

Effect of therapeutic community residence on mental status of substance abusers

SH. Akuchekian, MD¹ Gh.R. Arabzadeh, MD² H. Nasiri, MSc³.

Assistant Professor, Department of Psychiatry¹, General Practitioner², Instructor, Department of Nursing³, Isfahan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Introduction: Substance abuse is a major problem in many societies as well as our country. This leads to many socioeconomic problems for societies, so it is important to achieve an effective program to improve this problem. Many treatment protocols such as therapeutic community (T.C) have been suggested for substance abusers. Psychological problem and co-morbidity in substance abuse leads to poor therapeutic response and high rate of recurrence. T.C can improve mental status of substance abusers. Therefore we studied the effect of residence in T.C on their mental status.

Methods: In an experimental pretest – posttest survey, 30 substance abusers were evaluated for mental status, before and after residence in T.C using ScL-90-R scale. The results were evaluated with SPSS program and T - paired Test.

Results: In this study, there was a significant difference in mental status of addict patients before and after residence in T.C ($P=0.005$), except in phobia ($P=0.018$).

Conclusion: Our results show that therapeutic community is an effective program and improves mental status of substance abuser and addict patients and probably can decrease the tendency of patients to come back to dependency.

Key words: Heroin - Heroin Dependence - Therapeutic Community

Correspondence:

SH. Akuchekian, MD
Department of Psychiatry,
Isfahan University of
Medical Sciences.
Isfahan, Iran
Telefax: +98 311 2222135
E mail:
Akuchekian@med.mui.ac.ir

تأثیر اقامت در مراکز جامعه مدار بر وضعیت روانی معتادان

دکتر شهلا آکوچکیان^۱ دکتر غلامرضا عربزاده^۲ حمید نصیری^۳

^۱ استادیار، گروه روانپزشکی ^۲ پزشک عمومی ^۳ مربی گروه روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مجله پزشکی هرمزگان سال نهم شماره سوم پاییز ۸۴ صفحات ۲۲۹-۲۳۴

چکیده

مقدمه: سوءمصرف (اعتیاد) از معضلات عمده جوامع منجمله کشور ما است و منجر به بسیاری از مشکلات اقتصادی اجتماعی شده و دستیابی به راه حل مؤثری برای رفع این معضل از اهمیت بالایی برخوردار است. پروتکل‌های درمانی زیادی همچون درمان جامعه مدار (T.C) Therapeutic Community برای درمان معتادین و بهبود وضعیت روانشناختی آنان مطرح شده است. در مطالعات دیده شده است که مسائل روانی توأم با سوءمصرف مواد می‌تواند باعث شکست درمانی و عود اختلاف شود. لذا در این پژوهش ما تأثیر اقامت در مرکز T.C بر وضعیت روانی معتادان را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

روش کار: در یک مطالعه تجربی با انجام پیش آزمون - پس آزمون ۳۰ فرد معتاد، از نظر وضعیت روانی قبل و بعد از اقامت در T.C با مقیاس Scl-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS توسط آزمون آماری Paired t-test مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در این مطالعه تفاوت معنی‌داری ($P < 0.005$) در وضعیت روانی معتادین به جز ترس مرضی قبل و بعد از اقامت در T.C مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج ما نشان داد که درمان T.C یک برنامه درمانی مؤثر در تغییر بهبود وضعیت روانی معتادین است که این بهبودی به احتمال زیاد می‌تواند در کاهش تمایل بیمار نسبت به برگشت به مواد و عود مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: جامعه مدار - وابستگی به هروئین - هروئین

نویسنده مسئول:
دکتر شهلا آکوچکیان
مرکز پزشکی نور دانشگاه
علوم پزشکی اصفهان
اصفهان - ایران
تلفاکس: ۰۹۸ ۳۱۱۲۲۲۱۳۵
پست الکترونیکی:
Akuchekian@med.mui.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۳/۱۱/۷ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۶ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۳۰

مقدمه

وابستگی مواد یا اعتیاد به مواد مخدر از عمده ترین معضلات جوامع انسانی می باشد و در کشور ایران نیز که سر راه ترانزیت این مواد قرار دارد و طبق گزارش سازمان ملل بیشترین میزان کشفیات مواد مخدر در آن صورت می‌گیرد، بیش از پیش جمعیت جوان آن در معرض خطر است (۱).

وابستگی به مواد منجر به تغییرات روانشناختی جدی در فرد معتاد می گردد. به طوریکه ۹۰ درصد معتادین به مواد مخدر به یک یا چند اختلال دیگر هم مبتلا هستند که شایعترین آنها اختلالات خلقی، شخصیت ضد اجتماعی، اختلال اضطرابی و با شیوع کمتر ترسهای مزمن، وسواس و اسکیزوفرنیا می‌باشد (۲).

وجود مشکل روانی همراه Co-morbidity با سوء مصرف شدیدتر مواد رابطه داشته و می‌تواند سیر

اختلال وابستگی به مواد و نوع درمان و پاسخ درمانی را تحت تأثیر قرار دهد و باعث شود بسیاری از این افراد در معرض شکست درمانی و عود قرار گیرند (۳). به طوریکه حتی طولانی ساختن دوره سم زدایی تا ۶ هفته نیز تغییری در الگوی بازگشت سریع به اعتیاد به وجود نیاورده است (۴). لذا عدم توجه به این اختلالات روانی همراه، باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره به مصرف مواد می شود (۵). به دلایل فوق روشهای مختلف درمان غیر دارویی مثل انواع روان‌درمان‌های فردی توأم با گروه درمانی (۶) و گروههای خودیاری توسط خانواده‌های معتادین طراحی شده است (۷).

یکی دیگر از روشهای درمانی که چند سال اخیر بیشتر مورد بحث است و برخی مدلهای دیگر نیز درون آن اجرا می شود، درمان جامعه مدار یا TC (Therapeutic Community) می‌باشد (۸).

روش کار:

در یک مطالعه تجربی پیش آزمون - پس آزمون (Pretest - post test)، ۳۰ نفر از معتادان خود معرف به مرکز T.C اصفهان وارد مطالعه شدند. شرط ورود به مرکز T.C سم زدایی معتادین و گذشت حداقل ۳-۲ هفته پس از سم‌زدایی می‌باشد. جهت کنترل، کیت مورفین هر دو هفته تکرار می‌شد. در صورت مثبت بودن تست، فرد از مرکز و در نتیجه از مطالعه خارج می‌گردید.

اعتیاد به مواد مخدر، سم زدایی شدن، تمایل به همکاری در طرح و نداشتن اختلال روانی حاد و عقب‌ماندگی ذهنی، وجود تحصیلات در حد خواندن و نوشتن از شرایط ورود به مطالعه بود و انصراف فرد از حضور در T.C و ادامه حضور در طرح و مصرف مجدد مواد طی اقامت در T.C و بروز اختلال روانی حاد جزء شرایط خروج از مطالعه محسوب می‌شد. نحوه نمونه‌گیری سرشماری بوده و تمام بیماران مقیم در مرکز ۳۰ تخته T.C اصفهان در مطالعه وارد شدند. ابزار بکار رفته در این مطالعه مقیاس (Symptom checklist-90-SCL-90-R-Revised) بود.

این پرسشنامه مشتمل بر ابعاد نه‌گانه یعنی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، وسواس و اجبار، حساسیت، روابط متقابل، فوبیا، پارانویا، روانپریشی (سایکوز) و شکایات جسمانی می‌باشد. ضریب کلی علائم مرضی (GSI) نشان‌دهنده عمق اختلال روانی و در مواردی که نیاز به یک سنجش خلاصه باشد از آن استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکاران تهیه شد که شامل ۹۰ سوال بود و مدت لازم برای اجرای آن ۱۵ تا ۳۰ دقیقه می‌باشد. این آزمون در ایران نیز توسط میرزایی مورد هنجاریابی قرار گرفت و پایایی آن ۸۰٪ و در بررسی همه‌گیرشناسی پایایی آن ۹۷٪ و روایی آن بیش از ۹۰٪ گزارش شده است. پاسخهای ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از میزان ناراحتی که از هیچ تا به شدت می‌باشد، مشخص می‌گردد و بیمار کسی است که ضریب کلی علائم مرضی وی بزرگتر یا مساوی ۶۳ باشد.

داوطلبین یکبار در بدو ورود به مرکز توسط آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از طی سه ماه استقرار

مراکز T.C از فکر Synanon متأثر شده که فرد معتاد را از نظر هیجانی ناپخته (Immature) می‌داند که نیاز دارد در یک ساختار اجتماعی خاص جهت اصلاح رفتار مخرب که مدتها ادامه یافته، به طور کامل غوطه‌ور شود. هدف از این کار ایجاد یک تغییر کامل در شیوه زندگی فرد شامل خویشتن‌داری از مصرف مواد، رشد صداقت فردی و مهارت‌های اجتماعی مفید و تخفیف نگرشهای ضد اجتماعی و رفتار مجرمانه است (۳).

در T.C چون هدف تغییر همه‌جانبه فرد است اهداف اجتماعی و روانشناختی توان‌پیکیری می‌شود (۹). در این روش سم زدایی شرط ورود به سیستم درمانی است نه هدف درمان. از آنجا که در این دیدگاه مشکل خود فرد است نه مواد، به وابستگی فرد درچارچوب بزرگتری که همان وضعیت روانی و سبک زندگی اوست نگاه می‌شود (۱۰).

T.C برای معتادینی که هرگز شیوه متداول و معمول زندگی را یاد نگرفته‌اند و از قشر آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر جامعه هستند، در حکم نوعی آماده‌سازی (Habilitation) است، اما برای معتادینی که از بخش برخوردار جامعه بوده و مصرف مواد در آنها نمایانگر آسیب روانشناختی، آشفتگی و خستگی روانی باشد، حضور در این مرکز برایشان بازتوانی (Rehabilitation) محسوب می‌شود (۱۱).

در این مرکز نوعی جامعه طراحی می‌شود که در آن فرد خصوصیات اخلاقی، تربیتی و شخصیتی خود را پرورش داده و رفتارهای مثبت و رفتارهای اجتماعی را فرا گرفته و طی فعالیتهای فردی و گروهی، مسئولیت‌پذیری و نوعی زندگی اجتماعی بهینه را تمرین می‌کند تا بتواند از این تجربه و الگو جهت بازتوانی خود بهره بگیرد (۱۲).

در ایران نیز طی سالهای ۷۸-۷۶ پیشگیری و پیگیری درمان وابستگی به مواد در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار گرفت (۱۳). با این رویکرد چندین مرکز T.C در شهرهای مختلف ایجاد شده است. این مطالعه جهت تبیین تأثیر مداخله درمان اجتماع مدار بر وضعیت روانی بیماران معتاد خود معرف به مرکز T.C صورت گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

همانگونه که ملاحظه شد نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد تفاوت بین دو میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از طی دوره درمان اجتماع مدار معنی دار می‌باشد، به این معنی که درمان اجتماع مدار در کاهش افسردگی افراد تأثیر داشته و با مطالعات انجام شده قبلی (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) همخوانی دارد. در مطالعه ای که توسط Moas و همکارانش در مورد تأثیر دوره درمان اجتماع مدار T.C بر افسردگی در مقایسه با سه روش دیگر درمان انجام شده بود، تأثیر T.C بارز بود (۱۷).

تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات اضطراب بعد از گذراندن دوره T.C نیز با مطالعه انجام شده توسط Warren, Knysky همخوانی داشته (۱۶) و مطالعات دیگر نیز موید این نکته است (۱۴، ۱۵). در مطالعه ما یکی از بخشهایی که بسیاری از مبتلایان نمره بالایی در آن بدست آوردند، وسواس جبری می‌باشد که نشان دهنده شیوع بالای این اختلال در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد. تفاوت بین میانگین نمره قبل و بعد از دوره T.C معنی دار بوده که با مطالعه Hafner همخوانی دارد. گرچه در مطالعه او شیوع این اختلال کمتر از بسیاری از بخشهای دیگر است (۱۴)، این تفاوت نیازمند ارزیابی و تحلیل بیشتر می‌باشد. احتمالاً عوامل فرهنگی و اجتماعی و حساسیت افراد برای قرار گرفتن در محیط خاص و برآوردن توقعاتی که قبلاً به صورت ساختار یافته، با آن برخورد نداشته اند منجر به بروز رفتارهای وسواسی شده است.

یکی از مشکلات روانی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد حساسیت در روابط متقابل و پارانویا است که منجر به کاهش توانایی آنها در مقابله با مسائل اجتماعی می‌شود. با توجه به تأثیر T.C بر تقویت خصوصیات مثبت شخصیتی و جامعه پذیری فرد و تقویت قدرت روانی او حساسیت بین فردی در معتادان کاهش معنی داری پیدا می‌کند. این تغییر در مطالعه Nattbrock و Sadock نیز گزارش شده است (۱۳، ۱۵). کاهش معنی دار روانپزشی در مطالعه Schimmel نیز مطابق با نتایج بدست آمده در مطالعه ما می‌باشد (۱۸، ۱۹). این تغییر می‌تواند بدلیل تقویت تواناییهای روانی فرد و درگیر شدن بیشتر او با زندگی واقعی باشد.

در مرکز و تجربه زندگی اجتماعی مطابق با استانداردهای تعریف شده مرکز T.C مجدداً پرسشنامه SCL-90-R در شرایط مساوی برای هر کدام قبل از ترخیص تکمیل گردید. بدلیل خروج برخی از افراد از مطالعه، افراد دیگر (در حد ظرفیت مرکز) جایگزین شدند به طوری که مطالعه ۶ ماه به طول انجامید. بعد از جمع آوری اطلاعات به منظور مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه از آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS، Paired t-test انجام گرفت.

نتایج:

۳۰ نفر مورد آزمون مرد و در محدوده سنی ۲۱ تا ۵۶ سال بودند و بر اساس نتایج به دست آمده و مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از حضور در T.C از هر ۱۰ بخش مقیاس SCL-90-R در ۹ بخش تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات بخشهای قبل و بعد از طی دوره درمان اجتماع مدار وجود داشت. مقایسه نمرات افسردگی، اضطراب، وسواس جبری، نمرات حساسیت در روابط متقابل، نمرات پارانویا، شکایات جسمانی و روان پریشی ($P < 0.0001$) و نمرات پرخاشگری ($P < 0.0001$)، نشانگر تفاوت معنی دار می‌باشد. ولی در مورد فوبیا اختلاف مشاهده شده معنی دار نبود. میانگین ضریب کلی علائم نیز با $P < 0.0001$ معنی دار بود (جدول ۱).

جدول شماره ۱- مقایسه وضعیت روانی آزمودنی ها قبل و بعد از استقرار در مرکز T.C

ابعاد آزمون	میانگین \pm انحراف معیار		شاخص t	سطح معنی داری
	قبل n = ۳۰	بعد n = ۳۰		
افسردگی	۲۲/۱۱ \pm ۵۲/۴۲	۱۴/۸ \pm ۱۳/۳۰	۴/۶۸	$P < 0.0001$
اضطراب	۱۳/۹۳ \pm ۷	۷/۶۱ \pm ۵	۴/۱۷	$P < 0.0001$
وسواس و اجبار	۱۷/۷ \pm ۸۶/۹۶	۱۱/۵ \pm ۴/۵۴	۵/۱۶	$P < 0.0001$
حساسیت در روابط متقابل	۱۴/۶ \pm ۶/۶۳	۱۰/۵ \pm ۵۳/۷۷	۴/۲۹	$P < 0.0001$
پارانویا	۱۱/۴ \pm ۴۳/۳۹	۸/۴ \pm ۴۶/۱۱	۳/۶	$P < 0.0001$
روانپزشی (سایکوز)	۱۶/۷ \pm ۱۲/۲۲	۱۰/۶ \pm ۲/۱	۴/۷۸	$P < 0.0001$
فوبیا	۵/۴ \pm ۷۳/۱	۴/۳ \pm ۵۳/۶	۱/۳۵	$P = 0.18$
پرخاشگری	۷/۵ \pm ۷/۲۴	۵/۴ \pm ۱۳/۲۴	۲/۹۴	$P < 0.0001$
شکایات جسمانی	۱۶/۱۰ \pm ۵/۱۷	۱۰/۷ \pm ۱/۰۴	۴/۵۷	$P < 0.0001$
ضریب کلی علائم (GSI)	۱/۰ \pm ۵۲/۶۵	۰/۰ \pm ۹۷/۵۴	۶/۳۰	$P < 0.0001$

Messina که روی هر دو گروه جنسی انجام شده است تفاوت مشخصی بین آنها دیده نشد (۲۰). در مطالعه ما پیگیری تأثیر دراز مدت T.C بر میزان عود معتادین میسر نشد ولی در مطالعه انجام شده توسط French و Sadock پیگیری ۶ ماهه و ۱۲ ماه پس از دوره T.C، کاهش میزان عود در مقایسه با گروه شاهد را معنی داری نشان می‌دهد (۲۱). نداشتن گروه کنترل و عدم امکان پیگیری دراز مدت معتادین از محدودیتهای این مطالعه بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعه مستقل دیگری انجام گیرد.

سپاسگزاری:

در پایان از همکاری صمیمانه مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی و مرکز T.C اصفهان در جهت انجام این پژوهش قدردانی می‌نمایم.

در مطالعه ما گرچه میانگین نمره علائم فوبیا در پس آزمون کاهش نشان می‌دهد، ولی در مقایسه با پیش آزمون تفاوت معنی‌دار نداشت که مخالف با نتایج به دست آمده در مطالعه Hafner و Sadock می‌باشد (۱۴، ۱۸). با توجه به تفاوت نتایج مطالعه‌ها با دیگر مطالعات لازم است در مورد عملکرد مرکز اجتماع مدار در مورد فوبیا یا عوامل روانی - اجتماعی موثر، بررسی بیشتری نمود. کاهش معنی‌دار پرخاشگری و شکایات جسمانی در چند مطالعه دیگر نیز به اثبات رسیده که با مطالعه ما همسو می‌باشد و نشان‌دهنده تأثیر قوی دوره درمان اجتماع مدار بر کنترل رفتار فرد و کاهش رفتار تکانشی فرد معتاد است (۱۴، ۱۵، ۱۸).

معنی‌دار شدن تفاوت نمره ضریب کلی علائم، GSI (Global Severity Index) که میانگین نمره‌های تمام پرسشنامه‌های آزمون و سنجشی خلاصه از سطح اختلال روانی فرد است، نشان‌دهنده تأثیر مثبت و مؤثر حضور در مرکز اجتماع مدار بر وضعیت روانی کلی بیماران معتاد است که توسط Moos و همکارانش در نتایج مشابهی گزارش شده است (۱۷). از آنجا که مرکز T.C اصفهان منحصر به مردان می‌باشد، مطالعه‌ای در مورد زنان معتاد انجام نگرفته است و در تعمیم نتایج باید تامل نمود. گرچه در مطالعه انجام شده توسط

References

منابع

۱. احسان منش، مجتبی. نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهشهای انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۸، سال پنجم، شماره ۳، ۶۲-۷۸.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry .9th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th .ed Philadelphia : lippincott Williams & Wilkins;2000.
4. Westermeyer J. Addiction, community and state: a review. *Am J Addict*. 2000; 79-87.
5. Gastfriend DR. When a substance use disorder is the cause of treatment resistance. In: Pollack M, Otto M, Rosebaum J, eds. Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies. New York : Guilford press; 1996.
6. Galanter M , Brook D. Network therapy for addiction : bringing family and peer support into office practice. *Int J Group Psychother*. 2001;51(1):101-122.
7. Westermeyer J, Myott S, Aarts R, Thuras P. Self-help strategies among patients with substance use disorders. *AM J Addict*. 2001;10:249-257.
8. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Substance abuse a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
9. Nuttbrock LA. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psych Serv*. 1998;49:1:68-76.
10. Melnick G, De Leon G. Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The survey of essential elements Questionnaire (SEEQ). *J Subst Abuse Treat*. 1999;16(4): 308-313.
11. Llorente JM, Fernandez GC, Vielva PI, Gutierrez FM. Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities. *Addict Behav*.1998;23(2):155-169.
۱۲. طرح برنامه ریزی پیشگیری از اعتیاد، معاونت پیشگیری بهزیستی استان کرمان، ۱۳۷۸.
13. Nuttbrock LA, Rahav MR, Rivera JJ, Ng – Mak DS. Depressive symptoms and mentally ill chemical abusers' perception of the treatment environment in residential settings. *Addict Behav*. 1999;24:139-144.
14. Hafner RJ, Holme G. The Influence of a therapeutc community on psychiatric disorder. *J Clin Psychol*. 1996;52(4).461-468.
15. Sacks S, Sacks J, De Leon G, Bernhardt A, Staines G. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers. *Subst Use Misuse*.1998;32(9):1217-1259.
16. Norton K, Warren F. The therapeutic community; outcome evaluation. In: Arthur H Crisp ed. Every family in the land. Royal Society of Medicine;1999: 495-515.
17. Moos RH, Moos BS, Andrassy JM. Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders. *Psychiatr Serv*.1999;50(12):1577-1583.
18. Sacks S. Co-occurring mental and substance use disorders promising approaches and research issues. *Subst Use Misuse*. 2000;35(12-14):2061-2093.
19. Schimmel P. The psychotherapeutic management of a patient presenting with brief psychotic episodes. *Aust NZJ Psychiatry*. 1999;33(6): 918-925.
20. Messina N, Wish E, Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *AM J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26(2):207-227.
21. French MT, Sacks S, De Leon G, Staines G, Mckendrick K. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs. *Eval Health Prof*. 1999;22(3):399.