

اجتماع درمانی

دکتر ناصر فتحی پور مقدم
روانشناس

نظر می‌رسد برای یافتن معنی این اصطلاحات ابتدا باید به سراغ طب داخلی برویم. غالب پزشکان بدون تحلیل نظری - فلسفی دقیق از کاربرد این اصطلاحات معمولاً مفهوم گنگی از سلامت دارند که هرگونه انحراف از آن حالت، حرکت به سوی بیماری تلقی می‌شود، ولی خوشبختانه، درگیری جدی با بیماری در طب باعث شده که در مقایسه با مفهوم سلامت، مفهوم بیماری‌ها تعریف واضحتری داشته باشند. به نسبت تصویری که ما از بیماری داریم، درمان آن بیماری نیز تعریف می‌شود. مثلاً اگر معتقدیم بیماری عفونی از وجود میکروبهای خاص در بدن ناشی می‌شوند، بنابراین این تعریف، درمان بیماری عفونی (حداقل در عمل) عبارت از مداخله شیمیایی برای از بین بردن عامل خارجی خواهد بود تا بدن با کنترل‌های درونی به تعادل نظام‌مند فیزیولوژیک «طبیعی» خود باز گردد. در مورد بیماری عفونی با کمی اغماض، توصیف ساده انگارانه فوق را به جای تعریف شاید بتوان پذیرفت و این همان تعبیر عامیانه از «درمان» است که اکثر افراد غیر متخصص نیز با آن آشنا هستند. ولی کفایت، در همان طب داخلی، یک قدم پا را فراتر از حیطه بیماریهای عفونی بگذاریم، آن گاه دیگر تعاریف تحلیلی خطی (علت و معلولی مستقیم) قابل پذیرش نیستند، مثل تعریف درمان در زخم معده، روماتیسم، MS و... اسکیزوفرنی. هدف ما بحث تحلیلی دقیق در مورد بیماری و «درمان» نیست، تعریف بیماری اعتیاد و «درمان اعتیاد» مقاله و مبحث خاص خود را می‌خواهد. TC دیدگاه و راه‌های خاص خود را دارد؛ که در این مقاله مختصری با آن آشنا می‌شویم.

TC

TC عبارتست از یک برنامه بسیار سازمان یافته و دقیق برای ایجاد تغییرات در سطوح رفتاری، عاطفی، هیجانی، و خانوادگی معتادین، که تأکید بسیار بر آموزش «کمک به خود و مسئولیت پذیری اجتماعی»، «رشد شخصیتی» و استفاده از

۱. این روش درمانی در کشورهای مختلف به عنوان T.C شهرت دارد و در این مقاله نیز به جهت سهولت بیان مطلب، به جای اصطلاح «اجتماع درمانی» به طور خلاصه اصطلاح T.C به کار رفته است.

خلاصه

اعتیاد به مواد مخدر، معضلی جهانی است که هر چند شکل و ابعاد آن در کشورهای مختلف متفاوت می‌نماید؛ ابعاد پایهای و یکسان آن در همه جهان ما را قادر می‌سازد که از مطالعات علمی و تجارب بین‌المللی در برخورد با این مسئله سود جوئیم. اینکه اعتیاد را بزه اجتماعی تلقی کنیم یا بیماری فیزیولوژیک و یا پدیده‌ای پیچیده‌تر، موضوع اصلی بحث این مقاله نیست. اجتماع درمانی یا TC نوع خاصی از برخورد با مسئله است که سابقه بیش از چهار دهه موفقیت دارد.

TC در کشور ما روشی شناخته شده نیست و با اکثر تلقی‌های رایج ما از اعتیاد و روشهای درمانی شایع در ایران متفاوت است. TC اعتیاد را یک «بیماری» می‌داند که ابعاد بسیار واضح اجتماعی و روانشناختی دارد. TC پس از سم‌زدایی شیمیایی آغاز می‌شود و اعتیاد را بطور غالب در زوایای روانی - اجتماعی فرد دیده و اصولاً یک تعبیر فیزیولوژیک ساده را سد راه درمان اعتیاد می‌انگارد.

فراتر از تعام پیش فرض‌های فعلی ما، موفقیت TC در درمان معتادین؛ اهمیت مطالعه این روش و تجربه ایرانی آن را گریزناپذیر می‌سازد.

اجتماع درمانی یا TC^(۱) therapeutic community روش درمانی بسیار مؤثری برای درمان اعتیاد است، سابقه بهره‌گیری از این روش به حداقل ۴۰ سال قبل باز می‌گردد. برای آشنایی با TC باید، نگاهی به مفهوم بیماری و درمان در اعتیاد بیاندازیم.

بیماری و درمان در اکثر اوقات و حتی در میان متخصصین، مفاهیم گنگی هستند، و این امر به بسیاری از اختلاف نظرها در اطلاق «شیوه درمانی» به فرایندی مثل «سم‌زدایی شیمیایی» در اعتیاد منجر شده است. در عصر مدرن به

درمان انتقالی transference cure نامیده‌اند.

ج. شکل دهی رفتار - سیستم پاداش: طبقه بندی سطوح اجتماعی داخل سینانون و افزایش سطح قدرت، مسئولیت و ارزش فرد در سیستم، ناشی از بهبودی وی و بروز مسئولیت پذیری و کنترل برخورد، در هر طبقه بالاتر از اجتماع، حقوق ویژه‌ای برای افراد ایجاد می‌کند که در درجات پائین تر نداشته است.

د. شکل دهی رفتار - مدل تنافر dissonance و تکنیک‌های ویژه: به عنوان اجزای مهمی از بازپروری (برخلاف گروه‌های^(۱) AA) از رودرویی‌های شدید و استرس زا با معنادار استفاده می‌کردند برخی از جلسات و روش‌های شایع شامل attack, confrontation, frustration و بازی hot seat بود. البته در بازی معروف صندلی داغ بر خلاف تکنیک‌های قبلی از پله چهارم مراحل دوازده گانه AA الهام گرفته شده بود (Domeiko 1996).

قصد بر این نیست که در این مختصر به لیست کامل فاکتورهای درمانی و نقد و بررسی سینانون بپردازیم، و تنها ذکر این نکته منظور بود که ریشه ساختارهای فعلی TC با سینانون آغاز شده است. افزایش تشدید سیستم قدرت تک محوری و ساختار بسیار خشک آن، کم کم در اواخر دهه اول حیات سینانون به انتقادات شدید از طرف گروه‌های حرفه‌ای دیگر منجر شد؛ این انتقادات به خصوص با اعلام مادام العمر بودن زندگی در سینانون از طرف رهبر آن دو دریچ شدیدتر گشت و نتیجه آن ایجاد اولین مرکز TC غیر سینانون با ساختاری کمی متفاوت به نام Daytop Lodge به سال ۱۹۶۲ در نیویورک گشت. این نهضت که شکوفایی و تنوع بعدی TC ها را رهبری کرد، در ابتدا توسط سه نفر به نام‌های اوبرین، دیچ، کاسریل هدایت شد.

افزایش آژانسهای TC در اوایل دهه هفتاد در امریکا به ایجاد مؤسسه جوامع درمانی آمریکا (Therapeutic Communities of America TCA:) منجر شد و در همان دهه آژانسهای مشابه در اروپا و خاور دور زاده شدند. در سال ۱۹۷۶ اولین کنگره فدراسیون جهانی اجتماع درمانی World Federation of Therapeutic Communities تشکیل شد که از آن پس به طور سالانه هماهنگ کننده تحقیقات و بحث‌های نظری در میان TC‌های کشورهای گوناگون است.

فشار و تأثیر هم گروه‌ها، در ایجاد این تغییرات دارد. برنامه TC اسکان شبانه روزی معتادین در جامعه‌ای کوچک، با محیط فیزیکی مشخص را در بر می‌گیرد (DeLeon 1995). مدت اجرای طرح بطور متوسط از ۶ ماه تا ۲ سال است. محیط اجتماعی TC، تصویری از یک برنامه آگاهانه طراحی شده از زندگی اجتماعی است که فرایندهای اجتماعی و گروهی در آن با نیت و محتوی درمانی شکل گرفته و بنابر این در TC اولین ابزار درمانی خود اجتماع است. استفاده از قدرت اجتماع برای تعدیل رفتار، آموزش ارزشهای اخلاقی، و آغاز تغییراتی که با درمانهای سرپایی و یا بستری‌های عادی ترک اعتیاد، امکان پذیر نیست، در ضمن اکثر این درمانهای کوتاه مدت در مقابل رفتارها و موانع ضداجتماعی، بی دفاع هستند، و به قطع ناقص درمان منجر می‌شوند (DeLeon et al. 1994).

رسمیت یافتن TC اولین بار به سال ۱۹۵۸ در کالیفرنیا باز می‌گردد. آقای چارلز دودریچ Charles E. Dederich با طرح و برنامه و در واقع، تواناییهای ناشی از شخصیت قدرتمند خود توانست از یک جمع کوچک بازپروری معتادین به تریاک و هروئین، اجتماع درمانی خاصی به نام سینانون Synanon را شکل دهد. قالب طرح شده وی با توجه به شخصیت تأثیر گذار خود او، اجتماعی با قوانین خشک و سخت و روابط طبقه بندی شده قدرتی واضح بود. این اجتماع در دهه ۶۰ و ۷۰ گسترش یافته و شهرت پیدا کرد و از همان جا به ایجاد مراکز اجتماع درمانی دیگری نیز منجر گشت که البته بسیاری از مراکز بعدی با دید انتقادی سختی به سینانون نگاه کردند (O'Brien & Devlin 1997).

عناصر اصلی درمانی در سینانون را در نگاهی پس - نگر retrospective می‌توان چنین تشریح کرد: الف. خانواده جایگزین substitute family: ایجاد خانواده‌ای گسترده برای کسانی که اکثریت آنها از خانواده‌های مختل و روابط آسیب شناختی داخل خانوادگی رنج می‌بردند. دودریچ این روند را چنین توصیف می‌کرد: فرد معتاد از نو در این خانواده به دنیا می‌آید و مراحل رشد تا بلوغ را به سرعت می‌گذراند. او اعتقاد شدید داشت که ساختار خانوادگی اتوکراتیک (قدرت تک محوری) برای دوره بهبودی فرد معتاد الزامی است.

ب. رهبری فرهمند (کاریزماتیک)، شخصیت محکم و قابل اعتماد: قدرت و کلمات قصار رهبر در تعیین مسیر بهبودی، و ایمان معتادین به وی از مهمترین ابزارهای تغییرات رفتاری معتادین به شمار می‌رفت. در واقع بسیاری از تحلیلگران آن را

TC: دیدگاه

TC در دهه اخیر تحولات زیادی در جهت سازگاری با مفاهیم رشد و تغییر داشته است. TCها در جهت سازگار شدن با نیازهای افراد تازه وارد به گروهها و یا مسائل و مشکلات خاص گروهی، انواع و زیرگونه‌های بسیاری نسبت به مدل سنتی و اولیه اجتماع طولانی مدت، پیدا کرده‌اند.

TC از سایر روشهای درمانی ترک اعتیاد به دو علت اساسی متمایز است: اول اینکه TC رویکردی نظام‌مند ارائه می‌دهد و دیدگاه خاص نسبت به مفاهیم «اختلال»، «شخص»، «بهبودی» و «زندگی سالم» دارد، و دوم اینکه اولین درمانگر و معلم در TC خود «اجتماع» است، که محیط اجتماعی، هم گروهها و اعضای کادر درمانی را شامل می‌شود؛ اجتماع هم متنی است که تغییر رفتاری در آن صورت می‌گیرد و هم ایجاد کننده تغییر رفتاری است (DeLeon et al.).

الف. دیدگاه TC نسبت به ماهیت اختلال

TC سوء مصرف ماده را به عنوان اختلال کامل شخص از جنبه‌های شناختی، رفتاری، خلقی و نیز همراه با مشکلات طبی، تفکر به هم ریخته یا غیر واقع بینانه و سیستم ارزش‌گذاریهای مختل یا از بین رفته و یا ضد اجتماعی می‌داند. وابستگی فیزیولوژیک پدیده‌ای ثانویه به کل شرایط مؤثر بر شخص تلقی می‌شود، بنابراین این مشکل یا مسئله اصلی، خود شخص است نه دارو. اعتیاد علامت است و نه ذات اختلال. در TC سم زدایی شیمیایی شرط وارد شدن به اجتماع درمانی است و نه هدف آن، هدف توانبخشی ایجاد شرایط زندگی بدون دارو است.

ب. دیدگاه TC نسبت به شخص

جدا از الگوهای مصرف دارو، اشخاص از ابعاد اختلال عملکرد روانی و نقائص اجتماعی تمایز داده می‌شوند. گروه بزرگی از مددجویان، هرگز سطح توانا آنها و عملکرد عادی اجتماعی را کسب نکرده‌اند و بیشتر اوقات آنها از بخش‌های تضعیف شده اجتماعی هستند که مصرف مواد در آنجا واکنشی اجتماعی است و نه علامتی ناشی از اختلال روانی. در گروه دیگری از مددجویان مصرف مواد بوضوح ناشی از یک آسیب‌شناسی روانی، اختلال شخصیت و امثالهم است. صرف نظر از اختلاف طبقه اجتماعی، معتادین تشابهاتی نیز باهم دارند. همه آنها مشکلاتی در فرایند اجتماعی شدن، مهارتهای

عاطفی - شناختی و رشد روانی دارند که در رفتارهای غیر بالغ، اعتماد بنفس ضعیف، اختلال منش و جنبه‌های ضد اجتماعی رفتاری، نشان می‌دهند. تظاهرات شایع: ظرفیت پائین در تحمل ناراحتی، ناتوانی در کنترل هیجانات، کنترل تکانه ضعیف، قضاوت و واقعیت‌سنجی مختل، دروغ‌گفتن‌ها، بازی دادن اطرافیان، اختلال در رفتارهای سازگاری، و عدم مسئولیت‌پذیری شخصی و اجتماعی شامل می‌شود.

ج. دیدگاه TC نسبت به زندگی سالم

مفهوم زندگی سالم با ابزار صداقت در کلام و رفتار، مسئولیت‌پذیری، اتکاء اقتصادی به خود و حس مسئولیت در مقابل هم گروه، خانواده و اجتماع، خود را تعریف می‌کند. TC به مددجو می‌آموزد که رشد شخصیتی، تواناییهای اجتماعی و کمک به خود را از هم اکنون و همین مکان Here and Now آغاز کند و از گذشته فقط به عنوان درک چگونگی اختلال موجود رفتاری، کمک بگیرد.

د. دیدگاه TC نسبت به بهبودی

هدف درمان همه جانبه است. اهداف اولیه روان شناختی شامل تغییر در الگوهای رفتاری تفکر و احساس، به مصرف دارو و تحقق اهداف اجتماعی شامل مسئولیت‌پذیری و زندگی بدون دارو منجر می‌شود. بهبودی پایا به وحدت و همراهی اهداف فوق با یکدیگر وابسته است. تغییر رفتاری بدون بصیرت امکانپذیر نیست و بصیرت بدون تجربه بی ثبات است (DeLeon et al. 1994, DeLeon 1995).

بهبودی، فرایندی رشدی است که مراحل پشت سرهم باعث تسریع و پیدایش پله بعدی تغییر است. فرایند بهبودی در میان فشارهای مثبت و منفی به پیش می‌رود، برخی به علت فشارهای اجتماعی به سمت درمان می‌آیند و برخی به علل درونی و شخصی، ولی برای همه افراد انگیزش پایا لازمه درمان است. بنابراین روش درمان باید متوجه حفظ و نگهداری انگیزش باشد. درمان TC در قالب ارتباط با هم گروه و پرسنل، رژیم روزانه کاری، جلسه‌ها و سمینارها، برنامه تفریحی، همگی به درگیری مختارانه فرد نیاز دارد. پیام بهبودی و زندگی سالم در تمرین و تکرار آگاهانه خود فرد و بازتاب بین اعضای گروه انتقال می‌یابد. الگوهای رفتاری بیمارگونه، گرایش‌ها و نقش‌های منفی، هیچ کدام در تنهایی فرد ایجاد نشده‌اند و به طور مجزا از اجتماع و روابط انسانی نیز قابل برگشت و تغییر نیستند. بهبودی فقط در قالب اینکه

تفریحی سازمان یافته، و نیز برگزاری جشنها و اجرای آداب و رسوم است. پرسنل ثابت معمولاً شامل کادر درمانی (گروه پزشکی، روان شناسی، مددکارها و...) و کادر بهبود یافته از گروه مددجویان سابق هستند. صرف نظر از فعالیت شغلی از پیش تعیین شده، همه کارکنان در نقشهای داخلی اجتماع قرار دارند که اغلب به صورت مسئولین خاص، راهنماها و غیره ظاهر می‌شوند.

«یک روز ساختارمند»: فعالیتهای روزمره سازمان یافته به طور اساسی با زندگی پرهیج و مرج این افراد در تناقض است. همچنین این سازمان یافتگی منشاء درونی سازی ساختار فردی است. هر روز در TC شامل برنامه مشخصی از فعالیتهای درمانی و آموزشی با زمانبندی مشخص و روزمره است. زندگی در TC از ابتدا تا زمان اتمام دوره بصورت مرحله‌ای و یا پله‌ای پیش بینی شده است و همانطور که قبلاً اشاره شد، در اعمال تغییرات تدریجی بر فرد بسیار مؤثر است.

طرح مرحله‌ای Phase plan

علت طرح برنامه سطح بندی شده، برای باز پروری فرد معتاد و ترک سوء مصرف ماده، آنست که اصولاً رفتار سوء مصرف به تدریج قابل تغییر است و در هر مرحله الگوهای رفتاری و مهارتهای سالم آموخته شده جای پای محکمی برای فرد ایجاد می‌کند تا در جهت تغییر سایر رفتارها قدم بردارد. شروع با مراحل رفتاری آغازین که در اواخر کودکی آموخته شده‌اند و سپس در مسیر رشد شخصیتی سالم (رشد روانی از نو) پیش رفته و آموختن الگوهای هرچه پیچیده‌تر سازگاری و مسئولیت پذیری در اجتماع، فرد را به بازسازی اطلاعات قبلی و تعدیل یا تغییر باورها و الگوهای واکنشی غیر مؤثر یا مخرب سوق می‌دهد و حرکت به سوی شیوه زندگی سالم آغاز می‌شود.

هدف پله‌های اولیه در "طرح مرحله‌ای" ایجاد وابستگی به اجتماع درمانی و ساختار برنامه و پرسنل اجتماع است، که در عین حال در طی آن تصویر قبلی فرد از خود و انتظارات منفی؛ شروع به کاهش می‌کنند. ادامه درمان در مراحل بعدی، رفته رفته "فردی" تر شده و از استعدادهای فرد در جهت ایجاد اعتماد به نفس و ارائه تصویری جدید از خود، حمایت می‌شود. جزء دیگری از کل برنامه آشنا شدن و عادت کردن به برنامه "دوازده قدم" AA می‌باشد. طرح کلی برنامه که در ادامه توصیف می‌شود در مراحل پیشرفته با نیازهای درمانی کاملاً

چه چیزی باید آموخته شود اتفاق نمی‌افتد، بلکه: چطور، در کجا و با چه کسی قابل آموزش است و نیز آگاهانه انتخاب می‌شود. این فرض بر پایه نقش اجتماع به عنوان درمانگر و معلم است.

۴. اجتماع به عنوان روش

وجه مشخصه اصلی TC استفاده هدفمند از اجتماع به عنوان اولین روش تسهیل تغییر روانی و اجتماعی است.

- استفاده از نقشهای فعال فردی
- استفاده از بازتابهای رفتاری اعضای گروه
- استفاده از مفهوم عضویت در گروه به عنوان نقشهای مدل
- استفاده از فرمولهای گروهی برای تغییرات فردی
- استفاده از هنجارها و ارزشهای مشترک و ایجاد امنیت در اجتماع
- استفاده از ساختار و سیستم اجتماعی - شغلی و جایگاه خاص فرد در آن
- استفاده از امکان بیان آزاد حس درونی و سهیم شدن آن در گروه
- استفاده از روابط بین فردی در سیستمها و هم گروهیها

TC: ساختار

اجتماع TC مرز مشخص و جدا از محیط دارد: برنامه‌های TC در فضای فیزیکی و جایگاه خاص اجرا می‌شوند و جدا از سایر برنامه‌های سازمانی و واحدهای دارو درمانی می‌باشند. در شرایط پانسیون و یا زندان، مددجو به طور شبانه روزی تا چند ماه در اجتماع زندگی می‌کند قبل از آنکه به طور محدود اجازه ارتباط با دنیای خارج داشته باشد. در مراکز روزانه و غیر شبانه روزی محیط TC، ۸-۴ ساعت در روز بوده و سپس الگوهای رفتاری در هم محیط خانواده و هم در گروهها کنترل می‌شوند (Wexler 1995).

فضای فیزیکی و مناسبات انسانی داخل اجتماع از جمله فعالیتهای گروهی، پوسترهایی که روبروی دیوار نصب شده و... نشان دهنده فلسفه زندگی سالم و مشخصات نام و جایگاه هر فرد در ساختار اجتماع است و همه اینها باعث ایجاد هویتی خاص و مشترک درون اجتماع می‌شود. به جز مشاوره‌های انفرادی، اکثر فعالیتهای داخل TC به طور گروهی طرح ریزی و اجرا می‌شوند. این فعالیتها حداقل شامل آماده سازی و صرف یک وعده غذا با شرکت تمامی اعضاء، برنامه‌های روزانه گروهها، سمینارها و فعالیتهای شغلی، اوقات فراغت و

فاز II: درمان اولیه (ماه‌های ۳ تا ۱۲) Primary Treatment
در این فاز، توجه در مقوله‌های کنترل فردی، الگوهای رفتاری، مسائل خانوادگی، تحصیلی، شغلی و شکل سوء مصرف مواد مخدر است. تظاهرات اولیه از نوآوری و طرح‌های خود جوش در این مرحله باید دیده شود، که در این صورت مورد حمایت قرار می‌گیرند. درک قدم‌های دوازده گانه AA در این فاز به طور کامل مورد انتظار است.

مسئولیت‌های فرد در فاز II: ۱. استفاده از سرمشق‌های غالب اجتماع در روابط بین فردی و در کلام داخل ذهنی. ۲. انجام وظایف تحت عنوان برادر بزرگ / خواهر بزرگ. ۳. شرکت فعال در درمان‌های گروهی و خانوادگی. ۴. اجرای یک سمینار برای اجتماع و یا ساکنین فاز I، که موضوع و طول مدت سمینار توسط کادر مسئول وی مشخص می‌شود. ۵. ارائه طرح ترفیع مشابه فاز یک.

حقوق ویژه فرد در فاز II: ۱. اجازه تلفن به بستگان درجه اول یا افراد خاص مورد حمایت با اجازه کادر مسئول. تمامی صحبت‌های تلفنی مورد شنود خواهد شد و محدود به هفته‌ای یکبار است. ۲. آغاز حق داشتن درآمد (Walking Around Money: WAM) ۳. حق ملاقات با خانواده در اوقات ملاقات پیش بینی شده ۴. حق گرفتن وسایل از خانواده برای تزیین اتاق با اجازه اعضا. تمام ارقام گرفته شده باید مجوز کتبی داشته باشند. ۵. اجازه به همراه داشتن لوازم ورزشی - تفریحی از نوعی که باعث افزایش گرایش‌های مثبت رشدی و ارتباط اجتماعی می‌شوند.

فاز III: مرحله پیش از ورود مجدد به جامعه (ماه‌های ۶ الی ۱۵) Pre Re-entry

این فاز معطوف به فعالیت‌هایی است که، هویت فردی را جهت بازگشت به زندگی عادی اجتماعی آماده می‌سازد. توجه خاص فرد و کادر مسئول به تأمین شبکه‌های حمایتی کاری، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی است. موضوع اضطراب جدایی و پسرقت به الگوهای رفتاری قدیمی در این مرحله مورد توجه است. همچنین ادامه کار با آموزه‌های دوازده گانه پیگیری می‌شود.

مسئولیت‌های فاز III: ۱. اجرای یک سمینار بلند مدت برای اجتماع که محتوی آن توسط کادر ثابت تعیین می‌شود. ۲- مجموعه وظایفی مثل جایگزینی موقت در مسئولیت رئیس دپارتمان و غیره ۳.

حقوق ویژه فاز III: ۱. تمام حقوق فازهای قبل ۲. روزها در

فردی شده ترکیب می‌شوند. ارقام مسئولیت‌ها و حقوق در هر فاز فقط به عنوان نمونه - نه به طور کامل - در اینجا ذکر شده‌اند.

فاز I: آشنایی (ماه‌های صفر تا ۳ برای اکثر ساکنین) Orientation

این مرحله، فرد را با اهداف برنامه، قوانین اجتماع، فرایند گروه و اصطلاحات رایج در اجتماع آشنا می‌سازد، همچنین فرد با فعالیت دوازده قدم AA آشنا می‌شود. در دو هفته اول از این فاز ارزیابی‌های اولیه از فرد صورت می‌گیرد. این ارزیابی‌ها به طور غالب در جنبه‌های روان شناختی، توانایی‌های شغلی و تحصیلی است. آموزش مدرسه‌ای داخل اجتماع نیز در این مرحله برای فرد آغاز می‌شود.

مسئولیت‌های فرد در فاز I عبارتند از: ۱. نگارش زندگی‌نامه فردی شامل دوران کودکی، خانواده، تاریخچه مصرف مواد مخدر تاریخچه تحصیلی، انگیزه و اهداف فرد از درمان، و ارائه متن کامل به پرسنل ثابت اجتماع. ۲. برگزاری امتحان کتبی بدون غلط در مورد قوانین، اهداف، و ابزارهای آموزشی اجتماع و گروه. ۳. گذراندن قدم‌های ۱ و ۲ از مراحل AA. ۴. همکاری با پرسنل ثابت و درمانی، برای تعیین برنامه درمانی فردی خاص فاز I این برنامه فردی که تحت لوای برنامه‌های عمومی اجرا می‌شود باید در دو هفته اول تکمیل گردد. ۵. ایجاد و نشان دادن تعهد به درمان در مقابل اجتماع و خود و بروز حس مسئولیت‌پذیری در فعالیتهای اجتماع. ۶. ارائه طرح ترفیع و بهبودی در اجتماع به پرسنل ثابت، که این طرح از طرف کادر مسئول فرد در جلسه عمومی پرسنل جهت تصویب ارائه خواهد شد. وجود هرگونه 'انکار' نسبت به ماهیت مشکلات و بیماری فرد در جلسه عمومی جهت اصلاح طرح، به فرد گوشزد خواهد شد.

حقوق ویژه فرد در فاز I: ۱. ملاقات با بستگان درجه اول فقط با توافق درمانگر و پرسنل مسئول. تمام ملاقاتها تا زمانی که درمانگر فرد، غیر از آن را مجاز بداند با نظارت فردی از طرف اجتماع صورت می‌گیرد.

۲- اجازه گردش‌های تفریحی فقط با صلاحدید کادر مسئول. ۳- تمام نامه‌های فرستاده شده از خارج از اجتماع به فرد، تا زمان تکمیل موفقیت‌آمیز فاز یک، نگاه داشته شده و هر گونه نامه فوری و یا مهمی فقط با صلاحدید کادر مسئول به فرد ارائه خواهد شد.

محل اجتماع با اعضای خانواده و یا نزدیکان حمایت کننده سپری می‌شود. ۳. حق تلفنهای بدون کنترل شنود.

فاز V: مرحله پس از دوره درمانی (تا ۶ ماه پس از ترفیع) After Care

هدف این فاز تثبیت و تداوم زندگی سالم بدون دارو است. در این دوره خانواده درمانی و گروه درمانی انتخابی ادامه یابد و افراد حداقل در هر دو ماه یک آخر هفته را با اجتماع می‌گذرانند (Bleiberg et al. 1994, NIDA Research Monograph Series 1994, O'Brien & Devlin 1997, Perkinson 1997, Wexler 1995).

فاز IV: ورود مجدد (ماههای ۱۲ الی ۱۸) Re-entry

هدف این فاز ایجاد محیط حمایتی - مشاوره‌ای شفلی، تحصیلی و دوباره اجتماعی شدن مجدد فرد است. اکثر اوقات فرد برای یافتن محیط سالم و حمایتی در روابط اجتماعی صرف می‌شود. در این فاز نیز مسئولیتها و حقوقی وجود دارد و ارتباط حداقل هر دو هفته یک جلسه با اجتماع باقی است. شرکت در گروههای درمانی و آموزه‌های دوازده گانه در

وضعیت معاصر

مؤسسه جوامع درمانی امریکا (TCA Inc.)، بیش از ۲۰۰ آژانس TC را شامل می‌شود که مجموعاً در ایالات متحده بیش از صد هزار نفر را پوشش می‌دهند. اکثر این آژانسها به صورت تخصصی، با گروههای خاص کار می‌کنند و تعدیل و تغییرات خاصی نسبت به هر گروه درمانی در برنامه‌های کلی ذکر شده اعمال می‌کنند. گروههای جمعیتی ویژه TC در ایالات متحده شامل زنان، افراد ناقل AIDS، نوجوانان باردار، بی‌خانمانها، بیماران غیر قابل درمان، سوءمصرف کنندگان مواد مخدر، PTSD ها، زندانیها در گروههای خاص، و خانواده‌های معتادین می‌باشند. البته جمعیت معتاد مورد حمایت TCها در آمریکا تغییرات عمده‌ای نسبت به ۲۰ سال گذشته نداشته است. تغییرات الگو و ماده مصرف در این مدت از تریاک و هروئین به الکل، کوکائین و مخدریک کننده‌ها، ساختار درونی TCها را تحت تأثیر قرار داده است.

امروزه TCها در سراسر دنیا به دو نوع کاملاً متفاوت از نظر ساختار درونی تقسیم شده‌اند: نوع آمریکایی و نوع اروپایی. تفاوت اصلی نوع اروپایی با شکل آمریکایی TCها، که از اوایل دهه ۸۰ میلادی در سوئد، دانمارک و به خصوص انگلستان شکل گرفته‌اند، و عدم وجود سلسله مراتب قدرتی واضح در نوع اروپایی است. سیستم آمریکایی هرچند که از سلسله مراتب قدرتی بسیار خشک و خشن سیناتورن فاصله گرفته است، ولی هنوز فلسفه و ساختار درمانی اصلی، بر مبنای مراتب قدرتی است. نوع اروپایی TC را به علت عدم وجود این سلسله قدرتی و دخالت زیاد ساکتین TC در تصمیم‌گیری‌های کلی اجتماع، TC دموکراتیک می‌نامند. اکثریت TCهای نوع اروپایی در جهت درمان اختلالات شخصیتی، به خصوص انواع اختلالات شخصیت مرزی و اختلال ضد اجتماعی، فعال هستند، و شکل دموکراتیک کمتر در درمان اعتیاد تا به حال مطرح شده است. به این لحاظ در این مقاله ما به این نوع از TC پرداختیم.

در این مقاله فرصت بررسی آمار و ارقام اقتصادی و هزینه‌های TC در غرب و میزان پس انداز اقتصادی ناشی از اعمال TCها در سیستم بهداشتی غرب، مهیا نیست، ولی آگاهی سطحی از روند اعمال سیاست گذارهای اقتصادی - بهداشتی در امریکا روشن می‌سازد که: اصولاً اگر طرحهای بهداشتی درمانی بازدهی اقتصادی واقعی در کل جامعه نداشته باشند (یعنی کسر مخارج TCها از میزان پس انداز مالی ناشی از بازپروری نیروی جوان و تبدیل یک جمعیت قابل توجه از معتاد بیکار به افرادی کارا)، هرگز قابل اجرا نخواهند بود. برای کشور ما که با سیل معتاد بیکار دست به گریبان است نکات بسیار قابل تأملی در تاریخچه و موقعیت روز TCها در جهان وجود دارد.

منابع

- Bleiberg JL, Devlin P, Croan J & Briscoe R (1994). Therapeutic communities. *International Journal of Addiction*. 29, 729-740.
- DeLeon G (1995). Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*. 27, 3-15.
- DeLeon G, Staines GL, Sacks S, Hilton R & Brady R (1994). Modified therapeutic community methods in methadone maintenance: Problems and issues. In BW Fletcher, JA Inciardi, AM Horton (Eds.), *The Implementation of Innovative Approaches*. Westport CT: Greenwood Press.
- Doweiko HE (1996). *Concepts of Chemical Dependency*. Pacific Grove CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- NIDA Research Monograph Series (1994). *Therapeutic Community: Advances in Research and Applications*. Retrieved from the World Wide Web. <http://www.nida.nih.gov>.
- O'Brien W & Devlin CJ (1997). The therapeutic community. In JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman & JG Langrod (Eds.) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Perkinson RR (1997). *Chemical Dependency Counseling: A Practical Guide*. Thousand Oaks CA: Sage Publication Inc.
- Wexler HK (1995). The success of therapeutic communities for substance abusers in american prisons. *Journal of Psychoactive Drugs*. 27, 57-740.