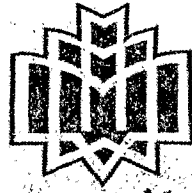


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه تربیت معلم

دانشگاه تربیت معلم
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد
رشته روان‌شناسی عمومی

عنوان:

بررسی کارکردهای اجرایی و توجه انتخابی در بیماران دریافت کننده درمان
نگهدارنده متادون

استاد راهنما:

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور:

دکتر رابرت فرنام

دانشجو:

افسانه عیب‌دی زادگان

بهمن ماه ۱۳۸۶

کتابخانه روانشناسی
دانشگاه تربیت معلم
۱۳۸۷ ۹۷۷۹۱۰۱

۱۳۸۶

بسمه تعالی

دانشگاه تربیت معلم
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

این پایان نامه تحت عنوان:

" بررسی کارکردهای اجرایی و توجه انتخابی در بیماران دریافت کننده درمان
نگهدارنده متادون " در جلسه دفاعیه مورخ ۱۳۸۶/۱۱/۱۴ در حضور هیأت داوران ارائه گردید و با
درجه عالی و نمره ۱۹/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت.

هیأت داوران:



استاد راهنما: جناب آقای دکتر علیرضا مرادی



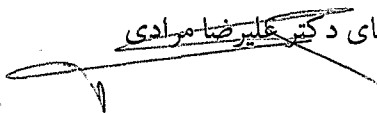
استاد مشاور: جناب آقای دکتر رابرت فرنام



استاد داور داخلی: جناب آقای دکتر محمدخانی



استاد داور خارجی: سرکار خانم دکتر ربابه نوری



مدیر گروه و نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: جناب آقای دکتر علیرضا مرادی

۱۳۸۷ / ۲ / ۱۵

اگر تنها ترین تنهاییان شوم، باز هم خدا هست،

او جان شین همه ز داشته های من است.

تقدیم به پدر عزیزم

معلم بزرگ و فداکار زندگی ام و منظر شگفتیایی و صداقت که درس صبر و تلاش به من آموخت.

تقدیم به مادر عزیزم

فرشته مهربانی و ایثار که هستی ام مولود مهر و محبت اوست.

تقدیم به برادران و خواهران گرامی ام

که در همه حال دلسوزانه یار و یاور من هستند.

لهد پروپاس

اکنون که بیاری خداوند متعال انجام این پژوهش به پایان رسیده است، بر خود لازم می‌دانم از:

جناب آقای دکتر مرادی، استاد محترم راهنما، که با دقت و نکته‌سنجی، بر کیفیت پژوهش افزودند، جناب آقای دکتر فرنام، استاد محترم مشاور، در

انجام پژوهش مرایاری کردند، جناب آقای دکتر محمدخانی و سرکار خانم دکتر نوری که تضادت این پایان نامه را به عهده گرفتند

آقایان، دکتر فرزاد، دکتر یاری، دکتر تاجیک اسماعیلی، دکتر عبدالمی، دکتر منطقی، دکتر شهرآرای و دکتر کدیور که در طول این دوره تحصیلی

وقت گرانبهای خود را در اختیار من قرار دادند

سرکار خانم دانیالی و خانم خرنسندی که بخش عمده‌ای از زحمات گروه بر عهده ایشان است.

مسئول کتابخانه دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، سرکار خانم موسوی، مسئولین سایت دانشگاه تربیت معلم آقایان رحیم زاده، عسکری

مسئولین و کارکنان مراکز ترک اعتیاد یاس، تلاش، دکتر کوشش، دکتر نوبخت، بهزستی و انجمن معادین بهبود یافته، همکاران و دوستان عزیز سرکار خانم

جالیدینی، خانم اسماعیلی، خانم محمدی، خانم چراغی، خانم قربانی، خانم یوسنی، آقای قحی، آقای عباسی، آقای سعیدی، و دوستان عزیز می‌نامم که در

انجام پژوهش مرایاری کردند

میمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

چکیده

عنوان: بررسی کارکردهای اجرایی و توجه انتخابی در بیماران دریافت کننده درمان

نگهدارنده متادون

هدف از پژوهش حاضر بررسی توجه انتخابی و کارکردهای اجرایی در بیماران دریافت کننده درمان نگهدارنده متادون می باشد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش یک گروه آزمایشی و دو گروه کنترل بود. گروه آزمایشی شامل ۲۵ بیمار مصرف کننده درمان نگهدارنده متادون و گروه کنترل شامل ۲۵ نفر فرد بهنجار (بدون سابقه مصرف مواد) و ۲۵ نفر از افراد در حال پرهیز و محرومیت از مواد در شهر شیراز بود. سه گروه از نظر سن، جنسیت و تحصیلات همتا شدند. از آزمون های پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه حالت- صفت اضطراب اسپیلبرگر، آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین و تکلیف پیگیری چشمی نقطه استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که گروه دریافت کننده متادون در آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین و تکلیف پیگیری چشمی نقطه عملکرد ضعیف تری نسبت به دو گروه دیگر نشان دادند. یافته ها هم چنین نشان داد که گروه دریافت کننده متادون در تکلیف پیگیری چشمی نقطه دارای سوگیری توجه نسبت به محرکهای مربوط به اعتیاد هستند. مقایسه داده های دو گروه بهبود یافته و گروه بهنجار نشان داد که تفاوتی در عملکرد آنها در آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین و تکلیف پیگیری چشمی نقطه نیست. هم چنین گروه بهبود یافته فاقد سوگیری توجه نسبت به محرکهای مرتبط با اعتیاد هستند. این یافته ها با یافته های دیگر پژوهشگران نظیر دارک و همکاران (۲۰۰۰)، مینتزر و استیتر (۲۰۰۲)، لیورس و یاکیمف (۲۰۰۳) و همخوانی دارد و نشان می دهد که افراد مصرف کننده متادون از مشکلات شناختی آشکاری علاوه بر سایر مشکلات در رنج هستند.

کلید واژه ها: درمان نگهدارنده متادون، توجه انتخابی، کارکردهای اجرایی

چکیده.....

فهرست مطالب:

فصل اول: بیان مسأله

- ۱..... مقدمه
- ۳..... بیان مسأله
- ۹..... هدف کلی
- ۹..... هدف اختصاصی
- ۱۰..... فرضیه‌ها
- ۱۱..... اهمیت نظری و عملی پژوهش
- ۱۴..... تعریف نظری و عملی متغیرها

فصل دوم: ادبیات پژوهش

- ۱۷..... مقدمه
- ۱۹..... اختلالات وابستگی به مواد
- ۲۲..... همبودی اختلالات وابستگی به مواد با سایر اختلالات
- ۲۳..... سبب‌شناسی اختلالات وابستگی به مواد
- ۲۳..... ۱- عوامل زیستی
- ۲۵..... ۲- ابعاد و زمینه‌های روانشناختی
- ۲۷..... ۳- عوامل اجتماعی و فرهنگی

۳۳.....	اثر مواد بر کارکرد عصبی و روان‌شناختی.....
۳۹.....	درمان اختلالات وابسته به مواد.....
۴۵.....	پیشگیری و کاهش آسیب.....
۴۶.....	تاریخچه کاهش آسیب.....
۴۸.....	انواع درمان با متادون.....
۴۹.....	توجه.....
۵۲.....	توجه انتخابی در اختلالات وابستگی به مواد و متادون.....
۵۶.....	کارکرد اجرایی در بیماران دریافت‌کننده متادون.....

فصل سوم: روش پژوهش

۶۹.....	طرح پژوهش.....
۶۹.....	جامعه آماری.....
۷۰.....	نمونه آماری.....
۷۰.....	روش اجرای آزمونها.....
۷۱.....	ابزار اندازه‌گیری.....
۸۷.....	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۸۸.....	یافته‌های جمعیت‌شناختی.....
۹۲.....	یافته مربوط به تکلیف‌پیگیری چشمی نقطه.....

یافته های استنباطی و توصیفی آزمون دسته بندی کارت ویسکانسین..... ۹۹

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

مقدمه..... ۱۰۲

بحث..... ۱۰۲

نتیجه گیری..... ۱۰۸

کاربردهای بالینی..... ۱۰۸

محدودیت های پژوهش..... ۱۱۰

پیشنهادات پژوهش..... ۱۱۰

منابع


پیوست

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه حالت- صفت اضطراب اسپیلبرگر

- جدول ۱-۲: ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال وابستگی به مواد..... ۲۱
- جدول ۲-۲: ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR برای محرومیت (ترک) مواد..... ۲۱
- جدول ۳-۱: کلمات استفاده شده در تکلیف پیگیری چشمی نقطه..... ۸۲
- جدول ۴-۱: میانگین و انحراف استاندارد ویژگی جمعیت شناختی گروه‌های آزمایشی و کنترل..... ۸۹
- جدول ۴-۲: ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر حسب جنس..... ۸۹
- جدول ۴-۳: میانگین و انحراف معیار دوز متادون و مدت زمان مصرف متادون در گروه مصرف کننده متادون و مدت زمان عدم مصرف مواد در گروه بهبود یافته..... ۹۰
- جدول ۴-۴: درصد فراوانی مصرف مواد در سه گروه..... ۹۰
- جدول ۴-۵: میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های روانشناختی گروههای آزمایشی و کنترل..... ۹۱
- جدول ۶-۴: میانگین و انحراف استاندارد شاخص سوگیری توجه مربوط به کلمات اعتیاد، افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایشی و کنترل..... ۹۲
- جدول ۷-۴: میانگین و انحراف استاندارد زمان واکنش (میلی ثانیه) به کلمات اعتیاد، افسردگی و اضطراب با توجه به مکان کلمه هدف (پ، ب) و مکان نقطه (پ، ب)، در گروههای آزمایشی و کنترل..... ۹۳
- جدول ۸-۴: آزمون تعقیبی توکی برای نمرات سوگیری توجه..... ۹۴
- جدول ۹-۴: میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در آزمون ویسکانسین..... ۹۹
- جدول ۱۰-۴: نتایج تحلیل واریانس یک راهه در زمینه آزمون ویسکانسین..... ۱۰۰

- جدول ۱۱-۴: آزمون تعقیبی توکی برای آزمون ویسکانسین..... ۱۰۱
- شکل ۱-۴: شاخص سوگیری توجه (میلی ثانیه) نسبت به کلمات هیجانی مختلف..... ۹۵
- شکل ۲-۴: شاخص سوگیری توجه (میلی ثانیه) در گروه متادون نسبت به کلمات هیجانی مختل..... ۹۵
- شکل ۳-۴: شاخص سوگیری توجه (میلی ثانیه) نسبت به کلمات هیجانی مختلف در گروه بهبود یافته..... ۹۶
- شکل ۴-۴: شاخص سوگیری توجه (میلی ثانیه) نسبت به کلمات هیجانی مختلف در گروه کنترل..... ۹۶
- شکل ۵-۴: میانگین زمان عکس العمل به کلمات اضطراب..... ۹۷
- شکل ۶-۴: میانگین زمان عکس العمل به کلمات افسردگی..... ۹۸
- شکل ۷-۴: میانگین زمان عکس العمل به کلمات اعتیاد..... ۹۸



فصل اول:
بیان مسأله

مقدمه

در سال ۱۶۸۰ میلادی سیدنهام نوشت: خداوند برای تسکین درد مؤثرتر از افیون نیافریده است و این سخن اکنون پس از گذشت بیش از سیصد سال و با وجود همه پیشرفت‌های شیمی و داروسازی همچنان به قوت خود باقی است. هنوز انسان برای فرونشاندن جان‌گدازترین دردها به افیون پناه می‌برد و ضد دردی قوی‌تر از افیون نمی‌شناسد. آثار روانشناختی مواد افیونی شاید از ۴۰۰۰ سال قبل از میلاد برای بشر شناخته شده باشد. اما نخستین متونی که در آن به عصاره خشخاش اشاره شده است به قرن سوم قبل از میلاد و به تئوپاراتوس^۱ مربوط می‌شود. پزشکان عرب این ماده را می‌شناختند و به غرب معرفی کردند که به عنوان داروی ضد اسهال به کار می‌رفت. در اواسط قرن شانزدهم میلادی استفاده از افیون در اروپا شناخته شد، ابوعلی سینا و رازی نخستین پزشکانی هستند که خواص تریاک را به طور کامل تعریف و ارائه نمودند و این دارو را وارد درمان کردند. در قرن هجدهم تدخین افیون در غرب رایج شد. ولی مشکلات آن هرگز قابل مقایسه با سوء مصرف الکل نبود. در اواسط قرن نوزدهم استفاده از آلکالوئیدهای^۲ تریاک به جای خود آن در طب رایج گردید. رواج افیون در ایران ظاهراً از دوران قاجاریه شروع شده است.

دو اثر مهم مواد افیونی، اثر ضد درد (مصارف پزشکی و قانونی ماده) و اثر بر خلق و ایجاد نشئه است که مصارف غیر قانونی ماده را پدید می‌آورد. تلاش سالهای طولانی و مستمر پژوهشگران در ساخت مواد شبه افیونی که ضد درد باشد و نه اعتیادآور، تا کنون با ناکامی روبرو شده است. اما این

^۱. Theophratus

^۲. Alkaloids

تلاشها به تولید آگونیست-آنتاگونیست‌ها^۱ و نیز آگونیست‌های مواد افیونی منجر شد، شیوه‌های درمانی را گسترش داده و به درک روشن‌تر مکانیسم عمل مواد افیونی منتهی شد (نابدل، ۱۳۸۶). حجم زیادی از مطالعات و پژوهشها در ابعاد مختلف مواد افیونی، اعم از شناخت ماهیت و مکانیسم اثرگذاری بر بدن، شناخت ترکیبات جدید برای راههای درمان معتادان به مواد افیونی، ارائه روشهای پیشگیری و جلوگیری از اشاعه مواد افیونی در سطح جامعه بویژه در میان جوانان و نوجوانان و... در کشورهای مختلف، متخصصان و متولیان امور در این زمینه را به خود مشغول کرده است. همانطور که اشاره شد علی‌رغم پیشرفت‌های روزافزون و قابل ملاحظه جوامع بشری در عصر حاضر یکی از موانع اصلی فرا روی خود را مبارزه با مظاهر نابودکننده مواد افیونی می‌دانند. در کشور ما نیز طی دهه‌های اخیر توجه زیادی به این امر شده است و با عنایت به اینکه ایران در مسیر ترانزیت قاچاق مواد افیونی قرار دارد، بدون تردید از شرایط آسیب‌پذیری بیشتری در این خصوص برخوردار است. از این رو پرداختن به موضوع اعتیاد و درمان آن از اولویت‌های سازمان‌ها و مؤسسات ذیربط است. در این پژوهش سعی بر آن است تا یکی از ابعاد روانشناختی اثرات مواد افیونی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد. تغییرات شناختی با توجه به اهمیت قابلیت‌های شناختی در عملکرد انسان از اهمیت بسزایی برخوردار است که در این پژوهش موضوع مورد مطالعه است. امید است که نتایج و یافته‌های پژوهش تاثیر مثبت در شناخت هرچه بیشتر این پدیده داشته باشد.

^۱. Agonists & Antagonist

بیان مساله

یکی از پدیده‌های قابل تامل روانی و اجتماعی در عصر حاضر، گسترش مصرف مواد افیونی و بروز اختلالات وابسته به آن است. پدیده‌ای که زندگی میلیون‌ها نفر را با مشکل مواجه ساخته و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید. انواع بسیار زیادی از مواد وجود دارند که مصرف آنها منجر به وابستگی شدید و یا سوء مصرف آنها نشانه‌هایی نظیر مسمومیت، اختلالات فراموشی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلال خواب، آسیب‌های عصب روانشناختی و شناختی را ایجاد می‌کند (بهرامی احسان، ۱۳۸۳).

در یک زمینه یابی که توسط انستیتو ملی آمریکا (NIDA)^۱ در زمینه وابستگی به مواد صورت گرفته است نشان می‌دهد که حدود ۴۰ درصد جمعیت آمریکا مصرف یک یا چند نوع ماده غیر قانونی را در طول عمر گزارش کرده‌اند. بیش از ۱۵ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال در ایالات متحده به طور جدی مواد مصرف می‌کنند و حدود دوسوم آنها در درجه اول به سوء مصرف الکل و یک سوم آنها به موادی غیر از الکل مبتلا هستند (کاپلان، سادوک، ۱۹۲۷؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۹). علاوه بر این تخمین زده می‌شود که بیش از ۹ میلیون نفر به مصرف هروئین مبتلا می‌باشند (سازمان ملل، ۲۰۰۴؛ به نقل از مینترز، کوپرسیانو و استیتزر^۲، ۲۰۰۵) در ایالات متحده نیز در حدود ۹۸۰۰۰۰ مصرف کننده مزمن هروئین وجود دارد (اداره کنترل ملی مواد، ۲۰۰۱؛ به نقل از مینترز و همکاران، ۲۰۰۵).

^۱. National Institute for Drug Abuse

^۲. Mintzer, Copersino & Stitzer

گذشته از هزینه سرسام آور مصرف مواد برای جامعه، عوارض روان‌شناختی و عصب‌شناختی ناشی از مصرف مواد افیونی بر مغز و نظام رفتاری فرد قابل ملاحظه است. به عبارت ساده تر، برخی از مواد می‌توانند هم برحالات روانی نظیر خلق، هم بر فعالیتهای آشکار بیرونی، یعنی رفتار تاثیر داشته باشند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۵).

علاوه بر بیماری و مرگ و میرهایی که رابطه مستقیم با اختلالات وابسته به مواد افیونی دارند، رابطه میان انتقال ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) و مصرف وریدی مواد افیونی امروزه به عنوان یک منبع نگرانی در بهداشت ملی و سلامت عمومی مطرح می‌شود (کاپلان، سادوک ۱۹۹۷؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۹). علاوه بر این، پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که وابستگی طولانی مدت به مواد افیونی از جمله هروئین اثر مخرب بر عملکرد هوشی دارد (میلر^۱، ۱۹۹۱، ۱۹۹۵؛ به نقل از پراسر، کوهن، استین فلد، ایزن برگ، لندن و گالینکر^۲، ۲۰۰۶). کنترل ضعیف تکانه، ضعف در برنامه ریزی و تصمیم‌گیری از دیگر عوارض مواد افیونی است (گران^۳ و همکاران، ۲۰۰۰؛ تاپرت و برون، ۱۹۹۹^۴؛ به نقل از پراسر و همکاران، ۲۰۰۶؛ پو، چارلز و لی، ۲۰۰۲^۵؛ فرانکن، کرون، وایرز و جانسن^۶، ۲۰۰۰). آسیب‌های شناختی ناشی از مواد افیونی ممکن است به ماهیت عود کننده این مواد کمک کنند (گاسپ^۷ و همکاران، ۲۰۰۲؛ تیچنر^۸ و همکاران، ۲۰۰۲؛ آهارو نوویک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل

^۱. Miller

^۲. Prosser, Cohen, Steinfeld, Eisenberg, London, and Galynker

^۳. Grant

^۴. Tapert and Brown

^۵. Pau, Charles, & Lee

^۶. Franken, Kroon, Wiers, and Jansen

^۷. Gossop

^۸. Teichner

از پراسر و همکاران، ۲۰۰۶؛ راجر و راینسون^۲، ۲۰۰۱). پیامد مصرف الکل و دیگر مواد افیونی اغلب با نشانه‌هایی مانند بدکارکردی قشر پیش‌پیشانی^۳ همراه می‌باشند. اگر چه شواهد قوی‌تری برای بدکارکردی قشر پیش‌پیشانی در مصرف‌کنندگان الکل و کوکائین دیده می‌شود، اما وابستگی به مواد افیونی از قبیل هروئین و مورفین نیز منجر به آسیب‌های شناختی و عصب روانشناختی می‌شوند (کوهار، پرت و اسنیدر،^۴ ۱۹۷۳؛ لوئیس^۵ و دیگران، ۱۹۸۱؛ به نقل از لیورس و یاکیمف^۶، ۲۰۰۳).

همچنین مطالعات تصویربرداری از مغز، آسیب‌هایی در لوب پیشانی افراد وابسته به مواد افیونی هنگام محرومیت (پرهیز) نشان داده‌اند (کریستال^۷ و دیگران، ۱۹۹۵؛ ون دیک^۸ و دیگران، ۱۹۹۴؛ به نقل از لیورس و یاکیمف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های پتری^۹ و همکاران (۱۹۹۸) و استرانگ و گورلینگ^{۱۰} (۱۹۸۹) نیز حاکی از وجود بدکارکردی اجرایی در افراد وابسته به مواد افیونی است (به نقل از لیورس و یاکیمف، ۲۰۰۳).

با توجه به اثرات زیانبار جسمی، روانی، شناختی و اجتماعی مواد افیونی ضرورت توجه به درمان این بیماران امری اجتناب‌ناپذیر است. رویکردهای درمانی برای سوءمصرف مواد به نوع ماده، الگوی سوءمصرف، فراهم بودن نظام‌های حمایتی (روانی-اجتماعی) و ویژگی‌های خاص بیمار بستگی دارد.

^۱. Aharonovic

^۲. Rogers and Robinson

^۳. prefrontal lobe

^۴. Kuhar, Pert and Snyder

^۵. Lewis

^۶. Lyvers & Yakimoff

^۷. Krystal

^۸. Van dyck

^۹. Petry

^{۱۰}. Strang & Gurling

رویکرد درمانی اولیه برای وابستگی به مواد ممکن است به صورت بستری یا سرپایی صورت گیرد. پس از یک دوره ابتدایی سم‌زدایی، بیمار به یک دوره طولانی توان بخشی نیاز دارد. در تمام طول دوره درمان، درمان‌های فردی، گروهی و خانوادگی می‌تواند موثر باشد.

در بعضی موارد استفاده از برخی داروهای خاص مانند دیسولفیرام^۱ ممکن است برای بازداشتن بیمار از گرایش به مصرف مواد، یا متادون برای کاهش اثرات ترک ضروری باشد. امروزه گرایش به کم کردن روزهای بستری و استفاده هر چه بیشتر از درمان سرپایی مورد توجه است (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۷؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۹).

در حال حاضر درمان نگهدارنده متادون^۲ (MMT) در بسیاری از نقاط دنیا یک روش مهم در درمان وابستگی به مواد افیونی محسوب می‌گردد. و با توجه به اینکه هدف مطالعه حاضر بررسی توجه انتخابی و کارکردهای اجرایی در بیماران دریافت کننده متادون است، بحث مختصری درباره متادون و مزایا و معایب آن ضروری به نظر می‌رسد.

متادون یک ماده افیونی مصنوعی و یک آگونسیت گیرنده مو (μ)، یکی از گیرنده‌های مواد افیونی) است (نیوکامب، بوچنر، وایت و ساماجی^۳، ۲۰۰۴) که پس از مصرف باعث ایجاد سرخوشی، بی‌دردی و سایر اثرات مصرف مواد شبه مورفینی می‌گردد. مصرف این دارو از راه خوراکی است و وقتی متادون از راه دهان با مقدار ثابت مصرف شود، سرخوشی شدیدی را که هروئین ایجاد می‌کند، به وجود نمی‌آورد. طول مدت تاثیر آن از ۲۴ ساعت تجاوز می‌کند (واتسون و لینگفورد-هاگس^۴،

^۱. disulfiram

^۲. Methadone maintenance treatment

^۳. Newcomb, Bochner, White & Somogyi

^۴. Watson & Lingford- Hughes

۲۰۰۷). متادون با دوز نگهدارنده تا زمانی تجویز می‌شود که بتوان بیمار را از متادون، که خود نیز اعتیاد آور است باز گرفت. سم‌زدایی بیمارانی که متادون مصرف می‌کنند آسانتر از هروئین است و اثرات ترک آن ضعیف‌تر از اثرات هروئین است. هر چند سندرم ترک مشابهی با متادون نیز روی می‌دهد. معمولاً در جریان سم‌زدایی متادون از کلونیدین^۱ داروی ویژه سم‌زدایی استفاده می‌شود (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۸۲).

درمان نگهدارنده متادون چندین مزیت به شرح زیر دارد:

۱- شخص وابسته به مواد افیونی را از مصرف ورییدی هروئین رها کرده و شانس انتشار HIV را کاهش می‌دهد (هالینان، ری، بایرن، آگو و آتیا^۲، ۲۰۰۶).

۲- عملکرد اجتماعی افرادی که متادون مصرف می‌کنند بهبود می‌یابد و احتمال یافتن کار تمام وقت در این افراد بیشتر است (یامیسون، پیلز و لاروند^۳، ۲۰۰۲).

۳- مصرف مواد افیونی غیر قانونی خویش را کاهش می‌دهد (هالینان و همکاران، ۲۰۰۶؛ یامیسون و همکاران، ۲۰۰۲).

۵- میزان مرگ و میر در افراد مصرف‌کننده متادون در مقایسه با افرادی که مواد افیونی مصرف می‌کنند و در برنامه درمان نگهدارنده متادون شرکت نکرده‌اند بسیار کمتر است (یامیسون و همکاران، ۲۰۰۲).

۶- رفتارهای پرخطری که موجب شیوع بیماری ایدز و هپاتیت و بیماری‌های مقاربتی می‌شود، کاهش می‌یابد (هالینان و همکاران، ۲۰۰۶).

^۱. Clonidine

^۲. Hallinan, Ray, Byrne, Agho, & Attia

^۳. Jamieson, Peals, & Laronde