بررسی تاثیر اجتماع درمان مدار روزانه در ویژگی‌های شخصیتی بیماران معتاد مراجعه کننده به مرکز TC شهر خرم‌آباد

هدایت نظری [1]، ماندانا ساکی [2]، معصومه زارعی دهنو [3]، مهدی بیرجندی [4]
1-گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
2-گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
3-پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
4-گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

یافته / دوره سیزدهم / شماره 3 / پاییز 90 / مسلسل 49

چکیده

دریافت مقاله: 89/11/22 ، پذیرش مقاله: 90/1/21

مقدمه: سوءمصرف مواد و اعتیاد امروزه یک معضل اجتماعی و درمانی است که تبعات آن در جامعه بسیار سنگین است . برنامه‌های مختلفی جهت درمان و بازتوانی بیماران وابسته به مواد افیونی وجود دارد. تحقیقات انجام شده نشان داده اند که روش اجتماع درمان‌مدار شیوه مناسبی برای بازگرداندن افراد معتاد به جامعه می‌باشد . در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا تاثیر برنامه‌های درمانی اجتماع درمان‌مدار (TC) را در ویژگی‌های شخصیتی افراد وابسته به مواد مورد ارزیابی قرار دهیم .

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای است . جامعه مورد مطالعه شامل کلیه معتادان مرد است که دوره سم زدائی در آنها به پایان رسیده است. نمونه ها به روش تصادفی ساده ازبین افراد مراجعه کننده به مرکز TC انتخاب و در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدای ورود به مطالعه پرسشنامه SCL 90 توسط روانشناس جهت کلیه واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید . نمونه ها بر اساس فرمول حجم نمونه به تعداد 60 نفر انتخاب شدند .بیماران به مدت سه ماه، هر روز به غیر از روزهای جمعه دردو شیفت صبح و عصر تحت برنامه های آموزشی TC قرار گرفتند . در پایان دوره سه ماهه مجددا آزمون SCL 90 جهت کلیه نمونه ها اجرا و اطلاعات پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

یافته‌ها: نتایج بررسی بیماران قبل از ورود به مطالعه نشان داد 16/7 % سالم ، 40 % اختلال شخصیت در حد مرزی ، 30 % بیمار و 13/3 % به شدت بیمار و بعد از انجام مداخلات TC 25 % سالم ، 66/7 % اختلال شخصیت در حد مرزی و 8/3 % بیمار بودند . هیچ یک از بیماران بعد از انجام برنامه های TC به شدت بیمار نبودند .میانگین نمرات اختلال شخصیت قبل از مداخلات TC 0/92 ± 2/40 و بعد از انجام مداخلات TC 0/56 ± 1/83 بود. آزمون رتبه ای ویلکاکسون تفاوت معنی داری بین شدت اختلالات شخصیتی قبل و بعد از انجام مداخلات TC نشان داد($p< 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: همچنان که در یافته‌های تحقیق ذکر شد انجام مداخلات TC بطور معنی‌داری در نمرات اختلالات شخصیت موثر بود . پیشنهاد می‌گردد متولیان، دست اندرکاران و سیاست گزاران مبارزه با اعتیاد کشور با تقویت مراکز اجتماع درمان‌مدار در دست یافتن به زندگی بدون مواد و درمان اختلالات شخصیت در معتادان اهتمام ورزند .

واژه‌های کلیدی: اجتماع درمان مدار ، ویژگیهای شخصیتی ، سوء مصرف مواد

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: Mandana_saki@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

سوء مصرف مواد و اعتیاد امروزه به یک معضل اجتماعی و درمانی تبدیل شده است. افزایش مصرف مواد مخدر در طی سال‌های اخیر نگرانی روزافزونی را برای کل جوامع درپی داشته است(1).این پدیده مخرب تمام جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را تحت تاثیر خود قرار داده است (2).تبعات اعتیاد در جامعه بسیار سنگین است.

60% زندانیان ایران به دلیل جرائم مرتبط با مواد مخدر در زندان هستند. بیشترین راه انتقال ایدز در کشور ما از راه تزریق مواد مخدر است(3).شیوع بیماریهای عفونی نظیر هپاتیت و ایدز نیز در خانواده بیماران معتاد رو به افزایش است. حدود 90% بیماران سوءمصرف کننده یک تشخیص روانپزشکی توام دیگری نیز دارند.

شایعترین اختلالات توام در بیماران معتاد عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مصرف الکل، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی(4). 15 % از مصرف کنندگان مواد حداقل یکبار اقدام به خودکشی داشته‌اند. آمارهای ذکرشده و سایرعواقب مربوط به مصرف مواد نیاز به طراحی یک برنامه گسترده را روشن می‌کند.در بررسی علل روی آوردن افراد به پدیده شوم اعتیاد عوامل مختلفی مطرح شده است که در این میان می‌توان به عوامل محیطی و شخصیتی اشاره نمود.

برنامه‌های مختلفی جهت درمان و بازتوانی بیماران وابسته به مواد افیونی وجود دارد که در این میان می‌توان به سم زدائی مواد افیونی، روان‌درمانی فردی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، خانواده درمانی، گروه‌های حمایتی(گروههای معتادین گمنام[1])،آموزش مهارت‌های اجتماعی و روش اجتماع درمان مدار(TC)[2] اشاره نمود.

مراکز اجتماع درمان مدار مجموعه ای است از بیماران وابسته به مواد که با مشارکت یکدیگرو به کمک متخصصین درمان اعتیاد شامل روانپزشک ، روانشناس ، مددکار و ... بدون دارو جهت درمان خود تلاش می کنند. این افرادبعد از طی دوران سم زدائی با مراجعه به این مرکز از لحاظ روحی و روانی آمادگی لازم برای ترک پایدار را پیدا می کنند(5). در این راستا فرد باید رفتار، افکار واحساسات منفی مثل نومیدی ، پرخاشگری و بدبینی و .... را شناسائی نماید(5-7)و راههای مقابله با آنها را یاد بگیرد . آنها باید یاد بگیرند که بدون مصرف مواد زندگی کنند و افکار، احساسات و عادات مربوط به مصرف را هر چند لذت بخش کنار بگذارند.

در چنین جوامعی پرهیز از دارو یک اصل اساسی است. برای این کار باید افراد از انگیزه بالایی برخوردار باشند. هدف اصلی، ایجاد تغییر عمده در سبک زندگی، پرهیز از داروی مخدر، ایجاد صداقت شخصی، مسئولیت پذیری، مهارتهای اجتماعی مفید و حذف نگرش‌های ضداجتماعی و رفتار مجرمانه است (7).

فرد در این شیوه درمانی یاد می‌گیرد که رفتارهای جدید را جایگزین رفتارهای قبلی نماید.اگر فرد انگیزه کافی داشته باشد مرکز اجتماع درمان مدار محیطی محیا می‌کند که در آنجا فرد راههای مقابله با مشکلات و یا کنار آمدن با آنها را فرا بگیرد. تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که روش اجتماع درمان مدار شیوه مناسبی برای باز گرداندن افراد معتاد به جامعه می‌باشد (8-10).

نتایج تحقیق صدرالسادات نیز نشان داد برنامه روزانه مقیمان در مرکز اجتماع درمان مدار بر روابط اجتماعی معتادین تاثیر بسزایی داشته و هرچه فرد مشارکت بیشتری در این برنامه‌ها داشته بهبودی بیشتری در روابط اجتماعی خود داشته است(11). از آنجا که برنامه درمان اقامتی برای

1 . Anonymous Narcotic
2. Therapeutic community

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

رشد مکانیسم‌های مقابله‌ای بدون مواد، از طریق کسب تجارب موفقیت‌آمیز برای زندگی در اجتماع کوچک فرد را برای زندگی در دنیای بیرون آماده می‌کند، به نظر می‌رسد روش مناسبی در افزایش سلامت روانی، عزت نفس و ارتقاء مهارتهای زندگی از جمله مهارت حل مسئله، مهارتهای ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان و خود مراقبتی افراد وابسته باشد. در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا تاثیر برنامه-های درمانی TC را در ویژگیهای شخصیتی افراد وابسته به مواد مورد ارزیابی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

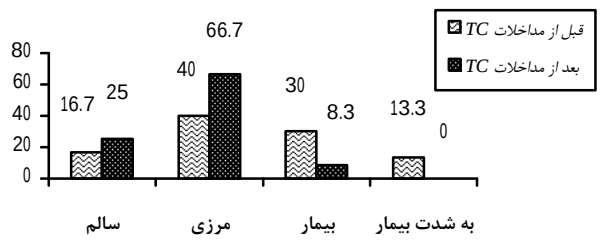
مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه معتادان مرد است که دوره سم‌زدائی آنها به پایان رسیده است. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده ازبین افراد مراجعه کننده به مرکز TC انتخاب و در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدای ورود به مطالعه پرسشنامه استاندارد SCL 90 توسط روانشناس جهت کلیه واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. در صورتی که بیمار به کمتر از 80% سوالات پرسشنامه یا 60 % سوالات هر بخش پرسشنامه پاسخ نمی‌داد یا تمایل به شرکت در پژوهش را نداشت، از مطالعه حذف و بیمار بعدی جایگزین می‌گردید.

رضایت‌نامه کتبی جهت ورود به مطالعه از کلیه واحدهای مورد پژوهش اخذ گردید. نمونه‌ها بر اساس فرمول حجم نمونه به تعداد 60 نفر انتخاب شدند.بیماران به مدت سه ماه، هر روز به غیر از روزهای جمعه دردو شیفت صبح و عصر تحت برنامه‌های آموزشی TC شامل ارائه مشاوره فردی، همکاری در نشست ها و جلسات بحث و تحقیق، گروههای چهره به چهره و.....) قرارگرفتند. در پایان دوره سه ماهه مجددا آزمون SCL 90 جهت کلیه نمونه‌ها اجرا و نتایج قبل و بعد با استفاده از آزمون‌های آماری مورد مقایسه قرار گرفتند.

آزمون SCL 90 نه ویژگی شخصیتی شامل وسواس، افسردگی، خود بیمارانگاری ، روان‌پریشی، اضطراب، حساسیت بین فردی، پرخاشگری و پارانوئید را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پس از جمع‌آوری اطلاعات نتایج با استفاده از آزمون رتبه‌ای ویلکاکسون با سطح اطمینان 95 % مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین سنی 60 بیماری که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند 9/70 ± 34/5 سال بود 3/ 43 % از نمونه‌ها در محدوده سنی 30 -21 سال قرار داشتند. 60% ازواحدهای مورد پژوهش تریاک، 15% کراک، 16/7 % هروئین، 1/6 % حشیش، و 6/7 % تمجیزک مصرف می‌کردند .نتایج بررسی ویژگیهای شخصیت بیماران قبل از ورود به مطالعه نشان داد 16/7 % سالم ، 40 % اختلال شخصیت در حد مرزی، 30 % بیمار و 13/3 % به شدت بیمار بودند (نمودار شماره 1).



نمودار شماره 1: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت قبل و بعد از درمان

نتایج حاکی از آن بود که از نظر افسردگی 46/7 % بیمارو 31/7 % به شدت بیمار بودند. ازنظر خودبیمارانگاری 45% بیمار و 35 % به شدت بیمار بودند. از نظر روان پریشی 56/7 % بیمار و 31/7 % به شدت بیمار بودند. از نظر اضطراب 50 % بیمار و 33/3 % به شدت بیمار بودند.از نظر حساسیت در روابط متقابل 43/3 % بیمار و 20 % به شدت بیمار بودند. از نظر وسواس 48/3% بیمار و 26/7 % به شدت بیمار بودند. از نظر فوبیا 35

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

%بیمار و 11/7 % به شدت بیمار بودند. از نظر پرخاشگری46/7 % بیمار و 26/7 % به شدت بیمار بودند. از نظر پارانوئید 45 % بیمار و 8/3 % به شدت بیمار بودند(جدول شماره1).

نتایج بررسی ویژگیهای شخصیت بیماران بعد از انجام مداخلات TC نشان داد 25 % سالم ، 66/7 % اختلال شخصیت در حد مرزی و 8/3 % بیمار بودند(نمودار شماره1). نتایج حاکی از آن بود که از نظر افسردگی 60 % بیمارو 5 % به شدت بیمار بودند. ازنظر خودبیمار انگاری66/7% بیمار و6/7% به شدت بیمار بودند.

از نظر روان پریشی 68/3 % بیمار و 8/3 % به شدت بیمار بودند . از نظر اضطراب 58/3 % بیمار و 3/3 % به شدت بیمار بودند . از نظر حساسیت در روابط متقابل 33/3 % بیمار و 1/7 % به شدت بیمار بودند. از نظر وسواس 56/7% بیمار و 5 % به شدت بیمار بودند. از نظر فوبیا 10 % بیمار و 3/3 % به شدت بیمار بودند . از نظر پرخاشگری 46/7 % بیمار و 6/7% به شدت بیمار بودند . از نظر پارانوئید 15 % بیمار بودند و هیچ یک از بیماران بعد از انجام برنامه های TC به شدت بیمار نبودند(جدول شماره 2) .

میانگین نمرات ویژگیهای شخصیت قبل از مداخلات TC 0/92 ± 2/40 و بعد از انجام مداخلات 0/56±1/83 بود. آزمون رتبه‌ای ویلکاکسون تفاوت معنی‌داری بین شدت ویژگیهای شخصیتی قبل و بعد از انجام مداخلات TC نشان داد(0/001 >p)(جدول شماره 2) .

جدول شماره 1 : توزیع فراوانی ویژگیهای شخصیت بر حسب نوع اختلال قبل و بعد از انجام مداخلات TC

		قبل از انجام مداخلات TC					بعد از انجام مداخلات TC				
نوع اختلال		سالم	مرزی	بیمار	به شدت بیمار	مجموع	سالم	مرزی	بیمار	به شدت بیمار	مجموع
افسردگی	تعداد	3	10	28	19	60	7	14	36	3	60
	درصد	5	16/7	46/7	31/6	100	11/7	23/3	60	5	100
خود بیمارانگاری	تعداد	1	11	27	21	60	5	11	40	4	60
	درصد	1/7	18/3	45	35	100	8/3	18/3	66/7	6/7	100
روان پریشی	تعداد	4	3	34	19	60	7	7	41	5	60
	درصد	6/7	5	56/7	31/6	100	11/7	11/7	68/3	8/3	100
اضطراب	تعداد	5	5	30	20	60	7	16	35	2	60
	درصد	8/3	8/3	50	33/4	100	11/7	26/7	58/3	3/3	100
حساسیت در روابط	تعداد	6	16	26	12	60	13	26	20	1	60
متقابل	درصد	10	26/7	43/3	20	100	21/7	43/3	33/3	1/7	100
وسواس	تعداد	5	10	29	1	60	13	10	34	3	60
	درصد	8/3	15/7	48/3	26/7	100	21/7	16/7	56/6	5	100
فوبیا	تعداد	13	19	21	7	60	23	29	6	2	60
	درصد	21/7	31/6	35	11/7	100	38/3	48/4	10	3/3	100
پرخاشگری	تعداد	4	12	28	16	60	6	22	28	4	60
	درصد	6/7	20	46/7	26/6	100	10	36/7	46/6	6/7	100
پارانوئید	تعداد	11	17	27	5	60	20	31	9	0	60
	درصد	18/3	28/4	45	8/3	100	33/3	51/7	15	0	100

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره2-مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کلی ویژگی‌های شخصیتی قبل و بعد از درمان

	تعداد	میانگین	انحراف معیار
قبل از انجام مداخلات TC	60	2/40	0/92
بعد از انجام مداخلات TC	60	1/83	0/56

$p < 0/001$

بحث و نتیجه‌گیری:

همچنان که در یافته‌های تحقیق ذکر شد انجام مداخلات TC بطور معنی‌داری در میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیت موثر بود .نتایج مطالعه‌ای که در اصفهان و با هدف تاثیر اقامت در مراکز جامعه مدار بر وضیت روانی30 مرد معتاد قبل و بعد از اقامت در مرکز اجتماع درمان‌مدار انجام گرفت، نشان داد تفاوت معنی‌داری بین ویژگی‌های اضطراب، افسردگی، وسواس،حساسیت در روابط متقابل، پارانویا، روان‌پریشی، پرخاشگری و شکایات جسمانی وجود دارد(12). نتایج مطالعه روبینوفیتز و همکاران نیز نشان داد که افسردگی، خودبیمارانگاری و خشونت در افراد وابسته به اوپیوئیدها در مقایسه با گروه شاهد بطور معنی‌داری بالاتر است(13). با توجه به نتایج تحقیقات فوق درمان اختلالات روانی و اختلالات شخصیتی بیماران معتاد امر مهمی بوده که باید مورد توجه قرار گیرد. انجام مداخلات TC که به صورت‌های مختلف اعم از برنامه جلسات صبحگاهی[1]، کلاس‌های روانشناسی، جلسات مشاوره فردی و گروهی و سایر بر نامه‌ها ارائه می‌گردد می‌تواند ما را در تحقق این مهم یاری نماید. نتیجه تحقیق صدرالسادات و همکاران نشان داد که برنامه‌های TC بر میزان مشارکت و بهبودی روابط اجتماعی نیز تاثیر بسزائی داشته است (11) . نتایج مطالعه 5 ساله جیمز و همکاران در بررسی اجتماع درمان‌مدار در مددجویان ترک وابستگی مواد حاکی از آن بود که این جوامع بطور معنی‌داری در درمان کامل بیمار و ویژگی‌های شخصیتی آنها تاثیر گذار بوده است. در این پژوهش از مداخلات TC به عنوان یک روش درمان جامع در ترک وابستگی مواد تاکید شده است(14).گلین و همکاران نیز در انستیتوی ملی مصرف‌کنندگان مواد فدرال در گزارش تحقیق خود به تاثیر چشمگیر مراکز TC در حل مشکلات روانپزشکی و بهبودی روند درمان و پیشگیری از وابستگی مجدد اشاره نموده است (15).

مسیب یارمحمدواصل در یک مطالعه نیمه تجربی که در سال‌های 86-1385 بر روی 798 نفر در مراکز اجتماع درمان مدار ایران(تهران، همدان، بجنورد، مشهد، اصفهان، شیراز، قم، بروجرد، اهواز، آبادان، کرمان، یزد، خمین و هرمزگان) با استفاده از پرسشنامه‌های مهارت‌های زندگی و SCL90 انجام داد، اثر بخشی اجتماع درمان مدار(T.C) را در افزایش سلامت روان (بهبود اختلالات شکایت جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکارپارانوئید، روان پریشی و سایر علائم مرضی)،ارتقای مهارت‌های زندگی (مهارت حل مسأله، ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان‌ها، ابراز وجود و خودمراقبتی)و پیشگیری از عود افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف نشان داد (16).

در تحقیقی که نیلینگ با هدف بررسی تاثیر جوامع کاری درمانی بر روی 47 بیمار وابسته به کوکائین و سایر مواد مخدر انجام داد، تفاوت معنی‌داری در وابستگی مجدد به اعتیاد در نمونه‌های مورد بررسی در دو گروه مورد (به تعداد 25 نفر)و شاهد(به تعداد 22 نفر) به دست آمد (17). همچنین نتایج پژوهش بوتلر و همکاران در سال 2007 بیانگر اثربخشی بیشتر درمان شناختی– رفتاری اجتماع درمان مدار در کاهش عود وابستگی به مواد بود (18). تیت و همکاران در سال 2008 درپژوهش خود خاطر نشان کردند مداخلات توانبخشی که چند بعدی بوده و عوامل روانشناختی مانند رویکرد روانشناختی-

1. Morning meeting

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

رفتاری را مد نظر قرار دهند منجر به کاهش مشکلات عود مجدد و مشکلات سوءمصرف در معتادین می شود (19). نتایج مطالعه خیاطی پور و همکاران بر روی سه گروه آزمودنی معتادان گمنام، معتادان در جوامع درمانی و گروه کنترل بیانگر آن است که اثربخشی درمان شناختی ـرفتاری درگروه‌های اجتماع مدار بر کاهش گرایش به مصرف مواد افیونی بیشتر از گروه معتادان گمنام و گروه کنترل بوده است (20).

از آنجا که وابستگی به مواد و دارو یک اختلال با عوامل متعدد زیستی، شناختی، روانی واجتماعی است، تنها پرداختن به یک بعد از بیماری در بهبودی اثر گذار نبوده و درمان زمانی اثر بخش‌ترخواهد بود، که این ابعاد چندگانه، توامأ مورد توجه قرار گیرد . همچنین درمان‌های کوتاه مدت و مقطعی در بهبودی بیماران تاثیر چندانی نداشته و این بیماران نیازمند پی‌گیری های روانشناختی و رفتاری بیشتری هستند، تا با آگاهی از ریشه های فکری غلط خود و آموختن شیوه‌های رفتاری صحیح، به مقابله با این بیماری خانمان سوز برآیند. درمان اجتماع مدار، سوءمصرف مواد را اختلال در کل شخصیت فرد می‌داند و بعنوان یک پروتکل درمانی جامع بر اساس مفاهیم و درمان بر پایه اصول یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، انسانگرائی و روانکاوی می‌تواند تغییرات چند بعدی را در افراد سوء مصرف کننده ایجاد نماید. در این روش درمانی با استفاده از درمان‌های شناختی - رفتاری ابتدا سعی بر تغییر باورهای اشتباه افراد در مصرف مواد می‌شود و پس از تغییر باورها راهبردهای مقابله‌ای رفتاری موثر برای برخورد با موانع و مشکلات ناشی از مصرف به فرد آموزش داده می‌شود، به طوری که در برخورد با وسواس های شخصی و محیطی به نحو موثر مقابله نماید .

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر و نتایج مطالعات ذکر شده در زمینه تاثیر مداخلات اجتماع درمان مدار بر بهبودی عملکرد اجتماعی افراد پیشنهاد می‌گردد متولیان، دست‌اندرکاران و سیاست‌گزاران مبارزه با اعتیاد کشور با تقویت مراکز اجتماع درمان‌مدار در دست یافتن به زندگی بدون مواد و درمان اختلالات شخصیت در معتادان اهتمام ورزند .

تشکر و قدردانی:

محققین مراتب قدردانی خود را از کلیه اعضای شورای پژوهشی دانشکده پزشکی، رئیس مرکز TC روزانه شهرستان خرم‌آباد و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این طرح یاری نموده اند اعلام می‌دارد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

References

1. Ekhtyari H. The manual of diagnosis and treatment of addiction . Arjomand publication ,Tehran ,2002 (in Persian).
2. Chashm andaz science research quarterly ,Behzisty organization , cultural and preventive assistance , 2002 (in Persian).
3. Rahimi Movaghar A. Harm reduction program resulted from substance abuse , Behzisty organization , cultural and preventive assistance , 2002 (in Persian).
4. Kaplan H , Sadocks'sBJ , Synopsis of psychiatry Behavioral sciences/Clinical psychiatry 9th ed .Lippin Cot Williams & Wilkins 2005.
5. Khazayeli Parsa F. The therapeutic community , IRA Npak family magazine ,Monthly Multi-cultural social Iran Pak; Publications : Public relations campaign to substance abuse ,Tehran ,2010 (in Persian).
6. Yarmohammad Vasel M , Efficacy of theraputic community (TC) on increased promotion of mental health and life skills and non - drug back (2008) ,Available : http://www.iranspdb.net/SearchResults.aspx (in Persian).
7. De Leon G, Hawke J, Jainchill N , Melnick G. Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. Journal of Substance Abuse Treatment , 2000;19:375-82,
8. De Leon G. The therapeutic community and behavioral science in .National institute on drug abuse research monograph 84 . Washington 1999: 74-99.
9. Macdonald I , Brandish D. , Bellingham S. , Dibble N., Rice C. , Families and school together : An innovative substance abuse prevention program social work in education 1991; 13 (2) : 118- 128 .
10 . Robert JP , Risk and Protective Factor Models in Adolescent Drug Use: Putting them to work for prevention , 2000;Available:http://archives.drugabuse.gov/meetings/CODA/Risk.html
11. Sadrol Sadat J ,Rostam Kalate Z , Koldi AR . The effect of daily therapeutic community program on social relationship in Golestan province, J Rehab ; 2005 ;6 (3) : 10 – 13(in Persian).
12. Aquchian SH ,Arab Zadeh GR , Nassiri H.The effect of stay in therapeutic community on improving the mental state of substance abusers ,Hormozgan medicine Journal , 2004; 9(3) : 213 -7 (in Persian).
13. Johnston, L D, O'Malley P M , Bachman J G , Schulenberg J E. National Institute on Drug Abuse. Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2004; NIH Pub. No. 05-5726. Washington .
14.James A, Steven SM,Clifford AB , Five year outcomes of therapeutic community treatment of drug –invol offenders after release from Prison ,Crime& delinquency , 2004; 50 (1) : 88-107 .
15. Glen R. Hanson ,Therapeutic community , National institute on drug abuse , research report series; (2004).Available

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

:www.drugabuse.gov/researchreport/therapeutic/default.html.

16. Yarmohammad Vasel M . Efficacy of theraputic community (TC) on mental symptoms of males with substance abuse disorder .Behavior sciences research center 2010;9 (2) : 83 - 93 (in Persian).
17. Knealing TW, Wong CJ, Diemer KN, Hampton J, Silverman K. A randomized controlled trial of the therapeutic workplace for community methadone patients: a partial failure to engage Exp Clin Psychopharmacol. 2006;14(3):350-60.
18 . Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M . Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1991; 59:167-175.
19 . Tate SR, Wu J, McQuaid JR, Cummins K, Shriver C, Krenek M & et al . Comorbidity of substance dependenceand depression: role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. J Psychol Addict Behav 2008;2(1):47-57.
20 .Khayati Poor A ,Ghorban Shiroudi SH, Khalatbari J . Comparing Effectiveness of Combined Cognitive – Behavioral Therapy in Community Therapy and Narcotic Anonymus Groups on Tendency to Abuse Drugs., Scientific Journal of Ahwaz University of Medical Sciences and Health Services 2010 ;9 (6) : 633-40 (inPersian).

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]