

بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی مردان وابسته به مواد

مسئب یار محمدی واصل^۱

چکیده

زمینه و هدف: اجتماع درمان مدار، یک روش درمانی اقامتی است که در درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مؤثر است. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی مردان وابسته به مواد مؤثر بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پی‌گیری انجام شده است. مراجعان سه مرحله مورد آزمون قرار گرفتند. آن‌ها حداقل به مدت ۶ ماه در اجتماع درمان مدار بودند. نمونه‌ها شامل ۴۷۴ مرد وابسته به مواد بود که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از مراکز اجتماع درمان مدار بجنورد، بروجرد، اهواز و کرمان انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه SCL90 یا Symptom Checklist 90 و تست مرفین به دست آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری Paired-t تحلیل شد.

یافته‌ها: پس از مداخله، یافته‌ها اثربخشی اجتماع درمان مدار را بر علایم روانی (علایم شکایت جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید، روان‌پریشی و علایم مرضی) در مصرف‌کننده‌های مواد نشان داد ($P < 0/05$). همچنین بیش از نصف (۵۹/۲۷ درصد) مراجعان پس از یک سال پی‌گیری پاک بودند.

نتیجه‌گیری: بنابراین نتایج حاکی از اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی و پاک‌ی افراد مصرف‌کننده مواد است.

واژه‌های کلیدی: اجتماع درمان مدار، اقامتی، علایم روانی، مصرف مواد، مردان معتاد.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۷

مقدمه

مصرف مداوم مواد مخدر ابتدا به بیماری‌های جسمانی و روانی را به همراه دارد، برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که اعتیاد برخی از افراد معتاد در نتیجه وجود اختلالات روانی و ضعف‌های شخصیتی است (۳). فردی که به اندازه کافی برای مقابله با مشکلات مجهز نشده است، مستعد پناه بردن به اعتیاد است و برای رهایی از تشویش به مواد رو می‌آورد. معتادان شواهدی از ویژگی‌های شخصیتی ضد اجتماعی، افسردگی، اضطراب، افکار بدبینانه و غیر منطقی، هیجان‌پذیری، گوشه‌گیری، بی‌قراری، شخصیت وابسته نشان داده‌اند (۳).

سوء مصرف مواد مخدر و مسأله اعتیاد (Addiction) یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر می‌باشد که گستره‌ای جهانی پیدا کرده، پا را از مرزهای بهداشتی-درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. آمارهای منتشر شده از کمیته جهانی کنترل مواد مخدر، حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است (۱). اغلب مبتلایان به مواد، دچار یک سلسله اختلالات روانی می‌شوند که زمینه‌هایی برای ارتکاب انواع جرایم فراهم می‌آورد.

Email: vassel999@yahoo.com

۱- دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. (نویسنده مسؤول)

برخی از سوء مصرف کنندگان مواد که برای درمان به اجتماع درمان مدار (TC یا Therapeutic community) می‌آیند، علاوه بر اعتیاد، آشفتگی‌های روان‌شناختی مختلف مانند افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضد اجتماعی، در خود فرو رفتگی، انزوا و خود بیمار انگاری دارند (۳).

Matusевич و همکاران در تحقیقی که بر روی ۶۰۵ بیمار دارای علایم روان‌پزشکی با استفاده از رویکرد TC انجام دادند، نشان دادند قبل از ورود به درمان، بیماران این پژوهش، ۳ درصد افسرده، ۱۷/۷ درصد دارای افکار خودکشی، ۱۷/۶ درصد اقدام به خودکشی، ۱۴/۳ درصد سوء مصرف کننده مواد، ۶ درصد دارای علایم روان‌شناختی و رفتاری دمانس بودند. ۷۵ درصد مجدد پذیرش شده بودند و ۱۴/۸۸ درصد از نظر فیزیکی تحت کنترل بودند و حدود ۷/۵ درصد اسکیزوفرن، ۲۷ درصد دارای علایم اختلال شخصیت مرزی، ۸/۹ درصد اختلال شخصیت خود شیفته، ۵/۳ درصد اختلال شخصیت تبدیلی داشتند. نتایج داده‌ها نشان داد که مدل ساختار یافته TC می‌تواند تغییرات مطلوبی در علایم این بیماران ایجاد نماید (۴).

مراجعات به TC، اختلالات شناختی و سبک زندگی همراه با مشکلات سوء مصرف که عبارتند از فقدان آگاهی، مشکلاتی در تصمیم‌گیری، قضاوت ضعیف، فقدان بینش، آزمون واقعیت ضعیف، فقدان مهارت حل مسئله، مهارت شغلی، مهارت اجتماعی و بین فردی، ادراکات منفی از خود را نشان می‌دهد. مقیمان TC احترام و ارزیابی آن‌ها از خودشان به لحاظ شناختی، رفتاری، اخلاقی و روابط با خانواده پایین است (۵).

اجتماع درمان مدار یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسان گرایی، روان‌کاوی رشد یافته است، لذا می‌تواند تغییرات چند بعدی در افراد سوء مصرف کننده مواد ایجاد نماید. اجتماع درمان مدار یک برنامه ساختار یافته و نظارتی قوی است که برای مدت مشخص (از ۳ تا ۲۴ ماه) برای درمان مسایل رفتاری، هیجانی، نگرش و خانوادگی مصرف کنندگان مواد طراحی شده است. برنامه اجتماع درمان مدار برای یاری رساندن و حمایت در جهت بهبودی معنادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد

را دارند. رویکرد اجتماع درمان مدار رویکرد اجتماعی است که از طریق به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی فرد معتاد به وی امکان طی طریق بهبودی را می‌دهد (۶).

از این دیدگاه معتادان در فرایند اجتماعی شدن، مهارت‌های شناختی، عاطفی، روانی دارای مشکلاتی هستند. بنابراین اعتیاد یک نشانه است نه هسته اصلی اختلال. اغلب فرد از لحاظ رفتاری، خلقی نیز دچار آشفتگی می‌شود (۵).

در واقع برنامه اجتماع درمان مدار یک برنامه با ساختار و عمیق است که تغییرات جدی در ساختار شخصیت مراجعان ایجاد می‌کند و دست به بازسازی عمیق در ساختار شخصیت آنان می‌زند. اجتماع درمان مدار یک برنامه مبتنی بر سلسله مراتب، نظم و ساختار است که بر پایه نظریه یادگیری اجتماعی (Social learning) عمل می‌کند و اصول این نظریه در این برنامه جاری است. الگوهای تعامل موجود در اجتماع درمان مدار بر پایه فلسفه خودیار (Help self) است که توسط معتادان بهبود یافته اداره می‌شود (۵). Edelen و همکاران نشان دادند TC نگرش مراجعان را نسبت به خودشان مثبت‌تر کرد، تعهد آن‌ها را نسبت به خویشن داری و پرهیز بهتر نمود و توانایی حل مسأله آن‌ها را افزایش داد (۷).

تغییرات رفتاری، شناختی، عاطفی به عنوان اساس بهبودی در TC در نظر گرفته می‌شود. تغییرات رفتاری به بهبود رفتار ضد اجتماعی، کاهش مشکلات روانی، یادگیری مهارت‌های اجتماعی و بین فردی اشاره دارد. تحقیقات مختلف حاکی است TC بر بهبود تجرب کاری، وضعیت زناشویی، علایم روان‌پزشکی و اختلالات همراه افراد مصرف کننده مواد (۸)، کارکردهای روان‌شناختی، جرم، جنایت و سوء مصرف مواد (۹) و برای درمان سوء مصرف مواد و اختلالات همراه مؤثرتر است (۱۰).

تحقیقات مختلف نشان داده است TC بر سوء مصرف مواد، سلامت روان، میزان ارتکاب جرم، احتمال ابتلا به HIV، اشتغال و تهیه مسکن (۱۱)، درمان اختلالات مرتبط با مواد و سلامت روان (۱۲)، کاهش سوء مصرف مواد چند گانه، در تغییر و رشد شخصی (۱۳)، اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات همراه (۱۴)، (۱۰) افزایش خودپنداره، شاخص‌های سلامت جسمانی، پرهیز از

بررسی قرار نگرفته است. اجتماع درمان مدار مانند هر برنامه دیگر برای تداوم و تغییر نیاز به پژوهش دارد. این پژوهش در نوع خود جدید و هدف آن بررسی میزان اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی و پاکی افراد مصرف کننده مواد بود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق این پژوهش آزمایشی (Experimental design) با طرح یک گروهی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با مرحله پی‌گیری است. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد سوء مصرف کننده مواد مراکز اجتماع درمان مدار (TC) کشور از ابتدای شش ماهه دوم سال ۱۳۸۴ تا آخر شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ تشکیل می‌دادند. نمونه مورد بررسی به تعداد ۴۷۴ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی طی دو مرحله، مرحله اول «انتخاب مراکز TC» از کل مراکز TC کشور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در مجموع ۴ مرکز TC (بجنورد ۹۰ نفر، بروجرد ۹۴ نفر، اهواز ۱۲۸ نفر و کرمان ۱۶۲ نفر) انتخاب شد. برای تعیین حجم نمونه گروه آزمایش چون فرضیه‌های تحقیق یک سویه بود، $\alpha = 0.05$ و $Z = 1.64$ در نظر گرفته شد و جهت برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده گردید. با فرض احتمال خطای ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$)، واریانس 0.25 و تفاوت میانگین‌ها 0.05 حجم نمونه برابر ۲۶۹ نفر برآورده شد. با توجه به ریزش بالای درمان اعتیاد در مراکز TC (۴۰ تا ۴۵ درصد)، حجم نمونه گروه آزمایش ۴۷۴ نفر انتخاب گردید.

مرحله دوم «انتخاب آزمودنی‌ها» بعد از انتخاب مراکز TC آزمودنی‌های پژوهش به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود به تحقیق شامل افراد مذکر، ترک جسمانی، سن ۲۰ تا ۵۰ سال، میزان تحصیلات حداقل سوم ابتدایی و وضعیت اقتصادی متوسط به پایین (درآمد بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان) و معیارهای خروج از تحقیق شامل انصراف از درمان و لغزش و اخراج از درمان بود.

آزمون توسط گروه پژوهش انجام گرفت و مدت هر آزمون یک و نیم تا دو ساعت بود. در گروه پژوهش در هر مرکز اجتماع درمان مدار یک آزمون‌گر از ابتدا تا انتهای

مصرف و خود کنترلی (۱۵) درمان سوء مصرف مواد و اختلالات مرتبط با مواد، عود و رفتارهای مجرمانه (۱۶) مؤثر بوده است. امروزه در برنامه‌های اجتماع درمان مدار تمرکز اساسی بر برنامه‌های آموزش پیشگیری از بازگشت است. برنامه‌های ۳۴ ساعته به مراجعان یاد می‌دهد که چگونه در برابر مصرف مواد و رفتارهای منفی ایستادگی کنند. آن‌ها نیازمند برنامه پیشگیری از بازگشت هستند (۱۷).

مطالعه Soyeز و همکاران با عنوان اثرات اجتماعی در TC بلژیک حاکی از این بود که حمایت اجتماعی، انگیزش در درمان، آمادگی برای تغییر سطح معنی‌داری از واریانس مانایی در درمان را تبیین می‌کند. یافته‌ها نشان داد که مداخلات TC با بهبود اعتیاد و مانایی در درمان مرتبط بود (۱۸). پژوهش Jainchill و همکاران نشان داد TC سوء مصرف ماری‌جوانا، الکل، رفتار مجرمانه، اختلالات روان‌پزشکی همراه و اختلال سلوک را بهبود بخشیده است (۱۹). De Leon و همکاران (۲۰) و De Leon (۲۱) نشان دادند TC برای بیماران بی‌خانمان سوء مصرف کننده مواد در پنج حوزه سوء مصرف دارو، ارتکاب به جرم، رفتارهای مخاطره آمیز مبتلا به HIV، علایم روان‌شناختی و اشتغال اثربخش است.

اجتماع درمان مدار یا TC حدود چهار دهه است که در سراسر جهان به عنوان یک روش مهم شناخته شده است، نخستین TC در سال ۱۹۵۳ توسط Maxwell در یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی انگلستان برای بیماران روانی راه‌اندازی شد و در سال ۱۹۵۸ توسط Charles derrig در کالیفرنیا شمالی با نام سینانون بنیان گذارده شده است. نخستین الگوی TC از رویکرد سینانون اقتباس گردیده است. چارلز و دریچ و معتادان بهبود یافته در «سانتا مونیکا» با کمک هم با استفاده از شیوه بازگیری ناگهانی که اعتیاد را ترک کرده بودند، دور هم جمع شدند و هسته اصلی یک اجتماع درمان مدار را تشکیل دادند. در ایران اولین TC در سال ۱۳۷۹ در اصفهان تأسیس گردید و تا سال ۱۳۸۵ حدود ۲۷ مرکز TC راه‌اندازی شد که مجموع آن‌ها بالغ بر ۲۷۰۰ متقاضی را پذیرش کرده‌اند. در طول سال‌های گذشته با وجود تأسیس این مراکز در کشور، هیچ‌گاه کارایی آن‌ها مورد

پژوهش جمع‌آوری داده‌ها را به عهده داشت که برای دقت در نحوه جمع‌آوری داده‌ها در فرایند پژوهش، به آن‌ها آموزش داده شد. اعضای گروه پژوهش دارای تحصیلات در زمینه روان‌شناسی، سابقه درمان سوء مصرف مواد در اجتماع درمان مدار و آشنایی با مهارت‌های پژوهش در زمینه سوء مصرف مواد بودند. هنگام پذیرش، بعد مداخله اجتماع درمان مدار و پس از یک سال پی‌گیری پاک (عدم بازگشت) آزمایش مرفین به عمل آمد. مداخله اجتماع درمان مدار شامل یک دوره شش ماهه برای ترک اعتیاد است که شامل ۵ مرحله می‌باشد. مرحله اول جهت‌یابی، مرحله دوم درمان، مرحله سوم پیش ورود مجدد (پیش از ترخیص)، مرحله چهارم ورود مجدد (مرحله ترخیص) و مرحله پنجم پی‌گیری پس از درمان است که بعد از ترخیص انجام می‌شود. این مداخله در تمام مراکز به شیوه یکسان بر اساس دستورالعملی که توسط سازمان بهزیستی تهیه شده است، اداره می‌شود (اجتماع درمان مدار یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسان گرایی، روان‌کاوی مداخله درمانی انجام می‌گیرد). این مداخلات تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور و بهزیستی مراکز استان‌ها است.

اطلاعات و داده‌های لازم به وسیله ۱- آزمایش مرفین و انجام تست‌های ادراری بود. این تست یک روش ایمنونواسی کروماتوگرافیک برای تشخیص مرفین در ادرار با غلظت پایین در حد ۳۰۰ ng/ml است. تفسیر نتایج منفی نمایان شدن ۲ خط مجزا یک خط در منطقه c و دیگری در منطقه تست می‌باشد که نشان می‌دهد که سطح مرفین کمتر از سطح قابل ردیابی ۳۰۰ ng/ml است. نتایج مثبت نمایان شدن یک خط رنگی در منطقه کنترل c بدون ایجاد خط رنگی واضح در منطقه تست t است که نشان می‌دهد که سطح مرفین در ادرار بالاتر از سطح قابل ردیابی ۳۰۰ ng/ml است. در مراکز اجتماع درمان مدار تیم پژوهش و درمان به منظور اطلاع از حفظ پاک‌ی شرکت کنندگان در فرایند درمان و پی‌گیری به طور متناوب و تصادفی تست مرفین به عمل آوردند. در این فرایند افرادی که در حین درمان، آزمایش مرفین آن‌ها نشان

داد که مواد مخدر مصرف کرده‌اند، از درمان خارج شدند و افرادی که آزمایش آن‌ها منفی بود تا انتهای درمان در TC باقی ماندند.

۲- چک لیست الف) اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، محل زندگی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، بیکاری و میزان درآمد؛ ب) الگوهای سوء مصرف مواد مانند اولین ماده مصرفی، مصرف غالب و روش مصرف؛ ۳- پرسش‌نامه SCL-90-R به دست آمد. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است. صیادی (۲۲) معتقد است فرم اولیه این آزمون توسط Derogatis و همکاران (۲۳)، در سال ۱۹۷۳ معرفی گردید و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن توسط تهیه کنندگان با نام فهرست تجدید نظر شده علایم روانی (SCL-90-R) معرفی گردید. این آزمون ارتباط نزدیکی با چک لیست علایم Hapkins (Hapkins symptom check list یا HSCL) دارد. ثابت شده است که این آزمون به تغییر در چارچوب زمینه‌های بالینی و طبی خیلی حساس است. این آزمون ۹ بعد مختلف از علایم بیماری‌های روانی؛ شکایت جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، تفکر پارانوئید، بعد روان‌پریشی، علایم روان‌پریشی را شامل می‌شود. سه شاخص کلی ناراحتی در این آزمون وجود دارد که هر یک با یک نمره، سطح یا عمق و وضعیت روانی فرد را از نظر آسیب شناسی روانی نشان می‌دهند. هر یک از این شاخص‌ها این کار را به صورت مجزا نشان می‌دهد و جنبه‌های مختلفی از سایکوپاتولوژی را مشخص می‌کند که شامل ضریب کلی علایم مرضی (GSI یا Global severity index)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI یا Positive symptom distress index) و جمع علایم مرضی (Positive symptom total یا PST) می‌باشد.

برای نمره‌گذاری مقیاس‌های پرسش‌نامه SCL-90-R ابتدا نمره به دست آمده از هر بعد را محاسبه نموده، بر تعداد سؤال‌های آن بعد تقسیم می‌نماییم. برای محاسبه ضریب

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد میزان تحصیلات مراجعان TC به ترتیب ۳۶/۰۴ درصد تحصیلات دیپلم، ۳۴/۰۱ درصد تحصیلات راهنمایی، ۱۷/۷۷ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۶/۶۰ درصد تحصیلات ابتدایی و ۵/۵۸ درصد تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. اولین ماده سوء مصرف توسط مراجعان TC به ترتیب تریاک ۵۷/۸۷ درصد، حشیش ۲۴/۸۷ درصد، هرویین ۵/۵۸ درصد، الکل ۴/۵۷ درصد، مشروب ۴/۰۶ درصد، کراک ۱/۵۲ درصد، قرص‌های روان گردان ۱/۰۲ درصد و ماری‌جوانا ۰/۵۰ درصد بود. مد متعلق به سوء مصرف تریاک ۵۷/۸۷ درصد بود.

در جدول شماره ۱ فراوانی علایم روانی افراد مصرف کننده مواد شامل علایم افسردگی ۴۹ نفر (۴۷/۵۷ درصد)، علایم پارانوئیدی ۴۱ نفر (۴۰/۵۹ درصد)، علایم مرضی ۳۹ نفر (۳۸/۲۳ درصد)، علایم وسواس- اجبار ۳۴ نفر (۳۳ درصد)، علایم پرخاشگری ۳۱ نفر (۳۱ درصد)، علایم شکایت جسمانی ۳۰ نفر (۲۹/۱۳ درصد)، حساسیت در روابط متقابل ۲۸ نفر (۲۷/۱۸ درصد)، علایم اضطراب ۲۵ نفر (۲۴/۲۷ درصد)، علایم ترس مرضی ۱۳ نفر (۱۳/۲۶ درصد)، علایم روان‌پریشی ۱۳ نفر (۱۲/۶۲ درصد) بود.

کلی علایم مرضی (GSI)، ابتدا جمع کل نمره‌های به دست آمده از علایم ۹ بعد و سؤالات اضافی را محاسبه نموده، سپس عدد حاصل را بر تعداد سؤالات آزمون ۹۰ تقسیم می‌نماییم. برای محاسبه جمع علایم مرضی (PST)، جواب‌های مثبت علایم که توسط بیمار علامت زده شده است (جواب‌های غیر از صفر) شمارش می‌شود. در مرحله بعد برای به دست آوردن معیار ضریب ناراحتی (PSDI)، جمع کل ضریب علایم مرضی (GSI) را بر جمع علایم مرضی (PST) تقسیم می‌کنیم تا معیار ضریب ناراحتی (PSDI) به دست آید. بیشترین پایایی آزمون SCL-90-R مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹۰ و کمترین پایایی مربوط به بعد روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده است. همچنین ضرایب پایایی آن به روش بازآزمایی دارای همبستگی بالا بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ بوده است (۲۳). در ایران نیز پایایی آزمون از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است و نتایج حاکی از آن است که این آزمون می‌تواند به عنوان یک وسیله غربال‌گری خوب برای تشخیص اختلالات روانی از افراد سالم به کار رود (۲۲).

داده‌های آماری پژوهش به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS با استفاده از Paired-t زوجی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. توصیف فراوانی علایم روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به TC

علایم روانی	تعداد افراد مصرف کننده مواد	تعداد افراد دارای علایم روانی	درصد افراد دارای علایم روانی
شکایت جسمانی	۱۰۳	۳۰	۲۹/۱۳
وسواس- اجبار	۱۰۳	۳۴	۳۳
حساسیت در روابط متقابل	۱۰۳	۲۸	۲۷/۱۸
افسردگی	۱۰۳	۴۹	۴۷/۵۷
اضطراب	۱۰۳	۲۵	۲۴/۲۷
پرخاشگری	۱۰۰	۳۱	۳۱
ترس مرضی	۹۸	۱۳	۱۳/۲۶
افکار پارانوئیدی	۱۰۱	۴۱	۴۰/۵۹
روان‌پریشی	۱۰۳	۱۳	۱۲/۶۲
علایم مرضی	۱۰۲	۳۹	۳۸/۲۳
میانگین علایم روانی	-	۳۰/۳	۲۹/۷

جدول ۲. آزمون Paired-t تأثیر TC بر زیر مقیاس‌های علایم روانی افراد وابسته به مواد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درجه آزادی	تی زوجی	سطح معنی‌داری
علایم روانی	۲۹۳/۴۹	۲۰۳/۴۹	۴۶/۳۷	۱۰۲	۰/۰۰۱

پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید، روان‌پریشی و علایم مرضی مراجعان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین TC در کاهش علایم روانی افراد وابسته به مواد در پس‌آزمون تأثیر داشته است.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که تعداد فارغ‌التحصیلان TC ۱۷۹ نفر (۳۷/۷۶ درصد)، تعداد ریزش TC ۲۹۵ نفر (۶۲/۲۴ درصد)، تعداد افراد در حال بهبودی ۱۰۹ نفر (۵۹/۲۷ درصد) تعداد افراد عود کرده ۷۰ نفر (۴۰/۷۱ درصد)، افراد در حال بهبودی به تفکیک مراکز TC: کرمان ۴۴ نفر (۶۶/۶۶)، اهواز ۳۲ نفر (۶۵/۳۰ درصد)، بروجرد ۱۷ نفر (۶۰/۷۱ درصد)، بجنورد ۱۶ نفر (۴۴/۴۴ درصد) بود.

در جدول شماره ۲ میانگین‌های گروه مورد مطالعه در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای علایم روانی مشاهده می‌شود که بیانگر تفاوت معنی‌دار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون است ($P = ۰/۰۰۱$). این نتیجه بیانگر تأثیر TC در کاهش علایم روانی افراد وابسته به مواد است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات زیر مقیاس‌های علایم روانی افراد وابسته به مواد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است ($P = ۰/۰۰۱$). پس می‌توان گفت میانگین نمرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات شکایت جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب،

جدول ۳. مقایسه علایم روانی افراد وابسته به مواد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

علایم روانی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		درجه آزادی	Paired-t	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
شکایت جسمانی	۳۴/۴۴	۹/۳۲	۲۴/۰۸	۷/۲۱	۱۰۲	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱
وسواس-اجبار	۳۱/۶۸	۶/۷۸	۲۳/۵۰	۵/۹۲	۱۰۲	۱۰/۴	۰/۰۰۱
حساسیت روابط متقابل	۲۶/۱۸	۶/۷۱	۱۸/۸۲	۴/۹۹	۱۰۲	۹/۸۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۴۰/۷۷	۱۱/۵	۲۵/۱۵	۸/۶۰	۱۰۲	۱۳/۳۸	۰/۰۰۱
اضطراب	۳۰/۲۳	۸/۸۷	۱۸/۹۹	۶/۰۶	۱۰۲	۱۲/۲۱	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۱۷/۷۶	۵/۶۸	۱۱/۶۰	۴/۸۷	۸۱	۹/۳۶	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۱۶/۴۰	۵/۸۷	۱۱/۸۶	۴/۰۴	۹۰	۷/۴۶	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	۱۹/۰۷	۴/۳۴	۱۴/۳۸	۳/۵۸	۹۸	۸/۶۶	۰/۰۰۱
روان‌پریشی	۲۷/۱۷	۷/۳۷	۲۰/۲۲	۴/۷۲	۱۰۲	۹/۵۳	۰/۰۰۱
علایم مرضی	۲۱/۷۷	۴/۳۵	۱۵/۹۲	۳/۸۹	۱۰۱	۱۲/۰۷	۰/۰۰۱

جدول ۴. توصیف تعداد افراد در حال بهبودی و افراد عود کرده مراکز TC پس از یک سال

مراکز TC	فارغ التحصیلان TC	ریزش TC	افراد در حال بهبودی TC	افراد عود کرده TC		
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۳۶	۷/۵۹	۵۴	۱۱/۴۰	۱۶	۴۴/۴۴	۲۰
۴۹	۱۰/۳۴	۷۹	۱۶/۶۷	۳۲	۶۵/۳۰	۱۷
۶۶	۱۳/۹۲	۹۶	۲۰/۲۵	۴۴	۶۶/۶۶	۲۲
۲۸	۵/۹۱	۶۶	۱۳/۹۲	۱۷	۶۰/۷۱	۱۱
۱۷۹	۳۷/۷۶	۲۹۵	۶۲/۲۴	۱۰۹	۵۹/۲۷	۷۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی و پاک‌ی افراد مصرف کننده مواد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که TC باعث کاهش علایم روانی، شکایت جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید، روان‌پریشی و علایم مرضی افراد وابسته به مواد شده است. این یافته‌ها در مورد تأثیر رویکرد TC با مطالعات Sacks و همکاران (۱۰)، Morral و همکاران (۹)، Jainchill و همکاران (۱۹) هم‌خوان و هماهنگ است.

یافته‌های پژوهش هماهنگ با مطالعه Skinner است که نشان داد TC باعث بهبود تجارب کاری، علایم روان‌پزشکی و اختلالات همراه سوء مصرف کنندگان مواد می‌شود (۸). همچنین برنامه‌های TC در کاهش جرم و جنایت افرادی که دارای اختلالات شخصیت و روانی بودند بیشتر مؤثر بود تا افرادی که بدون اختلال بودند (۲۴). همچنین برنامه‌های TC توانست آسیب‌های روان‌شناختی مراجعان، اختلالات افسردگی، اضطراب تبدیلی، خود بیمارانگاری، اضطراب، علایم سایکوتیک، رفتارهای ضد اجتماعی، پرخاشگری و اختلال سوء مصرف مواد را به طور مؤثرتری بهبود بخشند (۲۷-۲۴، ۱۴، ۱۰).

مطالعات متعددی بر اثربخشی مداخلات TC بر سوء مصرف تأکید داشته‌اند که نتایج به دست آمده در این مطالعه را تأیید می‌کنند. بنابراین TC یک رویکرد منحصر به فرد روان‌شناختی و اجتماعی برای درمان سوء مصرف مواد،

اختلالات همراه افزایش سلامت روان معتادان است. TC می‌تواند به افراد با انواع اختلالات روان‌شناختی خدمات درمانی ارائه کند. TC یک رویکرد برای تغییر سبک زندگی، توان‌بخشی و توان‌افزایی است. ۳۰ سال ارزیابی TC اثربخشی آن را اثبات و مستند می‌کند و این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرایند درمانی TC میزان جرم و جنایت را کاهش می‌دهد، وضعیت روان‌شناختی مراجعان را بهبود می‌بخشد (۲۹، ۲۸، ۱۹، ۱۵، ۹، ۴).

مطالعه Sacks و همکاران اثربخشی داده‌های پژوهشی TC را مورد تحلیل قرار داده است و نشان می‌دهد که درمان TC باید جامع و گسترده، چند بعدی، به طور نسبی طولانی، منظم و ساختار یافته باشد تا بتواند بیماری‌های روانی و اختلال سوء مصرف مواد و عود را به طور مؤثرتری بهبود بخشد (۲۷). همچنین نتایج پژوهش Rosenthal تأثیر بیست سال گذشته TC‌های آمریکا را بر درمان اختلالات شخصیت، اعتیاد، انواع سوء مصرف کنندگان مواد و سایر اختلالات روانی نشان داده است (۲۸).

میزان موفقیت در بهبودی مراجعان فارغ‌التحصیل شده TC ۷۵ تا ۹۳ درصد بود و در بین انصرافی‌ها TC از ۳۱ تا ۵۶ درصد بود، همچنین بین طول درمان و میزان بهبودی رابطه معنی‌داری وجود داشت (۲۹). Sacks و Levy تغییرات عینی شخصیت در مقیمان TC را مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که آسیب‌های روان‌شناختی مراجعان؛ اختلالات افسردگی، اضطراب تبدیلی، خود بیمارانگاری، علایم سایکوتیک و رفتارهای ضد اجتماعی

TC از ۳۱ تا ۵۶ درصد است (۲۹) و با تحقیق Dekel و همکاران که نشان دادند پس از درمان TC، در پی‌گیری در حدود ۴۹/۷ درصد بیماران پاک و سالم بودند (۳۵) و این که باقی ماندن طولانی در درمان TC از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های درمان و عود می‌باشد (۳۶) هم‌خوان است.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در TC علایم روانی بیماران وابسته به مواد کاهش می‌یابد، همچنین میزان پاک‌ی در بیماران وابسته به مواد پس از یک سال پی‌گیری بیش از ۵۰ درصد است. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه در جهان می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و درمان در TC با پیامدهای درمانی بهتر همراه است.

محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱) به لحاظ روش شناختی محدودیت اصلی این پژوهش، عدم استفاده از گروه شاهد است که امکان تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند؛ ۲) ریزش زیاد آزمودنی‌ها در برخی مراکز TC؛ ۳) در این پژوهش یکی از ملاک‌های ورود، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود که مانع از تعمیم دادن نتایج به بیماران با تحصیلات کمتر و بی‌سواد می‌شود؛ ۴) آزمودنی‌های پژوهش مرد بودند. بنابراین در تفسیر یافته‌ها باید تأثیر این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد.

سیاسگزاری

لازم است از کلیه همکاران مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی جناب آقای دکتر حسن رفیعی، دکتر مهرداد احترامی، دکتر محمود توکلی، دکتر علی فرهودیان، دکتر هومان نارنجی‌ها، خانم فاطمه قنادی و همکاران TC جناب آقای شوشی‌زاده (اهواز)، حسین رضوان دوست (بجنورد)، ملایری (بروجرد)، ابراهیمی (کرمان) که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایم.

کاهش یافت. تغییرات مشاهده شده با طول درمان مرتبط بود و نیز اثربخشی TC را در توان‌بخشی معتادان نشان داد (۳۰). De Wilde و همکاران در پژوهشی به بررسی نیم‌رخ اختلالات زنان سوء مصرف کننده مواد در TC پرداختند. این پژوهش بر روی ۸۲۸ مقیم سوء مصرف کننده مواد در TC اروپا انجام یافته است. در این پژوهش وضعیت روان‌پزشکی زنان TC بررسی شده است. در این پژوهش تعدادی عوامل مشکل‌زا (افسردگی شدید، مشکلاتی در فهم، تمرکز و به یاد سپاری، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و علایم طبی) برای درمان شناسایی شد، که این علایم در زنان شدیدتر از مردان بود. زنان نسبت به مردان، درمان این علایم توسط TC را مهم‌تر می‌دانستند. همچنین زنان تاریخچه سوء مصرف مواد شدیدتری داشتند. بنابراین زنان در TC به درمان‌های خاص و ویژه برای درمان علایم روان‌پزشکی خود نیاز دارند (۳۱).

در اصفهان پژوهشی با هدف بررسی تأثیر اجتماع درمان مدار بر نیم‌رخ روانی سوء مصرف کنندگان مواد انجام شده است که نتایج آن تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون علایم روانی و تمام مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و شاهد وجود داشت (۳۲).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پس از یک سال ترخیص از درمان TC میزان پاک‌ی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد ۵۹/۲۷ درصد، میزان عود ۴۰/۷۱ درصد، میزان پاک‌ی به تفکیک مراکز TC؛ کرمان ۶۶/۶۶ درصد، اهواز ۶۵/۳۰ درصد، بروجرد ۶۰/۷۱ درصد، بجنورد ۴۴/۴۴ درصد است. بنابراین این مطالعه نشان داد پس از یک سال پی‌گیری بیش از نصف آزمودنی‌های پژوهش سالم و پاک بودند. این یافته‌ها در مورد تأثیر رویکرد TC بر میزان عود افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با یافته‌های (۳۳-۳۵، ۲۵، ۲۱) هم‌خوان است. همچنین یافته‌های مطالعه De Leon و همکاران نشان دادند میزان پاک‌ی مراجعان فارغ‌التحصیل شده TC ۷۵ تا ۹۳ درصد و در بین انصرافی‌های

References

1. Zeinali A. The etiological study of personal backgrounds in recovered drug user. Tehran: Iranian Research Center for Substance Abuse and Dependence (IRCSAD); 2004. [In Persian].
2. Kozlov AA, Rokhlina ML. Dependence of the formation of the addictive personality on the predisposing factors. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2001; 101(5): 16-20.
3. Tavakoli M. The study of the health of drug abusers before and after drug treatment. Tehran: Iranian Research Center for Substance Abuse and Dependence (IRCSAD); 2005. [In Persian].
4. Matusevich D, Ruiz M, Vairo M, Girard P, Rozadilla G, Castagnola G, et al. Therapeutic community model in short psychiatric hospitalization. Descriptive study on the dynamic psychiatric inpatient unit of the Italian hospital of Buenos Aires. *Vertex* 2006; 17(65): 55-64.
5. De Leon G. The therapeutic community: theory, model, and method. New York: Springer Publishing Company; 2000. p. 20-70.
6. Leon GD, Andersen M, Brown B, Coleman SB. From theory to practice: The planned treatment of drug users. *The Journal of the Addiction* 1989; 24(8): 785-820.
7. Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener PA, Dahl J, et al. Treatment process in the therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2007; 32(4): 415-21.
8. Skinner DC. A modified therapeutic community for homeless persons with co-occurring disorders of substance abuse and mental illness in a shelter: an outcome study. *Subst Use Misuse* 2005; 40(4): 483-97.
9. Morral AR, McCaffrey DF, Ridgeway G. Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youths entering phoenix academy or alternative probation dispositions. *Psychol Addict Behav* 2004; 18(3): 257-68.
10. Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Banks S, Harle M. Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: main outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(1): 48-60.
11. Sacks S, Banks S, McKendrick K, Sacks JY. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(1): 112-22.
12. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD005338.
13. Chan KS, Wenzel S, Mandell W, Orlando M, Ebener P. Are prisoner characteristics associated with therapeutic community treatment process? *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33(2): 267-79.
14. McGovern JJ, Guida F, Corey P. Improved health and self-esteem among patients with AIDS in a therapeutic community nursing program. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4): 437-40.
15. Carroll JF, McGovern JJ, McGinley JJ, Torres JC, Walker JR, Pagan ES, et al. A program evaluation study of a nursing home operated as a modified therapeutic community for chemically dependent persons with AIDS. Project samaritan AIDS services, inc.'s residential health care facility, high bridge section, Bronx, NY. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18(4): 373-86.
16. Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. Adolescents in therapeutic communities: one-year posttreatment outcomes. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32(1): 81-94.
17. Nourouzi JS. Principle of therapeutic community for addicts. Tehran: Organization of Iran Welfare; 2001. p. 1-20. [In Persian].
18. Soyez V, De Leon G, Broekaert E, Rosseel Y. The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study. *Addiction* 2006; 101(7): 1027-34.
19. Jainchill N, Hawke J, Messina M. Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse* 2005; 40(7): 975-96.
20. De Leon G, Sacks S, Staines G, McKendrick K. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(3): 461-80.
21. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *Int J Addict* 1995; 30(12): 1603-45.
22. Saiadi A. Study of family function in mental disorders of adolescence. [Thesis]. Tehran: University of Allameh Tabatabaie; 2002. p. 80-140. [In Persian].
23. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale –preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13–28.
24. Rice ME, Harris GT, Cormier CA. An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior* 1992; 16(4): 399-412.

25. Condelli WS, Hubbard RL. Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(1): 25-33.
26. Sacks S, Sacks JY, De Leon G. Treatment for MICAs: Design and implementation of the modified TC. *J Psychoactive Drugs* 1999; 31(1): 19-30.
27. Sacks S, Sacks J, De Leon G, Bernhardt AI, Staines GL. Modified therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": background; influences; program description; preliminary findings. *Subst Use Misuse* 1997; 32(9): 1217-59.
28. Rosenthal MS. The therapeutic community: exploring the boundaries. *Br J Addict* 1989; 84(2): 141-50.
29. De Leon G, Wexler HK, Jainchill N. The therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment. *Int J Addict* 1982; 17(4): 703-47.
30. Sacks JG, Levy NM. Objective personality changes in residents of a therapeutic community. *Am J Psychiatry* 1979; 136(6): 796-9.
31. De Wilde J, Soye V, Broekaert E, Rosseel Y, Kaplan C, Larsson J. Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: influence of psychiatric problems. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26(4): 243-51.
32. Sedighi SK. Efficacy of therapeutic community on porofile of mental in substance abuser. [Thesis]. Isfahan: University of Isfahan; 2002. [In Persian].
33. De Leon G, Melnick G, Thomas G, Kressel D, Wexler HK. Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(1): 33-46.
34. van de Velde JC, Schaap GE, Land H. Follow-up at a Dutch addiction hospital and effectiveness of therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse* 1998; 33(8): 1611-27.
35. Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long-term outcomes. *Addict Behav* 2004; 29(9): 1833-37.
36. Cutter HS, Samaraweera A, Price B, Haskell D, Schaeffer C. Prediction of treatment effectiveness in a drug-free therapeutic community. *Int J Addict* 1977; 12(2-3): 301-21.

Efficacy of therapeutic community on mental symptoms of males with substance abuse disorder

Mosayeb Yarmohamadi-vasel¹

Abstract

Aim and Background: The therapeutic community (TC) is a residential treatment model, which is effective in the treatment of people with substance abuse disorder. The aim of the people study was to examine the effectiveness of TC on mental symptoms of persons with substance abuse disorder.

Methods and Materials: In this experimental, pre-post test and follow-up study, referred patients with substance abuse disorder were studied in three phases. They were under TC treatment at least for 6 months. 474 subjects were selected by stratified sampling method from broujerd, Kerman, Ahvaz, and Bojnourd cities. The instruments used for data collection were a SCL90 questionnaire and morphin test. Data analyzed using aired samples T test.

Findings: The intervention was effective on mental symptoms (symptoms of depression, paranoid thought, morbid symptoms, obsession- compulsion, aggression, physical complaint, problem in social relationship, anxiety, phobia, psychosis) of studied population ($P < 0.05$). Also, more than half (59/27) of the referred patients were clean after one year follow-up period.

Conclusions: The results demonstrated the effectiveness of TC on the mental symptoms and treatment of patients with substance abuse disorder.

Keywords: Therapeutic community, Residential, Mental disorder, Substance abuse, Addicted males.

Type of article: Original

Received: 16.03.2010

Accepted: 08.09.2010

1. Professor, Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. (Corresponding Author)
Email: vassel999@yahoo.com