах в США. Затем был рассчитан его коэффициент достоверности с использованием коэффициента ALFA. Все результаты полученных коэффициентов были удовлетворительными. Самый высокий коэффициент корреляции составил 0,90 для стресса, а самый низкий коэффициент корреляции 0,77 для психозных мыслей. В опросе по данной анкете коэффициент всех шкал был выше 0,70. Самым высоким показателем надежности был стресс с баллом 0,92. Следующая строка с 0,86 показателем относиться к тревоге. Результаты этого исследования были проанализированы с помощью статистической программы SPSS-16 и теста дисперсионного анализа [11].

Процедура проведения исследования: в дополнение к первой сессии, на которой участники психотерапии знакомятся друг с другом, объясняют цель участия в группе, обязанности членов и правила группы, сессия возвращается к предложениям, сделанным на предыдущих сессиях, и обсуждаются вопросы, поднятые во время тренинга. Затем объявляется тема занятия, и членов группы просят принять участие в групповых обсуждениях. Затем были определены предложения для следующей сессии, и члены группы должны были реализовать эти предложения до следующей сессии.

Вопросы, представленные в конце заседания, были обобщены и реализованы на практике. Два члена экспериментальной группы неоднократно исключались из исследования за неучастие в сеансе. Чтобы обеспечить равенство в обеих группах, из контрольной группы тоже исключались случайным образом выбранные два члена. На последнем сеансе из членов экспериментальной группы, а после окончания сеансов – из членов контрольной группы, психолог попросил ответить на вопросы SCL – 90 R, который состоит из 90 вопросов, определяющих симптомы, когда они будут обращаться в центр для дозы метадона. Следует отметить, что и экспериментальная группа, и контрольная группа были выбраны из тех, кто лечился метадон. Единственное различие в их лечении заключалось в том, что они получали групповую терапию с точки зрения методов управления стрессом с помощью когнитивно-поведенческой терапии [12].

Результаты исследования. Демографические характеристики экспериментальной и контрольной группы представлены в таблице 1:

Среднее значение и отклонение критериев стресса и тревоги экспериментальной и контрольной групп до и после эксперимента показаны в таблице 2 N: Как видно

Таблица 1

Демографические характеристики экспериментальной и контрольной группы

Переменные	Durum	Экспериментальная группа N=10		Контрольная группа N=10		Всего N=20	
		Цифра	Процент	Цифра	Процент	Цифра	Процент
Средний возраст	15–25	6	60%	7	70%	13	65%
	26–40	4	40%	3	30%	7	35%
Образование	5–8-сі классы	2	20%	2	20%	4	20%
	Диплом	8	80%	8	80%	16	80%
Семейное положение	Холостяк	2	20%	2	20%	4	20%
	Женат	8	80%	8	80%	16	80%
Профессия	Фермер	2	20%	1	10%	3	15%
	Работник	1	10%	4	40%	5	25%
	Свободно	7	70%	5	70%	12	60%
Совершение преступления	Совершал	3	30%	0	0%	3	15%
	Не совершал	7	70%	10	100%	17	85%
Средний возраст употребления психоактивных веществ	20	5	50%	7	70%	12	60%
	33	5	50%	3	30%	8	40%
Продолжительность употребления психоактивных веществ	3	2	20%	2	20%	4	20%
	8	5	50%	6	60%	11	55%
	13	3	30%	2	20%	5	25%
Тип используемого психоактивного вещества	Опиум	6	60%	6	60%	12	60%
	Героин	4	40%	4	40%	8	40%
Количество отказов от употребления психоактивных веществ	1–3	7	70%	4	40%	13	55%
	5	3	30%	6	60%	9	45%
Причина возврата к повторному использованию психоактивного вещества	Физические проблемы	1	10%	2	20%	3	15%
	Финансовые проблемы	1	10%	1	10%	2	10%
	Семейные проблемы	2	20%	2	20%	4	20%
	Обсессия	6	60%	5	50%	11	55%
Причина уйти	Усталость от зависимости	9	90%	9	90%	18	90%
	Финансовые проблемы	1	10%	1	10%	2	10%

Таблица 2

Описательная статистика стресса и тревоги до и после эксперимента во время эксперимента и согласно групповой классификации

Переменные	Группа	Перед тестом			После теста		
		Число	Средний показатель	Стандартное отклонение	Число	Средний показатель	Стандартное отклонение
Тревога	Экспериментальная	10	10/57	5/31	10	2/91	2/54
	Контрольная	10	8/14	4/54	10	9/38	6/13
Стресс	Экспериментальная	10	17/26	8/42	10	14/10	3/95
	Контрольная	10	16/82	11/34	10	17/90	10/31

из таблицы, обе переменные экспериментальной группы после эксперимента ниже, чем переменные контрольной группы.

Значение до теста было определено как всеобъемлющая переменная, и его влияние на значения после эксперимента кон-

тролировалось с помощью дисперсионного анализа. Хотя дисперсионный анализ был параметрическим тестом, вероятность того, что дисперсия была равна, а распределение было нормальным, также была включена в исследование. Согласно

результатам исследования статистических вероятностей, имеется предварительное условие, что дисперсии равны (с использованием критерия Левенса), а распределение является нормальным (с использованием критерия Колмогорова-Смирнова) ($P>0/05$). В таблице 3 приведены результаты дисперсионного анализа влияния членства в группе на показатели стресса и депрессии в экспериментальной и контрольной группах на пост-тестовой фазе.

физиологические проблемы, вызванные тревогой. КПТ управление стрессом и различные седативные методы играют беспрецедентную роль в снижении тревожности.

Снижение физического воздействия также эффективно снижает тревожность. В целом успокаивающие упражнения вызывают физиологические изменения. Эти физиологические изменения приводят к снижению активности симпатической нервной системы, а также к сни-

Таблица 3

Результаты анализа влияния стресс-менеджмента на стресс и тревогу методом КПТ

Тревога	Переменное соотношение	Степень свободы	Mean squares (среднее квадратичное отклонение)	Коэффициент F	Уровень смысла	Величина воздействия	Испытательная мощность
	Перед тестом	1	182/620	14/462	0/001	0/46	0/94
	группы	1	303/156	24/008	0/01	0/58	0/99
Стресс	Перед тестом	1	775/891	40/804	0/01	0/70	0/93
	группы	1	992/537	52/197	0/01	0/75	0/98

Как видно из таблицы 3 N, признаки стресса наблюдаются в экспериментальной и контрольной группах. В результате можно сказать, что в процессе лечения произошло уменьшение симптомов тревоги в экспериментальной группе, и сейчас этот показатель составляет 58%. Кроме того, лечебный процесс повлиял на уменьшение симптомов стресса в экспериментальной группе, которая в настоящее время составляет 75%.

Выводы. Целью этого исследования было изучение эффективности применения методов управления стрессом с помощью метода КПТ для снижения стресса и тревоги у пользователей ПАВ, получающих лечение метадоном. Эффективность управления стрессом с помощью метода КПТ в сокращении числа пользователей ПАВ совпадает с результатами предыдущих исследований, основанных на когнитивно-поведенческой терапии для снижения тревожности. Лечение тревоги может варьироваться от различных лекарств до психотерапевтического лечения. Если учесть, что тревога имеет физиологические, когнитивные и поведенческие аспекты, то можно сказать, что лекарства повлияют на физиологическую сторону лечения, а когнитивно-поведенческая терапия (далее КПТ) повлияет на два других. Это всегда было предметом дискуссий о том, какая сторона доминирует в человеке, как она продолжается и в какой степени преобладает. Некоторые считают, что, развивая когнитивные и поведенческие навыки, можно предотвратить некоторые

жению секреции гормонов адреналина и норадреналина. Следовательно, это приводит к уменьшению симптомов тревоги, особенно ее физиологических симптомов. Другим результатом этого исследования было изучение эффективности вмешательств по управлению стрессом с помощью метода КПТ в снижении стресса у потребителей психоактивных веществ, получавших метадон.

Полученные результаты относительно согласуются с результатами предыдущих исследований. Методы КПТ совместимы с лечением тревоги. Поскольку документирование событий, будущего и источника контроля над людьми, пристрастившимися к ПА веществам, совершенно неудачно, форма лечения КПТ может быть использована для достижения значительных результатов в снижении симптомов стресса у зависимых от ПАВ. Такие методы, как распознавание негативных мыслей и замена негативных мыслей позитивными, могут быть эффективными для снижения стресса. Помощь таким людям в адаптации и получении социальной поддержки также помогает им справляться со стрессом.

В целом использование индивидуальной и групповой психотерапии и фармакотерапии в лечении таких людей показывает свою эффективность. К сожалению, несмотря на создание центров отказа от ПАВ для лиц, страдающих ПАВ, предпочтение отдается только медикаментозному лечению, а психотерапевтическому лечению не придается особого значения. Фактически,

это был ряд психологических условий и заблуждений, которые сделали ПАВ зависимым таким образом, и эти заблуждения должны быть сначала устранены, чтобы устранить проблему [13]. Мы надеемся, что специалисты, работающие в этой сфере, добьются более успешных результатов, если включат результаты этого исследования в свою ежедневную терапию. В целом, основная цель этого исследования заключалась в изучении эффективности метода КПТ в снижении стресса и тревоги у пользователей ПАВ, получающих лечение метадонном. Ограничением этого исследования является то, что его долгосрочные эффекты невозможно контролировать. В последующих исследованиях предлагается изучить устойчивость эффектов этого лечения. Чтобы сделать эффекты этого лечения более точными, нам необходимо протестировать каждого из пользователей ПАВ отдельно для этих классификаций, проведя классификацию для используемого вещества. Другое предложение – провести отдельное исследование, чтобы определить, насколько эффективным будет это лечение для представителей женского пола.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Sargolzaei M. succesful management of substance dependencess. Mashhad: medical sciences university; 1380.
2. Ekhtiari H. can we predict effective dose for opiate addict that are candidate for methadone maintenance treatment?. Quarterly j addiction. 2008; 4(5): 4–9 [persian].
3. Shoa-Kazemi M. Psycho-somatic effects of heroine on family function. Quarterly j addiction. 2008; 6: 41–44 [persian].
4. Norozi M, Kavosi F. Studing motivation for addiction treatment in patients of hospital ization in Farabi Kermanshah hospital. [phd thesis] Kermanshah: medical sciences university, medical collage; 2002 [persian].
5. Bakhshpour-Roodsari A., Bolhari J. Guidelines for prevention and treatment of substance abuse. Tehran : Salman; 2005 [persian].
6. Sinha R. Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. Annals of the New York Academy of Sciences. 2008: 105–130.
7. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Arch of Gen Psychiatry. 1988: 45: 31–1023.
8. Regier DA, Mayers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch of Gen Psychiatry. 1984: 41: 41–934.
9. Zack M, Toneatto T, Streiner DL. The SCL-90 Factor Structure in Comorbid Substance Abusers. J Substance abuse. 1998: 10: 101–185.
10. McWilliams J, Brown CC. Treatment termination variables, MMPI scores and frequency of relapse in alcoholics. J Stud on Alcohol. 1983: 38: 86–477.
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Comorbidity: Addiction and other Mental Illness. Research Report Series: NIH Publication; 2008.
12. Sinha R, Fuse T, Aubin IR, O'Malley SS. Psychological Stress, Drug-Related Cues, and Cocaine Crack. Psychopharmacology. 2000: 152: 148–140.
13. Jacobson LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use Disorders in Patients with Post Traumatic Stress Disorder. A Review of the Literature. American J Psychiatry. 2001: 158: 1190–1184.

Благодарность:

Это исследование проводилось в Республиканском центре наркологии, и мы выражаем благодарность сотрудникам Республиканского центра наркологии, которые всегда помогали нам в этом исследовании, и пациентам, получавшим там лечение метадонном.