فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و پنجم، بهار ۱۳۹۲
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 7, No. 25, Spring 2013

مقاله پژوهشی
Research

مقایسه اثربخشی داروهای ریسپریدون و فلوکستین در ترکیب با گروه درمانی کنترل تکانه، بر بهبود تکانشگری و لغزش معتادان کراک هرویین تحت درمان نگهدارنده با متادون

روح‌الله حدادی[۱]، حمیدرضا فتحی‌ناز[۲]، مهدی کریمی[۳]، سعید اکبری[۴]، نفیسه سلطانی‌نژاد[۵]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی داروهای ریسپریدون و فلوکستین در ترکیب با گروه درمانی کنترل تکانه، بر بهبود تکانشگری و لغزش معتادان کراک هرویین تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** در یک پژوهش نیمه‌آزمایشی ۳۹ نفر از معتادان به کراک از بین تمامی معتادانی که دریکی از مراکز درمان نگهدارنده درسطح شهر تهران، خدمات درمانی دریافت می‌کردند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در سه گروه (۱۳ نفره) گمارده شدند. کاربندی گروه‌ها به این ترتیب بود که گروه اول از (ریسپریدون ۱ میلی گرم روزانه-گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) گروه دوم از (فلوکستین ۲۰ میلی گرم روزانه-گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) و گروه سوم نیز از (گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) بهره می‌بردند. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در مرحله پیش از مداخله و بلافاصله پس از اتمام آن و ۲ ماه مرحله پیگیری، مقیاس تکانشگری بارت را تکمیل کردند. از نظر مرفین و محرک، ادرار مورد بررسی قرارگرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس(مانکووا) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات تکانشگری در پس‌آزمون اما نه پیگیری کاهش داشته و این کاهش بین گروه دوم با دو گروه دیگر، به لحاظ آماری معنادار بوده‌است. یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند که میزان لغزش بین گروه‌ها تفاوت معناداری، در هیچ مرحله‌ای نداشتند. **نتیجه‌گیری:** ترکیب فلوکستین با متادون و گروه‌درمانی کنترل تکانه، در مقایسه با دو مداخله دیگر، اثربخشی بیشتری بر کاهش تکانشگری اما نه لغزش بیماران کراک، در کوتاه مدت دارد.

کلیدواژه‌ها: ریسپریدون، فلوکستین، گروه درمانی کنترل تکانه، تکانشگری، لغزش، درمان نگهدارنده

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه تهران. پست الکترونیک: r_hadadi2000@yahoo.com
۲. پزشک عمومی
۳. روانپزشک
۴. دانشجوی دکترای روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی
۵. کارشناس روان شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

مقدمه

به نظر اغلب مردم، اعتیاد به‌واسطه لغزش و عودهای[1] مکرر، بیماری مزمنی محسوب می‌شود. به دلیل تاثیرات منفی و ناخوشایند آن بر ابعاد مختلف زندگی معتادان، درمان آن همواره از اهمیت بالایی برخوردار بوده‌است. یکی از روش‌های درمان دارویی موفق در سال‌های اخیر، درمان نگهدارنده با داروی متادون و بوپره نورفین[2] است (ارسیا، خوش دل، امن الهی و اکبرزاده، ۱۳۸۹). آنچه در درمان نگهدارنده اهمیت دارد آن است که در این روش درمانی به بیماران مصرف کننده مخدر به اندازه‌ای داروی متادون داده می‌شود که بیماران علایم ترک یا محرومیت نداشته و نیازی برای مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند، اما باوجود اثربخشی این روش درمانی، در پاره‌ای موارد، شاهد هستیم که با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی از سوی برخی بیماران تجربه شده و زمینه عود در آنها فراهم می‌شود (شرباما[3] و همکاران، ۲۰۰۵؛ لوین، اوانز، بروک، کالباگ و نانز[4]، ۲۰۰۶). در بررسی موانع احتمالی عدم موفقیت این بیماران، به ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری دست یافتیم (میرث، پالسن، مالد، جانسنو لورویک[5]، ۲۰۰۹؛ دوران، مک چارج و کوهن[6]، ۲۰۰۶). یکی از مهم ترین این ویژگی‌های شخصیتی، تکانشگری است که رابطه‌اش با سوءمصرف مواد، به طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته و بر نقش آن در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای مشکل‌ساز و عود تاکید شده‌است (میرث و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات کریشنان سارین[7] و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که هرچه میزان تکانشگری در افراد بالاتر باشد احتمال بازداری رفتار کمتر و به تبع آن رفتار لغزش یا عود بیشتر خواهد بود. در پژوهشی از مکری، اختیاری، عدالتی و نادری (۱۳۸۷) نشان داده شد که معتادان کراک و هرویین بیشترین میزان تکانشگری، ولع مصرف و تخریب را در مقایسه با معتادان تریاک و شیره دارا هستند. نتایج تحقیق حدادی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (۱۳۹۰) نیز نشان داد که درمان نگهدارنده با متادون به تنهایی تاثیر چندانی بر

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

1. relapse
2. Methadone and Boprenorphin Maintenance Treatment
3. Scherbauma
4. Levin, Evans, Brooks, Kalbag & Nunes
5. Myrseth, Pallesen, Molde, Johnsen & Lorvik
6. Doran, McChargue & Cohen
7. Krishnan-Sarin

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

کاهش تکانشگری بویژه در طولانی مدت ندارد. هم‌چنین اضافه شدن روان‌درمانی کنترل تکانه به متادون، کاهش بیشتری بر میزان تکانشگری و ولع بیماران داشته است، اما این اثربخشی تنها در کوتاه مدت تائید شد. بر اساس مطالعات نورو-شیمیایی، رفتارهای تکانشی با بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی همچون، سروتونین، دوپامین و گیرنده‌های مربوط به آنها ارتباط دارند (رابینسون[1] و همکاران، ۲۰۰۹). با شناخت چنین سازوکارهایی، روانپزشکان، برای مهار رفتارهای تکانشی، به تجویز داروهای روانپزشکی روی آورده‌اند (اختیاری، رضوان فرد و مکری، ۱۳۸۷). در همین چارچوب مطالعه‌ی هاچینسون، راتر، نیارا، سوئیفت و پیک وورث[2] (۲۰۰۴)؛ راسنو[3] و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که داروی الانزاپین توانسته‌است میل شدید به مصرف دوباره مواد وعواطف منفی ناشی از روبه روشدن با نشانه‌های مصرف را در بیماران تحت درمان کاهش دهد. نتایج متناقضی در این زمینه نیز در پژوهش کمپمن[4] و همکاران (۲۰۰۳ به نقل از مکری و همکاران، ۱۳۹۰)؛ مکری و همکاران (۱۳۹۰) مشاهده شد. مطالعه کروپیتسکی[5] و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد که داروی نالتروکسان در مقایسه با فلوکستین[6] تاثیر بیشتری بر کاهش رفتارهای تکانشی و پرخطر و عود داشته است. هم‌چنین، پژوهش وین استنلی، بیگلو، سیلورمن، جانسنو اشترن[7] (۲۰۱۱) نیز تاثیر مطلوبی از کاربرد داروی فلوکستین بر کاهش میل به مصرف مواد مشاهده نکردند. اما نتایج پژوهش باتکی، واشبورن، دلوچی و جانز[8] (۲۰۱۱) نشان داد که فلوکستین بر ماندگاری بیشتر بیماران در فرایند درمان موثرتر از پلاسیبو است اما بر ولع مصرف تاثیری نداشته‌است. کاربرد همزمان متادون و روان‌درمانی کنترل تکانه و اثربخشی کوتاه مدت آن بر تکانشگری در مطالعه حدادی و همکاران (۱۳۹۰) از یک سو و کاربرد داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی در مطالعات متعدد، از سوی دیگر، محقق را برانگیخت تا با اضافه کردن داروهای روانپزشکی، یک ترکیب درمانی جدید را برای کاهش تکانشگری و لغزش بیماران مورد

1. Robinson 2. Hutchison, Rutter, Niaura, Swift & Pickworth
3. Rohsenow 4. Kampman 5.Krupitsky
6. fluoxetine 7. Winstanley, Bigelow, Silverman, Johnson & Strain
8. Batki, Washburn, Delucchi & Jones

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

بررسی قرار دهد. بنابراین، هدف اصلی این پژوهش، پاسخ به این سوال بود که آیا اضافه‌شدن داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی به گروه درمانی کنترل تکانه و درمان نگهدانده با متادون می‌تواند تکانشگری و رفتار لغزش معتادان کراک هرویین را در گروه‌های بهره‌مند از این داروها، بیشتر کاهش دهد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح حاضر از جمله طرح‌های پژوهشی شبه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، کلیه معتادان به کراک هرویین بودند که در بهار ۱۳۸۹ به کلینیک درمان اعتیاد واقع در منطقه ۸ تهران مراجعه‌کرده‌بودند. محقق به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از کسب موافقت از موسس مرکز درمانی، فهرستی از معتادان کراکی که تحت درمان نگهدارنده بوده و یا جدیدا پذیرش‌شده بودند، تهیه و در ادامه مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته (ASI) را با هدف تعیین معیارهای ورود با تک‌تک این افراد انجام داد. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به موادمخدر برحسب معیارهای تشخیصی DSM-IV، داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی به بالا، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی جدی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین(بیش از یکبار)، مصرف دائم کراک هرویین۶ ماه پیش از ورود به درمان، دریافت درمان نگهدارنده با متادون، مرد بودن، داشتن رضایت از شرکت در پژوهش. در مقابل معیارهای خروج شامل زن بودن، داشتن مشکل روانپزشکی جدی، مصرف کراک هرویین کمتر از ۶ ماه، دریافت درمان دارویی غیر از درمان نگهدارنده با متادون، وابستگی به الکل، نداشتن تلفن تماس برای پی‌گیری بودند. در این پژوهش مدت زمانی که این بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند بین ۱ تا ۴ ماه بود پس از اجرای مصاحبه، ۴۱ نفر، شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند که این تعداد به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۳ نفره گمارده‌شدند و دو نفر باقیمانده از پژوهش حذف شدند. دلیل حذف این دو نفر آن بود که مدت زمان اجرای مداخلات، ترتیب بندی و محتوای آنها به‌گونه‌ای تنظیم شده‌بود که امکان اجرای مجدد مداخلات به هنگام ورود یکی از این

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

دونفر حتی پس از ریزش آزمودنی‌ها وجود نداشت. کاربندی گروه‌ها به این ترتیب بود که گروه اول (A) از ریسپریدون ۱ میلی گرم روزانه، گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون، گروه دوم (B) از فلوکستین ۲۰ میلی گرم روزانه، گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون و گروه سوم(C) نیز از گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون بهره می‌بردند. مدت زمان انتخاب گروه نمونه، اجرای مداخلات و پیگیری هرکدام ۲ ماه طول کشید. سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در پژوهش در نظرگرفته‌شد. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و بلافاصله پس از اتمام مداخلات و ۲ ماه مرحله پی‌گیری، مقیاس تکانشگری بارت، را تکمیل کردند. رفتار لغزش آزمودنی‌های هر گروه نیز طی این مدت بر حسب نتایج تست ادرار مرفین و محرک، هفته‌ای یکبار بدون اعلام قبلی، کنترل می‌شد. به‌دنبال انتخاب آزمودنی‌های نمونه، محقق خانواده‌های آنها را در جریان گذاشته و اهداف طرح و چگونگی آن را به آنها توضیح داد. در این پژوهش دوز متادون مصرفی بیماران به اندازه‌ای بود که علایم محرومیت یا میل به مصرف آن ماده وجود نداشته باشند. با توجه به آن که برخی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش تاکید داشتند که داروهای روانپزشکی، خواب‌آور نباشد، روانپزشک تصمیم گرفت تا داروها را با حداقل دوز تجویز کند. بدین‌ترتیب، با نظر روانپزشک، قرص ریسپریدون ۱میلی گرم در طی ۳ روز اول نصف و از روز چهارم ۱ عدد کامل، به صورت مصرف خوراکی، شب‌ها تجویز شد و کپسول فلوکستین با دوز ۲۰ میلی گرم و روزی ۱ عدد مصرف خوراکی تجویز شد. به منظور اطمینان از مصرف داروها توسط بیماران، این داروها به یکی از اعضای خانواده بیماران سپرده شد و نحوه مصرف توضیح داده شد. قبل از تجویز داروها و شروع پژوهش و هر ماه یکبار نیز، تمامی آزمودنی‌ها، آزمایشات روتین مشتمل بر قند خون، چربی، عملکرد کبدی و کلیوی را انجام دادند. در این پژوهش به منظور ترغیب بیشتر بیماران برای شرکت در جلسات و مداخلات درمانی، اعلام شد که بخشی از هزینه ماهانه بیماران توسط محقق به مرکز پرداخت خواهد شد.

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

ابزار

۱-شاخص شدت اعتیاد[1]: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (مک لیلان[2] و همکاران، ۱۹۹۲) به کار برده شد. این شاخص مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که توسط پژوهشگران آموزش‌دیده، به شکل رو در رو با بیماران اجرا می‌شود. این پرسش‌نامه مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می‌کند. این مقیاس در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت های ذکرشده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد نمره‌ی کامل و اگر کمتر از ۶ ماه باشد نمره‌ی صفر دریافت می‌شود. این مقیاس دارای ۱۱۶ پرسش است. تعداد ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۱ پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷پرسش پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی و ۱۳ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار است.

۲-مقیاس تکانشگری بارت: این پرسش‌نامه (ویرایش یازدهم) که توسط بارت و همکاران (۲۰۰۴) (به نقل از عدالتی و بنی جمالی، ۱۳۸۶) ساخته شده‌است. این مقیاس بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرار دارد که حاوی ۳۰ سوال است و ۳ عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهدکه عبارتند از: الف)تکانشگری شناختی[3]: شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع است که شامل ۱۱ سوال است. ب) تکانشگری حرکتی[4]: شامل عمل کردن بدون فکر است که ۱۰ سوال دارد. ج) بی‌برنامه‌گی[5]: به صورت یک "جهت‌یابی آنی" یا "فقدان آینده‌نگری" مشخص می‌شود که شامل ۹ سوال است. سوالات به صورت ۴ گزینه‌ای از "به ندرت تا تقریبا همیشه" درجه بندی شده‌اند و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ خواهد بود. مجموع نمرات فرد در این آیتم‌ها یک نمره کلی تکانشگری ارایه می‌دهد. در ایران در سال ۱۳۸۷ این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران۱۳۸۷ ترجمه و معرفی شده‌است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای تکانشگری کلی ۰/۸۴ به‌دست آمد.

1. addiction severity index
2. Maclellan
3. cognitive impulsivity
4. motor impulsivity
5. non planning

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

۳-درمان کنترل تکانه مبتنی بر تغییر زنجیره رفتار[1]: این روش درمانی که برگرفته از روش درمان کنترل تکانه پرکینسون[2] (۱۹۹۷) است، بر پایه نظریه شناختی-رفتاری قرار دارد. در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "زنجیره رفتار" شامل «راه اندازها، افکار، احساسات، رفتارها و پیامدها» به شرکت کننده‌ها آموزش داده می‌شود. طی هر جلسه نیز به بخشی از این زنجیره و چگونگی تأثیر آن بر رفتار نهایی و پیامد آن پرداخته می‌شود. برای هر جلسه تکالیفی در نظر گرفته‌شده که شخص تا جلسه ی بعد با توجه به زندگی واقعی‌اش انجام می‌دهد. در هر جلسه، تکالیف جلسه‌ی قبل مرور و سپس مطالب جدید به شرکت‌کننده منتقل می‌شود. عدالتی و بنی جمالی(۱۳۸۶) و حدادی و همکاران(۱۳۹۰) این شیوه‌ی درمانی را در نمونه‌های ایرانی اجرا و اثربخشی آن را بر بهبود تکانشگری تایید کرده‌اند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به مصرف مواد به تفکیک گروه در جدول۱ ارایه شده‌است. مقایسه یافته‌های جمعیت شناختی به‌دست آمده در سه گروه معتادان به کراک هرویین نشان داد که بین این سه گروه در این موارد تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

متغیرها/معیار		گروه اول	گروه دوم	گروه سوم
سن	سال	۲۷/۱۳±۶/۹۶	۲۶/۲۳±۷/۸۲	۲۴/۲۶±۷/۲۳
تحصیلات	سال	۷/۱۲±۴/۸۲	۷/۸۰±۴/۵۵	۶/۱۵±۴/۲۴
وضعیت شغلی	شاغل	۳(٪۲۳/۰۷)	۵(٪۳۸)	۲(٪۱۵/۳۹)
	بیکار	۹(٪۶۹/۲۳)	۸(٪۶۳)	۱۱(٪۸۴/۶۱)
وضعیت تاهل	متاهل	۵(٪۳۸)	۳(٪۲۴)	۷(٪۵۴)
	مجرد	۸ (٪۶۲)	۱۰(٪۷۶)	۶(٪۴۶)
میزان مصرف روزانه	زیر یک گرم	۵(٪۳۸/۴۸)	۳(٪۲۳/۲۴)	۵(٪۳۸/۴۶)
	بین یک تا دو گرم	۴(٪۳۰/۷۶)	۶(۴۶٪)	۳(٪۲۳/۰۸)
	بالای دو گرم	۴(٪۳۰/۷۶)	۴(٪۳۰/۷۶)	۵(٪۳۸/۴۶)
مدت زمان اعتیاد	سال	۳/۱۱±۴/۲۵	۲/۸۹±۶/۱۳	۲/۷۶±۳/۸۴
مدت زمان درمان بامتادون	ماه	۱/۱۶±۲/۰۴	۲/۵۶±۱/۱۱	۱/۱۲±۲/۳۴

1. behavior chain model 2. Perkinson

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

در این پژوهش دوز تجویزشده متادون برای بیماران بر حسب پروتکل آگونیست‌ها که در مراکز درمان اعتیاد وجود دارد، انجام شد و این دوز به اندازه‌ای بود که بیمار وضعیت پایداری داشته‌باشد؛ پس، طبیعی بود که تفاوت بین میزان دوز مصرفی دارو میان بیماران وجود داشته‌باشد، اما این تفاوت در مطالعه قبلی حدادی و همکاران(۱۳۹۰) نشان داد که تاثیر چندانی بر میزان تکانشگری و رفتارهای برخواسته از آن نداشته‌است. در ادامه و به علت ریزش شرکت‌کنندگان، تحلیل‌ها بر روی ۱ شرکت‌کننده باقی‌مانده در هرگروه انجام شد. در پژوهش حاضر ۲ نفر به دلیل عوارض دارو از گروه اول و دوم، ۴ نفر به دلایل شاغل شدن، تداخل جلسات با برنامه‌های روزانه و بی‌میلی برای حضور در جلسات، از گروه ها خارج شدند. پس از حذف ۲ آزمودنی از هر گروه، نتایج پیش‌آزمون آزمودنی‌های باقی‌مانده سه گروه نیز دوباره با هم مقایسه شدند. در جدول زیر آماره‌های توصیفی به تفکیک گروه‌ها و مرحله آزمون ارایه شده است.

جدول۲: آماره‌های توصیفی تکانشگری به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه‌ها	گروه A (متادون، روان درمانی، داروی ریسپریدون)		گروه B (متادون، روان درمانی، داروی فلوکستین)		گروه C (متادون، روان درمانی)	
مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۵۴/۳۶	۴/۸۲	۵۶/۲۷	۷/۱۴	۵۷/۸۱	۷/۲۶
پس‌آزمون	۴۱/۳۶	۳/۵۸	۲۹/۲۰	۲/۰۷	۴۶/۴۰	۳/۳۰
پی‌گیری	۴۷/۵۸	۷/۹۸	۴۴/۱۳	۹/۷۵	۵۰/۰۳	۳/۱۶

برای بررسی تفاوت نمرات تکانشگری کلی از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس در نمرات پس‌آزمون تکانشگری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۱۸۲/۳۲	۲	۵۹۱/۱۶	۴۰/۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون وجود دارد و این به معنای آن است که حداقل دو تا از گروه‌ها تفاوت معنادار دارند. برای بررسی بقای مداخله از تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری به شرح زیر استفاده شد. نتایج

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

آزمون تعقیبی نشان داد که گروه دوم (بهره‌مندی هم زمان از داروی فلوکستین و متادون با گروه درمانی کنترل تکانه) تفاوت معناداری با دو گروه دیگر داشت و این حکایت از اثربخشی این درمان ترکیبی دارد. اما تفاوت معناداری بین دو گروه دیگر به‌دست نیامد.

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری تکانشگری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۲۹/۵۶	۲	۶۴/۲۸	۳/۴۱	۰/۰۶	–

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمرات پیگیری وجود ندارد. یعنی بعد از اتمام درمان اثربخشی آن بقا پیدا نکرده است.

برای ارزیابی وضعیت لغزش بیماران، نتایج تست مثبت ادرارشان در مدت ۲ ماه اجرای مداخلات و ۲ ماه پس از آن انجام گرفت. برای هر بیماری ۸ تست در ماه گرفته شده بدین ترتیب برای مرحله اجرای مداخلات و دو ماه پس از آن جمعا ۱۷۶ تست برای هر گروه گرفته شد. این تعداد پس از ریزش ۲ آزمودنی از هر گروه بود. آماره‌های توصیفی مربوط به میزان عود به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول زیر ارایه شده است.

جدول٥: آماره‌های توصیفی تست ادرار مثبت به تفکیک گروه و مرحله آزمون

زمان	مرحله آزمون	گروه اول (درصد) فراوانی	گروه دوم (درصد) فراوانی	گروه سوم (درصد) فراوانی
یک هفته بعد	پس‌آزمون	۲(۱/۱۳)	۰	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۰	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
دو هفته بعد	پس‌آزمون	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۰	۰
سه هفته بعد	پس‌آزمون	۱(۰/۵)	۰	۲(۱/۱۳)
	پی‌گیری	۰	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
چهار هفته بعد	پس‌آزمون	۰	۰	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۲(۱/۱۳)	۳(۱/۷۰)
پنج هفته بعد	پس‌آزمون	۰	۰	۰
	پی‌گیری	۲(۱/۱۳)	۰	۱(۰/۵)
شش هفته بعد	پس‌آزمون	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

زمان	مرحله آزمون	گروه اول (درصد) فراوانی	گروه دوم (درصد) فراوانی	گروه سوم (درصد) فراوانی
هفت هفته بعد	پس‌آزمون	۲(۱/۱۳)	۱(۰/۵)	۰
	پی‌گیری	۳(۱/۷۰)	۰	۲(۱/۱۳)
هشت هفته بعد	پس‌آزمون	۰	۱(۰/۵)	۲(۱/۱۳)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۰

نتایج تحلیل مجذور خی نشان داد که چه در مرحله پس‌آزمون و چه در پیگیری تفاوت معناداری بین گروه‌های سه گانه در فراوانی میزان عود به‌دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دادکه بین گروه‌هایی که از داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی در کنار گروه درمانی کنترل تکانه و متادون بهره برده بودند (گروه آزمایش) و گروهی که از این داروها بهره‌مند نشده بود، (گروه گواه) به لحاظ میزان تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد. البته این تفاوت تنها در مرحله پس‌آزمون مشاهده شده و در مرحله پیگیری وجود نداشت. به این معنا که اضافه‌شدن داروهای روانپزشکی مکمل در کنار ترکیب درمانی اصلی در این بیماران می‌تواند در کوتاه مدت، به نحو موثری میزان تکانشگری را کاهش دهد، اما با گذشت زمان این میزان به نیمرخ‌های اولیه تکانشگری بازگشت داشته‌اند و اثربخشی کاهش یافته‌است. این یافته‌ها، نتایج پژوهش‌های کمپمن و همکاران (۲۰۰۳ به نقل از مکری و همکاران، ۱۳۹۰)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کروپیتسکی و همکاران (۲۰۰۶) را تایید می‌کند. هم‌چنین رفتار لغزش آزمودنی‌های هر سه گروه در هیچ یک از مراحل تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند که این یافته با نتایج پژوهش‌های هاچینسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ راسنو و همکاران (۲۰۰۸)؛ وین استنلی و همکاران (۲۰۱۱)؛ باتکی و همکاران (۲۰۱۱)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کروپیتسکی و همکاران (۲۰۰۶)؛ کمپمن و همکاران (۲۰۰۳ نقل از مکری و همکاران، ۱۳۹۰)؛ مکری و همکاران (۱۳۹۰) همخوان نیست. در سطح مقایسه میانگین تک‌تک گروه‌ها با یکدیگر در مرحله پس‌آزمون نیز نشان داده شد که گروه‌ها به لحاظ تکانشگری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند بدین نحوکه گروه دوم به دلیل بهره‌مندی هم زمان از داروی فلوکستین

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

همراه با متادون و روان‌درمانی کنترل تکانه، بهبودی بیشتری را برتکانشگری نسبت به دو گروه دیگر داشته است. البته در مرحله پیگیری بین سه گروه از این نظر، تفاوتی مشاهده نشد و هر سه گروه به میانگین‌های قبلی خود به‌طور نسبی برگشت داشته‌اند که این برگشت برای گروه اول و سوم با شیب تند در مقایسه و برای گروه دوم با شیب کند صورت گرفته‌است. هم‌چنین مقایسه رفتار لغزش گروه‌ها نشان می‌دهد که بین میزان لغزش بیماران سه گروه در حین اجرای مداخلات و پس از آن اختلاف فاحشی مشاهده نشده است.

پژوهش حاضر از این منظر که از داروهای روانپزشکی در کنار روان‌درمانی برای مهار تکانشگری و لغزش بیماران بهره برده پژوهش جدیدی‌است که تا به حال در ایران انجام نشده است و در سایر کشورها نیز به ندرت این مورد در قالب پژوهش انجام شده است. لذا محقق برای مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های مشابه با محدودیت مواجه بوده است. بیشتر پژوهش‌ها در دنیا کاربرد روان‌درمانی به تنهایی و یا داروها را به تنهایی روی این متغیرها در اعتیاد بررسی کرده‌اند. البته مطالعات دیگری نیز وجود دارند که تاثیر فلوکستین و ریسپریدون را بر اختلال‌های روانپزشکی همراه با اعتیاد بررسی کرده‌اند که به دلیل عدم ابتلاء بیماران به اختلال‌های همراه در پژوهش حاضر از یافته‌هایشان استفاده نشد. به‌هرحال، اگر بخواهیم به تنهایی تاثیر داروها را بر تکانشگری نشان دهیم می‌توان گفت که داروی فلوکستین اثربخشی بیشتری نسبت به ریسپریدون بر کاهش تکانشگری معتادان کراک هرویین دارد که با نتایج پژوهش‌های هاچینسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ راسنو و همکاران (۲۰۰۸) در کوتاه مدت همخوان بوده و با نتایج پژوهش‌های وین استنلی و همکاران (۲۰۱۱)؛ باتکی و همکاران (۲۰۱۱)؛ کمپمن و همکاران (۲۰۰۳ به نقل از مکری و همکاران، ۱۳۹۰)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کروپیتسکی و همکاران (۲۰۰۶) همخوان نیست. درمان اختصاصی برای تکانشگری از جمله حوزه‌هایی است که به تازگی مورد توجه پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته است. وجود رابطه میان تکانشگری و رفتار لغزش در دوره درمان باعث می‌شود تا بیماران به تاثیرات مداخلات درمانی مقاوم شده و روش‌های درمانی ارائه شده پاسخگوی نیازهای درمانی آنها نباشد. به این ترتیب، در مطالعه حاضر سعی شد علاوه بر روان درمانی و متادون از داروهای روانپزشکی نیز به عنوان درمانی مکمل برای کاهش این متغیرها استفاده شود تا بتوان به بیمارانی که از این

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

مشکلات رنج می‌برند، خدمات مناسب تری را ارایه کرد. در تبیین اثربخشی بیشتر داروی فلوکستین بر کاهش رفتار تکانشگرانه گروه دوم نسبت به داروی ریسپریدون، باید به نقش پررنگ‌تر عملکرد سروتونین در راه‌اندازی و تداوم رفتارها و افکار تکانشگری در معتادان نسبت به انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی دیگری همچون دوپامین اشاره کرد. تکانشگری سازه‌ای شخصیتی با تظاهرات مختلف رفتاری است که بروز آن رفتارها در افراد مختلف می‌تواند نشان دهنده‌ی تکانشی بودن آنها باشد. رفتارهای تکانشی اشکال مختلفی دارند. مثل عدم مقاومت فرد در مقابل نشانه‌های محیطی و لغزش. نتایج پژوهش حاضر اثربخشی داروهای روانپزشکی بر بهبود تکانشگری را تایید می‌کند در حالی‌که در مورد لغزش، یافته‌ها، متفاوت بودند و عدم اثربخشی این داروها را تایید کردند و این یافته‌ی متناقضی است. باوجود چنین یافته متناقضی و با توجه به آن‌که لغزش هم، نوعی رفتار تکانشگرانه است این سوال مطرح می‌شود که پس چرا لغزش بیماران کاهشی را نداشته است. یکی از تبیین‌های احتمالی می‌تواند در سطح رفتاری-نوروشیمیایی مطرح شود. با توجه به آنکه تکانشگری دامنه گسترده‌ای از رفتارهای مختلف با تظاهرات متنوع است، امکان دارد که مکانیزم شکل‌گیری، راه‌اندازی و پاسخ به درمانشان نسبت به یکدیگر متفاوت باشد. مثلا ممکن است پرخاشگری به عنوان نوعی رفتار تکانشگرانه، ناشی از بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی دوپامینی باشد و یا آن که وسوسه یا لغزش عمدتا ناشی از بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی سروتونین و یا ترکیبی از آنها باشد. به‌این ترتیب، این تنوع سبب‌شناسانه و پاسخ به درمان‌های مختلف به‌خوبی شناخته نشده‌اند. در تایید این تبیین می‌توان به پژوهش‌های گرا و همکاران (۲۰۰۶ به نقل از مکری و همکاران، ۱۳۹۰)؛ مکری و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد. در این پژوهش‌ها آشکار شد که داروی الانزاپین بیشترین تاثیر را بر رفتارهای خطرناک و پرخاشگرانه ناشی از تکانشگری دارد و در حالی که هیچ تاثیری بر لغزش بیماران یا مصرف مواد در آنها ندارد. تبیین دیگر می‌تواند این باشد که هر اختلال روانشناختی، تکانشگری خاص خود را دارد که متفاوت از تکانشگری صفت گونه‌ای است که تا به حال شناخته‌ایم. به عبارت دیگر، این نوع تکانشگری ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که آن را از تکانشگری که در اختلال دیگر وجود دارد متمایز می‌کند.به طور طبیعی مکانیزم اثرگذاری و شیوه پاسخ به درمان در آنها

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

متفاوت خواهد بود. در همین چارچوب، دوقرتی، ماتیاس، مارش، مولر و سوان[1] (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به‌صورت تکانشگری عمل می‌کنند (وابسته به صفت) در حالی‌که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های خاصی به این شیوه عمل می‌کنند (وابسته به موقعیت). از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر کوتاه بودن زمان پیگیری، مشکلات مالی برای پیگیری طولانی مدت طرح پژوهش، ریزش آزمودنی‌ها و کم بودن نتایج پژوهش های مرتبط با موضوع بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پیگیری طولانی مدت انجام شود.

منابع

اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مکری، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۵۷-۲۴۷

ارسیا، تقوا؛ خوش‌دل، علیرضا؛ امن الهی، فرهاد و اکبرزاده، مهدی (۱۳۸۹). بررسی میزان آگاهی متخصصین قلب تهران از درمان های نگهدارنده با متادون و بوپرونورفین. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹، ۲۸۳-۲۸۲

حدادی، روح الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس و اکبری، سعید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۱۰، ۲۱۰-۱۷۵

عدالتی، هانیه، یزدی، بنی جمالی (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهراء.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف درگروههای مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۶۸-۲۵۸

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباطات میزان ولع‌مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هروئین. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۸۰-۲۶۹

مکری، آذرخش؛ شمس، جمال؛ باقری، امیرهوشنگ؛ صحرایی، هدایت؛ یعقوبی، محبوبه و اختیاری، حامد (۱۳۹۰). کارآزمایی بالینی جهت بررسی تاثیر الانزاپین در درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۱۰، ۲۱۰-۱۹۲

1. Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller & Swann

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

Batki, S. L., Washburn, A. M., Delucchi, K., & Jones, R. T. (2011). A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *41*, 137-142

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2006). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking**.** *Addictive Behaviors*, *32*, 80-90.

Dougherty, D. M., Mathias, C. H. W., Marsh, D. M. Moeller, F. G., Swann, A. C. (2004). "Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment". *Drug and Alcohol Dependence, 76*, 93–105

Hutchinson, K. E., Rutter, M. C., Niaura, R., Swift, R. M., Pickworth, W. B. (2004). Olanzapine attenuates cue-elicited craving for tobacco. *Journal of Personality*, *75*, 41-68

Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Cavallo, D. A., Carroll, K. M., Potenza, M. N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 79–82

Krupitsky, E. M., Zvartau, E. E., Masalov, D. V., Tsoy, M. V., Burakov, A. M,. Egorova, V. Y., Didenko, T. Y., Romanova, T. N., Ivanova, E. B., Bespalov, A. Y., Verbitskaya, E. V., Neznanov, N. G., Grinenko, A. Y., O'Brien, C. P., Woody, G. E. (2006). Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 31, 319– 328

Levin, F. R., Evans, S. M., Brooks, D. J., Kalbag, A. S., Edward, F. G., Nunes, N. (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 137–148

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*, 199-213.

Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences, 47*, 933–937

Perkinson, R. (1997). *Impulse control in Chemical dependency counseling: a practical guide***.** SAGE Publication Inc, London, United Kingdom.

Robinson, E. S. J., Eagle, D. M, Economidou, D., Theobald, D. E. H., Mar, A. C., Murphy, E. R., Robbins, T. W Dalley., J. W. (2009). Behavioral characterization of high impulsivity on the 5-choice serial reaction time task: Specific deficits in 'waiting' versus 'stopping**.** *Behavioural Brain Research, 196*, 310–316

Rohsenow, D. J., Tidey, J. W., Miranda, R., McGeary, J. E., Swift, R. M., Hutchison, K. E., Sirota, A. D., Monti, P. M. (2008). Olanzapine Reduces Urge to Smoke and Nicotine Withdrawal Symptoms in Community Smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *16*, 215-222

Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T., & Gastparb, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial**,** *European Addiction Research*, *11*, 163–171.

Winstanley, E. L., Bigelow, G. E., Silverman, K., Johnson, R. E., Strain, E. C. (2011). A randomized controlled trial of fluoxetine in the treatment of cocaine dependence among methadone-maintained patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *40*, 255-264.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]