

تأثیر رویکرد اجتماع درمان مدار در درمان اعتیاد و اختلال های روانی همراه

مسیب یارمحمدی واصل^۱

فاطمه قائمی^۲

فاطمه قنادی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۱

تاریخ وصول: ۹۱/۲/۱۷

چکیده

رویکرد اجتماع درمان مدار مشکل را درون فرد می داند نه در مواد مخدر. همچنین این رویکرد اعتیاد را یک بیماری می داند که کل شخصیت فرد را در بر می گیرد، لذا مشکلی که باید مورد توجه قرار گیرد معتاد است نه مواد مخدر. هدف اصلی درمان تغییر کلی در نگرش ها، سلوک، ارزش ها و افکار مراجع است به نحوی که با سبک زندگی سلامت هماهنگ باشند و پاکی مراجع را تقویت نماید.

۱- دکترای روانشناسی، هیأت علمی دانشگاه بوعلی سینا همدان

۲- استادیار وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه تربیت معلم

اجتماع درمان‌مدار یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسان‌گرایی، روان‌کاوی رشد یافته است، لذا می‌تواند تغییرات چند بعدی در افراد سوء مصرف کننده مواد ایجاد نماید. در TC بهبودی مستلزم بازتوانی، یادگیری مجدد یا تثبیت مجدد توانایی‌ها برای ادامه زندگی مثبت، به منظور بدست آوردن سلامت جسمانی و عاطفی می‌باشد.

تعداد افراد پذیرش شده در TC از ۳۰ نفر تا ۲۰۰۰ نفر متغیر است. تجارب بالینی نشان داده است که ظرفیت بین ۸۰-۴۰ نفر در TC بهترین کارآیی را دارد. اجتماع در TC شامل چهار جزء اساسی بافت اجتماعی، انتظارات اجتماعی، ارزیابی اجتماعی و بازخورد اجتماعی است که دوره اجتماع درمان‌مدار برای هر بیمار در پنج مرحله جهت‌یابی، مرحله درمان، مرحله پیش از ورود مجدد، مرحله ورود مجدد، مرحله پیگیری انجام می‌شود. تحلیل یافته‌ها نشان داده است اجتماع درمان‌مدار رویکردی است که به افراد با اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات توأم کمک می‌کند. همچنین اثربخشی آن بر علائم اختلالات روانی مانند افسردگی، افکار پارانوئید، علائم مرضی، وسواس فکری - عملی، جرائم پرخاشگرانه، رفتار مجرمانه، شکایات روانی، مشکلات در روابط اجتماعی، اختلال اضطراب نشان داده شده است. بنابراین مداخلات TC می‌تواند برای افراد سوء مصرف کننده مواد و اختلالات روانی همراه آن مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان، اجتماع درمان‌مدار، اعتیاد، اختلالات روانی همراه

مقدمه

مصرف مواد مخدر پدیده‌ای پیچیده و چند وجهی است که از عوامل متعددی جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی تأثیر می‌پذیرد، کاربرد هر برنامه درمانی که بر این ابعاد

تأکید کند می‌تواند، اثربخش باشد. چون اجتماع درمان مدار (TC)^۱ یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسانگرایی، روانکاوی رشد یافته است، لذا می‌تواند تغییرات چند بعدی در افراد سوء مصرف کننده مواد ایجاد نماید.

TC شامل دو تیم درمان و پژوهش می‌باشد که تیم درمان مرکز شامل روانپزشک، روان‌شناس، مددکار، تکنسین آزمایشگاه، مربی ورزش و کاردرمانگر است و وظیفه طرح ریزی و هدایت درمان را به عهده دارند. تیم پژوهش مرکز شامل روانپزشک، جامعه‌شناس، روان‌شناس و مددکار است و وظیفه ارزیابی فرایند درمان و انجام تحقیقات و پژوهش‌ها را به عهده دارد.

اجتماع درمان مدار یک برنامه درمانی اقامتی است که طول مدت آن از ۳۰ روز تا ۳ سال متغیر می‌باشد که در آن افراد در کنار یکدیگر مکانیسم‌های مقابله‌ای بدون مواد را در خود رشد می‌دهند. یک فرد از طریق کسب تجارب موفقیت آمیز از زندگی کردن در اجتماعی کوچک برای ورود به دنیای بیرون آماده می‌شود (لئون^۲، ۲۰۰۰).

در TC مراجعان زندگی منظمی دارند، پاکی خود را حفظ می‌کنند، سبک زندگی خود را تغییر می‌دهند و سبک درستی برای زندگی بر می‌گزینند. برخی از آنها بعد از ترخیص از TC به زندگی پاک و سالم خود ادامه می‌دهند و برخی دوباره به زندگی قبل از TC برگشت می‌کنند. حال سؤال اساسی ما این است که در TC چه اتفاقی می‌افتد که برخی موفق می‌شوند و برخی شکست می‌خورند.

اولین TC سال ۱۳۷۹ در اصفهان تأسیس شد و تا سال ۱۳۸۵ حدود ۲۷ مرکز TC راه‌اندازی شد که مجموع آنها بالغ بر ۲۷۰۰ متقاضی را پذیرش کرده‌اند. با توجه به مراجعه ۲۵ نفر در هر ماه و با در نظر گرفتن مقدماتی که جهت آغاز معالجه با این روش مورد نیاز است،

1. Therapeutic community (TC)
2. Leon

می‌توان نتیجه گرفت که بطور متوسط در هر فصل ۲۵ نفر در هر یک از این مراکز پذیرش می‌شوند. از مهمترین اهداف اجتماع درمان‌مدار (۱) درمان اختلال وابستگی به مواد و اختلال‌های روانی همراه (۲) ارتقاء بهداشت روانی افراد سوء مصرف کننده مواد (۳) افزایش مهارت‌های زندگی افراد سوء مصرف کننده مواد است.

اجتماع درمان‌مدار یک برنامه ساختار یافته است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی نگرشی، خانوادگی مصرف کنندگان مواد طراحی شده است. اجتماع درمان‌مدار (TC) یک برنامه مبتنی بر سلسله مراتب، منظم و ساختار است که بر پایه مدل یادگیری اجتماعی عمل می‌کند. درمان شامل یک دوره شش یا سه ماهه برای ترک اعتیاد است که خود شامل ۵ مرحله می‌باشد: مرحله اول جهت یابی، مرحله دوم درمان، مرحله سوم پیش ورود مجدد (پیش از ترخیص)، مرحله چهارم ورود مجدد (مرحله ترخیص)، مرحله پنجم پیگیری پس از درمان و پیگیری از عود است که بعد از ترخیص انجام می‌شود.

اجتماع درمان‌مدار، سوء مصرف مواد را اختلال در کل شخصیت فرد می‌داند که برخی یا تمام عملکردهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکل را در درون فرد جستجو می‌کند نه در مواد. از این دیدگاه معتادان در فرایند اجتماعی شدن، مهارت‌های شناختی، عاطفی، روانی دارای مشکلاتی هستند. بنابراین اعتیاد یک نشانه است نه هسته اصلی اختلال. معمولاً فرد از لحاظ رفتاری، خلقی نیز دچار آشفتگی می‌شود. در این دیدگاه فرد باید مسئولیت اولیه اختلال و درمان را بپذیرد. پذیرش مسئولیت درمان به این معنا است که فرد معتاد داوطلبانه تصمیم می‌گیرد مصرف مواد را متوقف سازد.

مراجعه به TC اختلال‌های شناختی و سبک زندگی همراه با مشکلات سوء مصرف نشان می‌دهد که عبارت‌اند 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. مراجعه TC احترام به خود‌شان پایین است و ارزیابی آنها از خودشان از لحاظ شناختی، رفتاری، اخلاقی، روابط با خانواده پایین است. عزت نفس پایین

آنها با مصرف مواد و رفتارهای غیر اخلاقی ارتباط دارد. عرت نفس پایین برخی از مراجعان قبل از مصرف مواد ناشی از تجارب دوران کودکی و بزرگسالی آنان است. بیشتر معتادان در TC، هویت‌های اجتماعی منفی و هویت فردی خود را نشان می‌دهند. ممکن است هویت اجتماعی منفی آنها ناشی از برجسب منفی دیگران باشد که آنها آنرا درونی کرده‌اند. آنها در زندگی ناتوان از شکل دادن یک هویت سالم اجتماعی بوده‌اند.

مراجعان TC در تجربه و سازش با احساسات و هیجانات خود با مشکل مواجه هستند. اغلب آنها دارای خزانه محدود عاطفی در روابط اجتماعی هستند و واکنش‌های عاطفی محدودی نشان می‌دهند و از مدیریت عواطف خود عاجز هستند. اغلب آنها آستانه تحمل پایینی در برابر مشکلات دارند. این اعمال اغلب باعث تخریب روابط بین فردی و انحرافات اجتماعی می‌شوند. آنها در جلوگیری از رفتارهای منفی مشکل دارند. بنابراین TC ناتوانی در تحمل ناکامی را به عنوان مشکل اساسی در مدیریت عاطفی می‌داند و آموزش یادگیری تحمل و افزایش آنها پایه‌ای برای به تأخیر انداختن و کنترل تکانه‌ها (مدیریت عاطفی مؤثر) می‌داند (لئون، ۱۹۹۴).

پرخاشگری، بدخلقی، فقدان احساس، مشکلات عاطفی، افسردگی، افکار خودکشی در مصرف کنندگان مواد شایع است. این مشکلات معمولاً با خود مراقبتی پایین همراه است و وقتی تغییر می‌یابند که حالات عاطفی فرد بهتر شود. مصرف کنندگان مواد در کنترل حالات عاطفی خود مشکل دارند. شرایط عاطفی مانند بیحوصلگی، کم تحرکی، برانگیختگی و ناکامی می‌تواند منجر به واکنش مشکل زا شود. معتادان اغلب مهارتی برای انطباق با هیجانات خود را در هیچکدام از این شرایط ندارند. پس از قطع مواد، معتادان دامنه‌ای از عواطف شامل خوشی، خشم، آزار، ناامیدی، غمگینی و احساس گناه را تجربه می‌کنند. این تجربه‌های عاطفی برای فرد آشفته کننده است و می‌تواند منجر به قطع درمان و برگشت شود.

مشکل یک فرد معتاد در اعتماد به خود و دیگران است، آنها در مدیریت احساسات، افکار رفتارهای خود دچار مشکل هستند. آنها نمی‌توانند به احساسات، افکار و رفتار خود

اعتماد کنند، چون تکانه‌ها و قضاوت ضعیف آنها همیشه منجر به پیامدهای منفی می‌شود. اعتماد و عزت نفس پایین یک نشانه مشخص معنادار است که این مشکل از دوران کودکی به دلیل الگوهای فرزند پروری نامناسب شکل گرفته است.

در TC همه یادگیری‌ها از طریق تعاملات و اجتماع صورت می‌گیرد. در TC هر مرحله یادگیری نیازمند اجتماعی شدن و استقلال فردی است. TC یک هدف کلی، یک ساختار سازمانی، قوانین رسمی، هنجارهای مشترک، ارزش‌های فرهنگی و باورهای خاص دارد. برخی از سوء مصرف کنندگان مواد که برای درمان به TC می‌آیند، علاوه بر اعتیاد، آشفتگی‌های روان‌شناختی مختلف از جمله افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضد اجتماعی، بدبینی، درخودفرو رفتگی، انزوا و خودبیمارانگاری دارند. آنها به خودشان و افراد متخصص اعتماد ندارند. مشکلات آنها و فقدان محیط حمایت‌کننده مانع تغییرات مثبت در سبک زندگی آنها می‌شود. در نتیجه آنها فاقد انگیزه هستند و از نظر روان‌شناختی آمادگی ندارند که از خدمات اجتماعی، پزشکی و روانی استفاده نمایند. در دیدگاه TC گام اول در آماده‌سازی آنها برای تغییر، پیوستن به اجتماع و دنیای بیرون است. پرهیز از مواد، اجتماعی شدن، پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی و شخصی باید قبل از آموزش مهارت‌های آموزشی و حرفه‌ای صورت گیرد (لئون، ۲۰۰۰).

مفروضه بنیادی در رویکرد اجتماع درمان مدار بدین صورت است که درمان اساساً یک فرایند مبتنی بر یادگیری اجتماعی است و در مراجعان گونه‌ای ناپختگی روانی و ناکارآمدی اجتماعی وجود دارد و مهمترین شیوه برخورد با این مشکلات فراهم آوردن محیط درمانی و به کارگیری شیوه آموزشی برای افزایش مهارت‌ها، کفایت شخصی، پختگی روانی است. ریشه کئی رفتارهای ضد اجتماعی از سایر اهداف مهم درمان در اجتماع درمان مدار است. البته اهداف دراز مدت اجتماع درمان مدار با نیاز مراجعان برای حفظ بهبودی و دوره پرهیز بسیار مرتبط است. این نیازها در زمینه مهارت‌های اجتماعی و مقابله‌ای لازم در سه حیطه حذف مهارت‌های ناکارآمد، غنی‌سازی مهارت‌های کارآمد و ایجاد مهارت‌های لازم در خزانه

رفتاری مراجعان است تا بتوانند در برابر وسوسه، واکنشی مقتضی و سازش یافته از خود نشان دهند و مهارت‌های رشدی، شخصیتی را فرا بگیرند. مفاهیمی نظیر تفکر واقع بینانه درباره خود و جهان، تحمل ناکامی و به تعویق انداختن ارضای تمایلات، انتقادپذیری برخورد مناسب با مراجع قدرت، توانایی حفظ موقعیت شغلی / تحصیلی، قضاوت مناسب در مورد امور، تصمیم‌گیری، توانایی حل مسأله از جمله آموزه‌های مهمی است که محیط برنامه اجتماع درمان مدار برای مراجعان فراهم می‌کند (لئون، ۲۰۰۰).

رویکرد اجتماع درمان مدار مشکل را درون فرد می‌داند نه در مواد مخدر. این رویکرد هم‌چنین اعتیاد را یک بیماری می‌داند که کل شخصیت فرد را در بر می‌گیرد و بهبودی آن مستلزم به کارگیری فرایندی خودیار است. لذا مشکلی که می‌باید مورد توجه قرار گیرد معتاد است نه مواد مخدر. هدف اصلی درمان تغییر کلی در نگرش‌ها، سلوک، ارزش‌ها و افکار مراجع است به نحوی که با سبک زندگی سلامت هماهنگ باشند و ایمنی و پاکی مراجع را تقویت نماید.

اجتماع درمان مدار را می‌توان از سایر شیوه‌های عمده درمانی اعتیاد به کمک دو ویژگی بنیادی، جدا کرد. نخست اینکه، TC رویکرد درمانی سیستماتیکی را پیش رو می‌گذارد که بر اساس دیدگاهی کاملاً شفاف در مورد اختلال مصرف مواد، فرد معتاد، بهبودی و زندگی درست؛ هدایت می‌شود. دوم اینکه، نخستین درمانگر و آموزگار فرد در TC خود «اجتماع» است. این اجتماع عبارت‌اند از محیط اجتماعی، گروه هم‌تا و کارکنانی که بعنوان سرمشق‌های موفق تغییرات شخصیتی، درحکم راهنما در فرایند بهبودی؛ عمل می‌کنند. بنابراین، اجتماع عبارت است از متنی که تغییرات در آن رخ می‌دهد و هم شیوه‌ای که این تغییر را تسهیل می‌کند.

TC دارای احکام و معیارهای معینی است که آن را برای بهبودی خودیارانه، یادگیری اجتماعی، رشد شخصیتی و زندگی سالم، ضروری می‌داند. در TC افراد، تشویق می‌شوند تا مسؤولیت‌پذیری شخصی را در واقعیت فعلی و نیز سرنوشت آینده‌شان، بپذیرند.

این دیدگاه، هم‌چنین بر معیارهای کاملاً روشن تأکید دارد، معیارهایی که افراد را راهنمایی می‌کند که چگونه با یکدیگر، گروه هم‌تا، سایر اشخاص تأثیر گذار در زندگی خود و با جامعه اصلی، رابطه خود را شکل دهند. این معیارها عبارت‌اند از؛ صداقت و درستکاری کار در زمینه اخلاق، مسئولیت‌پذیری، خودکفایی، مسئولیت در برابر گروه هم‌تا و خانواده مشارکت اجتماعی و نهایتاً یک شهروند خوب بودن.

اجتماع درمان مدار، وابستگی به مواد را بیماری یا اختلالی می‌داند که تمامی و یا بخشی از زمینه‌های عملکردی فرد که شامل حوزه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی، طبی، اجتماعی می‌باشد را در بر می‌گیرد. به این جهت وابستگی فیزیولوژیک نسبت به کل شرایط مؤثر بر شخص ثانویه تلقی می‌گردد. در اجتماع درمان مدار مشکل یا مسأله اصلی خود شخص است. هدف بازتوانی و ایجاد شرایط زندگی بدون مواد است. هم‌چنین در اجتماع درمان مدار افراد جدا از الگوهای مصرف مواد از ابعاد عملکرد روانی و نقایص اجتماعی تمایز داده می‌شوند. افراد معتاد اغلب دارای تحمل ناکافی و ضعیف در برابر ناراحتی‌ها، اعتماد به نفس پایین، مشکل با مراجع قدرت، مسئولیت‌پذیری پایین، تفکرات غیرواقع بینانه، عدم صداقت و خودفریبی و... هستند. با توجه به این خصوصیات در اجتماع درمان مدار از افراد خواسته می‌شود به صورتی که می‌توانند و باید باشند رفتار کنند نه به صورتی که هستند. و اعتقاد بر این است که رفتار کردن به طریقی که باید رفتار کرد باعث تغییر در شناخت و هیجانات فرد می‌شود. این تغییر مرحله به مرحله انجام می‌گیرد، هر رفتاری که آموخته شود و به عمل در آید گذر از یک مرحله به مرحله بعد را آسانتر می‌کند. عواملی که در فرایند تغییر مؤثر هستند عبارت‌اند از: انگیزه، خودیاری، خودیاری متقابل و یادگیری اجتماعی است. در تمامی آموزش‌های اجتماع درمان مدار بر آنچه لازمه یک زندگی درست است مواردی چون صداقت، درست کاری، اخلاق کاری، مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی اعتماد به نفس، مشارکت اجتماعی، اخلاق کاری و غیره تأکید می‌گردد (کانسیرینی^۱، ۱۹۹۴). فعالیت‌های TC دربردارنده گستره‌ای از فعالیت‌های متنوع

است شامل آموزش پیشگیری از عود، گروه‌های مهارت آموزی، گروه‌های بهداشت، گروه‌های حرفه‌ای و مهارت‌های زندگی است (بل، ۱۹۹۴).

دیدگاه TC نسبت به اختلال سوء مصرف مواد

اعتیاد بیماری است که کل فرد را در بر می‌گیرد و شامل برخی یا تمام حیطه‌های عملکرد شناختی، رفتاری، هیجانی، پزشکی، اجتماعی و مشکلات معنوی می‌شود. وابستگی جسمی باید در همراه وضعیت روان‌شناختی و سبک زندگی فرد مورد توجه قرار گیرد. در TC مشکل خود فرد است، نه مواد مخدر.

فرد معتاد از دیدگاه TC

تعداد قابل ملاحظه‌ای از معتادین، هرگز شیوه متداول و معمول زندگی را کسب نکرده‌اند. در زندگی آنان کمبودهای آموزشی، تحصیلی و شغلی وجود دارد. برای آنها، ارزش‌های عمده و اساسی زندگی، در حال نابودی است یا اینکه اساساً از دنبال کردن آن صرف نظر کرده‌اند. اغلب این معتادین کسانی هستند که از بخش آسیب دیده و ناکام جامعه، برخاسته‌اند. یعنی جایی که سوء مصرف مواد، بیشتر پاسخی اجتماعی بوده است تا آشفتگی روانی (لئون، ۱۹۹۴).

سوء مصرف مواد توسط آنها بیشتر نمایشگر آسیب روان‌شناختی، آشفتگی شخصیتی یا بی‌قراری و خستگی معنوی است. همه آنها در زمینه‌هایی مانند آداب و رسوم اجتماعی، مهارت‌های عاطفی و شناختی، و رشد کلی روان‌شناختی، اعتماد به نفس، سلوک و منش دارای مشکلاتی هستند. نشانه‌های بارز این شخصیت‌ها عبارت‌اند از: آستانه تحمل پائین، ناتوانی در مدیریت احساسات (بویژه احساس خشم، گناه و اضطراب)، کنترل ضعیف بر تکانه‌ها (خصوصاً تکانه‌های جنسی یا پرخاشگری)، قضاوت و واقعیت‌سنجی ضعیف در مورد پیامد اعمال شان،

ارزیابی غیرواقع بینانه آنها از خویشتن، بارز بودن صفت دروغ‌گویی، فریبکاری و گوش‌بری، که به کمک این ویژگی‌ها برای خود نوعی رفتار تطابقی ایجاد می‌کنند. سایر نشانه‌ها، وجود مشکلاتی در رابطه با منابع قدرت و نیز عدم مسؤولیت‌پذیری فردی و اجتماعی یا ناتوانی در به انجام رسانیدن تعهدات مورد انتظار و وجود مشکلات دائمی در مدیریت احساس گناه می‌باشد (لئون، ۲۰۰۰).

بهبودی از دیدگاه TC

از دیدگاه TC بهبودی یعنی تغییر در سبک زندگی یا هویت فرد. در TC بهبودی مستلزم بازتوانی، یادگیری مجدد یا تثبیت مجدد توانایی‌ها برای ادامه زندگی مثبت، در کنار بدست آوردن سلامت جسمانی و عاطفی می‌باشد. بسیاری از معتادان، هرگز یک سبک زندگی مثبت را تجربه نکرده‌اند، آنها غالباً جامعه ستیز، فاقد انگیزه، ظرفیت برای پیگیری ارزش‌های زندگی درست می‌باشند. برای این معتادان حضور در TC معمولاً اولین رویارویی با زندگی منظم است. بهبودی برای آنها مستلزم توانمندسازی، یادگیری مهارت‌های رفتاری، عقاید و ارزش‌های مربوط به زندگی اجتماعی است. اهداف بهبودی برای همه یکسان است، یعنی یادگیری چگونگی زندگی درست بدون مواد. بهبودی هم‌چنین مستلزم تغییر در شناخت خود است. از دیدگاه TC سبک زندگی افراد با هویت آنها همبسته است. افرادی که سبک زندگی خود را تغییر می‌دهند در نهایت خود را به گونه دیگر می‌شناسند (لئون، ۱۹۹۴). خودیاری در TC شرط لازم برای بهبودی است. در این فرایند فرد باید مسؤولیت بهبودی خود را بپذیرد و نقش اصلی را در فرایند تغییر به عهده بگیرد. بهبودی در درمان از تعامل بین برنامه‌های TC و خود فرد بدست می‌آید. عوامل فردی که در فرایند بهبودی مؤثرند عبارت‌اند از: انگیزه، آمادگی و تعهد (ابراهیمی، ۱۳۸۱).

تغییرات رفتاری، شناختی، عاطفی به عنوان اساس بهبودی در TC در نظر گرفته می شود. تغییرات رفتاری به بهبود رفتار ضد اجتماعی و یادگیری مهارت های اجتماعی و بین فردی اشاره دارد. تغییرات شناختی مربوط به بدست آوردن روش های جدید تفکر، مهارت تصمیم گیری و حل مسأله است. تغییرات عاطفی، کسب مهارت های مدیریت و بیان احساسات، هیجان و هوش هیجانی است.

هدف اولیه روان شناختی TC، عبارت است از تغییر الگوهای منفی در رفتار، افکار و احساسات که زمینه ساز مصرف مواد می شوند. هدف اصلی اجتماعی نیز رشد یک سبک زندگی عاری از مواد و مسئولیت پذیری می باشد. اما بهبودی پایدار بستگی به حفظ تمامیت اهداف روان شناختی و اجتماعی با هم دارد. تغییر رفتاری، بدون بصیرت ناپایدار است و بصیرت^۱ نیز بدون تجربه، ناکافی است. بنابراین طرز سلوک، عواطف، مهارت ها، نگرش ها و ارزش ها باید با یکدیگر جمع شوند تا تداوم تغییرات سبک زندگی و هویت مثبت شخصی و اجتماعی فرد، تضمین گردد. اهداف روان شناختی و اجتماعی TC برنامه درمانی را شکل می دهند (لئون، ۱۹۹۴).

در TC اهداف درمان ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی و هویت فرد است. TC یک فرایند تغییر است. همه فعالیت ها، نقش های اجتماعی و تعاملات بین فردی و اجتماعی بر مفهوم تغییر تأکید دارد. هر تغییری در جهت زندگی سالم و هویت فردی و اجتماعی مناسب می باشد. مهمترین تغییرات فرایند بهبودی در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱- مهمترین تغییرات فرایند بهبودی در TC

ردیف	تغییرات در فرایند بهبودی	ردیف	تغییرات در فرایند بهبودی
۱	یادگیری وابستگی به اجتماع	۱۸	افزایش استانه تحمل در برابر نامامی و شکست
۲	یادگیری فلسفه و دیدگاه TC	۱۹	شناخت عواطف و یادگیری خودکنترلی عاطفی
۳	آگاهی چگونگی استفاده از محیط	۲۰	توجه به نیازهای ظاهری و جسمانی

1. insight

۴	پیروی از قوانین و مقابله با امیال و تکانه‌ها	۲۱	پذیرش معایب خود
۵	حفظ پاکی خود	۲۲	تداوم تلاش علیرغم شکست و ناکامی
۶	برآوردن انتظارات اجتماعی	۲۳	تفکر واقع بینانه
۷	ارائه بازخورد مثبت به همتایان	۲۴	توانایی آگاهی از تأثیر افکار و رفتار خود بر دیگران
۸	نشان دادن توجه مسئولانه (مسئولیت‌پذیری اجتماعی)	۲۵	توانایی آگاهی از تأثیر افکار و رفتار دیگران بر خودش
۹	خودآگاهی	۲۶	در فعالیتهای اجتماعی انرژی زیادی دارد.
۱۰	آگاهی از برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی مصرف مواد	۲۷	کاهش استفاده از مکانیزم‌های دفاعی (فرافکنی، انکار)
۱۱	اجتناب از همه رفتارهای ضد اجتماعی بخصوص خشونت	۲۸	آگاهی از فرایند برگشت و عوامل مؤثر بر برگشت
۱۲	احترام گذاشتن به مردم و افراد بالاتر از خود	۲۹	درک پیامدهای کوتاه مدت یا بلند مدت رفتار خود
۱۳	دوری از سبک زندگی اعتیاد گونه و نگرش‌های اعتیادی	۳۰	مهارت تصمیم‌گیری
۱۴	توانایی برخورد صحیح با منابع قدرت و انتقاد سازنده	۳۱	افزایش سلامت روان‌شناختی (کاهش افسردگی و...)
۱۵	افزایش مهارت‌های اجتماعی و کارآمدی اجتماعی	۳۲	انتقاد سازنده دیگران را می‌پذیرد
۱۶	صداقت	۳۳	مدیریت زمان و برنامه ریزی روزانه
۱۷	تعهد به تغییر و فرایند بهبودی	۳۴	افزایش مهارت ارتباطی و بین فردی

زندگی سالم از دیدگاه TC

TC، دارای احکام و معیارهای معینی است که آن را برای بهبودی خودیارانه، یادگیری اجتماعی، رشد شخصیتی و زندگی سالم؛ ضروری می‌داند. تعدادی از این احکام به هدایت

فرد به سمت بهبودی خودیارانه، اختصاص دارد. مثلاً این احکام بر حال حاضر فرد (اینجا و اکنون)، در برابر «گذشته» وی (آنجا و آنگاه) تأکید دارد. اگر هم رفتار و شرایط گذشته فرد، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد صرفاً برای روشن شدن رفتار ناسازگار، نگرش‌های منفی و نیز دیدگاه آینده، فرد است. در TC، افراد تشویق می‌شوند و می‌آموزند تا مسئولیت‌پذیری شخصی را در واقعیت فعلی و نیز سرنوشت آینده شان را بپذیرند. این دیدگاه، هم چنین بر معیارهای کاملاً شفاف تأکید دارد، معیارهایی که افراد را راهنمایی می‌کند که چگونه با یکدیگر، گروه همتا، سایر اشخاص تأثیر گذار در زندگی خود و با جامعه اصلی، رابطه خود را شکل دهند. این معیارها عبارت‌اند از: صداقت و درستکاری (در حرف و در عمل)، کار در زمینه اخلاق، آموزش یادگیری، مسئولیت فردی، خودکفایی اقتصادی، مسئولیت در برابر گروه همتا و خانواده، مشارکت اجتماعی. نگرش‌های ایدئولوژیک و روان‌شناختی در دیدگاه TC، در آموزه‌ها و شیوه‌های دستیابی به اهداف اختصاصی روان‌شناختی و اجتماعی، متجلی می‌شوند. مثلاً کاربرد صداقت و درستکاری در همه زمینه‌ها؛ با ویژگی‌هایی نظیر فریبکاری و گوشبری بسیاری از معتادین در تقابل است. ارزش‌هایی از قبیل مسئولیت‌پذیری اجتماعی، در تمامیت آموزش‌های TC به هنگام پذیرفتن آداب و رسوم اجتماع از سوی فرد، دیده می‌شود. اکتساب مهارت‌های تحصیلی یا شغلی و کار خلاقانه اجتماعی به کمک معیارهایی مانند خودکفایی، انگیزه مند می‌شود. انتخاب رفتارهای سالم در برابر رفتار مصرف مواد، با تعهد به معیارهای پاکی، تقویت می‌شود. بطور کلی، هشیاری و خود آگاهی، پیش شرطی برای یادگیری درست زندگی کردن است؛ اما زندگی درست، لازمه حفظ این هشیاری است (لئون، ۱۹۹۴؛ به نقل از بینازاده، ۱۳۸۰). برخی آموزه‌های درست در TC که برای بهبودی خودیاری، یادگیری اجتماعی، رشد شخصی و زندگی سالم لازم هستند در جدول (۲) آمده است:

جدول ۲- مهمترین آموزه‌های درست در TC

ردیف	آموزه‌های درست در TC	ردیف	آموزه‌های درست در TC
۱	پیروی از قوانین اخلاقی در خانه و اجتماع	۸	بدون رنج چیزی بدست نمی‌آید.
۲	خویشتن فرد اساساً خوب و مهربان است.	۹	از هر دستی بدهی از همان دست می‌گیری (خوبی و بدی)
۳	تأکید بر اینجا و اکنون	۱۰	مسئولیت شخصی
۴	مسئولیت اجتماعی (بهبودی تو، بهبودی من است) نوع دوستی	۱۱	آگاه بودن، زنده بودن است.
۵	ایجاد شبکه اجتماعی حمایت کننده در TC و اجتماع	۱۲	جبران کردن ارزشمند است.
۶	صداقت در گفتار و کردار	۱۳	توانایی اطمینان به خود و دیگران برای رشد فردی مهم است.
۷	با تلاش و پشتکار آنچه از دست می‌رود، به دست می‌آید	۱۴	به خاطر بیاور که از کجا آمده‌ای تا بدانی به کجا خواهی رفت

ساختار اجتماع درمان مدار TC

با توجه به اهداف TC مسلماً رسیدن به این اهداف و گذر از فرایند پیچیده یادگیری نیاز به ساختاری دارد که نه تنها زمینه لازم برای تغییر را فراهم نماید، بلکه تسهیل کننده این تغییر نیز باشد. بدین ترتیب بی توجهی به این ساختار می‌تواند برنامه TC را به راحتی از مسیر اصلی خود که ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی معتاد است منحرف سازد.

TC دارای یک ساختار سلسله مراتبی می‌باشد که تشکیل شده است از کارمندان محدود و بیماران مراجع که در سطوح مختلف قرار دارند و جامعه یا خانواده را در محل اقامت تشکیل می‌دهند. این ساختار باعث می‌شود که همانند سازی فرد با سایرین که در رده‌های مختلف قرار دارند تقویت شود و یک مسئولیت دو طرفه بین آنها برقرار شود. در بدو ورود هر

بیمار در جایی از این سلسله مراتب قرار می‌گیرد. جایگاهی که بیمار در آن قرار دارد با توجه به ارزیابی تیم درمان از وی تعیین می‌گردد. و با توجه به میزان تغییر، خودیاری، مسؤلیت‌پذیری و... به سطوح بالاتر ارتقاء پیدا می‌کند. هر فرد مراجع در این سلسله مراتب وظایفی به عهده دارد که وظایف روزانه او را تشکیل می‌دهد. این فعالیت‌ها شامل دو قسمت می‌باشد: یکی همکاری در انجام همه خدمات مثل نظافت، طبخ یک وعده غذا و سایر خدمات مربوط به آشپزخانه، تعمیرات جزئی و... و دیگری انجام وظیفه به عنوان یک نوآموز مثل اداره همه بخش‌ها، همکاری در نشست‌ها، سمینارها، جلسات بحث و گفتگو و گروه‌های درمانی. وظایف پرسنل درمان نیز عبارت است از هدایت گروه‌های درمانی، مشاوره‌های فردی، تصمیم‌گیری در مورد وضعیت بیمار، نظم، نحوه ارتقاء، اخراج، ترخیص و برنامه درمان. بدین ترتیب هر فرد بیمار بعد از پذیرش از پایین‌ترین فعالیت‌ها مثل تمیز کردن سرویس‌های بهداشتی و زمین‌ها شروع کرده و در یک روند صعودی می‌تواند تا مرحله مدیریت TC پیش برود. در حقیقت افراد در بدو ورود در TC به عنوان یک بیمار پذیرفته می‌شوند و به عنوان پرسنل محل اقامت را ترک می‌کنند (بروکار، ۱۹۹۸).

ساختار اجتماعی

TC شبیه به یک روستای زنده و پویاست. عناصر اساسی این الگو، ساختار اجتماعی و روابط اجتماعی است که هدف اصلی آن برگشت فرد به اجتماع است. ساختار اجتماعی، نشانگر نظامی اجتماعی با نقش‌ها و مسؤلیت‌های خاص است که راه گام به گام مشخصی را برای پیشرفت فراهم می‌کند. سطوح پایگاه‌های اجتماعی متفاوت در TC، فرصت‌هایی برای کسب پایگاه اجتماعی از طریق رفتارها و اعمال مثبت فراهم می‌کند. ساختار اجتماعی به مراجعان نقش‌ها و روابط را آموزش می‌دهد و باعث می‌شود افراد خصوصیات شخصیتی، عاطفی و رفتاری خود را نشان دهند. مراجعانی که در گذشته با افراد صاحب قدرت (والدین، معلم و..)

مشکل داشته‌اند و اغلب نسبت به آنها احساسات خصمانه دارند در ساختار اجتماعی TC فرصت پیدا می‌کنند احساسات خصمانه خود را نسبت به سایر مراجعین بیان کنند. بنابراین ساختار اجتماعی TC خصوصیات روان‌شناختی مراجعان را آشکار می‌کند. TC باعث می‌شود مراجعان فرایند اجتماعی شدن را مجدداً طی کنند، و مهارت‌های اجتماعی را به فرد می‌آموزد و شبکه اجتماعی منسجمی برای افراد فراهم می‌کند (ابراهیمی، ۱۳۸۱).

محیط فیزیکی TC

محیط TC طوری طراحی شده است که تجربه مراجعین به آن را در طول اقامت تقویت کند. این محیط باعث می‌شود فرد با افراد، ارزشها، و سبک زندگی جدید آشنا شود. این محیط می‌کوشد تا فرد را از محیط فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی قبلی جدا کند. در فرایند بهبودی، سم زدایی جسمانی، روانی و رفتاری لازم و ضروری است. بنابراین مراجعان نه تنها باید از اثرات دارویی - روانی مواد جدا شوند، بلکه آنها باید از افراد، اماکن و هر چیزی که در ارتباط با مصرف مواد بوده است جدا شوند. خرده فرهنگ‌های اعتیاد مشکل بزرگ فرد معتاد می‌باشد و محیط فرهنگی TC رقیب نیرومندی در مقابل این فرهنگ منفی است. TC در ایجاد یک محیط اجتماعی و فیزیکی مناسب و مثبت، حساس و دقیق است. محیط TC یک الگوی زندگی شهروندی مناسب می‌باشد. مراجعان همانند اعضای یک خانواده هستند و تلاش‌های آنها برای حفظ یکدیگر می‌باشد. از دیدگاه TC شرایط و امکانات فیزیکی TC، پیامدهای روان‌شناختی مهمی را برای مراجعان به همراه دارد. زندگی در این محیط به آنها کمک می‌کند تا هویت خود را تغییر دهند و از خودشان انتظارات والاتری داشته باشند «من می‌توانم در این مکان خوب زندگی کنم و آنرا در آینده نیز حفظ کنم» (لئون، ۲۰۰۰).

ظرفیت TC

تعداد افراد پذیرش شده در TC از ۳۰ نفر تا ۲۰۰۰ نفر متغیر است. تجارب بالینی نشان داده است که ظرفیت بین ۸۰-۴۰ نفر در TC بهترین کارآیی را دارد. پذیرش زیاد و فضای بزرگ تمایل افراد پذیرش شده در TC را به انحرافات اجتماعی و روان‌شناختی سوق می‌دهد و ممکن است باعث رفتار جنسی یا انزوای برخی مراجعین شود. اما مدیریت محیط کوچک منجر به انسجام خانوادگی و پیوستگی اجتماعی می‌شود و هم‌چنین براگیزاننده عواطف، احساسات و افکار افراد است. اما محیط بزرگ مانعی بر سر راه ایجاد یک ساختار اجتماعی منسجم است (لئون، ۱۹۹۴).

اجتماع در TC شامل چهار جزء اساسی است

الف - بافت اجتماعی ب - انتظارات اجتماعی ج - ارزیابی اجتماعی د - بازخورد اجتماعی

الف - بافت اجتماعی

بافت اجتماعی شامل روابط همتایان، پرسنل درمانی و نقش‌های اجتماعی است. این بافت برای ایجاد تغییرات آموزشی و درمانی طراحی شده است. عناصر اساسی این بافت عبارت‌اند از: ۱- نقش‌های اجتماعی: نقش‌های اجتماعی متفاوتی که در TC به افراد واگذار می‌شود مانند؛ مدیر، سرپرست گروه‌های کاری، دوست، مشاور، درمانگر فرصت‌هایی جهت یادگیری زندگی سالم فراهم می‌کند. ۲- دریافت بازخورد: منبع اولیه برای تغییر فرد، بازخورد مناسبی است که از سوی همتایان به فرد ارائه می‌شود. ارائه بازخورد نوعی مسئولیت‌پذیری اجتماعی است که اعضاء باید با توجه مسئولانه نسبت به آن اقدام کنند تا به درمان یکدیگر کمک نمایند. ۳- سرمشق و الگو بودن: اعضاء در TC تلاش می‌کنند تا در فرایند تغییر، نقش الگو را داشته باشند. ۴- روابط اجتماعی: روابط اجتماعی در TC برای کمک به فرایند بهبودی به

شیوه‌های گوناگونی به کار می‌رود. در TC مهارت‌های اجتماعی و زندگی آموزش داده می‌شود تا اعضاء بتوانند به یکدیگر اعتماد کنند، احساسات خود را بیان کنند، مهارت‌های بین فردی را تسهیل نمایند و شبکه‌های اجتماعی را رشد دهند. ۵- یادگیری اجتماعی: تجربیات اساسی برای بهبودی فرد از طریق تعاملات اجتماعی حاصل می‌شود. بنابراین یادگیری، آموزش، تمرین و فعالیت‌های درمانی در گروه‌ها و هم‌آموزی‌ها رخ می‌دهد. ۶- فرهنگ درمانی: فرهنگ درمانی در TC بر تغییر تأکید دارد. مفاهیم، ارزشها، هنجارها، باورها و فلسفه TC بر فرایند بهبودی و زندگی سالم تأکید می‌کند. ۷- ساختار TC: سیستم از طریق برنامه ریزی دقیق، تعیین وظایف اعضاء، داشتن قوانین داخلی؛ تشویق و تنبیه، نظم، رتبه، امنیت و... خودیاری را تقویت می‌کند و ساختار TC وسیله‌ای برای آموزش رشد خود است. ۸- خودافشایی: زندگی شخصی فرد موضوع مهمی برای درمان، بهبودی و تغییر است. خودافشایی باعث می‌شود فرد به دیگران اعتماد کرده و زندگی خصوصی خود را به آنها بیان نماید و با این عمل به دیگران اجازه می‌دهد خود واقعی او را بشناسند و در فرایند بهبودی به او کمک کنند.

ب - انتظارات اجتماعی:

اجتماع، اهداف و خواسته‌های پنهان و آشکار زیادی از افراد دارد که آنها معیارهای رفتار هستند و باعث می‌شوند فرد در فرایند تغییر خود و دیگران مشارکت فعالی داشته باشد. پس بنابراین انتظارات اجتماعی مشارکت فرد را در تغییر اجتماع و خود مشخص می‌کند. افراد مراجع این انتظارات را بطور مستقیم و غیر مستقیم از اجتماع می‌آموزند. انتظارات اجتماعی به چهار زمینه مربوط می‌شوند؛ ۱- عملکرد: در TC انتظار می‌رود افراد تلاش کنند تا عملکردهایشان در کار، جلسات، هم‌آموزی‌ها، درمان، یادگیری نقش‌ها و وظایف مختلف افزایش یابد و در شخصیت آنها تثبیت شود. ۲- مسئولیت‌پذیری: مسئولیت‌پذیری و پاسخگوبودن یکی از مفاهیم اساسی است که فرد باید یاد بگیرد. از اعضاء انتظار می‌رود

مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران (کل اجتماع) را یاد بگیرند. ۳- خودآگاهی: همچنان که فرد تغییر می‌کند، انتظار می‌رود که خود آگاهی او افزایش یابد. این خودآگاهی باید در زمینه افکار، عواطف و رفتارها باشد. ۴- استقلال فردی: اجتماع از فرد انتظار دارد که با توجه به فرایند تغییر کم کم وابستگی خود به دیگران را کم کند و به تنهایی بتواند تصمیم بگیرد و مسائل خود را تشخیص دهد و سپس در پی حل آن برآید. در این مرحله نیاز آنها به تذکر و انتقاد دیگران کاهش می‌یابد و آنها می‌توانند به خوبی نقش‌ها و وظایف خود را انجام دهند. آنها در این مرحله خود را به عنوان فردی مستقل می‌بینند، فردی که از تمام حقوق انسانی برخوردار است.

ج- ارزیابی اجتماعی: در طول درمان سایر اعضاء به طور دائم رفتارها؛ نگرش‌ها و عواطف فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. ارزیابی همتایان به طور غیررسمی و دائمی است. آنها همیشه میزان مشارکت اعضاء را مشاهده و به آنها بازخورد می‌دهند. بنابراین رفتارهای فرد به وسیله اجتماع به خودش بر می‌گردد.

د- بازخورد اجتماعی: بازخوردهای اجتماعی به صورت کلمات، رفتارهای حمایت کننده، انتقادی، اصلاحی، تأییدی، تشویقی یا تنبیهی در مورد فرد مراجع به کار می‌رود و همه برای تسهیل انتظارات اجتماعی از فرد است. بازخوردهای اجتماعی در مراحل اولیه درمان انعطاف پذیرتر از مراحل نهایی درمان است. بازخوردهای اجتماعی که به صورت قوانین خاص در TC به کار می‌رود عبارت‌اند از:

الف) قوانین مربوط به تشویق

چنانچه فرد رفتار مناسب و پسندیده‌ای داشته باشد می‌تواند مورد تشویق قرار گیرد. انواع تشویق در TC عبارت‌اند از: ۱: تشویق کلامی فردی ۲: تشویق کلامی در جمع اعضاء اجتماع ۳: تشویق کلامی در جمع گروه کاری ۴: تشویق کتبی و نصب در محل مخصوص در گروه ۵: تشویق کتبی و نصب در محل مخصوص در اجتماع همراه با دلایل ۶: دریافت نشان اجتماع

درمان مدار و نصب آن بر روی لباس ۷: استفاده بیشتر از امکانات در داخل محل بطوری که به انجام وظایف آسیبی وارد نشده و خارج از قواعد مرکز نباشد.

ب) قوانین مربوط به تنبیه

۱ - صحبت کردن^۱: در این نوع برخورد، به فرد توضیحات مورد نظر در مورد رفتار خاصی داده می‌شود و اطلاعات به صورت نصیحت گونه و کمک کننده ارائه می‌گردد. در این توضیحات از مفاهیم و اصطلاحات و فلسفه نوع برخورد در TC استفاده می‌شود. انتظار می‌رود تا با « صحبت کردن » تغییرات رفتاری مورد نظر صورت گیرد. هر یک از افراد TC می‌توانند مجری این نوع برخورد باشند.

۲ - تذکر^۲: در این نوع برخورد، از فرد خاطی خواسته می‌شود که رفتار خود را فوراً اصلاح نماید و انتظار می‌رود که فرد خاطی فوراً رفتار خود را تغییر دهد. ممکن است این شیوه برخورد منجر به احساسات ناخوشایندی مانند احساس تحقیر، شرم یا خشم شود که بعداً در گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. هر یک از افراد هم‌تراز یا با رتبه بالاتر می‌توانند مجری این نوع برخورد باشد.

۳- افت رتبه: تصمیم‌گیری جهت افت رتبه با فرم ارزیابی رفتار روزانه (جدول ۲-۲) انجام می‌گیرد. چنانچه نمره معدل یک هفته فرد از فرد دیگری که در رتبه پایین تری قرار دارد کمتر شود امکان اینکه جای این دو نفر تعویض گردد وجود خواهد داشت.

۴- تنها نمودن^۳: این تنبیه در مورد بروز خشم و سایر هیجانات شدید و نامناسب اعمال می‌گردد، به گونه‌ای که از فرد خواسته می‌شود جلسه یا گروه را به مدت معین ترک کند و یا به مدت معین برقراری هر گونه ارتباط کلامی با وی ممنوع می‌شود. تصمیم‌گیری در مورد این نوع تنبیه به عهده سرپرست گروه و یا مدیر می‌باشد. بعنوان مثال: ۱- چنانچه فردی به گونه‌ای

1. Talking to
2. Pull up
3. Time out

خشمگین شده باشد که سلامت دیگران یا آرامش جمع را به خطر اندازد، سرپرست گروه یا مدیر می‌تواند از او بخواهد که به مدت یکساعت در اتاق بماند تا آرامش لازم را بدست آورد. ۲- چنانچه فردی عمداً به وسایل مرکز صدمه‌ای رسانده باشد سرپرست گروه یا مدیر می‌تواند ارتباط کلامی دیگران با وی را به مدت ۳ ساعت ممنوع سازد.

۵- اصلاح^۱: در این نوع تنبیه، فرد خاطی در مورد خطای انجام شده توسط گروهی از افراد مراجع (به شکل نعل اسب می‌نشینند) مورد خطاب قرار می‌گیرد. ابتدا موضوع برای فرد کاملاً روشن می‌شود. دلایل طرح موضوع اعلام می‌گردد. اطلاعات وی در مورد خطای انجام شده و تبعات آن مورد سؤال قرار می‌گیرد. در طرح موضوع از انواع عواطف استفاده می‌شود و سعی می‌شود اضطراب فرد خاطی برانگیخته شود. با خاطر نشان ساختن ویژگیهای مثبت فرد، نیاز وی به اصلاح در رفتار و رشد، احترام به افراد و اهمیت کمک به یکدیگر مورد تأکید قرار می‌گیرد و از وی تعهد گرفته می‌شود که رفتار نامطلوب خود را تکرار ننماید. گروه انتخاب شده برای اجرای این نوع تنبیه بایستی قبلاً در مورد شیوه اجرا با یکدیگر هماهنگی بعمل آورده باشند. افراد همتراز خاطی که در این گروه شرکت می‌نمایند می‌بایست از قانون و اجرای آن حمایت نمایند.

۶- تجربه یادگیری^۲: از این نوع برخورد که بیشتر جنبه آموزشی دارد تا تنبیهی، در مواردی استفاده می‌شود که شخص رفتار مطلوب یا وظایف خود را انجام نمی‌دهد. این برخورد برای اصلاح عاداتی که تغییر آن نیاز ویژه به یادگیری دارند بکار گرفته می‌شود. به عنوان مثال: چنانچه فردی عادتاً رختخواب خود را مرتب نمی‌کند، موظف می‌شود برای مدت معین رختخواب افراد خوابگاه خود را مرتب نماید. یا چنانچه فردی صبح‌ها به موقع از خواب بیدار نمی‌شود، موظف می‌گردد برای مدت معینی افراد خوابگاه خود را به موقع از خواب بیدار نماید.

1. Hair cut
2. Learning experience

۷- محرومیت^۱: در این نوع تنبیه حقوق خاصی از فرد یا گروه، برای مدتی معین و قابل تحمل، سلب می‌شود. این تنبیه شامل نیازهای بهداشتی، تغذیه‌ای و امنیتی فرد نمی‌گردد. از نمونه این تنبیهات می‌توان از سلب حق ملاقات، سلب حق ارتباط تلفنی با خارج از مرکز، محدود شدن ورود به محیط‌های خاص یا استفاده از برنامه‌های تفریحی مرکز و... نام برد.

۸- نیمکت^۲: در این نوع تنبیه فرد خاطی برای مدت معینی بر روی نیمکتی که افراد تازه وارد در اولین جلسه بر روی آن می‌نشینند و در مورد قوانین مرکز توجیه می‌شوند، می‌نشینند اما این بار در مورد قوانین به وی تذکر داده نشده بلکه مورد بی‌توجهی جمع قرار می‌گیرد. این امر به مفهوم بازگشت به مفاهیم و قراردادهای اولیه و نشان از خارج از هنجار بودن رفتار فرد دارد.

۹- جلسه عمومی^۳: برگزاری جلسه عمومی جهت رسیدگی به خطاهای بزرگ نظیر خشونت شدید، مصرف مواد، دزدی و... که سلامت جامعه را بصورت جدی تهدید می‌نماید صورت می‌گیرد. در جلسه عمومی فرد خاطی مجاز به صحبت کردن نمی‌باشد. قبل از تشکیل جلسه که با حضور تمامی افراد دخیل در TC برگزار می‌گردد بایستی هماهنگی کامل در مورد اهداف تشکیل جلسه، رئیس و گردانندگان جلسه (سرپرستان) تصمیمی که باید اتخاذ گردد و... شده باشد. ضمناً قبل از تشکیل جلسه بایستی با افراد خاطی نیز صحبت کرده و وی را آماده پذیرش تصمیمی که در جلسه اخذ می‌گردد نمود. شیوه نشستن افراد مراجع در جلسه عمومی بصورت کلاس می‌باشد و افراد اداره کننده مانند معلم، جلسه را اداره می‌کنند. در این جلسه ابتدا موضوع مطرح می‌شود، اهداف و انتظارات مشخص می‌گردد، ارتباط مشکل با تمامی افراد جامعه روشن می‌گردد، و از تحریک احساسات جامعه استفاده می‌شود. نتیجه این جلسه در

-
1. Ban
 2. Bench
 3. General Meeting

صورت امکان بررسی شیوه‌های فرد به جامعه است. در غیر این صورت تنبیه « تبعید » در مورد وی اجرا خواهد شد.

۱۰- تبعید^۱: در این نوع تنبیه فرد از جامعه تبعید می‌گردد. لیکن فرد خاطی در جامعه بیرون از TC به حال خود رها نمی‌شود، بلکه ارتباط با وی از طریق سیستم مددکاری حفظ می‌گردد و شیوه ادامه درمان در خارج از TC تعیین می‌شود.

۱۱- کیوسک ارتباط: میزی است که در دید عموم گذاشته می‌شود. ابزاری است که برای اعمال انضباطی به کار می‌رود. فردی که قانون شکنی کرده است تمام روز را در کیوسک ارتباط می‌نشیند و رفتارها و نگرش‌های منفی خود را در این مکان مورد بازبینی قرار می‌دهد و سایر مراجعین نیز برای انجام رفتار درست با فرد خاطی بحث می‌کنند. کیوسک ارتباط برای فردی که قبلاً از TC انصراف داده و دوباره پذیرش می‌شود نیز به کار می‌رود. به این نحو که او تمام تجربیات خود را از بیرون به سایر اعضای TC منتقل می‌کند تا اعضاء نسبت به ترک درمان آگاه تر شوند. برگشت فردی که درمان را ترک کرده و با خود مسائل دردناک و دشواری را به همراه آورده است، می‌تواند این پیام را تقویت کند که کلید بهبودی و درمان ماندن در TC است. چند اصول آموزشی در کیوسک ارتباط وجود دارد: ۱- مکانی است برای بازبینی و مرور نگرش، هیجانها و رفتار فرد خاطی ۲- مکانی است که فرد خاطی می‌تواند با سایر اعضاء در مورد رفتار و اعمال مشکل ساز صحبت نماید و آنها را روشن سازد. ۳- مکانی است که می‌تواند آستانه تحمل و خود کنترلی را افزایش دهد.

اصول اساسی اجتماع درمان مدار TC

رعایت اصول اساسی اجتماع درمان مدار توسط مراجعان مرکز الزمی است و اگر سه اصل اول توسط مراجعان نقض شود منجر به تشکیل جلسه عمومی توسط مراجعان و در نهایت

اخراج فرد از TC خواهد شد و انجام نشدن اصول دیگر توسط مراجع باعث تنبیه او از سوی مراجعان رتبه بالاتر و تیم درمان خواهد شد. این اصول در جدول (۳) آمده است:

جدول ۳- اصول اساسی اجتماع درمان مدار TC

ردیف	اصول اساسی در TC	ردیف	اصول اساسی در TC
۱	پرهیز از سوء مصرف مواد	۸	تغییر گام به گام
۲	پرهیز از رفتار جنسی با دیگران	۹	حرکت به جلو هر چند با مقادیر متفاوت
۳	پرهیز از خشونت	۱۰	احترام به خود و دیگران
۴	جدا شدن از زندگی روزمره	۱۱	تغییر از طریق مشارکت، فعالیت، کنکاش در خود
۵	باور به لزوم یادگیری زندگی سالم اجتماعی	۱۲	تلاش از طریق برنامه‌های مختلف جهت تقویت معنویت
۶	باور به تلاش برای تقویت مهربانی، صداقت، مسؤولیت‌پذیری، نظم	۱۳	وجود قوانین و سلسله مراتب
۷	باور به لزوم کمک گرفتن و کمک کردن به دیگران		

فلسفه اجتماع درمان مدار TC

فلسفه TC یکی از عناصر بنیادی در همه درمان‌های اجتماع مدار می‌باشد. هر برنامه‌ای برای خود اعتقادات، ارزش‌های از پیش تعیین شده‌ای دارد که عناصر اصلی دیدگاه TC را تشریح می‌کند. فلسفه TC هر روز صبح و عصر به صورت دسته جمعی خوانده می‌شود تا حس جمعی تقویت کند و آغازگر و پایان دهنده احساس مثبت در روز باشد. به طور کلی مفاهیم، باورها، ارزش‌ها و هنجارهایی که راهنمای بهبودی و زندگی سالم هستند در زبان فلسفه TC گنجانده شده است. یادگیری این زبان واحد، مبین یکپارچگی فرد در اجتماع و پیشرفت بالینی است (لئون، ۱۹۹۴).

فلسفه شروع روز؛ ما در اینجا هستیم چون نهایتاً راه گریزی از خود وجود ندارد. ما در اینجا هستیم تا در چشم‌ها و قلب‌های دیگران با خود رویارو شویم و آنها در تحمل اسرار دردناکی که ما را می‌آزارند با ما همراه شوند. می‌دانیم که اگر از آشکار شدن خود بترسیم هرگز نخواهیم توانست خود یا دیگران را بشناسیم و تنها خواهیم ماند. چنین آئینه‌ای را جز در میان همانندهای خود گجا می‌توانیم یافت. نهایتاً در همین جاست که ما باهم خواهیم توانست خود را به روشنی دریابیم نه آنچنان بزرگ که در رؤیاهایمان آرزو می‌کنیم، نه آنچنان حقیر که در نگرانیهایمان اندیشیده‌ایم، بلکه به عنوان یک فرد، به صورت جزئی از یک کل، باشعور، و با هدف، در این بستر ریشه خواهیم دواند و رشد خواهیم کرد، اما تنها هرگز، مثل مرده‌ها نه، زنده و پویا برای خود و دیگران. فلسفه TC یکی از مهمترین مولفه‌های معنویت در اجتماع درمانی می‌باشد. که تفسیر و آموزش آن برای مراجعان در برنامه‌های آموزشی و سمینارها ضروری می‌باشد. هر روز یک بار در صبح و یک بار در شب برای درونی شدن آن خوانده می‌شود.

سیر درمان در TC

یک دوره اجتماع درمان شامل پنج مرحله است: مرحله جهت یابی، مرحله درمان، مرحله پیش از ورود مجدد، مرحله ورود مجدد، مرحله پیگیری. محیط TC شامل برنامه مشخص روزانه متشکل از فعالیت‌های ساختاریافته و معاشرت‌های اجتماعی است و یک روز نمونه در TC از ساعت ۶ صبح شروع می‌شود و در ساعت ۱۱ شب به پایان می‌رسد (ابراهیمی، ۱۳۸۱).

۱- مرحله جهت یابی^۱ (از موقع ورود به TC به مدت دو هفته): اهداف اصلی عبارت‌اند از ارزیابی فرد و جهت دهی نگرش او به سمت TC. ارزیابی با پذیرش اولیه مراجع صورت می‌گیرد تا نیازهای خاص درمانی او معلوم شود و بطور کلی مشخص گردد که آیا او

برای درمان دراز مدت اقامتی TC، کاندید مناسبی هست یا نه. هدف از جهت دهی، عبارت است از جذب فرد به درون اجتماع TC. و این کار از طریق مشارکت کامل فرد و درگیری او در همه فعالیت‌های TC انجام می‌پذیرد، جذب سریع، در این مقطع، یعنی هنگامی که فرد در مورد اقامت طولانی در TC، در بیشترین تردید به سر می‌برد؛ از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو بهتر است افراد تازه وارد، به سرعت درگیر برنامه روزانه شوند و در جایگاه نقش مربوط به خود در اجتماع استقرار یابند (بینزاده، ۱۳۸۰).

در این مرحله کادر درمانی TC به ارزیابی روان‌شناختی و حرفه‌ای مراجعان می‌پردازد. این ارزیابی به منظور بررسی میزان تناسب مراجع برای TC صورت می‌گیرد. پس از پذیرش مراجع بعنوان مراجع هدف اصلی این مرحله آشنا کردن مراجع با فلسفه برنامه اجتماع درمان مدار، قوانین آن، فرایند گروه، اطلاعات برنامه روزانه و اصول ۱۳ گانه TC است. از مسؤلیت‌های عمده این مرحله آن است که مراجع به تکمیل یک بیوگرافی از کودکی، خانواده، سابقه مصرف، سابقه مدرسه، هدفها و انگیزه‌های ورود به درمان پردازد و یک گزارش کتبی از فلسفه، قوانین خانه و فرایند گروهی تهیه و به کارکنان TC تحویل دهد. او باید در این مرحله به منظور تهیه طرح درمان مشارکت فعالی با تیم درمان داشته باشد و ظرف دو هفته اول این طرح را فراهم آورد. مهمترین فعالیت‌هایی که مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد عبارت‌اند از:

- ۱- یادگیری فلسفه ۲- یادگیری قوانین TC
- ۳- خودارزیابی ۴- فهم ماهیت اختلال اعتیاد
- ۵- ایجاد تعهد در فرایند بهبودی ۶- برقراری ارتباط با دیگران
- ۷- پرهیز از مواد ۸- مدیریت زمان

۲- مرحله درمان^۱ (بعد از مرحله جهت یابی به مدت ۳ ماه): توجه عمده این مرحله، بر روی اهداف اصلی روان‌شناختی و اجتماعی متمرکز است (بین‌زاده، ۱۳۸۰). در این مرحله تمرکز عمده روی مسائلی چون خودگردانی، مشکلات رفتاری، خانوادگی، تربیتی، حرفه‌ای و سوء مصرف مواد است. از جمله مسؤولیت‌های این مرحله این است که مراجعان با درمانگران جهت تهیه طرح درمان مربوط به این مرحله همکاری کنند. در این مرحله مشارکت فعال در گروه‌ها و خانواده درمانی ضروری است. از امتیازات این مرحله امکان تماس تلفنی با خانواده حمایت کننده است. مراجعان در این مرحله می‌توانند با افراد خانواده اصلی و افراد حمایت کننده و شناخته شده در ساعات از پیش تعیین شده ملاقات کنند. اتاقشان را با لوازم دلخواه تزئین کنند. می‌توانند اوقات فراغت بدون نظارت داشته باشند. در این مرحله امکان ترفیع به موقعیت‌های شغلی بالاتر مانند سرپرست گروه‌ها وجود دارد. مهمترین فعالیت‌هایی که مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد عبارت‌اند از:

- ۱- شناخت اهداف اجتماعی و روان‌شناختی ۲- افزایش خودآگاهی TC
- ۳- افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس ۴- مسؤولیت‌پذیری
- ۵- خودآشنایی ۶- تغییر افکار، هیجان‌ها و رفتار
- ۷- افزایش مشارکت و رقابت با دیگران ۸- هدف‌گزینی (یافتن معنا)
- ۹- مدیریت استرس، هیجانها و ناکامی ۱۰- فهم ماهیت اختلال خود
- ۱۱- فهم ماهیت برگشت اعتیاد ۱۲- خودمختاری، فردیت یافتن، خوداتکای، خودراهبری

۳- مرحله پیش از ورود مجدد^۲ (بعد از مرحله درمان حدود یک ماه): هدف اصلی عبارت است از تدارک مقدمات جدایی فرد از اجتماع TC، تا به سلامت اینکار میسر گردد.

1. Treatment
2. Pre - reentry

افراد در این مرحله به زندگی شان در TC ادامه می‌دهند، اما ممکن است همزمان به مدرسه بروند یا به یک کار تمام وقت - در TC یا بیرون از آن - اشتغال داشته باشند. با این حال، از آنها انتظار می‌رود که در کارهای روزمره TC مشارکت داشته باشند و برخی از مسؤولیت‌ها را در TC به عهده گیرند (همان منبع).

تمرکز اصلی این مرحله به سمت تلفیق مجدد مراجع (مراجع) با روند اصلی موقعیت‌های زندگی است و بدین منظور حرکت‌هایی در جهت ایجاد تقویت شبکه‌های حمایتی، تربیتی و حرفه‌ای صورت می‌گیرد. از مسؤولیت‌های این مرحله که به عهده مراجعان گذارده می‌شود انجام وظیفه و ایفای نقش بعنوان مراجعان قدیمی است مانند سرپرستی بخش و گروه‌ها. مثلاً برنامه ریزی برای ملاقات‌های پزشکی یا دندان پزشکی و از این قبیل. از دیگر وظایف مراجعان این مرحله ارائه یک سمینار مبسوط برای سایر اعضای خانواده در TC است، در نهایت مراجعان در این مرحله باید جهت ترفیع به تنظیم یک پیش طرح پردازند. در این مرحله مراجع با برنامه ریزی مشخصی از سوی تیم درمان به مرخصی می‌رود تا خود را با محیط بیرون سازگار نماید. مهمترین فعالیت‌هایی که مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد عبارت‌اند از:

۱- تسهیل سازگاری با جامعه بیرونی ۲- آماده شدن برای زندگی در جامعه پرخطر

۳- جستجوی کار ۴- یادگیری مدیریت پول

۵- افزایش مسؤولیت‌پذیری کاری ۶- افزایش بینش نسبت به مشکلات زندگی

۷- برنامه ریزی برای آینده ۸- کاهش تدریجی وابستگی به TC و مراجعین

۴- مرحله ورود مجدد^۱ (حدود ۱/۵ ماه): هدف اصلی عبارت است از، کامل شدن

جدایی فرد از اقامت در TC. افراد، در این مرحله، در وضعیت بیرون - زیستی^۲ قرار دارند و به کارهای تمام وقت یا تحصیل اشتغال دارند و همراه با همتایانشان به زندگی بیرون از TC ادامه

1. Reentry
2. Live - out

می‌دهند. آنها ممکن است از خدمات مراقبتی پس از درمان یا روان‌درمانی فردی یا خانوادگی بهره‌مند شوند. این دوره بعنوان دوره نهایی درمان اقامتی تلقی می‌شود اما منظور از آن، به هیچ وجه، پایان مشارکت در برنامه درمانی نیست (بینازاده، ۱۳۸۰).

در این مرحله تمرکز اصلی بر ارائه خدمات مشاوره‌ای در زمینه مشاوره حرفه‌ای، هدایت آموزشی و نیز تجدید جریان اجتماع پذیری است. در این مرحله مراجعان برای سپری کردن زمان بیشتر جهت ایجاد محیطی امن و حمایتی بیرون از TC تشویق می‌شوند.

مراجعی که به این مرحله می‌رسد، می‌بایست بطور فعال و عملی توانایی تصمیم‌گیری مسئولانه خود را نشان دهد. در این مرحله او بعنوان یک الگوی مثبت، ایفای نقش خواهد کرد. از مسؤولیت‌های مراجع این مرحله ارائه یک سمینار مبسوط برای مراجعان TC از تجارب خود در بیرون از TC است. او هم‌چنین به طرحریزی و زمانبندی فعالیت‌های خود در طول مدتی که بیرون از TC به سر می‌برد می‌پردازد و آنرا به اطلاع مشاور می‌رساند. در این مرحله که مراجع آماده ترخیص دائمی است یک طرح برای زندگی در بیرون از TC به مشاور خود ارائه می‌دهد. مراجع در این مرحله می‌تواند طول شب را با خانواده یا یک شخص حمایت‌کننده شناخته شده، سپری کند. مهمترین فعالیت‌هایی که مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد عبارت‌اند از:

- ۱- انتقال موفقیت آمیز از TC به جامعه ۲- خودمراقبتی
- ۳- کاهش تدریجی وابستگی به TC ۴- سازگاری با زندگی اجتماعی
- ۵- تقویت مهارت‌های زندگی و اجتماعی ۶- تداوم زندگی درست در بیرون
- ۷- مدیریت اوقات فراغت ۸- تعهد به فرایند بهبودی
- ۹- برقراری ارتباط با سایر فارغ‌التحصیلان ۱۰- افزایش خودآگاهی
- ۱۱- کمک به سایر فارغ‌التحصیلان TC ۱۲- رشد یک شبکه اجتماعی نیرومند
- ۱۳- انتقال مفاهیم آموخته شده در TC به دنیای بیرون

۵- مرحله پیگیری پس از درمان^۱ و پیگیری از عود (۱۸ ماه): همانگونه که پیشتر اشاره شد، وابستگی به مواد یک بیماری مزمن بوده و احتمال عود آن همواره وجود دارد. بررسی‌ها حاکی است مراقبت پس از درمان برای تداوم موفقیت درمان سوءمصرف کنندگان مواد مخدر مهم است.

پس از پایان مراحل چهار گانه قبلی مراجع از مرکز ترخیص دائم شده و وارد مرحله پیگیری می‌شود. به این ترتیب کسانی پیگیری می‌شوند که طول دوره‌های قبلی را با موفقیت سپری کرده باشند. پیگیری توسط مددکار تیم درمان انجام می‌شود. در این مرحله می‌توان از معتادان بهبود یافته با توافق تیم درمان در مرحله پیگیری استفاده نمود. پیگیری در سه ماه اول، هر دو هفته یکبار به صورت ملاقات حضوری (توسط مددکار) و هر هفته یکبار تلفنی انجام می‌گیرد. سپس هر ۶ ماه یک جلسه عمومی برگزار می‌شود و افراد ترخیص شده در شش ماه گذشته دعوت می‌شوند. در آن جلسه این افراد تجارب خود را به مکتوب کرده و در اختیار دیگران قرار می‌دهند. مهمترین فعالیت‌هایی که مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد عبارت‌اند از:

۱- پیگیری از برگشت ۲- استفاده از توان بالقوه فرد در TC

۳- ادامه فعالیت‌ها در جامعه ۴- تداوم فرایند بهبودی

۵- افزایش خودمراقبتی جسمانی و روانی (بهداشت جسمی و روانی)

برنامه روزانه در TC

اساساً فعالیت‌های روزمره و سازمان یافته در اجتماع درمان مدار با زندگی آشفته معتادان در تناقض آشکار است. هر روز شامل برنامه مشخصی از فعالیت‌های درمانی و آموزشی با برنامه ریزی‌های مشخص و دقیق است. در برنامه اجتماع درمان مدار کار به عنوان یک فرایند آموزشی - درمانی است. مراجعان در TC در معرض تجربه‌های حرفه‌ای بیشمار قرار می‌گیرند

تا قادر شوند مهارت‌های جدید را فرا گرفته و بتوانند به آنجا احساس تعلق بیشتری داشته باشند. حرفه آموزی در TC ابزاری کارآمد برای ایجاد تغییرات نگرشی، رفتاری به شمار می‌رود. فرایند درمان در TC تعاملی از مداخله‌های درمانی و تغییرات رفتاری است. محیط TC شامل برنامه روزانه متشکل از فعالیت‌های ساختاریافته و معاشرت‌های اجتماعی است که در محیط‌های رسمی و غیر رسمی TC شکل می‌گیرد. یک روز نمونه در TC از ساعت ۶ صبح آغاز می‌شود و در ساعت ۱۱ شب به پایان می‌رسد. و دربر دارنده جلسات، کار درمانی، گروه‌های درمانی، مشاوره فردی، کار گروهی و اوقات فراغت است. کلیه این فعالیت‌ها به منظور تسهیل فرایند تغییر در مراجع است (نوروزی، ۱۳۷۹).

تحقیقات انجام شده TC

اجتماعات درمان مدار (معمولاً) مدل‌های درمانی فشرده، خودیار، سازمان یافته و اقامتگاهی برای مصرف کنندگان مزمن مواد هستند. بیش از یک سوم همه پذیرش‌های اجتماع درمان مدار، پیامدهای بلندمدت موفقیت آمیز را، یک الی دو سال بعد از درمان، نشان می‌دهند. بعلاوه تقریباً ۶۰ درصد همه پذیرفته شدگان پیشرفت معنی داری در متغیرهای پایه، درمدت یک الی دو سال بعد از درمان، نشان می‌دهند. هر چند مراجعانی که بیش از دوازده ماه اقامت می‌کنند، بیشترین احتمال پیامدهای موفقیت آمیز را دارند (لئون، ۱۹۹۴). شواهد پژوهشی و بالینی نشان داده‌اند که مدت زمان ۱۸ تا ۲۴ ماه در T.C های اقامتی دراز مدت، دوره زمانی مطلوب برای دستیابی به حد نصابی از تغییرات درونی است. اما با این حال، تعداد فزاینده معتادین بی خانمان، پرخاشگر، مبتلایان به آشفتگی روان‌شناختی نیاز به دوره‌های حتی طولانی تری از فرایند بهبودی در T.C برای دریافت خدمات توانبخشی و باز توانی را مورد تأکید قرار می‌دهند.

باردون^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی متفاوت پیگیری ترک مواد در مقابل مراقبت پس از خروج درمان‌های سرپایی بر اساس برنامه‌های T.C مبتنی بر آزادی مشروط» نشان دادند که درمان‌های عمیق تر با نتایج بهتر در بین مراجعان همراه بود. این درمان‌ها مبتنی بر شدت مصرف مواد برنامه ریزی شده بود. این مطالعه اثرات متفاوت پیگیری اجتماع محور و درمان‌های سرپایی را برای سوء مصرف کنندگان مواد را مورد توجه قرار می‌دهد. در این پژوهش بیماران تحت درمان اجتماع محور مبتنی بر آزادی مشروط قرار گرفته بودند. متغیر وابسته برگشت به زندان در طول یکسال بود. متغیر مستقل شدت مصرف الکل و داروهای روان گردان، نوع مراقبت (سرپایی، پیگیری) بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان در هر دو گروه مبتنی بر شدت سوء مصرف مواد و گروه بدون در نظر گرفتن شدت مصرف مواد بطور یکسال مؤثر بود. اینکه درمان‌های اجتماع محور باید سیستماتیک و منظم باشد و نیازهای درمانی پس از خروج از زندان را ارزیابی نماید تا با موفقیت همراه شود.

هم‌چنین نتایج تحقیق اسکینر^۲ (۲۰۰۵) در مورد اجتماع درمان محور تعدیل شده برای سوء مصرف کنندگان مواد همراه با اختلال‌های روانی است، این تحقیق اثربخشی درمان اجتماع محور تعدیل شده (MTC) بر روی بیماران پناهگاهی را بررسی کرده است، در این تحقیق دو گروه؛ یک گروه در MTC و گروه دیگر افرادی بودند که در پناهگاه‌های عمومی قرار داشتند. افراد هر دو گروه هم‌تا شده بودند و دارای یک اختلال همراه با سوء مصرف مواد بودند. این مطالعه نشان داد که MTC مؤثرتر از پناهگاه‌های عمومی بود و باعث بهبود تجارب کاری، وضعیت زناشویی، علائم روانپزشکی و اختلال‌های همراه آنها شده بود.

پژوهش دیگر تحت عنوان درمان TC سرپایی توسط ساکز^۳ و همکاران (۲۰۰۷) برای درمان افراد سوء مصرف کننده موادی که دارای اختلال‌های روانی و علائم آن بودند انجام

1. Burdon , W
2. Skinner , D
3. Sack , S

گرفت. این افراد خدمات سرپایی و اجتماع درمان مدار (TC) را دریافت کردند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که این افراد در مقایسه با گروه کنترل بطور معنی داری بهبود یافتند. این یافته‌ها نشان داد هنگامی که درمان‌های سرپایی با خدمات TC همراه شود برای درمان سوء مصرف مواد و اختلالات همراه مؤثرتر است.

چان^۱ و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی با عنوان ارتباط بین خصوصیات زندانیان با فرایند درمان TC انجام دادند. در این تحقیق رابطه بین خصوصیات مراجعان زندانی و فرایند درمان TC در مردان (۱۶۴) نفر و زنان (۱۹۵) مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها مبتنی بر گزارش مراجعان از ابعاد چندگانه فرایند درمان بود. زندانیان پیرتر و افراد سوء مصرف کننده چندگانه نتایج بهتری در فرایند درمان داشتند. مراجعانی که دارای فرزند بودند و سابقه زندان کوتاه تری داشتند، در تغییر و رشد شخصی امتیاز بهتری بدست آوردند. این نتایج در هر دو گروه زن و مرد یکسان بود، اما رابطه قوی تری بین خصوصیات مردان با فرایند درمان وجود داشت.

ساکز و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی با عنوان درمان سرپایی TC برای اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات همراه انجام دادند. این مطالعه بر روی افرادی که علاوه بر سوء مصرف مواد دارای اختلالات روانی بودند انجام شد. این افراد تحت درمان TC سرپایی قرار گرفتند، نتایج نشان داد که شدت علائم روانی گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل شد. اما بر روی سوء مصرف مواد، جرم و اشتغال آنها تأثیری نداشت.

ادلین و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی با عنوان بررسی فرایند درمان TC انجام دادند. این مطالعه ابعاد چندگانه TC، فرایند درمان، ابعاد تغییر، مانایی درمان، نتایج پس از درمان در بین مراجعان نوجوان را مورد بررسی قرار داده است. در ماه اول تا سوم سه عامل از هشت عامل ابعاد تغییر بهتر شدند. بدین معنی که ۱- نگرش آنها نسبت به خودشان مثبت تر شد. ۲- تعهد آنها نسبت به خویشان داری و پرهیز بهتر شد. ۳- توانایی حل مسأله آنها بهبود یافت. نتایج نشان داد که نگهداری بیشتر در TC به منظور یادگیری چگونگی TC اثرات بهتری برای نوجوانان

داشت. نتایج پژوهش سویز^۱ و همکاران (۲۰۰۶) 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 اجتماعی با بهبود اعتیاد و مانایی در درمان مرتبط بود. بنابراین این نوع مداخلات در TC می‌تواند برای افراد سوء مصرف کننده مواد مفید باشد.

جین چیل^۲، هاوکی^۳ و مسینا^۴ (۲۰۰۵) پژوهشی با عنوان نتایج پس از درمان در TC تعدیل یافته انجام داده‌اند. این پژوهش خصوصیات بیماران و نتایج پس از درمان را در بین نوجوانان بررسی نموده است. داده‌های پژوهش حاضر از مطالعات پنج ساله پس از درمان مؤسسه ملی مطالعات سوء مصرف دارو (NIDA)^۵ بدست آمد. تعداد افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر ۹۳۸ نفر از TC ایالت متحده آمریکا و کانادا بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون خی دو، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون رتبه‌ای ویل کاکسون استفاده شد. افراد نمونه پژوهش حاضر سوء مصرف کننده مواد (ماری جوانا و الکل) و اختلالات‌های روانپزشکی توأم، اختلال سلوک و رفتار مجرمانه (قاچاق مواد، جرائم پرخاشگرانه و جنایی) بودند. نتایج پژوهش نشان داد TC سوء مصرف ماری جوانا، الکل، رفتار مجرمانه، اختلالات‌های روانپزشکی همراه؛ اختلال سلوک را بهبود بخشیده است. تحلیل نتایج جنسیتی نیز نشان داد اگر چه زنان احتمال کمتری داشت که درمان را به پایان برسانند اما نتایج پس از درمان آنها بهتر از مردان بود.

جین چیل^۶ و همکاران (۲۰۰۰) پژوهشی با عنوان اثربخشی TC بر نوجوان سوء مصرف کننده مواد انجام دادند. این پژوهش مربوط به نوجوانانی است (۴۸۵ نفر) که برای درمان سوء مصرف مواد و اختلالات‌های مرتبط با مواد از درمان TC سود برده بودند. هدف پژوهش ارزیابی

-
1. Soyes , V
 2. Jainchill , N
 3. Hawke , J
 4. Messina , M
 5. National Institute on drag Abuse - Funded
 6. Jainchill , N

وضعیت پس از درمان این افراد بود. داده‌های پژوهش پس از یکسال ترخیص از TC بدست آمد. نتایج حاکی از آن بود که سوء مصرف دارو، عود و رفتارهای مجرمانه کاهش یافت و شواهد نشان داد که درمان TC برای این گروه پس از یکسال اثربخش بود.

وان دی ولد^۱، اسکاپ^۲ و لند^۳ (۱۹۹۸) پژوهشی با عنوان پیگیری اثربخشی درمان TC انجام دادند. در این پژوهش از مدل درمان TC سرپایی برای درمان افراد سوء مصرف کننده مواد استفاده شده است. تعداد بیماران این پژوهش ۸۸۱ نفر معتاد بود که از مرحله پذیرش تا پیگیری را مورد ارزیابی قرار داد. نتایج نشان داد که این بیماران در تمام متغیرهای مورد سنجش بهبود یافتند. در این پژوهش متغیرهای درمان پیش بینی کننده نتایج مثبت در تداوم درمان TC بود و TC در پرهیز از سوء مصرف مواد و الکل و عود آن مؤثر بود.

دی لئون (۲۰۰۶) پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی و کاربرد TC انجام گرفت. در این پژوهش اثربخشی‌های مختلف TC مانند هزینه - فایده، TC تعدیل یافته برای کودکان، افراد بی خانمان، بیماران روانی، سوء مصرف کننده مواد، زندانیان، مدارس، اختلالات های توأم با سوء مصرف مواد مورد بررسی واقع شده است و نتایج زیر از آنها استخراج شده است؛

۱- TC یک رویکرد منحصر به فرد روان‌شناختی و اجتماعی برای درمان سوء مصرف مواد و اختلال‌های همراه است.

۲- TC می‌تواند به افراد با انواع اختلال‌های روان‌شناختی خدمات درمانی ارائه کند.

۳- TC یک رویکرد ویژه و خاص برای درمان سوء مصرف مواد، مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی است.

۴- TC یک رویکرد برای تغییر سبک زندگی، توانبخشی و توان افزایی است.

1. Van de velde , JC

2. Schaap , GE

3. Land , H

- ۵- مدل TC و روش درمانی آن به طور موفقیت آمیزی برای درمان اختلال‌های افراد مختلف به کاررفته است.
- ۶- مدل TC و روش درمانی آن به طور موفقیت آمیزی درمان‌های بیمارستانی، درمان‌های سرپایی و روزانه را بهبود بخشیده است.
- ۷- مطالعات TC هزینه - اثربخشی مطلوب و هزینه - فایده مطلوب آن را اثبات می‌کند.
- ۸- 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. هم‌چنین بین طول مدت درمان با میزان مانایی رابطه کامل و معناداری وجود دارد.

منابع فارسی:

- خزائلی پارسا، فاطمه. (۱۳۸۱). آشنایی با مراکز اجتماع درمان مدار TC. تهران. انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- دی لئون، جورج. (۱۳۸۱). اجتماع درمان مدار، جامع ترین روش درمان اعتیاد. مترجم: علی اکبر ابراهیمی، اصفهان: انتشارات کنکاش.
- دی. لئون. جی. (۱۹۹۴). اجتماع درمانی (TC) «بسوی تدوین نظریه و الگویی فراگیر». مترجم: محمد بینازاده، تهران. انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- رحیمی موقر، آفرین، رزاقی، عمران محمد، نوری خواجه‌جوی، مرتضی و دیگران. (۱۳۷۶). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد، تهران، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

- De Leon, G. Therapeutic community for addictions : A theoretical framework. The international Journal of the addictions. 2006; 30(12)455-458.
- De Leon G. (2000). Therapeutic community for addictions : A theoretical framework. The international Journal Of the addictions.30(12)455-458.
- De Leon G. (2000). Therapeutic community:Model, theory and method. New York. Spcompany.
- Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener P, Dahl J, Mandell W. (2007). Treatment process in the therapeutic community; associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. Subst Abuse Treat.32(4):415-21.
- Jainchill N, Hawke J, Messina M. (2005). Post- treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. Subst Use Misuse. 40(7): 975-96.
- Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. (2000).Adolescents in therapeutic communities: one- year posttreatment outcomes.J Psychoactive Drugs. 32(1): 81-94.
- Skinner DC.(2005). 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. 40(4): 483-97.
- Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Banks S, Harle M. (2007). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes. J Subst Abuse Treat.
- Sacks S, McKendrick K, Sacks J, Banks S and Harle M. (2008). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Mai outcomes Journal of Substance Abuse Treatment, Volume 34, Issue 1, Pages 48-60.

- Soyez V, De leon G, Broekaert E, Rosseel Y. (2006). The impact of a social net work intervention on retention in Belgian therapeutic communities : a quasi- experimental study. *Addiction*.101(7): 1027-34.
- Van de Velde JC, Schaap GE, land H. (1998). Follow- up at a Dutch addiction hospital and effectiveness of therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse*. 33(8): 1611-27.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

