وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

راهنمای مداخلات روان شناختی در

درمان سرپایی اختلال مصرف مواد محرک

بر اساس مدل ماتریکس

نویسندگان:

حمیدرضا طاهری نخست

دکتر فیروزه جعفری

باهمکاری: خانم دکتر مهسا گیلانی پور

سپیدبرگ

فهرست مطالب

مقدمــه ۴

پیش‌گفتار ۶

تقدیر و سپاس‌گزاری ۱۰

فصل ۱: کلیات ۸

مواد از نوع محرکها ۸

آمفتامین‌ها ۱۰

کوکائین ۱۲

پیشرفت مصرف و سوءمصرف مواد محرک ۱۳

چشم‌انداز کوتاه مداخلات غیر دارویی در درمان مواد محرک ۱۴

حیطه درمان غیر دارویی در سوءمصرف مواد محرک ۱۵

فصل ۲: کار روی انگیزه مراجع ۱۸

علاقمندکردن فرد به‌منظور ورود به درمان براساس رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده (کرافت) ۱۸

مصاحبه انگیزشی در درمان سوءمصرف مواد محرک ۲۴

فعال‌سازی رفتار ۳۴

خودکارآمدی ۳۴

فصل ۳: ارزیابی و طرح درمان ۳۶

ارزیابی مراجع مصرف‌کننده مواد محرک و طرح درمان ۳۶

حیطه‌های ارزیابی ۳۷

طرح درمان ۳۸

هدف‌گذاری در طرح درمان ۳۹

ثبت اطلاعات ۴۰

فصل ۴: درمان سرپایی سوءمصرف مواد محرک ۴۲

مقدمه درمان سرپایی سوءمصرف مواد محرک ۴۲

راهنمای درمان برای مشاور ۴۸

آزمایش مصرف مواد محرک ۴۹
جلسات فردی یا همراه خانواده ۵۱
جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی ۵۵
جلسات پیش‌گیری از بازگشت ۷۷
گروه حمایت اجتماعی ۱۴۹

پیوست‌ها ۱۵۸

منـــابـــع ۱۷۷

مقدمه

مشکل سوءمصرف و وابستگی به مواد صناعی به ویژه مت‌آمفتامین در سالهای اخیر به ویژه در چند سال گذشته به شکل جدی و بحث‌برانگیز تبدیل شده، به‌طوری که بسیاری از مسئولان را در تمام سطوح از تصمیم‌گیری تا اجرا به فکر چاره‌اندیشی انداخته است. بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۸۶ حدود ۰/۴ درصد افراد سوءمصرف‌کننده مواد را افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. هم‌چنین بر اساس نتایج مطالعه انجام‌شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد به ویژه مت‌آمفتامین می‌دهد.

سوءمصرف مت‌آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، هم‌چنین وسوسه شدید و همراه‌شدن با علایم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیش‌گیری را دچار چالش‌های جدی کرده است. در حال حاضر بخش قابل ملاحظه‌ای از خدمات درمانی روان‌پزشکی متوجه درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شده و این در حالی است که استرس بیماران روان‌پزشکی که نیاز به این خدمات دارند محدود گشته است.

متأسفانه در حال حاضر درمان‌های مبتنی بر شواهد و استانداردی که مختص سوءمصرف‌کنندگان و افراد وابسته به مواد مت‌آمفتامینی باشد در حد بسیار بسیار اندک (تقریباً هیچ) ارائه می‌گردد و تنها چند مرکز هستند که توانایی ارائه خدمات درمانی مختصر و نه کامل را به سوءمصرف‌کنندگان مواد مت‌آمفتامینی دارند. دیگر این‌که بسیاری از کلینیک‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری و حتی اقامتی اقدام به ارائه خدمات درمان رایج برای موادمخدر به بیماران وابسته به مواد مت‌آمفتامینی کرده که مشخصاً پاسخگو نبوده و حتی در مواردی آسیب‌رسان نیز بوده است.

به‌علاوه نبود راهنما و بسته‌های استاندارد و درمانی، عدم آموزش‌های تخصصی و کمبود متخصصین تربیت‌شده برای درمان سوءمصرف مت‌آمفتامین سبب شده که بخشی سودجو و غیرعلمی نیز فعال شده و از بازار وفور بیماران وابسته به موادمحرک سوء استفاده کند که گاهی نتایج نامطلوبی را در پی داشته است.

خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال جلسه هم‌اندیشی که با حضور صاحب‌نظران درمان سوءمصرف مواد مت‌آمفتامینی برگزار کرد، بر آن شد که اولویت را بر آموزش نیروهای تخصصی درمان سوءمصرف

مواد محرک قرار دهد و به منظور استانداردسازی ارائه درمان با کمک مراکز تحقیقاتی و افراد متخصص نسخه اولیه بسته آموزشی درمان سوءمصرف محرک را تدوین نماید. این بسته نسخه اولیه راهنمای درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک است که به مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ارائه می‌گردد.

هدف از تدوین نسخه اولیه راهنمای بسته آموزشی درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (روان‌شناسان و پزشکان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران، پرستاران و بهیاران) فراهم‌آوردن یک راهنما بر اساس مداخلات مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک است. این راهنما سعی دارد ظرفیت ارائه خدمات به بیماران مصرف‌کننده مواد محرک را از طریق افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس و بهبودی شایستگی و ظرفیت‌های آنان ارتقاء بخشد و نهایتاً افزایش اثربخشی خدمات درمانی برای درمان سوءمصرف محرک و هم‌چنین استاندارد درمانی را در پی داشته باشد.

هم‌چنین این راهنما می‌تواند به‌عنوان یک دستنامه به منظور آموزش فنی به درمان‌گران غیر دارویی باشد. استفاده از مداخلات روان‌شناختی در مراکز درمانی سوءمصرف مواد به منظور ارتقاء کیفیت و اثربخشی حداکثری درمان اجتناب‌ناپذیر است. پیچیدگی بیماری اعتیاد سبب شده تا رویکردهای جامع متعدد درمانی مورد نیاز باشد. با وجود استفاده از مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی درکنار اقدامات پزشکی و روان‌پزشکی کماکان میزان موفقیت درمان به‌طور قابل‌ملاحظه مطلوب نیست. در بررسی‌ها مشخص گردیده یکی از عوامل ناکارآمدی درمان، عدم آموزش و تربیت صحیح نیروهای تخصصی مداخله‌گر در مقابله با اعتیاد است.

یکی دیگر از اهداف تدوین این راهنما در زمینه مداخلات روان‌شناختی در درمان سوءمصرف مواد، تهیه خط مشی واحد درمان در زمینه بعضی مداخلات غیر دارویی، ایجاد هماهنگی و یکپارچه‌کردن مداخلات و اقدامات روانی اجتماعی بر اساس اصول و یافته‌های پژوهش است. به دلیل تعدد و تنوع رویکردهای مشاوره و مداخلات غیر دارویی، هم‌چنین در پاره‌ای موارد ناآگاهی و کاربرد غلط و نابجای تکنیک‌های مشاوره و روان درمانی، کارآمدی این مداخلات در حد مطلوب و قابل انتظار نیست. از این رو به منظور افزایش کارآمدی و اثربخشی مداخلات غیر دارویی، ضروری است درک صحیح و واحدی از اختلال سوءمصرف و وابستگی به مواد، ارزیابی کلی شامل غربالگری، ارزیابی اولیه در همه حیطه‌ها و طرح درمان، مهارت‌های مصاحبه و اصول مشاوره و درمان مؤثر، دانش درمان، نظام ارجاع، هماهنگی و مستندسازی، آمادگی حرفه‌ای از نظر نگرش و ارزش، مشاوره گروهی، خانوادگی، زوج و آموزش مراجع، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده و اجتماع، مطابقت درمان با بیمار و نحوه کاربرد مشاوره و مداخلات روان‌شناختی ارائه گردد. هم‌چنین باید توجه داشت استفاده این مداخلات باید براساس ملاحظات اجتماعی فرهنگی هر منطقه و اقلیم ارائه گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سیدحسن امامی‌رضوی

پیش‌گفتار

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهم‌ترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوءمصرف مواد به‌طور هم‌زمان به بیماری‌های جسمی متعدد مبتلا هستند. هم‌چنین این افراد با احتمال مرگ‌ومیر بیشتر مواجه‌اند، به نحوی که افراد دچار سوءمصرف مواد به‌طور متوسط ۱۳٫۸ سال کمتر از سایرین عمر می‌کنند.

موقعیت استراتژیک ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهایی هم‌چون افغانستان و پاکستان که از تولیدکنندگان عمده مواد مخدر در جهان می‌باشند و از طرفی ترانزیت و عبور و مرور مواد مخدر از کشور ما به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای بازار مصرف داخلی مواد مخدر را تشدید کرده است. بر اساس گزارشات سازمان ملل متحد، از ۷۷۰۰ تن مواد مخدر تولیدی افغانستان در سال ۲۰۰۸، سه هزار تن مواد مخدر به ایران وارد شده است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند. اگرچه اعتیاد به‌عنوان یک آسیب اجتماعی، هیچ‌گاه به‌طور کامل ریشه‌کن نخواهد شد، آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، نیاز به توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌عنوان سیاست‌های کاهش تقاضا را تأکید می‌کند.

کتاب حاضر یکی از مجموعه کتاب‌هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ارتقاء سطح دانش پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد تهیه و چاپ شده است و امید است قدم مفیدی در این راه باشد.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تقدیر و سپاس‌گزاری

سوءمصرف مواد محرک روان‌گردان در چند سال اخیر یکی از معضلات جدی حوزه سوءمصرف مواد و چه بسا حوزه سلامت است، که پژوهشگران و متخصصین بسیاری در تلاش برای کاهش آن مشغول به تحقیقات هستند. تدوین بسته آموزشی حاضر که با زحمات جناب آقای طاهری‌نخست انجام شده است نمونه‌ای از این فعالیت‌ها است که بر خود لازم می‌دانم از کوشش ایشان صمیمانه سپاس‌گزاری نمایم.

هم‌چنین از مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ناصحی و قائم مقام ایشان در این دفتر جناب آقای دکتر نیک‌فرجام جهت تأمین منابع مالی و حمایت‌های معنوی از این طرح قدردانی و سپاس‌گزاری می‌نمایم.

در پایان از سایر همکارانی که در مراحل مختلف انجام این طرح ما را یاری کردند، خصوصاً سرکار خانم پارسا که زحمت ویراستاری و تنظیم آن را متقبل شده‌اند قدردانی نمایم.

فصل ۱

کلیات

مواد از نوع محرک‌ها

مواد تأثیرگذار بر انسان چه هستند؟ به بیان تخصصی، مواد مخدر یا محرک یا هر ماده تغییردهنده روان، ماده‌ای شیمیایی است که عملکرد عادی مغز یا بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته همه مواد غیرقانونی نیستند. به‌عنوان مثال، کافئین (ماده موجود در قهوه و نوشابه‌ها)، نیکوتین (در سیگار و قلیان) موادی قانونی محسوب می‌شوند. الکل نیز در اغلب کشورهای جهان در زمره مواد قانونی قرار می‌گیرد. هم‌چنین داروها چه توسط پزشک تجویز شوند یا در داروخانه‌ها موجود باشند مواد قانونی برای درمان بیماری‌ها هستند اگر چه این مواد نیز ممکن است مورد سوءمصرف قرار گیرند.

مواد اثرگذار بر انسان که اصطلاحاً مواد روان‌گردان نامیده می‌شوند آن چنان زیان‌آورند که کشورهای سراسر جهان تصمیم به کنترل آن‌ها گرفته‌اند. کشورها چندین قانون بین‌المللی در قالب کنوانسیون‌های سازمان ملل متحد تصویب کرده‌اند که مشخص می‌کنند چه موادی باید مورد کنترل قرار گیرند. تمام مواد روان‌گردان مورد اشاره در جزوه حاضر غیر قانونی هستند. این به این معناست که به‌طور کل در اختیار داشتن، مصرف و فروش این مواد در سراسر جهان خلاف قانون است.

مواد غالباً چندین نام خیابانی هم دارند که این جزوه تعدادی از آن‌ها را به شما معرفی خواهد کرد اما این لیست کامل اسامی مواد نیست و ممکن است در شهر یا منطقه شما نام متفاوتی داشته باشند. این اسامی هم‌چنین ممکن است در طول زمان تغییر کنند. نام‌های خیابانی هیچ چیزی را درباره قوی یا خالص‌بودن مواد برای شما مشخص نمی‌کنند. تمامی مواد هم اثر جسمانی و هم اثر روان‌شناختی دارند که می‌توانند آنی یا طولانی‌مدت باشند که شما در این

جزوه مطالعه خواهید کرد. همان‌طور که اشاره شد این مواد می‌توانند به‌طور جدی رشد روان‌شناختی و عاطفی خصوصاً در بین جوانان را مانع شوند. در حقیقت مواد می‌توانند توانایی‌هایی را از فرد مصرف‌کننده بگیرند که بعضی از آنان قابل بازیابی نیستند زیرا مواد مختل‌کننده رشد سازوکارهای طبیعی سازگاری هستند. اگر چه هر یک از مواد به‌طور جداگانه در این جزوه مورد بحث قرار خواهد گرفت، اما ممکن است گروهی از مواد همراه یکدیگر مورد مصرف قرار گیرند. مصرف هم‌زمان چند مواد در یک موقعیت می‌تواند اثرات شدید، جدی و غیرقابل‌پیش‌بینی بر بدن یا مغز مصرف‌کننده داشته باشد.

به‌طور کلی مصرف مواد بر قوای شناختی مانند قضاوت، تصمیم‌گیری، حافظه افراد تأثیر می‌گذارد. به این معنا که مصرف‌کنندگان مواد اغلب در معرض خطرهای بیشتری، از جمله برقراری ارتباط جنسی غیرحفاظت‌شده و ورود به گروه‌های غیرقانونی و مشکل‌ساز، قرار می‌گیرند. این ارتباطات غیر سلامت ممکن است منجر به آسیب‌های جدی مانند ابتلای به ویروس هپاتیت یا اچ‌ای وی و سایر بیماری‌های آمیزشی شود. دلایل زیادی برای مصرف مواد وجود دارد. برخی می‌خواهند از مشکلات زندگی یا درد و رنجی بگریزند، در حالی که برخی احساس کسالت یا اندوه دارند، یا کنجکاوند یا این‌که تنها می‌خواهند احساس خوبی‌داشته باشند. گاهی افراد ممکن است مجبور به مصرف مواد شوند تا با جماعتی هم‌ساز شوند یا طغیان کنند یا مورد توجه قرار گیرند. مصرف‌کنندگان مواد ممکن است شغل‌های متفاوتی داشته باشند، ممکن است زن یا مرد، جوان یا پیر، فقیر یا غنی، شاغل یا بیکار از شهری یا روستایی، بی‌سواد یا دارای تحصیلات بسیار بالا باشند. در واقع مصرف مواد می‌تواند گریبان‌گیر هر فردی باشد. اگر چه برخی اثرات جسمی یا روانی مواد ممکن است دلپذیر به نظر برسند، اما این اثرات زیاد به طول نمی‌انجامند. بسیاری از افراد به دنبال مصرف مواد دچار عوارض ناخوشایند مانند افسردگی و کناره‌گیری می‌شوند و احساس بیماری به آن‌ها دست می‌دهد.

مواد محرک

مصرف محرک‌ها می‌توانند سبب افزایش ضربان قلب و میزان تنفس، افزایش فشارخون، گشادگی مردمک چشم و کاهش اشتها شوند. به علاوه مصرف‌کننده تعریق کرده و دچار سردرد، تارشدن دید، گیجی، بی‌خوابی و اضطراب می‌شود. مصرف شدید و به مقدار زیاد می‌تواند سبب ضربان قلب سریع یا نامنظم، لرزش و از دست‌دادن هماهنگی حرکتی و ضعف شدید جسمانی شود. تزریق آمفتامین باعث افزایش ناگهانی فشارخون می‌شود که مسبب سکته مغزی، تب شدید یا ایست قلبی است.

علاوه بر اثرات جسمی، مصرف‌کننده احساس بی‌قراری، اضطراب و بدخلقی را تجربه می‌کند. مصرف مقدار بیشتر مواد علایم را شدیدتر می‌کند. افرادی که مقدار زیاد و به مدت طولانی آمفتامین مصرف می‌کنند ممکن است سایکوزهای ناشی از آمفتامین را تجربه کنند که شامل توهمات، هذیان‌ها و سوءظن می‌شود. این علایم معمولاً هنگام قطع مصرف مواد ظاهر می‌شود.

انواع مواد محرک

- کوکائین
- مواد نوع آمفتامینی (Amphetamine Type Stimulants)
  - آمفتامین
  - دگزامفتامین
  - متیل فنیدیت/ریتالین
  - مت‌آمفتامین
- نیکوتین (البته درمان آن در این راهنما پوشش

طبقه‌بندی مواد

اثرات فیزیولوژیکی	نوع ماده
مواد آرام‌کننده (Depressant)	الکل، آرام‌بخش‌های خفیف، قرص خواب
مواد افیونی ـ نارکوتیک	تریاک، هروئین، کراک هروئین، مورفین، کدئین، داروهای ضد درد
مواد محرک	کوکائین، محرک‌های آمفتامینی، نیکوتین، کافئین
مواد توهم‌زا	ال.اس.دی، مسکالین، پسیلوسیبین
کانابیس	ماری‌جوانا، حشیش، علف، گراس
مواد با عملکرد مخلوط‌شده	اکستازی (MDMA)، پی‌سی‌پی
مواد استنشاقی	بنزین، فرارها، چسب
مواد افزاینده توانایی	استروئید

اثرات مواد محرک

انواع	مواد محرک	اثرات بعد از مصرف	سایر اثرات	بیشترین خطر
محرک‌های عمومی سیستم اعصاب مرکزی	کوکائین، کراک‌کوکائین	نشئگی سریع، افزایش گوش به زنگی، احساس سرخوشی و افزایش انرژی	بی‌قراری، اضطراب، ضربان قلب سریع، تعریق	اعتیاد سریع و قوی، هدایت شیوه زندگی در جهت به دست‌آوردن مواد بیشتر، سکته مغزی، حمله قلبی
	مت‌آمفتامین‌ها	افزایش گوش به زنگی، احساس خوشبختی، افزایش عملکرد	اضطراب، سوءظن، حملات پانیک، خشونت، ضربان قلب سریع، تعریق	اعتیاد به مقدار زیاد: حمله قلبی ـ عروقی و مرگ
	نیکوتین	تنظیم خلق، حالت آرامش	افزایش ضربان قلب (هنگام تدخین)، تنگی نفس، سرفه، مشکلات تنفسی	اعتیاد قوی که به مصرف طولانی‌مدت منجر می‌شود، عفونت برونشیال طولانی‌مدت: سرطان، اضمحلال ریه، سکته مغزی، حمله قلبی

داده نخواهد شد)

آمفتامین‌ها

به‌عنوان محرک سیستم اعصاب مرکزی، افزایش‌دهنده گوش‌به‌زنگی و فعالیت جسمانی است و شامل سه نوع ماده متداول است؛ آمفتامین، دکسترامفتامین و دگزامفتامین. آمفتامین در پزشکی برای درمان نارکولپسی، اختلالات خواب و نقص کمبود توجه استفاده می‌شود.

اشکال رایج آمفتامین

آمفتامین می‌تواند به‌صورت خوراکی، تزریقی، استنشاقی و تدخین مصرف شود. آمفتامین معمولاً

حاوی کافئین و اپیدرین هستند. به راحتی قابل دسترس هستند زیرا در غالب قرص‌های لاغری مصرف می‌شوند.

اثرات مصرف آمفتامین

- افزایش گوش به زنگی، صحبت زیاد
- احساس اعتماد به نفس و قدرتمندی
- افزایش فشار خون، ضربان و تنفس
- بی‌اشتهایی
- بی‌قراری، پرخاشگری
- کاهش نیاز به خواب
- احساس افزایش اجتماعی‌شدن و افزایش احساس جنسی

علایم مصرف آمفتامین

- مردمک گشاد
- بیش‌فعالی، صحبت زیاد
- دید تار
- رفتارهای تکراری، وسواسی
- بی‌خوابی
- سرخی صورت
- لرزش، از دست‌دادن هماهنگی
- سردرد
- سوءظن، سایکوز

اثرات مصرف آمفتامین

همه محرک‌ها قابلیت به وجودآوردن وابستگی روانی شدید را دارند. مصرف آمفتامین ممکن است سبب ایست قلبی، کوما و در نهایت مرگ شود. مصرف متداول آن سبب می‌شود فرد پرخاشگر، دارای سوءظن و پارانوئید شود. خطر خودکشی در میان افراد بسیار بالاست. مصرف طولانی مدت سبب به وجودآمدن آسیب‌های شدید در دندان‌ها، استخوان‌ها، ریه، کبد وکلیه می‌شود.

سایر اثرات شامل موارد ذیل است:

- سوء تغذیه
- اختلالات پوستی
- زخم معده
- بیماری در اثر کمبود ویتامین
- کاهش وزن
- افسردگی
- اختلالات تکلم و فکر
- توهم، هذیان
- بی‌علاقگی جنسی

علایم کناره‌گیری از آمفتامین

- دوره طولانی خواب و بی‌حوصلگی
- گرسنگی
- خستگی روانی
- بی‌قراری
- افسردگی
- تشنج
- دلیریوم

مت‌آمفتامین

مت‌آمفتامین یکی از انواع مواد گروه محرک‌های آمفتامینی است. مت‌آمفتامین ماده‌ای صناعی است که معمولا در آزمایشگاه‌های غیرقانونی تولید می‌شود. مت‌آمفتامین به‌صورت پودر، قرص و یا ذرات کریستال که شبیه خرده‌های شیشه هستند وجود دارند. در ایران بیشتر به‌صورت کریستال است و به نام «شیشه» نامیده می‌شود.

مت‌آمفتامین حس خوب و خوش‌بودن به لحاظ جسمانی و روانی را به همراه سرخوشی و نشاط غیرعادی شدیدی برمی‌انگیزد. مصرف‌کنندگان افزایش موقتی انرژی را تجربه می‌کنند. اغلب احساس می‌شود

کـه عملکـرد و فعالیـت‌هـای ذهنـی و رفتـاری بیـشتر می‌شوند. مصرف‌کنندگان هم‌چنـین تـأخیر در تجربـه احساس گرسنگی و خستگی را تجربه می‌کنند.

روش مصرف مت‌آمفتامین

مت‌آمفتامین می‌تواند به‌صورت خوراکی، بـه‌صـورت انفیه، تدخینی یا تزریقی مصرف شود. در ایران بیـشتر به‌صورت تدخین با پایپ شیشه‌ای متداول است.

خطرات همراه با مصرف مت‌آمفتامین

در کوتاه‌مدت، مصرف‌کنندگان ممکن است اشتهای خود را از دسـت بدهنـد و ریـتم تـنفس تنـدتر شـود. ممکن است ضربان قلب و فشار خـون افـزایش یابـد و دمای بدن نیز بالا رود که موجب تعریـق مـی‌شـود. بـا مصرف مقادیر زیـاد، مـصرف‌کننـده احـساس نـاآرامی، بی‌قراری و کج‌خلقی می‌کنـد و ممکـن اسـت حمـلات هراس و آسیمگی را تجربه کند. مصرف مقادیر بیش از اندازه مت‌آمفتامین می‌تواند منجر بـه تـشنج، حمـلات صرع و مرگ ناشی از توقـف تنفـسی، حملـه قلبـی یـا نارسایی قلبی شود. مصرف طولانی‌مدت مـت‌آمفتـامین باعث سوء تغذیه، کاهش وزن و افزایش وابستگی روانی به این ماده می‌شـود. خـواب طـولانی مـدت و سـپس افسردگی به دنبال قطع مصرف مـت‌آمفتـامین توسـط مصرف‌کنندگان منظم به وجود می‌آید.

سایر خطرات

گـاهی‌اوقـات مـصرف مـت‌آمفتـامین پرخاشـگری، خشونت و رفتارهای غیرعـادی را در مـصرف‌کننـدگان تحریک می‌کند. گاهی توهم و هذیان ناشـی از مـصرف مت‌آمفتامین سبب رفتارهای خطرناک برای خود فـرد، خانواده و سایر مردم اجتماع می‌شود.

کوکائین

کوکائین پودر سفید یا شیری‌رنگ است که به‌عنوان محرکی قوی عمل می‌کند. کوکائین از برگ گیاه کوکـا که در کوه‌های کشورهای بولیوی و پرو کشت می‌شود، گرفته می‌شود. در بازار خیابانی، می‌توان آن را با سـایر مواد مخلوط کرد تا مقدارش افزایش پیدا کند. کوکائین تحت فرایندهای بیشتری بـا آمونیـاک یـا بـی‌کربنـات سدیم (جوش شیرین) به‌صورت دانه‌های ریز یا تکه‌های کوچک با نام کراک‌کوکائین درمی‌آید.

کوکائین یک محرک سیستم اعصاب مرکزی اسـت. اساساً برای بی‌حسی موضعی استفاده می‌شود. کوکائین به شدت اعتیادآور است و وسوسه بسیار قوی دارد.

اشکال رایج کوکائین

- کوکائین؛ پودر کریستالی سفیدرنگ
- کـراک؛ تکـه‌هـای کوچـک سـفیدرنگ، کـه از حل‌کردن پودر کوکائین و بیکینگ سـودا تهیـه می‌شود.

نحوه مصرف کوکائین

کوکائین به‌صورت خشک (پودر) می‌تواند استنـشاق شود و با ترکیب با آب مـی‌توانـد تزریـق شـود. کـراک کوکائین نیز می‌تواند تزریق یـا تـدخین شـود. مـصرف استنشاقی کوکائین باعث احساس سرخوشـی شـدید و سـریع مـی‌شـود و تـا ۳۰ الـی ۴۰ دقیقـه بـه طـول می‌انجامد.

اثرات مصرف کوکائین

به‌عنوان یک محـرک، افـزایش‌دهنـده میـزان مـواد شیمیایی درون مغز است که این مواد، مسئولیت تولید احساس لذت را دارند.

اثرات شامل موارد ذیل هستند:

- احساس سرخوشی، اعتماد بـه نفـس و قـدرت، گشادی مردمک چشم
- افزایش تدریجی انرژی
- دهان خشک

- کاهش خواب
- بیش‌فعالی و تکلم زیاد
- افزایش فشار خون و ضربان قلب
- رفتارهای تکراری و وسواس‌گونه
- بی‌اشتهایی
- افزایش حرارت، ضربان، تنفس و فشار خون
- کاهش وزن

بدن و کوکائین

مصرف طولانی‌مدت سبب موارد ذیل می‌گردند:

- اختلال بویایی
- ضعف سیستم ایمنی
- سردرد
- نقص‌های مادرزادی شدید
- افسردگی، توهم، سوءظن
- مشکلات قلبی/ سکته مغزی
- تشنج

سایر اثرات مصرف کوکائین

- مشکلات جدی شخصی
- مشکلات خانوادگی
- مشکلات قانونی

علایم کناره‌گیری از کوکائین

- خستگی روانی
- بی‌قراری
- خشونت
- افسردگی
- گرسنگی شدید

عامل اصلی مصرف کوکائین در مصرف‌کنندگان آن حالتی است به نام انهودنیا (بی‌لذتی) که در آن شخصی قادر به تجربه احساس لذت در زندگی نیست. این حالت ممکن است تا یک یا چند سال پس از توقف مصرف ادامه داشته باشد. بهبودی از اعتیاد کوکائین نیازمند فرآیند پیچیده درمانی حتی بعد از درمان و خارج از محیط درمانی است.

تزریق کوکائین با وسایل آلوده می‌توانند سبب ایدز، هپاتیت و سایر بیماری‌های خطرناک شود. تهیه‌کردن Free base کوکائین که مستلزم استفاده از مواد فرار و آتش‌زا است می‌تواند منجر به مرگ یا صدمه جدی ناشی از آتش‌سوزی یا انفجار شود. کراک یا Free base شدیداً اعتیادآور است و تأثیرات آن ظرف مدت ۱۰ ثانیه نمایان می‌شود. اثرات جسمانی شامل گشادگی مردمک چشم، افزایش ضربان، افزایش فشار خون، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، توهمات لامسه‌ای، سوءظن و تشنج می‌شود.

سایر خطرات کوکائین

مخلوط کوکائین با الکل، بسیار خطرناک است و می‌تواند احتمال خطر مرگ ناگهانی را افزایش دهد.

پیشرفت مصرف و سوءمصرف مواد محرک

اولین مصرف / مصرف آزمایشی

- پیشنهاد (تعارف) مصرف یک کام شیشه یا خوردن یک قرص ریتالین
- دست به دست‌دادن پایپ شیشه و تصمیم به امتحان آن
- تجویز دارو توسط پزشک یا روان‌پزشک
- مصرف شیشه برای ارضای حس کنجکاوی

مصرف آزمایشی / مصرف نامنظم

لذت‌بردن از اثرات مصرف مواد محرک، بی‌ضرردانستن مصرف گه‌گاهی، در نتیجه مصرف مواد در موقعیت‌های مختلف افزایش پیدا می‌کند. مصرف به علت اثرات مصرف مثلا در هنگام برقراری رابطه جنسی

مصرف منظم

مصرف مواد محرک بخشی از سبک زندگی شده، در این حالت مواد در اوقات مشخص و در فواصل منظم مصرف می‌شود.

مصرف آسیب‌رسان

- سلامتی تهدید می‌شود، توانایی و عملکرد تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می‌یابد و بی‌ثباتی روانی پدید می‌آید.
- قوای شناختی متأثر شده و مختل می‌شود، ارتباط با واقعیت گاهاً مختل شده و فرد متوهم می‌شود.
- ریتم زندگی به هم می‌ریزد. مثلاً خواب مختل شده و در نتیجه دیر به مدرسه یا سرکار می‌رود.
- سوءظن شدید شده و در زندگی مشکل‌ساز می‌شود.
- مشکلات و درگیری با والدین، مدرسه، (محل کار، همکاران) یا پلیس افزایش می‌یابد.
- ارتباط با دوستان و خانواده مخدوش می‌شود.

وابستگی

- احساس ناراحتی و ناخوشی جسمانی/ روانی هنگام عدم مصرف
- تهیه مقدار قابل توجه برای اطمینان از در دسترس‌بودن مواد محرک در موقع نیاز
- تصور این‌که مصرف مواد فرد را در مقابله با استرس بهتر می‌کند و آرامش به دنبال دارد.

اعتیاد

- مواد تمرکز اصلی زندگی می‌شود و سبک زندگی متأثر از آن می‌شود.
- انرژی قابل توجهی درباره فکر به مواد، مصرف مواد و تهیه آن صرف می‌شود.
- در این حالت مصرف مواد به دلیل مصارف قبلی نیست. مصرف وسواس‌گون گردیده و فرد رفتار خاص اعتیادگون را در پیش می‌گیرد.
- مشکلات بسیار جدی شده و گاهاً برای فرد، خانواده و اجتماع خطرساز است.

چشم‌انداز کوتاه مداخلات غیر دارویی در درمان مواد محرک

به‌طور کلی مداخلات غیردارویی در درمان وابستگی به مواد محرک شامل گام‌های ذیل خواهند بود:

- در گام اول انگیزه‌مندساختن مراجع به منظور مراجعه و ورود به درمان و توقف مصرف هرگونه ماده محرک یا سایر مواد، هدف اولیه مداخلات درمان‌گر است. به دلیل این‌که ممکن است در این مرحله مصرف‌کنندگان مواد محرک انگیزه و میلی برای تغییر و شروع درمان یا ورود به هرگونه برنامه برای دریافت کمک نداشته باشند، مداخلات ممکن است با کار یا افراد مهم زندگی، یا اعضای خانواده او شروع شود.
- در گام دوم ارزیابی، شناسایی و بررسی نیازها و مشکلات در حیطه‌های مختلف، هدف‌گذاری، مشخص‌کردن مراحل و قدم‌های درمان برای مراجع، درمان‌گران و افراد مهم زندگی مراجع است.
- گام سوم، شروع درمان و کمک به رسیدن به بهبودی اولیه و قطع مصرف مواد محرک است. کار بر روی برانگیزاننده‌های رفتاری، اجتماعی و روان‌شناختی که در ادامه مصرف مواد نقش مؤثری در بازگشت یا عود دارند در این مرحله آغاز می‌شود. برای نیل به این هدف بعضی مداخلات شامل موارد ذیلند:
  - فراگیری مهارت‌ها وتکنیک‌هایی و مجهزشدن به ابزار برای رسیدن به قطع مصرف مواد

- شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی و طراحی برنامه برای هر یک از آن‌ها
- بهبودی عملکرد بین فردی
- آموزش مهارت‌ها به منظور مقابله با مشکلات خانوادگی یا فشار دوستان یا اطرافیان مصرف‌کننده مواد
- آموزش تکنیک‌های اولیه پیش‌گیری از عود

- گام چهارم به تشویق مراجع در به‌وجودآوردن تغییر اساسی در سبک زندگی اختصاص دارد که برای نیل به آن فعالیت‌های ذیل صورت خواهد پذیرفت:
  - گسترش فعالیت‌های جایگزین خوشایند و لذت‌بخش
  - افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و خانوادگی عاری از مواد محرک
- در گام پنجم راهبری مشکلاتی که در نتیجه سوءمصرف مواد محرک به وجود آمده مانند مشکلات اجتماعی، قانونی، شغلی، بهداشتی، روان‌شناختی و خانوادگی محور برنامه درمان غیر دارویی قرار می‌گیرد و به دنبال آن پیروی منظم و جدی‌تر از برنامه درمانی اساس کار قرار می‌گیرد. بعضی فعالیت‌ها که در صورت نیاز باید کماکان ادامه پیدا کند شامل موارد ذیل هستند:
  - ارتباط بیشتر با درمان، افزایش مانایی در برنامه‌های تغییر و مداخلات درمان
  - افزایش پیروی از درمان بر اساس برنامه درمانی
  - ادامه برنامه بهبودی

حیطه درمان غیر دارویی در سوءمصرف مواد محرک

یک درمان غیر دارویی جامع باید به موارد ذیل توجه داشته باشد:

- درک سوءمصرف مواد در قالب یک پیوستار
- مصرف انواع مواد در یک دوره زمانی، نحوه مصرف و سایر ملاحظات مربوط به مواد
- انگیزه و گسترش شراکت درمانی
- فردی‌ساختن درمان براساس نیاز و حیطه‌های مشکل مراجع
- افکار اعتیادگون، وسوسه مصرف مواد
- احساسات، مسائل عاطفی و روان‌شناختی
- رفتار اعتیادگون
- هم‌بودی اختلالات روان‌پزشکی
- تأثیرات اجتماعی و خانوادگی
- پیامدهای عاطفی، بهداشتی، شغلی، قانونی و خانوادگی
- مشکلات ارتباط با درمان و بررسی موانع ادامه درمان

هدف از درمان غیردارویی سوءمصرف مواد محرک فراهم‌آوردن حمایت از فرد مصرف‌کننده مواد محرک برای ۱) ورود به درمان، ۲) نیل به پرهیز مصرف مواد، ۳) رسیدن به سبک زندگی سالم و تغییرات رفتاری لازم برای بهبودی است. وظیفه اصلی درمان‌گر کمک به مراجع در شناسایی مشکلات کنونی و بحران‌های زندگی خود و کار با مراجع جهت یافتن راه‌های موفق راهبری و حل مشکلات است. درمان‌گر کمک می‌کند مراجع:

۱. اعتیاد، مراحل و فرآیند بهبودی را بشناسد.
۲. در گروه خودیاری شرکت کند.
۳. برانگیزاننده‌ها را بشناسد.
۴. روش‌های مقابله و راهبری احساسات نظیر شرم، و گناه را فرا گیرد.
۵. موقعیت‌های خطرآفرین را راهبری کند.
۶. رفتار و سبک زندگی اعتیادی را تغییر داده و

زندگی خانوادگی، شغلی و سلامت‌محور را گسترش دهد.

۷. علایم خطر را شناسایی کند.

۸. حمایت لازم را فراهم آورد.

۹. در ادامه مسیر بهبودی استوار باشد.

عناصر مهم درمان غیردارویی سوءمصرف مواد محرک

۱. افزایش انگیزه جهت ورود به درمان

۲. فراهم‌آوردن حمایت جهت درمان و ادامه آن(شرکت در جلسات درمانی و خودیاری)

۳. نظارت بر پیروی از برنامه درمانی و دستورات روان‌پزشکی یا دارویی (درمان علامتی با استفاده از دارو)

۴. نظارت بر مصرف مواد، علایم ترک و پیشرفت درمان

۵. مقابله با عوامل روان‌شناختی و اجتماعی که باعث مصرف مواد می‌شوند، تغییر سبک زندگی

۶. آموزش راجع به وابستگی به مواد، فرآیند بهبودی و بازگشت(عود)

۷. آموزش/ مشاوره خانواده

۸. ارجاع به سایر درمان‌ها و متخصصین در صورت نیاز

۹. کمک به مراجع در راهبری مشکلات اجتماعی، قانونی، شغلی، سلامت جسمی، روان‌شناختی و خانوادگی(حل مسئله درباره مشکلات کنونی)

نکات مهم برای درمان‌گر سوءمصرف مواد محرک

- توجه به نیازهای مراجع
- در درمان سوءمصرف مواد محرک رویکردهای مختلفی وجود دارد که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.
- نگاه به مشکلات سوءمصرف مواد محرک در یک پیوستار از مشکل کم تا مشکلات زیاد
  - مشکلات جدی: وابستگی/ اعتیاد
  - مشکلات زیاد: سنگین
  - مشکلات متوسط: سنگین
  - مشکلات کم: نیمه‌سنگین
  - مشکل خیلی‌کم: خفیف
  - بدون مشکل: هیچ
- فراهم‌آوردن مداخلاتی که از لحاظ روش و هدف برای مراجع اختصاصی، مؤثر و مفید باشد.
- استفاده از رویکردهایی که فعال‌سازی و خودکارآمدی مراجع را ارتقاء بخشد.
- استقبال از روش‌ها و اهداف جدید
- توجه به تفاوت‌های مراجعان

موقعیت درمان

این راهنما برای درمان در موقعیت سرپایی تدوین گشته هرچند درمان می‌تواند در موقعیت‌های ذیل نیز ارائه شود:

- در بخش‌های بستری مراکز بستری مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک بستری اعتیاد
- در مراکز بازتوانی اقامتی مانند درمان اجتماع‌مدار (TC)
- در مراکز سرپایی مانند درمانگاه‌های سوءمصرف مواد
- در سایر مراکز مجازی که امکان ارائه چنین خدماتی باشد مانند مراکز مشاوره و روان‌درمانی

اصول درمان مؤثر

- هیچ درمان واحدی برای همه مراجعان کارآمد نیست.
- درمان باید در دسترس باشد.
- درمان مؤثر دربرگیرنده همه نیازهای فرد است.
- طرح درمان باید بررسی و اصلاح شود.
- مانایی در درمان به مدت کافی در مؤثربودن آن

حیاتی است.

- مشاوره و سایر درمان‌های رفتاری از عناصر مهم درمان مؤثر هستند.
- دارودرمانی برای بسیاری از بیماران عنصر مهمی است.
- اختلالات همراه باید از طریق یک روش واحد و یکپارچه درمان شود.
- سم‌زدایی پزشکی فقط مرحله اول درمان است.
- مؤثربودن درمان حتماً به شرط ورود داوطلبانه به آن نیست.
- در طی درمان احتمال مصرف مواد باید مکرراً نظارت شود.
- برنامه درمان باید HIV/AIDS، هپاتیت C,B، سل و سایر بیماری‌های عفونی را بررسی و به بیماران در تغییر رفتارهای پرخطر کمک کند.
- درمان می‌تواند یک فرایند طولانی‌مدت بوده و مستلزم تکرار دوره‌های درمان است.

فصل ۲

کار روی انگیزه مراجع

علاقمندکردن فرد به‌منظور ورود به درمان براساس رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده (کرافت)

دودلی و نبود انگیزه برای دریافت درمان پدیده مشترک در درمان سوءمصرف مواد است. زندگی فرد مصرف‌کننده مواد محرک توأم با درد و بحران مزمنی است که برای همراهان و اعضای خانواده احساس بیچارگی، اضطراب و افسردگی را به همراه خواهد داشت.

پروچاسکا و همکاران تخمین زدند که حدود ۸۰٪ افراد دارای مشکل رفتار اعتیادی در مرحله پیش‌تامل یا تأمل هستند و برای قدم‌برداشتن به طرف تغییر آماده نیستند (۱۹۹۲). تام مک للان اشاره کرده که شروع و اوایل درمان بسیار مهم است زیرا افرادی که طالب کمک بوده و در مراحل اولیه وابستگی به مواد هستند اغلب برآیند مطلوبی دارند (۱۹۸۳).

درمان‌گران یا درمانگاه‌های سوءمصرف مواد محرک همه روزه تماس‌ها و مراجعات فراوانی از طرف اعضای ناامید خانواده یا دوستان مصرف‌کنندگان مواد دارند که به دنبال کمک یا پند و اندرز درخصوص مشکلات مصرف مواد عزیزان بدون انگیزه درمان و تغییر هستند. در واقع در این زمان‌ها راه‌حل و گزینه‌های محدودی در دست خواهد بود. مشکل بسیاری از خانواده‌ها این است که بیماران علاقه‌ای به ورود و آغاز درمان ندارند و حتی بعد از شروع درمان خیلی زود آن را رها می‌کنند به‌طوری که میانگین شرکت در جلسات درمانی تنها یک جلسه است.

زمانی که خانواده مراجعه می‌کند و راجع به عزیز مصرف‌کننده مواد خود که حاضر به مراجعه به درمان نیست، کمک حرفه‌ای می‌خواهد درمان‌گر چه می‌تواند بکند؟ آیا چیز بیشتری برای ارائه وجود دارد؟ آیا احساس درمان‌گر مناسب خواهد بود یا ناخوشایند؟

معمولاً دو روش برای مداخله وجود دارد:

- روش‌های مواجهه‌ای مانند روش جانسون، روش اتصال به زور و انداختن بیمار در کمپ اجباری یا اردوگاه
- روش ۱۲ قدمی Al-Anon که به جدایی و تسلیم می‌انجامد (جدایی و پذیرش ناتوانی خود در کنترل رفتار مصرف‌کننده و ...)

استفاده از هر دو روش مطلوب بسیاری از خانواده‌ها نیست و ترجیح می‌دهند به الگوهای قدیمی خود بازگردند؛ مانند التماس‌کردن، تهدیدکردن و غرغرکردن.

کرافت در واقع آموزش اعضای خانواده برای تغییر رفتار خود نسبت به فرد مصرف‌کننده مواد محرک با هدف واردکردن او به درمان و به‌وجودآوردن تغییرات درمانی لازم در اوست. کرافت یک روش انگیزشی است که بر پایه توانمندکردن درک مصرف‌کننده مواد و اتصال او به درمان استوار است. این روش نه مواجهه و نه جداکردن فرد از خانواده است. در کرافت هیچ‌گاه خانواده مسئول مشکل مصرف مواد در بیمار مصرف‌کننده مواد محرک نیست. فلسفه کلی کرافت استفاده از اجتماع به منظور پاداش‌دهی به رفتار عدم مصرف مواد است که سبب تغییر مراجع و اتخاذ سبک زندگی سلامت گردد.

کرافت بر اساس اصول تقویت رفتار است و برای واردکردن بیماران کم انگیزه در درمان اعتیاد طراحی شده است که دارای دو فاز است:

- فاز یک: اعضای مهم و نگران خانواده مداخلات کرافت را دریافت کرده و مهارت‌هایی را برای تغییر رفتار سوءمصرف مواد در عزیزشان و واردکردن آن در درمان آموزش می‌بینند.
- فاز دو: بیمار وارد درمان شده و آن را ادامه می‌دهد.

در کرافت به اعضای خانواده بیمار تعلیم داده می‌شود تا شروط را به‌صورتی که روی آن کنترل داشته باشند تغییر دهند. این رویکرد شامل روش‌هایی برای درگیرکردن سریع افراد سوءمصرف‌کننده مواد در درمان به محض به‌دست‌آوردن شمار متعددی از انگیزه‌هاست.

اهداف کرافت

- کاهش مصرف در فرد مصرف‌کننده مواد محرک و علاقمندکردن بیمار برای ورود و ادامه درمان
- کمک به اعضای خانواده برای افزایش احساس خوشحالی و هدف قراردادن مشکلات در سایر جنبه‌های زندگی است.

کرافت یک روش مبتنی بر شواهد است و توسط مطالعات متعددی مورد حمایت قرار گرفته است. در مطالعه معتبر آذرین و سی سان ۶۴٪ تا ۸۶٪ اعضای خانواده‌های که کرافت دریافت می‌کردند توانستند عزیزان مصرف‌کننده خود که پیشنهاد درمان را رد می‌کردند را وارد درمان کنند. این تغییرات تنها در مدت ۵ تا ۶ جلسه اتفاق افتاده است. کرافت یک روش تجربه‌محور و بر اساس اصول رفتاری و تکنیک‌های شناختی رفتاری است که از رویکرد تقویت اجتماع اولین بار توسط Robert J. Meyers گرفته شده است.

این درمان به‌عنوان روشی برای کمک به خانواده‌هایی گسترش یافت که نگران قبول‌نکردن یا ردکردن پیشنهاد مراجعه به درمان توسط عزیزان مصرف‌کننده مواد خود هستند. این روش علاوه بر درگیرساختن فرد بی‌انگیزه در درمان، نتایج مثبتی در افزایش عملکرد خانواده، بهبودی افسردگی، اضطراب، خشم و علایم جسمانی داشته است. این برنامه که از ۲۰ سال گذشته توسط مطالعات بالینی مورد حمایت قرار گرفته یک برنامه جامع رفتاری برای آموزش خانواده به منظور بهینه‌سازی تأثیر آن‌ها بر افراد مشکل‌دار بدون درگیرشدن یا جداشدن است. روش‌های کرافت مبتنی بر شواهد بوده و در مقایسه با سایر

مداخلات برای مراجعان، جایگزین‌های مثبت، امیدوارانه و مؤثر فراهم می‌آورد.

مهارت‌های اصلی برای خانواده در کرافت

- به‌کارگیری روش‌های ارتباطی مثبت و مؤثر
- شناسایی و استفاده از پاداش‌های مثبت
- کشیدن نقشه راه برای درک مصرف مواد عزیزان‌شان
- بازشناسی مصرف مواد به ویژه مواد محرک
- احتیاط‌های در خصوص خشونت خانگی
- استفاده از پیامدهای طبیعی مصرف مواد
- مراقبت از خود بدون جداکردن خود
- واردکردن عزیزان در درمان

از طریق رویکرد کرافت به خانواده‌ها کمک می‌شود تا در حالی‌که زندگی خود را بهبودی می‌بخشند، روش‌های مؤثر و عملی را برای حرکت عزیزان‌شان به طرف درمان به‌کار گیرند.

کرافت بر اساس آموزش مهارت‌های مناسب برای اعضای خانواده است. مهارت‌هایی مانند:

- نحوه تقویت و پاداش‌دهی به رفتارهای پاکی و پرهیزمحور
- عدم تشویق و تقویت رفتار مصرف مواد
- نحوه برقراری ارتباط به روش مثبت
- به کارگیری تکنیک‌های مشکل‌گشایی
- رسیدگی به نیازهای اعضای خانواده
- ارائه پیشنهاد درمان به فرد مصرف‌کننده مواد به روش مؤثر
- رسیدگی به خشونت خانگی

برای ارائه کرافت نیاز نیست حتماً مشاور یا درمان‌گر در حیطه مواد باشد زیرا در این رویکرد با افراد غیرمصرف‌کننده مواد روبه‌رو هستیم. این رویکرد یک نوع منحصر به فرد خانواده‌درمانی یک جانبه است که بر اساس اصول رفتاری و راهبردهای تقویت رفتار استوار است.

عناصر اصلی کرافت

۱. راهبردهای آموزشی
۲. تحلیل عملکرد رفتار مصرف مواد
۳. مداخلات برای خشونت خانگی محتمل
۴. آموزش برقراری ارتباط
۵. آموزش تقویت مثبت
۶. عدم تشویق مصرف مواد
۷. آموزش تقویت خود به اعضای خانواده
۸. پیشنهاد درمان به فرد مصرف‌کننده مواد

۱. راهبردهای آموزشی

قدم اول در افزایش انگیزه بیمار برای مراجعه و تکمیل درمان، آموزش خانواده است. در این آموزش فراهم‌آوردن انتظارات مثبت از طریق توصیف برنامه کرافت، بازگوکردن موفقیت کرافت و منفعت بالقوه آن برای اعضای خانواده می‌تواند کمک‌کننده باشد.

۲. تحلیل عملکرد رفتار مصرف مواد در مصرف‌کننده مواد

تحلیل عملکرد یکی از ابزار اصلی در رویکرد کرافت است. از طریق تحلیل عملکرد بسیاری از موارد مشخص و روشن می‌شود؛ مشخص‌کردن برانگیزاننده‌ها، پیامد مصرف مواد توسط فرد مصرف‌کننده مواد و گسترش راهبردهای مداخله‌ای برای اعضای خانواده بر اساس این فرض که می‌توان با تنظیم و مرتب‌کردن مجدد شروط و احتمالات در محیط زندگی، رفتارهای پاکی و پرهیز از مصرف مواد را تشویق و تقویت کرد.

۳. مداخلات برای خشونت خانگی محتمل

در مصرف مواد محرک احتمال بروز پرخاشگری و خشونت از طرف بیمار یا اعضای خانواده وجود دارد. در این خصوص گام‌هایی باید برداشته شود؛ ارزیابی

خشونت بالقوه در رابطه بین فرد مصرف‌کننده مواد و اعضای خانواده، شناسایی برانگیزاننده‌های خشم و پرخاشگری در فرد مصرف‌کننده مواد و طراحی برنامه پیش‌گیری و حفاظت از طرفین.

۴. آموزش برقراری ارتباط مؤثر

شاید مهم‌ترین راهکاری که باید به خانواده در ترغیب بیمار برای ورود به درمان آموزش داد، روش برقراری ارتباط مثبت است. در این آموزش شیوه ارتباط کنونی اعضای خانواده با فرد مصرف‌کننده مواد بررسی و شیوه‌های نوین و کارآمد جایگزین می‌شود. گام‌هایی که باید برداشته شود شامل، بررسی شیوه ارتباطی، فراهم‌آوردن منطقی جهت اصلاح الگوی ارتباطی، آموزش مهارت‌های ارتباطی مثبت و تمرین از طریق ایفای نقش است.

۵. آموزش تقویت مثبت

این رویکرد بر این اساس استوار است که با استفاده از تقویت مثبت رفتار امکان تغییر رفتار بیمار امکان‌پذیر است. گام‌هایی که در آموزش تقویت مثبت در نظر است شامل این موارد است؛ شناسایی پاداش‌های مناسب و کوچک برای مصرف‌کننده مواد محرک و ارائه دستورالعمل‌هایی برای اعضای خانواده در مورد چگونگی استفاده از تقویت (پاداش) برای رفتارهای پاکی و پرهیز از مصرف مواد فرد مصرف‌کننده مواد.

۶. عدم تشویق یا تقویت رفتار مصرف مواد محرک

گاهی اعضای خانواده به منظور کمک به بیمار یا حمایت او برای تغییر، ناخواسته بیماری اعتیاد و رفتار مصرف مواد را تقویت می‌کنند. بسیاری از مادران یا پدرانی هستند که به دلیل ترس از این‌که دختر هجده ساله‌شان برای تهیه و مصرف مواد به مکان‌های ناسالم برود یا با افراد مشکل‌دار در ارتباط باشند خود مسئولیت تهیه مواد را بر عهده می‌گیرند. در این مدل سعی می‌شود که رفتارهای تقویت‌کننده مصرف مواد شناسایی و خاموش شوند. گام‌هایی که باید برداشته شود شامل این موارد هستند؛ آموزش استفاده از روش تقویت Time out در زمان مصرف مواد توسط فرد مصرف‌کننده مواد، نشان‌دادن استفاده از پیامد طبیعی مصرف مواد هنگام مصرف توسط فرد مصرف‌کننده و آموزش راهبردهای حل مسئله استاندارد.

۷. آموزش تقویت خود به اعضای خانواده

بیشتر اعضای خانواده به دلیل وجود الگوی مختل ارتباط با فرد مصرف‌کننده مواد محرک بعد از مدتی دچار احساسات منفی شدید مانند خشم، ناامیدی، اضطراب و افسردگی، تنفر و عجز شده و به دنبال آن رفتارهای منفی را از خود نشان می‌دهند که در بیشتر موارد کارآمد نبوده و اوضاع را بدتر می‌کند. گام‌هایی که در این خصوص باید برداشته شود شامل این موارد هستند؛ کشف نارضایتی اعضای خانواده حیطه مصرف مواد و در سایر حیطه‌های زندگی غیر از مصرف مواد، طراحی اهداف و برنامه راهبری مشکلات، کمک به اعضای خانواده در شناسایی و معرفی نمونه‌های تقویت‌کننده برای آن‌ها.

۸. پیشنهاد ورود به درمان به فرد مصرف‌کننده مواد محرک

برای ورود و شروع درمان بیمار باید آماده شود. این آمادگی نیازمند دانش، صبر و مجهزبودن به ابزار و تکنیک‌هایی است که به بیمار و خانواده او کمک می‌کند درمان را آغاز کنند. گام‌های ویژه این مرحله عبارتند از؛ تعیین بهترین زمان و روش برای ارائه پیشنهاد ورود درمان، آماده‌شدن اعضای خانواده برای رویارویی با ردشدن پیشنهادشان، آماده‌کردن مقدمات درمان، پذیرش اولیه در درمانگاه و آغاز درمان بدون تأخیر.

تعهدات اولیه کرافت

کرافت برای اعضای خانواده‌ای طراحی شده که تمایل دارند عزیز مصرف‌کننده موادشان که برای ورود به درمان بی‌انگیزه است را وارد درمان کنند. این برنامه با سایر برنامه خانواده متفاوت است زیرا شرکت فعال و مثبت در درگیرسازی فرد مصرف‌کننده مواد در درمان را در مقابل جداسازی و مواجهه ترویج می‌کند. اعضای خانواده به‌عنوان شریک و همکار ایده‌آل در فرآیند درگیرسازی در درمان لحاظ می‌شوند زیرا دانش وسیع و مهمی درباره فرد مصرف‌کننده دارند و احتمال موفقیت آن‌ها در اثرگذاری بر مصرف‌کننده مواد به لحاظ تماس‌های مکرر با او و سطح بالای انگیزه شخصی بسیار است.

بعضی شرایط شرکت در کرافت

- اعضای خانواده درجه اول، دوست یا مهم باشند.
- حداقل سه روز در هفته با مصرف‌کننده مواد در ارتباط باشند.
- خشونت بیش از حد در کار نباشد.
- علاقه به شرکت در تمام جلسات را داشته باشند.
- دامنه سنی ۱۸ تا ۸۱ سال
- عضو خانواده، خود مصرف‌کننده مواد نباشد.
- سواد ابتدایی داشته باشد.
- در حومه ۶۰ کیلومتری (در دسترس) باشد.
- نداشتن سایکوز (مزمن)

عناصر مداخلات در کرافت

- افزایش آگاهی از پیامدهای منفی مصرف مواد توسط فرد مصرف‌کننده مواد و فواید شخصی ممکن درمان
- آموزش راهبردهای خاص برای اجتناب از موقعیت‌های پرخطر
- آموزش راهبری مشروط برای تقویت رفتار عدم مصرف در سوءمصرف‌کننده مواد و خاموش‌کردن مصرف مواد
- آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اصلاح مهارت‌های ارتباطات در روابط و مشکل‌گشایی
- طراحی برنامه‌ای که در مصرف مواد فرد سوءمصرف‌کننده مداخله و با آن رقابت کند
- تمرین به‌کارگیری راهبردهایی برای دخالت با مصرف مواد واقعی و بالقوه
- آموزش سایر مهارت‌های سازگاری به منظور اصلاح کیفیت زندگی اعضای خانواده نظیر افزایش خود تقویت‌کنندگی اعضای خانواده برای فعالیت‌های خارج از ارتباط

ساختار مداخلات کرافت

حداکثر زمان کرافت در فاز یک، ۶ ماه یا ۱۲ جلسه است به همراه ۲ جلسه اضافه اضطراری با نظر درمان‌گر. کرافت دارای ساختار و راهنمای روش درمان است. به دلیل این‌که احتمال خشونت در گروه مصرف‌کنندگان مواد محرک بالاست تمام اعضای خانواده در همان اوائل درمان، راهبردهایی برای پیش‌گیری و مقابله یا کنارآمدن با آن و موقعیت‌های دارای خشونت فرا می‌گیرند.

کرافت یک روش مبتنی بر شواهد بر اساس شرطی‌سازی عامل است که توسط مطالعات متعددی مورد حمایت قرار گرفته است.

جنبه‌های کرافت

- مشکل محور (حل مسئله و تحلیل عملکرد)
- آموزش مهارت (ارتباطات و ...)
- فعال‌بودن در جلسات (ایفای نقش و تمرینات)
- فعال‌بودن مابین جلسات (تکالیف و پی‌گیری سایر درمان‌ها)
- مهارت در اجرای دستوالعمل‌ها

ویژگی‌های کرافت

تقویت مثبت، نکته اصلی کرافت است و نیاز است به اعضای خانواده تفاوت بین تشویق کنونی و آن‌چه در

کرافت وجود دارد آموزش داده شود. شناسایی پاداش محتمل و از آن مهم‌تر، زمان ارائه پاداش مهم هستند. باید مشخص شود کدام رفتارهای بیمار پاداش می‌گیرند. آیا رفتار مصرف مواد شامل آن‌ها است یا خیر؟ گاهی رفتار مصرف با رفتار خوب خانواده تشویق می‌شود.

رویه درمان در کرافت

گاهی اوقات درمان‌گران از یادگرفته‌های قبلی خود در ارائه درمان‌های جدیدی که فرا می‌گیرند استفاده می‌کنند و گاهاً به ساختار درمان جدید متعهد نمانده و مخلوطی از یادگرفته‌های خود را به‌عنوان درمان جدید ارائه می‌دهند که در نهایت اثربخشی درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درمان‌گر سوءمصرف مواد محرک برای اطمینان از اثربخشی کرافت باید مطمئن باشد بر اساس دستورالعمل کرافت برنامه را به پیش خواهد برد. موارد ذیل باید مورد توجه درمان‌گر قرار گیرد:

۱. از کرافت به‌عنوان یک برنامه منومحور (Menu driven) که عناصر و روش آن بر اساس نیازها و علایق اعضای خانواده انتخاب می‌شود استفاده کند.
۲. از کرافت به‌عنوان یک برنامه مهارت محور (Skills based) استفاده کند که مهارت‌های کلی مانند برقراری ارتباط و حل مسئله را به منظور اثربخشی در حیطه‌های مختلف زندگی فرد آموزش می‌دهد.
۳. این مهارت‌ها به منظور ترویج تغییر در مصرف مواد فرد مصرف‌کننده مواد محرک و تدریجاً اثرگذاری موفق بر او برای ورود به درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد.
۴. شامل مهارت‌هایی برای کمک به تعریف مجدد خوشحالی و معرفی آن در زندگی اعضای خانواده است، صرف‌نظر از این‌که فرد مصرف‌کننده مواد محرک وارد درمان شده یا خیر.
۵. هر چند اساس آن در ابتدا دعوت فرد مصرف‌کننده مواد محرک برای ورود به درمان است ولی بسیار مهم است که تا زمان مناسب صبر شود.

تحلیل عملکرد در کرافت

تحلیل عملکرد بیمار و اعضای خانواده او یکی از ابزارهای اصلی درمان‌گر برای طراحی بهتر درمان و ارائه راهکارهای مؤثرتر است. تحلیل عملکرد باید برای اعضای خانواده کاملاً توصیف شده و منطق آن جا افتاده شود. برای توصیف تحلیل عملکرد می‌توان از موارد ذیل استفاده نمود:

۱. هدف تغییر مصرف مواد در فرد مصرف‌کننده مواد محرک به وسیله تغییر نحوه تعامل اعضای خانواده با فرد مصرف‌کننده مواد
۲. کاهش مصرف مواد در فرد مصرف‌کننده مواد محرک می‌تواند در بهبودی رابطه اعضای خانواده و فرد مصرف‌کننده مواد کمک کند، کما این‌که برای سلامت مصرف‌کننده مواد نیز مفید است، و در نهایت شانس ورود مصرف‌کننده به مواد را افزایش می‌دهد.
۳. در حال حاضر تمرکز بر جمع‌آوری اطلاعات است و به خاطر حفظ ایمنی هیچ تغییر رفتاری از جانب اعضای خانواده نیاز نیست.
۴. اعضای خانواده ایده‌آل‌ترین افراد برای تکمیل فرم تحلیل عملکرد و عمل بر اساس یافته‌های آن هستند چون دانش و میزان تماس با فرد مصرف‌کننده مواد منحصر به فرد است.
۵. در تکمیل تحلیل عملکرد اعضای خانواده مشاهده خواهند کرد که مصرف مواد قابل پیش‌بینی‌تر از آن چیزی است که قبلاً فکر می‌کردند و با این اطلاعات حس جدید و واضح جهت‌یابی و مثبت‌نگری به‌وجود خواهد آمد.

۶. تحلیل عملکرد مشخص‌کننده برانگیزاننده‌های مصرف مواد در فرد مصرف‌کننده مواد
۷. تحلیل عملکرد، ارائه‌دهنده تخمینی از میزان مشکل و مصرف کنونی مواد است و می‌تواند به‌عنوان خط پایه برای اندازه‌گیری پیشرفت درمان باشد.
۸. تحلیل عملکرد پیامدهای کوتاه‌مدت مصرف مواد که توسط فرد مصرف‌کننده تجربه می‌شود را شناسایی کرده و از این طریق مشوق‌های فرد مصرف‌کننده مواد محرک نیز شناسایی می‌شود تا روش‌های سلامت‌تری به‌دست آید.
۹. تحلیل عملکرد پیامدهای منفی مصرف مواد را شناسایی می‌کند تا هنگام جذب فرد مصرف مواد جهت تغییر رفتار به او گوشزد شود

موارد تحلیل عملکرد رفتار مصرف مواد در فرد مصرف‌کننده مواد محرک

- خشونت خانگی/ ارزیابی‌خشونت/ تحلیل عملکرد
- اصلاح مهارت‌های ارتباطی/آموزش ارتباط مثبت/ ایفای نقش
- تقویت مثبت رفتار پاکی و پرهیز/ فهرست تقویت‌کننده‌ها
- استفاده از پیامدهای منفی/ Time out
- استفاده از روش پیامد طبیعی
- روش حل مسئله و مشکل‌گشایی
- غنی‌سازی زندگی افراد خانواده
- ارائه پیشنهاد برای ورود به درمان
- ورود به درمان و پی‌گیری درمان

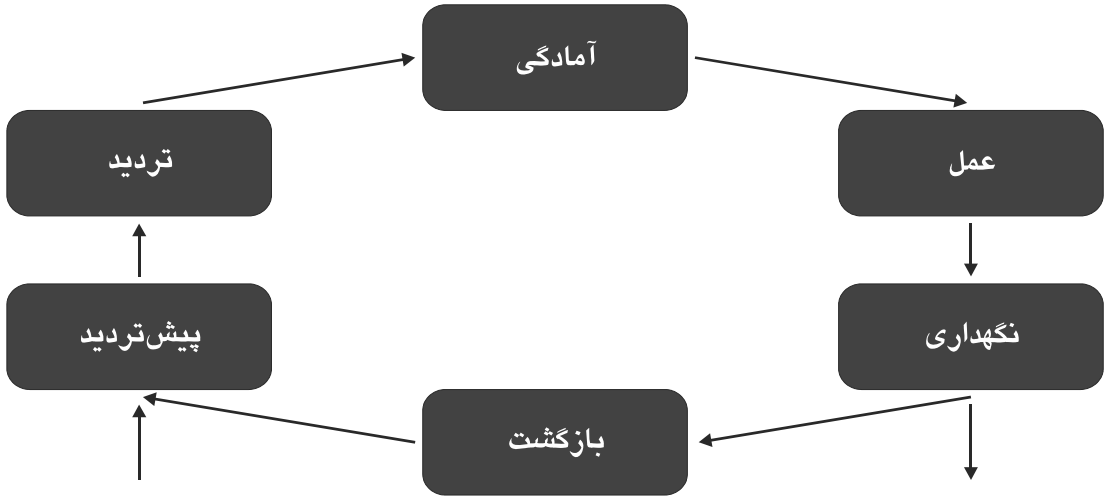
مصاحبه انگیزشی در درمان سوءمصرف مواد محرک

برای فرد مصرف‌کننده مواد محرک، مصرف این نوع مواد به‌طور قابل ملاحظه‌ای پاداش‌آور بوده و به‌عنوان یکی از عناصر اصلی زندگی و حتی زیربنا و اساس سبک زندگی او قرار می‌گیرد. همان‌طور که اشاره شده، گام اول تغییر در جهت کاهش یا توقف مصرف مواد توسط فرد مصرف‌کننده مواد است. قبل از هر چیز فرد مصرف‌کننده مواد محرک نیاز به شناسایی و درک نکاتی دارد که مقدمه هر تغییری در جهت درمان سوءمصرف یا وابستگی به مواد هستند. این نکات شامل موارد ذیل هستند:

- مصرف مواد محرک و رفتار اعتیادگون عامل اصلی و مسبب مشکلات فراوانی است
- مزایا و فواید توقف مصرف مواد/ مزایا و فواید ادامه مصرف مواد محرک
- آسیب و خسارات ناشی از توقف مصرف مواد، خسارات و آسیب ناشی از ادامه مصرف مواد
- حفظ ترک (لذت زندگی هنگام ترک) واقعی و قابل دسترسی است. درمان امکان‌پذیر است
- با وجود شکست‌های گذشته، فرد مصرف‌کننده مواد می‌تواند در توقف مصرف و ماندن در وضعیت عاری از مصرف مواد موفق شود

درمان‌گری که در حوزه درمان مواد محرک فعالیت می‌کند باید با اصول، راهبرد و تکنیک‌های رویکرد انگیزشی آشنا و در استفاده از آنان مهارت‌های لازم را داشته باشد. همان‌گونه که قبلاً اشاره شده ماهیت مصرف مواد محرک چنین است که مصرف‌کنندگان در دوره‌های مختلف مصرف یا سوءمصرف مواد محرک میلی به شروع تغییر و ورود به درمان یا حتی دریافت هر گونه کمک نیستند و این خود شروع‌کننده بسیاری از مشکلات دیگر مانند مشکلات خانوادگی، شغلی یا تحصیلی است.

مداخلات انگیزشی شامل مداخلات نظام‌مند به منظور برانگیختن تغییرات به ویژه بر اساس انگیزه‌های درونی در جهت ورود به تغییر و درمان، کاهش یا قطع



مراحل تغییر

مصرف مواد محرک و پی‌گیری و ادامه درمان است. در این مداخلات حرکت مراجع در مسیر مراحل تغییر بوده و نقش مداخله‌گر (مشاور یا درمان‌گر سوءمصرف مواد محرک) کمک به مراجع برای حرکت در مسیر مراحل تغییر به شیوه تعاملی است. در این درمان مراجع به‌عنوان یک همکار یا شریک در نظر گرفته می‌شود. در واقع مصاحبه انگیزشی یک شیوه درمانی است که برای تعامل با سؤمصرف‌کننده مواد محرک مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به او در حل مسائل مربوط به دودلی کمک کند.

اصول مصاحبه انگیزشی

- اظهار همدلی از طریق گوش‌دادن بازتابی و استفاده از سؤالات باز
- گوشزدکردن تفاوت میان رفتارهای کنونی مراجع و اهداف مهم در زندگی
- اجتناب از بحث و جدل و دوری‌جستن از مواجهه مستقیم
- حمایت خودکارآمدی (self-efficacy) مراجع

مراحل تغییر شامل موارد ذیل هستند:

از آنجا که انگیزه یک نیروی پویا، هدفمند، عامدانه و مثبت به طرف بهترین علائق فرد مصرف‌کننده مواد محرک است باید به نحوی با فرد مصرف‌کننده مواد محرک ارتباط برقرار کرد که در نهایت تغییر و درمان بهترین علاقه فرد شود. افزایش انگیزه، احتمال آغاز درمان، واردشدن به برنامه تغییر و ادامه و پیروی از یک راهبرد تغییر را افزایش می‌دهد.

درمان‌گران سوءمصرف مواد محرک می‌توانند با گسترش و استفاده از یک رابطه درمانی توأم با احترام و هم‌زمان بر اساس رعایت خودمختاری مراجع در میل به تغییر او مؤثر بوده و کمک‌کننده مراجع در همه فرآیند تغییر احساس کند به جای داشتن یک رقیب از همکاری یک شریک و یاور بهره‌مند است.

در درمان سوءمصرف مواد محرک نکته قابل توجه این است که انگیزه فرد مصرف‌کننده مواد به‌عنوان یک صفت مانا و ثابت که یا دارد یا ندارد در نظر گرفته نمی‌شود بلکه درمان‌گر در اثرگذاری بر انگیزه مراجع شانس بسیاری دارد و می‌تواند مراجعی که قصد ورود و شروع درمان را نداشته را به مراجع با انگیزه بالا برای درمان تبدیل کند. در واقع رویکردی که بیان می‌کرد

"اگر مراجع انگیزه‌ای برای تغییر ندارد باید او را رها کرد تا با مشکلات بیشتر و بزرگ‌تر روبه‌رو شده و سرش به سنگ بخورد و در این صورت امکان درمان برای او میسر است" در درمان سوءمصرف مواد محرک ناکارآمد است. نظریه‌های جدید انگیزه تغییر چنین بیان می‌دارند که تغییر خود تحت تأثیر متغیرهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و روحانی (معنوی) است و ظرفیتی که هر فرد برای تغییر نشان می‌دهد به این متغیرها بستگی دارد. این نظریه هم‌چنین بیان می‌دارد که درست است که مسئولیت تغییر بر عهده مراجع است ولی این مسئولیت از طریق یک شراکت درمانی با درمان‌گر تقسیم خواهد شد.

انگیزه بین اهداف متناقض در نوسان است. انگیزه از لحاظ شدت و میزان گیرکردن در پاسخ به مواد شک‌آمیز بسیار متنوع است و با حل موارد شک‌آمیز و روشن‌ترشدن اهداف افزایش می‌یابد. بنابراین انگیزه می‌تواند از یک حالت دودلی، دو پهلو تا یک آمادگی ثابت‌قدم در انجام یا عدم انجام عملی در نوسان باشد.

انگیزه هر فرد متعلق به خودش است و می‌تواند در نتیجه تعامل بین فرد با سایر افراد یا عوامل محیطی باشد. اگر چه عوامل درونی اساس و بنیان هر تغییر هستند ولی عوامل بیرونی شرایط محیاکننده و بستر تغییر هستند. انگیزه هر فرد برای تغییر می‌تواند به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر خانواده، دوستان، عواطف و حمایت اجتماعی باشد. عدم وجود حمایت اجتماعی، مانند موانع برسر مراقبت بهداشتی، شغل، نگاه مردم به مصرف مواد می‌تواند بر انگیزه فرد اثر منفی گذارد.

انگیزه قدرت انتشار و سرایت به همه فعالیت‌ها را دارد و می‌تواند در زمینه‌های مختلف و در همه زمان عملکرد داشته باشد. در نتیجه انگیزه قابل دسترسی است و می‌تواند در بسیاری از نقاط مختلف فرآیند تغییر اصلاح و ارتقاء یابد. مراجع ممکن است قبل از رسیدن به نقطه آخر یا تجربه پیامدهای وحشتناک رفتار خود، از نیاز به تغییر آگاهی یابد. درمان‌گران و سایر افراد می‌توانند انگیزه به تغییر فرد را خیلی قبل از این‌که آسیب جدی، سلامت، ارتباطات و خودپنداره فرد را تهدید کند افزایش دهند.

فواید به‌کارگیری تکنیک‌های افزایش‌دهنده انگیزه در درمان سوءمصرف مواد محرک

- ایجادکردن انگیزه برای تغییر
- آماده‌ساختن مراجع برای واردشدن به درمان
- درگیرساختن و نگاه‌داشتن مراجع در درمان
- افزایش شرکت و دخالت در درمان
- اصلاح برآیندهای درمانی
- تشویق به بازگشت سریع به درمان در صورت بروز مجدد

اساس نحوه برخورد درمان‌گر با فرد مصرف‌کننده مواد محرک

در برخورد با مراجع مصرف‌کننده مواد محرک به ویژه افرادی که میل به شروع و ادامه درمان ندارند یا این‌که به زور فرد دیگری مثلاً یکی از اعضای خانواده برای ملاقات درمان‌گر آورده شده‌اند، استفاده از موارد ذیل کمک‌کننده است.

در وهله اول باید تشخیص داد مراجع مصرف‌کننده مواد محرک در کدام یک از مراحل تغییر قرار دارد و سپس بر اساس اصول و تکنیک‌های مربوط به هر مرحله با او برخورد کرد. نکات کلی در برخورد با مصرف‌کننده مواد محرک شامل موارد ذیل می‌باشد:

- تمرکز بر نقاط قوت مراجع به جای نقاط ضعف
- احترام به خودمختاری و حق تصمیم‌گیری مراجع
- مراجع‌محور و فردی‌کردن درمان
- عدم تحقیر مراجع با استفاده از برچسب‌هایی مانند معتاد و شیشه‌ای
- گسترش شراکت درمانی
- استفاده از همدلی به جای قدرت و حق صاحب اختیاری

- تمرکز بر مداخلات اولیه و مختصر (به ویژه در مراحل اولیه بیماری)
- تمرکز بر درمان‌های با شدت کم (به ویژه در مراحل اولیه بیماری)
- شناخت اختلال سوءمصرف مواد به‌عنوان یک پیوستار
- توجه به مصرف سایر مواد (درک این‌که مراجع بیش از یک ماده را مصرف می‌کند)
- درک این‌که مراجع ممکن است دارای سایر اختلالات همراهی باشد که همه مراحل تغییر را تحت تأثیر قرار دهد.
- پذیرش اهداف درمانی جدید که ممکن است ساده و کوتاه مدت باشند.
- پذیرش مراجع به‌عنوان یک انسان

درمان سؤمصرف مواد محرک یک فرآیند دایره‌گون است و نه یک فرآیند خطی و لغزش و مصرف مجدد مواد ضرورتاً شکست درمان و زیرپا گذاشتن تعهد به تغییر نیست. هرچند که مصرف مجدد مواد خود مرحله جداگانه‌ای نیست بلکه رویدادی است که می‌تواند در هر نقطه از دایره بهبودی اتفاق افتد. مهم است از این لغزش درس‌هایی در جهت پیش‌گیری از وقوع مجدد آن گرفت.

در برخوردهای اولیه، درمان‌گر بر اساس مصاحبه انگیزشی باید:

- همدلی کند.
- به صحبت‌ها به‌طور فعال گوش دهد.
- احترام گذارد (برای پذیرش مراجع و احساسات او).
- برقرارکننده یک رابطه بدون قضاوت و همکارانه باشد.
- به‌عنوان یک مشورت‌کننده حمایت‌گر و دانا باشد.
- پذیرا و حسن‌گو به‌جای انکارکننده ارزش‌ها باشد.
- شنونده به جای گوینده باشد.
- با آرامش ترغیب‌کننده این درک باشد که تغییر امکان‌پذیر بوده و به مراجع بستگی دارد.
- در طی فرآیند بهبودی همیشه حمایت را فراهم آورد.
- گسترش‌دهنده تفاوت‌های بین اهداف و ارزش‌های مراجع با رفتارهای کنونی او باشد.
- از بحث، جدل و مواجهه مستقیم اجتناب کند.
- با مقاومت مراجع سازگار شود و به جای ایستادن در مقابل، آن را دور بزند.
- خودکارآمدی و مثبت‌نگری را حمایت کند.

جنبه‌های انگیزشی در درمان سوءمصرف مواد محرک

✓ *تمرکز روی شایستگی‌ها و توانایی‌های مراجع*

معمولاً درمان روی نقص‌ها و محدودیت‌های مراجع تمرکز داشته ولی به‌عنوان درمان‌گر سوءمصرف مواد محرک باید تأکید فراوان بر شناسایی و افزایش توانایی‌ها و شایستگی‌های مراجع باشد. مهم است مراجع را تأیید کرده و بر حق انتخاب آزاد مراجع، حمایت و توانمندکردن، خودکارآمدی، و تشویق مثبت‌نگری مراجع که احتمالاً حاصل آن تغییر خواهد بود، تأکید کرد.

✓ *درمان فردی شده و مراجع محور*

متأسفانه در بسیاری از درمان‌های رایج کشور، مراجعان صرف نظر از نوع مشکلات، شدت مشکلات، شکل و میزان وابستگی به مواد درمان‌های استاندارد شده یکسان و یک شکلی را می‌گرفتند. درمان سوءمصرف مواد محرک باید بر اساس نیازهای فردی مراجع باشد که به دقت و به‌طور جامع در شروع درمان مورد ارزیابی‌قرار گرفته شده و در طرح درمان منعکس

شده است. برآیند مثبت درمان با سیاست‌های درمانی انعطاف‌پذیر و تمرکز بر نیازهای فردی مراجع رابطه مثبتی دارد. دادن حق انتخاب راجع به گزینه‌های مختلف درمان مناسب و مطلوب به جای تجویز و تحمیل درمان برای مراجع سبب شده تا در نتایج درمانی بهبودی حاصل شود.

✓ دوری‌جستن از برچسب

انگ‌زدن و گذاردن برچسب‌هایی مانند شیشه‌ای، کوکی، موادی، شیمیایی و قرصی بر مراجع، به یک صفت غیردرمانی در او تبدیل خواهد شد. چنین برچسب‌هایی علاوه بر تحقیر مراجع ممکن است احتمال تکرار رفتارهای اعتیادگون را افزایش دهد. در درمان در حیطه مصرف موادمحرک روندی در جریان است که از برچسب‌زدن به فرد سوءمصرف‌کننده مواد محرک اجتناب شود. این همان رویکردی است که در ارتقاء انگیزه مؤثر خواهد بود.

✓ مشارکت درمانی برای تغییر

فعال‌سازی و شرکت‌دادن مراجع در درمان بسیار حیاتی است. درمان تماماً یک مشارکت است که در آن مراجع و درمان‌گر روی اهداف درمانی، نحوه کار با یکدیگر، راهبردهایی که آن‌ها را به اهداف می‌رساند موافقت دارند.

با این نگاه مراجع یک شریک فعال در طراحی درمان است. درمان‌گری که از راهبردهای انگیزشی استفاده می‌کند، ارتباط درمانی مناسب با مراجع به وجود آورده و اهداف و راهبردهای مورد نظر را با کمک مراجع بررسی و انتخاب می‌کنند.

مراجع مسئولیت‌هایی را برای به وجودآوردن تغییر بر عهده دارد و تلاش می‌شود در این زمینه فعال باشد، خواه با کمک درمان‌گر، خواه بدون کمک درمان‌گر. اگرچه راهبردهای انگیزشی عباراتی را در ذهن مراجع، راجع به طرح تغییر به وجود می‌آورد ولی نباید از شناسایی واقعیات زیست شناختی مانند دارابودن آمادگی و استعداد ژنتیکی به سوءمصرف یا وابستگی به مواد و تأثیرات قدرتمند مواد روی مغز که هر دو می‌توانند مشکلات قابل توجهی را برای تغییر به وجود آورند غافل شد.

✓ استفاده از همدلی و به کار نگرفتن قدرت یا حق صاحب اختیاری

درمان‌های سنتی تحت عنوان دیسیپلین‌درمانی این اختیار را برای خود قائل‌بودند که حتی درمان مراجع را به‌عنوان جریمه به دلیل عود، مصرف مواد، و داشتن آزمایش مثبت متوقف کرده یا مانع تغییر مرحله درمانی او شوند ولی در درمان سوءمصرف مواد محرک، سطح بالایی از خصوصیات همدلانه درمان‌گر که ممکن است از طریق گوش‌دادن فعال، حمایت و پذیرش گرم نشان داده شود مورد نیاز است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، خصوصیات و ویژگی‌های درمان‌گر می‌تواند انگیزه مراجع را افزایش دهد. این ویژگی‌ها شامل مهارت‌های بین فردی مناسب، اعتماد به فرآیند درمانی، ظرفیت پذیرش مراجع تحت هر شرایط و مثبت‌نگری نسبت به این‌که تغییر امکان‌پذیر است هستند.

✓ تمرکز و مداخلات اولیه

در نظام درمانی شاید به دلیل محدودیت در ارائه خدمات، اولویت پذیرش درمان با افرادی است که در ابتدا از بیماری مزمن و خیلی سخت رنج می‌برند. یعنی بسیاری از بیمارستان‌های روانی چنان‌چه بیمار از توهم و هذیان رنج نبرد، او را بستری نمی‌کند.

اگر مراجعان در درمان موفق نشوند یا همکاری نکنند، بدون انگیزه تلقی شده و از درمان اخراج خواهند شد. در درمان سوءمصرف مواد محرک، برنامه‌های درمانی متعددی تحت عنوان مداخله اولیه برای افرادی که مصرف مواد در آن‌ها مشکل‌ساز و نه خیلی جدی شده است فراهم آمده است. مداخلات اولیه با دامنه‌ای از برنامه‌های آموزشی تا مداخلات مختصر برای استفاده در موقعیت‌های درمانی مختلف مانند

درمانگاه‌های اعتیاد و مراکز مشاوره، تغییر در رفتار و ارجاع برای درمان مشکلات همراه قابل اجرا است.

بعضی از برنامه‌های مداخلات اولیه موفق به منظور آشتی‌دادن مراجعی که هنوز از مشکلات مربوط به مصرف مواد خود آگاه نیست از راهبردهای انگیزشی بهره می‌برد.

✓ تمرکز کمتر بر درمان‌های شدید

استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت و خفیف می‌تواند مانند درمان‌های شدید مؤثر واقع شوند. موضوع «شدت» درمان موضوع مبهمی است زیرا مشخص نیست کدام‌یک از موضوعات مانند مدت، میزان، هزینه یا حتی محتوای خدمات درمانی مورد نظر است. استفاده از رویکردهای انگیزشی بهتر است به محض برقراری اولین تماس مراجعه با درمان‌گر، حتی در زمان کوتاه انجام گیرد. زیرا در این حالت هنوز احتمال تحت تأثیر قراردادن انگیزه و برانگیزاندن تغییر وجود دارد.

✓ شناخت مشکلات سوءمصرف مواد به‌عنوان یک پیوستار

سوءمصرف مواد محرک به‌عنوان شرایط پیشرونده‌ای است که اگر درمان نشده باقی بماند به‌طور غیر قابل اجتنابی منجر به وابستگی شدید، آسیب‌های روان‌پزشکی جدی و حتی مرگ زود هنگام می‌شود. درمان‌گران چنین دریافتند که اختلال سوءمصرف مواد محرک در طی یک پیوستار ظاهر می‌شود. مضاف بر این‌که پیشرفت در جهت افزایش شدت اختلال امری خودبه‌خودی نیست. بسیاری از افراد هیچ‌گاه از مصرف خطرناک پیشتر نرفتند و عده‌ای هم دوره‌های متناوبی از ترک، مصرف شدید و وابستگی را تجربه کرده‌اند. بهبودی یک فرآیند چند بعدی است که از هر شخص تا شخص دیگر متفاوت بوده و حتی در یک شخص نیز در طی زمان متفاوت است. راهبردهای انگیزشی می‌توانند در همه مراحل تغییر از مصرف تا وابستگی به مواد برای فرد مصرف‌کننده اجرا شود. در اینجا متغیر اصلی شدت الگوی مصرف مواد نیست بلکه میزان آمادگی مراجعه برای تغییر است.

✓ پذیرش اهداف جدید درمان

در این درمان تمرکز تماماً بر متوقف‌ساختن مصرف مواد در مراجع و آغاز درک طبیعت اعتیاد خود است. اهداف درمانی مقیاس وسیع زیستی، روانی، اجتماعی را به خود اختصاص داده‌اند، اهدافی نظیر کاهش مصرف مواد، افزایش سلامتی و اصلاح عملکرد روانی، اجتماعی، اصلاح ثبات شغلی و کاهش فعالیت‌های مربوط به جرم و جنایت. بهبودی نیز خود چند جانبه و رسیدن به آن می‌تواند تنها در یکی از جنبه‌های زندگی مراجع باشد و نه حتماً در همه جوانب زندگی. مهم است بدانیم رسیدن به هدف ترک مواد محرک حتماً به معنی اصلاح عملکرد زندگی مراجع نیست.

راهبردهای انگیزشی به مراجع کمک می‌کنند تا بتواند اهدافی که برای زندگی او مهم است را انتخاب و در جهت آن قدم بردارد. این اهداف ممکن است شامل کاهش مصرف مواد و رساندن آن به سطحی باشد که خطر کمتری دربر داشته باشد، هرچند که هدف نهایی مراجع ترک کامل مصرف مواد بوده است. در این حالت مراجع تشویق می‌شود تا روی ارزش‌ها و اهداف فردی نظیر آرمان‌های معنوی (spiritual aspiration) و اصلاح ارتباطات بین‌فردی مهم مانند ازدواج تمرکز کند.

همان‌طور که اشاره شد انگیزه و تغییر فردی به‌طور ناگسستنی با یکدیگر متصلند. پس هر چه بیشتر و بهتر درک کنیم چگونه افراد بدون کمک حرفه‌ای تغییر می‌کنند بهتر قادر خواهیم بود اقدامات و مداخلاتی طراحی کنیم که رفتارهای ناسازگارانه و غیر سالم مراجع را تغییر دهد. نکته قابل توجه این است که تغییر فرآیند است و نه برآیند. تغییر همه روزه در

محیط طبیعی و در میان همه مردم، در ارتباط با بسیاری از رفتارها و بدون دخالت اقدامات حرفه‌ای صورت می‌پذیرد.

پنج راهبرد کمک‌کننده در مصاحبه انگیزشی در درمان سوءمصرف مواد محرک:

۱. سؤالات پایان باز بپرسید. سؤالات پایان باز را نمی‌توان با پاسخ‌های کوتاه تک‌کلمه‌ای یا تک‌جمله‌ای جواب داد. به‌طور مثال به‌جای این‌که بپرسید "آیا مصرف شیشه را دوست دارید؟" می‌توانید بپرسید "می‌توانی درباره بعضی چیزهایی که باعث شده تو به مصرف شیشه علاقه‌مند شوی توضیح دهید؟"

۲. به‌صورت بازتابی به صحبت‌های مراجع گوش دهید. به‌وسیله بازتاب‌دادن صحبت‌های مراجع به خودش به او نشان دهید که صحبت‌های او را شنیده و درک کرده‌اید.

۳. دستاورد جلسه مشاوره را خلاصه کنید. لازم است در جریان مصاحبه هر چند وقت یک بار نتیجه‌گیری‌هایی که تا آن زمان انجام گرفته را جمع‌بندی و خلاصه کنید.

۴. تأیید کنید. نقاط قوت، انگیزه، نیات و پیشرفت مراجع را حمایت کرده و درباره آن اظهارنظر مثبت کنید.

۵. برانگیزاننده عبارات خود انگیزشی باشید. هم صدای نگرانی‌های فردی و نیات مراجع باشید به جای این‌که سعی کنید مراجع را ترغیب کنید که حتماً تغییر باید صورت پذیرد.

کمک به مراجع در دیدن ارتباط بین مصرف مواد و پیامدهای منفی به خودشان یا دیگران یکی از راهبردهای مهم انگیزه است. تقویت مثبت یا منفی نیز می‌توانند بر تغییر انگیزه مؤثر باشد. داشتن یک دوست همدل و حمایت‌گر و پاداش نیز می‌توانند انگیزه تغییر را تحریک کنند.

مهم‌ترین و بهترین صفات برای درمان‌گر شامل گرم، دوستانه و مهربانانه‌بودن، احترام‌گذاشتن و تأیید و همدلی‌کردن است. برخورد مواجهه‌ای در رویکردهای مستقیم ممکن است مقاومت و در نتیجه برآیند ضعیف را در پی داشته باشد در حالی که شیوه مراجع محور، حمایت‌گرانه و همدلانه که از تکنیک‌هایی مانند گوش‌دادن بازتابی و پی‌گیری و تعقیب آرام استفاده می‌کند مقاومت کمتری را بر می‌انگیزاند.

وظیفه درمان‌گر برای افزایش انگیزه شامل کمک و تشویق مراجع به شناسایی مشکل و رفتار مشکل‌ساز با استفاده از ابزاری مانند تشویق و به وجودآوردن ناهمگونی شناختی است تا این‌که تغییر مثبت بهترین علاقه او شده و فرد کاملاً احساس شایستگی و لیاقت برای تغییر کند و بتواند برنامه تغییر را طراحی و بر اساس آن فعالیت را آغاز کرده و از راهبردهایی استفاده کند که بازگشت رفتار مشکل‌ساز را مانع شود.

درمان‌گر باید بداند:

- انگیزه پویا است و در همه‌حال و در موقعیت‌های مختلف شکننده و متغیر است. به‌عبارت دیگر انگیزه یک صفت مانا یا ایستا نیست و در هر لحظه می‌تواند تغییر یابد.
- انگیزه بین اهداف متناقض و مختلف در نوسان است که همان دودلی است. مثلاً دودلی در ادامه مصرف یا قطع مصرف مواد.
- شدت دودلی در موارد شک‌آمیز بسیارمتغیر است و برای افزایش انگیزه باید موارد شک‌آمیز حل و اهداف روشن‌تر شوند. بنابراین انگیزه می‌تواند از یک حالت دودلی و تردید تا آمادگی ثابت‌قدم در انجام یا عدم انجام عملی در نوسان باشد.
- سطح استرس و آشفتگی مراجع ممکن است در انگیزه تغییر یا جست‌وجوی راهبردهای تغییر نقش داشته باشد. به‌طور مثال بسیاری از افراد بعد از تجربه دوره‌هایی از اضطراب و افسردگی شدید ممکن است به جست‌وجوی تغییر برآیند.

- شناسایی پیامدهای منفی، آسیب‌ها یا صدماتی که مراجع تجربه یا به دیگران وارد کرده در انگیزه‌مندکردن او برای تغییر کمک‌کننده است.
- کمک به مراجع در درک ارتباط بین مصرف مواد و پیامدهای منفی آن در زندگی او یکی از راهبردهای مهم افزایش انگیزه است. هم‌چنین تقویت مثبت یا منفی نیز می‌تواند بر تغییر انگیزه مؤثر باشد. دارابودن یک یار همدل و حمایت‌گر به همراه استفاده مناسب از پاداش می‌تواند انگیزه تغییر را تقویت کند.
- برای تغییر انگیزه مهم‌ترین و بهترین صفات برای فرد مشاور یا درمان‌گر عبارتند از گرم و دوستانه بودن، صمیمی و مهربان بودن، احترام‌گذاشتن و تأیید و همدلی‌کردن. برخورد مواجهه‌ای در رویکردهای مستقیم ممکن است مقاومت مراجع را دامن زده و در نتیجه برآیند درمان را ضعیف کند در حالی که به‌کارگیری شیوه مراجع‌محور، حمایت‌گرانه و همدلانه که از روش‌هایی مانند گوش‌دادن بازتابی و پی‌گیری و تعقیب آرام بهره می‌جوید مقاومت کمتری را در مراجع برمی‌انگیزاند.

فواید به‌کارگیری تکنیک‌های افزایش‌دهنده انگیزه

- ایجاد انگیزه برای تغییر
- آماده‌ساختن مراجع برای ورود به درمان
- درگیرساختن و نگاه‌داشتن مراجع در درمان
- افزایش شرکت فعال در درمان
- افزایش برآیند مثبت درمانی
- تشویق به بازگشت سریع به درمان در صورت بازگشت (عود)

دودلی مصرف‌کننده مواد محرک

درمان‌گر در مصاحبه انگیزشی با دودلی مراجع روبه‌رو خواهد شد که نیاز است موارد ذیل را به‌خاطر داشته باشد.

- دودلی درباره مصرف مواد محرک یا تغییر، حالتی هنجار است و در فرآیند بهبودی، موانع انگیزشی فراوانی را سبب می‌شود.
- دودلی با کار روی انگیزه‌ها و ارزش‌های مراجع کمتر خواهد شد.
- رابطه درمانی بین مراجع و درمان‌گر یک همکاری مشترک برای استفاده از تخصص‌های هر دو طرف درمانی است.
- مشاور با اتخاذ یک شیوه مشاوره همدلانه، حمایت‌کننده و غیرمستقیم، می‌تواند شرایطی را مهیا سازد که تغییر در آن امکان‌پذیر باشد (بحث مستقیم و مواجهه پرخاشگرانه سبب افزایش دفاع مراجع و کاهش احتمال تغییر می‌شود).

مراجع در مراحل مختلف تغییر

در مرحله پیش‌تأمل برای ترویج تغییر باید آگاهی و دانش مراجع را افزایش داد. برای حل دودلی، مراجع در مرحله تأمل باید تغییر مثبت را در وضعیت کنونی انتخاب کند. در مرحله آمادگی باید راهبردهای بالقوه تغییر را شناسایی و بهترین و مناسب‌ترین آن را بر اساس شرایط خود انتخاب کند. در مرحله عمل باید راهبردهای تغییر را به کار برد. این مرحله همان مرحله آغاز رسمی درمان سوءمصرف مواد است. در طی مرحله نگهداری مراجع باید مهارت‌های جدید را در خود گسترش دهد تا به نگهداری بهبودی و شیوه زندگی سالم کمک کند. مضافاً این‌که در صورت بازگشت مشکل سوءمصرف باید هر چه سریع‌تر درمان مجدد و روند بهبودی را آغاز و وارد فرآیند تغییر شود.

مشاور/درمان‌گر می‌تواند از راهبردهای

متعادل‌کننده تصمیم برای کمک به مراجعی که درگیر بررسی جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد است استفاده کند. البته هدف نهایی کمک به مراجع جهت شناسایی و ارزیابی‌جنبه‌های منفی مصرف مواد برای رسیدن به رفتار سودمند است. تکنیک‌های تمرین متعادل‌سازی تصمیم شامل موارد ذیل می‌باشند:

- خلاصه و ساده‌کردن نگرانی‌های مراجع
- کشف مضرات و فواید رفتارهای اعتیادگون
- شناسایی بازخوردها از ارزیابی‌های قبلی
- بررسی درک مراجع از تغییر و انتظار از درمان
- نمایان‌سازی ارزش‌های بیمار در ارتباط با تغییر

در این فرآیند تأکید بر انتخاب شخص مراجع و مسئولیت‌پذیری او برای تغییر است. وظیفه درمان‌گر کمک به مراجع برای انتخاب بهترین راه است که از طریق کشف و هدف‌گذاری میسر خواهد بود. هدف‌گذاری بخشی از مرحله کشف و فعالیت‌های پیش‌بینی‌کننده است که مخصوص مرحله آمادگی است. فرآیند گفت‌وگو راجع به هدف‌گذاری و اجرای آن تعهد به تغییر را قدرتمند می‌سازد. بیشترین استفاده از شیوه مشاوره انگیزشی در طی مراحل پیش‌تأمل تا آمادگی است، همان‌جایی که حرکت جهت تغییر رفتاری آغاز می‌شود. بعضی درمان‌گران بر این باورند که درمان باید عمل‌محور سوءمصرف مواد محرک باشد و نیازی به استفاده از راهبردهای انگیزشی نیست. این باور می‌تواند به دو دلیل درست نباشد.

- اول این‌که ممکن است مراجع هنوز نیازمند میزان قابل توجه حمایت و تشویق به ماندن در برنامه انتخاب شده یا دوره درمان باشد. حتی بعد از پایان درمان موفقیت‌آمیز نیز افراد ممکن است نیازمند حمایت و تشویق به نگهداری دست‌آوردها و شناسایی نحوه راهبری و گذر از بحران‌هایی هستند که مشکلات رفتاری را به دنبال دارند.
- دوم این‌که بسیاری از مراجعان در مرحله عمل کماکان دودل مانده یا در سطوح مختلف مرحله تأمل سرگردان هستند. مضاف این‌که مراجعی که در مرحله عمل است به ناگهان با واقعیت قطع یا کاهش مصرف مواد روبه‌رو می‌شود. این بخش سخت‌تر از بخش‌های دیگر است.

شرکت مراجع در فرآیند درمان می‌تواند توسط راهکارهای مورد استفاده درمان‌گر افزایش یابد. درمان‌گر باید موارد ذیل را رعایت کند:

- ایجاد و گسترش یک رابطه حمایتی با مراجع
- القاء مراجع به اهمیت نقش او در فرآیند درمان
- کشف انتظارات و توقعات مراجع از درمان و تعیین تفاوت وضعیت موجود با وضعیت مطلوب
- آماده‌کردن مراجع برای درک این‌که شرمساری، مشکلات عاطفی، لحظات ناخوشی و ناراحتی وجود خواهند داشت و این لحظات بخشی از فرآیند هنجار درمان و بهبودی است
- کشف و حل موانع درمان
- افزایش هم‌نوایی و هم‌خوانی بین انگیزه‌های درونی و برونی مراجع
- تغییر رفتارهای متناقض درمان که ناشی از دودلی هستند
- نشان‌دادن نگرانی مداوم و علاقه به تشویق مراجع به ماندن در برنامه درمانی

درمان‌گر می‌تواند با رعایت موارد ذیل به مراجعی که در مرحله عمل است به‌طور مؤثر کمک کند:

- درگیرساختن مراجع در درمان و تقویت اهمیت به حفظ بهبودی
- حمایت یک دیدگاه واقع‌بینانه از تغییر از طریق برداشتن قدم‌های کوچک
- شناساندن مشکلات به مراجع در مراحل اول تغییر
- کمک به مراجع در درک، شناسایی و استفاده از منابع لذت‌بخش بدون مصرف (عاری از) مواد
- حمایت ازتغییر سبک زندگی

- تأیید توانایی و خودکارآمدی مراجع
- کمک به مراجع در تمرین و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای جدید

در مرحله تأمل هنگامی که افراد از وجود مشکلات خود آگاه می‌شوند به درکی می‌رسند که ممکن است سبب حرکت به طرف تغییر شود. در این مرحله دودلی اتفاق می‌افتد. دودلی حالت تجربه هم‌زمان دو احساس راجع به تغییر یا عدم تغییر است.

واقعیت این است که در اختلال سوءمصرف مواد محرک، افراد معمولاً از بخشی از رفتار مشکل‌ساز مصرف مواد خود آگاه هستند ولی کماکان به مصرف خود ادامه می‌دهند. آن‌ها گاهاً خواهان توقف مصرف مواد خود هستند ولی در همان زمان مصرف خود را متوقف نمی‌کنند. در این حالت ممکن است وارد درمان شوند ولی مشکلات خود را به حد کافی جدی نمی‌دانند. این احساس ناامیدکننده همان دودلی است که صرف نظر از میزان حالت آمادگی مراجع، طبیعی است. بسیار مهم است که دودلی مراجع را شناسایی و قبول کرد، زیرا دودلی اغلب یک مشکل اصلی است و ناشی از عدم انگیزه است. اگر دودلی به‌عنوان انکار یا مقاومت تعبیر شود، احتمال این‌که ناسازگاری میان مراجع و درمان‌گر اتفاق افتد بیشتر خواهد شد. بهترین نقطه شروع درمان این است که به مراجع کمک شود تا دودلی طبیعی خود را راهبری کند. هم‌زمان با آغاز درمان استفاده از این راهبرد گشایشی سبب می‌شود که مراجع از حمایت درمان‌گر اطمینان حاصل کند. تنها در این حالت است که درمان‌گر قادر خواهد بود دودلی را در یک موقعیت امن کشف کند.این راهبرد از مشاوره مراجع‌محور اقتباس شده و هدف آن کمک به مراجع در جهت کشف دودلی و علت تغییر است.

مرحله تأمل معمولاً مرحله تناقض‌آمیز تغییر و دودلی است که این مرحله را به یک مرحله مزمن و شرایط به شدت ناکام‌کننده تبدیل می‌کند. موضوع قابل توجه این است که علاقه به تغییر به معنای تعهد به حفظ آن نیست. دودلی مشکل اصلی در تعهد به تغییر و عامل اولیه تردید مراجع است. کمک به مراجع برای کار روی دودلی، شناسایی و پیش‌بینی موانع، کاهش مطلوبیت رفتارهای مشکل‌ساز و به‌دست‌آوردن احساس خودکارآمدی در مقابله با این مشکل خاص از راهبردهای مهم و مناسب در همه مراحل است که لازم است درمان‌گر از آن استفاده کند.

درمان‌گر باید در نظر داشته باشد یکی از روش‌های رفع دودلی مراجع، توصیف تجارب مشابه مراجعان قبلی درخصوص دودلی قوی آنان است. مراجعان نیازمند این اطمینان‌اند که بسیاری از افراد که به این مرحله رسیده بودند نیز از چنین دودلی آسیب دیده ولی با ادامه کار بر کشف و حل آن‌ها مسیر بهبودی را طی کردند.

نشانه‌هایی که تداوم دودلی و عدم آمادگی را نمایان می‌سازند

- لغو جلسات ویزیت یا رهاکردن زودهنگام درمان
- مراجع احساس کند که با زور یا اجبار به درمان آورده شده است.
- بی‌ثباتی مراجع در تصمیم‌گیری راجع به برنامه آینده
- شک مراجع در مورد زمان پذیرش، ملاقات درمان‌گران و عدم اطمینان از پیروی برنامه درمانی
- عدم اطمینان مراجع از احساس اعتماد به نفس درباره توانایی تغییر مثبت
- رنجش مراجع از تکمیل فرم‌های پذیرش و ارزیابی
- مشکل در بیان احساسات و اطلاعات شخصی توسط مراجع

فعال‌سازی رفتار

فعال‌سازی رفتاری، مداخله مقدماتی است که با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری، مراجع را برای تکمیل درمان‌های پیشرفته‌تر آماده می‌کند. اساس این مداخلات بر افزایش امید، اعتماد به نفس، خودکارآمدی مراجع با چیره‌شدن بر مشکلات اولیه رفتاری و فعال‌تر شدن در زمینه اخذ مسئولیت درمان در آغاز درمان است. بعضی از ویژگی‌های این مداخلات شامل موارد ذیل هستند.

درمان با توانایی پیش‌بینی و ساختار بالا

- مداخلات مستقیم، صریح، روشن، همراه با شیوه ارتباطی و آموزشی مناسب
- برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و اهداف انتخاب شده توسط درمان‌گر با کمک مراجع
- مشخص‌بودن و خاص‌بودن مداخلات
- توقف یا کاهش مصرف مواد
- فعال‌ترشدن و ساختارمندکردن فعالیت‌های روزانه
- گسترش روابط و تماس‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی از طرف اعضای سالم خانواده و دوستان غیر مصرف‌کننده مواد
- شکل‌دهی روابط اجتماعی که حمایت‌کننده درمان و بهبودی (نگهداری پرهیز، حفظ پاکی و ترک به جای مصرف مواد محرک) باشند.
- درگیرسازی مراجع به فعالیت‌های بهبودی‌محور مانند گروه‌های خودیاری
- استفاده از آموزش مراجع درخصوص نگهداری پرهیز و حفظ ترک تا حد ممکن از طریق درمان علامتی با دارو، مشاوره حرفه‌ای، گروه‌های خودیاری، تغییر سبک زندگی، فعال‌سازی مراجع برای مشارکت در طی‌کردن فرآیند بهبودی، و درک بهتر از فرآیند، عناصر و فواید بالقوه درمان توسط مراجع

عناصر فعال‌سازی رفتار

عناصر فعال‌سازی رفتار عبارتند از تدوین، فرموله و خلاصه‌کردن فعالیت‌های مراجع، توجه به انجام فعالیت‌ها در راستای حل مشکلات حاضر و کنونی و بر اساس محدودیت زمانی، تأکید بر کار بر روی حیطه‌های مربوط به مشکلات و وابستگی نظیر مصرف مواد محرک، خُلق، تعاملات اجتماعی، شغل یا کار و سایر فعالیت‌های روزانه، اهداف آنی، دانش مربوط به درمان سوءمصرف مواد محرک و انگیزه درمان.

کارآمدی فعال‌سازی رفتار

مراجعی که تحت فعال‌سازی رفتاری قرار می‌گیرد:

- می‌تواند به‌تدریج مصرف مواد محرک را کاهش دهد.
- به دوره‌های ترک و پاکی اولیه (با میانگین ۴ هفته در طی ۶ هفته آغازین درمان) دست می‌یابد.

هم‌چنین درمان‌گر با تأکید و تمرکز بر فعال‌سازی رفتار می‌تواند مراجع را در موارد ذیل ترغیب کند:

- فعال‌شدن در فعالیت‌های سالم و غیر مرتبط با مصرف مواد محرک(کار یا تحصیلات)
- صرف زمان قابل ملاحظه با خانواده و دوستان سالم و غیر مصرف‌کننده مواد محرک
- فعال‌شدن در برنامه‌های کمک‌کننده و درمان‌محور مانند خودیاری یا معتادان گمنام

خودکارآمدی

باورهای مراجع در مورد توانایی حل مسائل، انجام وظیفه یا عملکرد موفق خود را خودکارآمدی می‌نامند. در واقع خودکارآمدی یک توانایی کلی برای مقابله مراجع با محیط خود و بسیج‌کننده مهارت‌های

شناختی و رفتاری مورد نیاز برای کنترل چالش‌های محیط اوست.

بنابراین اگر خودکارآمدی وجود نداشته یا پایین باشد، عملکرد مراجع ناکارا و نامؤثر است حتی اگر بداند چه باید کرد.

از این رو وظیفه درمان‌گر از همان آغاز فرآیند درمان، افزایش خودکارآمدی مراجع است. به منظور افزایش خودکارآمدی باید اهداف ساده و قابل دسترسی مراجع را درنظر داشت و پس از نیل به آن‌ها مراجع را تشویق کرد.

درمان‌گر باید:

- بر اهمیت خودکارآمدی تأکید ورزد
- احساس این‌که کنترل امکان‌پذیر است را گسترش دهد
- بر افزایش احساس خودراهبری شخصی تمرکز کند
- از همه فرصت‌ها برای برنامه‌ریزی استفاده کند
- رفتارهای مقابله‌ای مناسب را تمرین دهد

فصل ۳

ارزیابی و طرح درمان

ارزیابی مراجع مصرف‌کننده مواد محرک و طرح درمان

هرگونه مداخله درمانی با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب آغاز خواهد شد. ولی پس از برقراری رابطه درمانی لازم است هر مراجعی که دارای مشکل سوءمصرف یا وابستگی به مواد محرک است مورد ارزیابی کامل قرار گیرد. تاریخچه مصرف مواد، جزئیات قابل توجهی از مصرف مواد یا سایر مواد شیمیایی مانند داروها یا الکل را در اختیار درمان‌گر قرار می‌دهد. استفاده از تاریخچه یکی از بهترین روش‌های شناسایی و کنارآمدن با افکار مراجع است. نکته قابل توجه در درمان سوءمصرف مواد محرک این است که نیاز مراجعان در هر حیطه از مشکلاتی که تجربه می‌کنند یا مصرف هر یک از موادی که در زندگی آن‌ها مشکلاتی را به دنبال آورده، شناسایی خواهد شد و برای هریک از آن‌ها برنامه یا راهکار هدفمند طراحی می‌شود.

بیشتر مراجعان مصرف‌کننده مواد محرک در بیان تاریخچه مشکلات و مصرف خود درجه‌ای از پنهان‌کاری را خواهند داشت. به خاطر داشته باشید این مراجعان با انکار موارد به‌طور کامل آگاه نیستند. درمان‌گر باید آماده باشد تا هنگام رویارویی با عدم صداقت کامل مراجع، با او برخورد مناسب کند.

ارزیابی یک فرآیند نظام‌مند تعامل با فرد برای مشاهده، سنجش و کنار هم قراردادن تدریجی اطلاعات مورد نیاز و مربوط به منظور حل مشکلات کنونی و آینده اوست.

این فرآیند داری پنج مرحله است:

- کشف
- طبقه‌بندی
- ارزیابی عملکرد
- تحلیل عملکرد

- طراحی درمان

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی

- مصاحبه چهره به چهره
- مصاحبه نیمه ساختاریافته و مصاحبه ساختاریافته
- آزمون‌های مداد کاغذی
- ارزیابی رایانه‌ای

ابزارهای ارزیابی

استفاده از ابزارهای تشخیصی برای تشخیص سوءمصرف مواد و ارزیابی‌در سایر زمینه‌ها مفید خواهند بود.

- مقیاس شدت اعتیاد Addiction Severity Index (ASI)
- نیم‌رخ اعتیاد مادزلی Maudsly Addictiom Profile (MAP)

در درمان سوءمصرف مواد محرک استفاده از ابزارهایی مانند مقیاس شدت اعتیاد (ASI) که حیطه سنجش آن‌ها وسیع است و ابعاد مختلفی را مانند وضعیت پزشکی، وضعیت شغلی/ حمایتی، مصرف مواد و الکل، وضعیت قانونی، تاریخچه خانوادگی، روابط اجتماعی/ خانوادگی و وضعیت روان‌پزشکی می‌سنجد، یا نی‌مرخ اعتیاد مادزلی (MAP) که اطلاعات فردی، مصرف مواد، رفتارهای خطرناک، سلامتی جسمی و عملکرد فرد اجتماعی را می‌سنجد بسیار توصیه می‌شود.

حیطه‌های ارزیابی

به‌طور کلی قبل از هر اقدام دارویی یا غیر دارویی نیاز است همه مراجعان در از لحاظ موارد ذیل ارزیابی‌شوند:

- مقاومت یا پذیرش درمان/ انگیزه
- مسمومیت حاد و مشکلات ترک
- مشکلات و شرایط زیستی/ پزشکی
- مشکلات و شرایط عاطفی/ رفتاری (روان‌پزشکی)
- مصرف مواد و الکل، خطر بالقوه ادامه مصرف یا بازگشت
- محیط زندگی و بهبودی

مقاومت یا پذیرش درمان / انگیزه

- آیا بیمار نسبت به درمان اعتراض دارد؟
- آیا بیمار احساس می‌کند که به اجبار یا با زور وارد درمان شده است؟
- آیا اطاعت بیمار از درمان تنها به خاطر اجتناب از پیامدهای منفی است یا دارای انگیزه درونی نیز می‌باشد؟

مسمومیت حاد و مشکلات ترک

- آیا بیمار مصرف بیش از حد شیشه داشته؟ در سطح کنونی مسمومیت چه خطری بیمار را تهدید می‌کند؟
- آیا علایم ترک (خماری) شدید است؟ بر اساس تاریخچه مربوط به ترک قبلی، مقدار مصرف مواد، فراوانی مصرف و خاتمه توقف مصرف مواد آیا خطر جدی را به دنبال خواهد داشت؟
- آیا بیمار هنگام مصاحبه علایم ترک (خماری) دارد؟
- آیا بیمار حمایت لازم را برای شروع درمان دارد؟

مشکلات و شرایط زیستی / پزشکی

- آیا بیمار علاوه بر علایم ترک از بیماری یا ناخوشی جسمی خاصی که نیازمند مداخلات باشد یا درمان را پیچیده می‌کند رنج می‌برد؟

- آیا شرایط مزمنی وجود دارد که درمان را تحت تأثیر قرار دهد؟

مشکلات عاطفی / رفتاری

- آیا در حال حاضر بیماری روانی، مشکلات عاطفی یا رفتاری که نیازمند مداخله یا درمان باشد یا این‌که درمان را پیچیده کند وجود دارد؟
- آیا مشکلات مزمن روانی که درمان را تحت تأثیر قرار دهد وجود دارد؟
- آیا بیمار دارای علایم روان‌پزشکی خاص مانند توهم و هذیان است، افکار خودکشی دارد؟

خطر بالقوه بازگشت

- آیا بیمار در معرض خطر قریب‌الوقوع شروع مجدد یا ادامه مصرف مواد محرک قرار دارد؟
- آیا بیمار شناخت، درک و مهارت‌های لازم برای مقابله با سوءمصرف مواد محرک و پیش‌گیری از ادامه مصرف را داراست؟
- اگر بیمار با موفقیت درمان را آغاز نکند چه مشکلات بالقوه‌ای استرس بیمار را تداوم می‌بخشند؟
- تا چه اندازه بیمار از محرک‌ها و برانگیزاننده‌های بازگشت، روش‌های مقابله با وسوسه و مهارت‌های کنترل تکانه مصرف مواد آگاه است؟

محیط زندگی و شرایط بهبودی

- آیا کسی از اعضای خانواده، افراد مهم، اطرافیان، یا در محیط زندگی، تحصیلی یا شغلی وجود دارد که درمان موفق را تهدید کرده و برای بهبودی خطرناک باشد؟
- آیا بیمار دارای حمایت‌هایی از لحاظ منابع انسانی، مالی، تحصیلی یا شغلی است که بتواند احتمال موفقیت درمان را افزایش دهد؟
- آیا نهادهای قانونی، شغلی یا اجتماعی وجود دارند که بتوانند انگیزه بیمار را برای درمان افزایش دهند؟

درمان‌گر پس از ارزیابی اولیه، نیازها و مشکلات مراجع را در حیطه‌های مختلف شناسایی کرده و در نهایت به فهرستی از مشکلات می‌رسد که مورد تأیید مراجع نیز هست. درمان‌گر باید شرایطی را مهیا کند که مراجع، بیماری اعتیاد و درمان را کاملاً درک کند و از لحاظ ذهنی به سطحی از آمادگی اولیه برای قطع مصرف مواد برسد. مراجع نیز برای ورود به فرآیند درمان باید از لحاظ جسمی و عاطفی به ثبات و آمادگی قابل ملاحظه‌ای دست یافته باشد. ضروری است درمان‌گر در نظر داشته باشد شروع درمان نباید برای مراجع و دیگران آسیب‌زا یا مشکل‌ساز باشد.

نکته قابل توجه برای هر درمان‌گر دقت در ارزیابی اولیه مراجع است. ارزیابی مراجع بر اساس نیازها و هم‌چنین ملاک‌های تشخیصی سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد و به دنبال آن تعیین سطح مراقبت مورد نیاز او در شروع درمان ضروری است که باید توسط مشاور انجام پذیرد.

سطوح مراقبت شامل موارد ذیل است:

- سطح ۱: مداخلات اولیه
- سطح ۲: درمان سرپایی
- سطح ۳: درمان سرپایی با نظارت ویژه/ بستری موقتی
- سطح ۴: خدمات بستری / اقامتی
- سطح ۵: درمان بستری با مراقبت‌های ویژه پزشکی

مرحله بعد از ارزیابی مرحله تدوین طرح درمان است.

طرح درمان

بعد از ارزیابی‌های مختلف و بررسی نتایج همکاری

بین مراجع و درمان‌گر، طرح درمان تدوین می‌گردد. درمان‌گر همراه مراجع اهداف را مشخص و راهبردهای لازم (مداخلات) برای نیل به اهداف مشخص شده را شناسایی می‌کنند.

بر اساس مدل زیستی، روانی، اجتماعی ضروری است همه نیازهای مراجع مد نظر قرار گیرد. بعضی مراجعان ممکن است دارای نیازهای فوری باشند که لازم است سریعاً رسیدگی شود. طرح درمان نشان‌دهنده مشکلات، اهداف، وظایف مراجع و جریان بی‌انتهای مداخلات است که همیشه در حال حرکت و تغییر است.

سؤالات کمک‌کننده در طراحی درمان:

- مراجع کیست؟
- چه چیزهای بر او تأثیرگذار هستند؟
- مشکلات کدامند؟
- در درمان‌های قبلی چه رخ داده و نتیجه چه بود؟
- منابع فردی، خانوادگی و اجتماعی مراجع کدامند؟
- اهداف مراجع چیست؟

طرح درمان با محوریت مشکلات مطرح‌شده توسط مراجع در جلسات درمان تکمیل می‌شود. تهیه فهرست مشکلات مراجع و جزئیات آن، در نظر قراردادن همه مشکلات جسمی، عاطفی و رفتاری هم‌چنین در نظر گرفتن توانایی‌ها و ضعف‌های بیمار سنگ بنای اصلی طرح درمان هستند.

طرح درمان مشخص‌کننده جزئیات مداخلات درمانی است، نظیر مشخص‌کردن کارهایی که باید انجام شود، زمان مناسب انجام آن و افرادی که باید آن‌ها را انجام دهند.

پس از این مرحله، درمان‌گر به یک جمع‌بندی تشخیصی دست می‌یابد. این جمع‌بندی دربرگیرنده خلاصه وضعیت فعلی و مشکلات و نیازهای کنونی مراجع است که می‌توان آن‌ها را با مراجع در میان گذاشته و نظر او را راجع به آن‌ها و نحوه حل یا درمان آن‌ها خواستار شد. این‌که مشکلات کدامند؟ از کجا نشأت گرفته‌اند؟ چه کارهایی باید برای آن‌ها انجام شود؟ فعالیتی است که به دنبال جمع‌بندی تشخیصی توسط درمان‌گر همراه با اعضای تیم درمان ارائه خواهد شد. لازم است درمان‌گر با سایر درمان‌گران در تماس باشد تا در طراحی برنامه درمانی نکته‌ای فراموش نشود. طرح درمان می‌تواند درطی فرآیند درمان اصلاح شده و یا تغییر کند و مشکلات جدید مراجع نیز می‌تواند به فهرست مشکلات قبلی اضافه شود و با حل یک مشکل قابل حل، از فهرست حذف شود.

پس از مشخص‌کردن فهرست مشکلات، گام بعدی بررسی راه‌حل‌هایی است که مراجع را به عملکرد هنجار باز می‌گرداند. به‌طور مثال فردی که مشکل مصرف مواد دارد در وهله اول نیاز به توقف مصرف مواد و یادگیری مهارت‌های مورد نیاز برای شروع و حفظ سبک زندگی توأم با پرهیز از مصرف مواد دارد.

هدف‌گذاری در طرح درمان

هدف یک عبارت کوتاه و درمانی از شرایطی است که انتظار می‌رود در مراجع یا خانواده او تغییر کند. به‌طور مثال تعدادی از اهداف درمان که هر یک در قالب یک عبارت آورده شده شامل موارد ذیل هستند:

- مراجع مهارت مورد نیاز برای حفظ و نگهداری سبک زندگی توأم با پرهیز از مصرف شیشه را یاد خواهد گرفت.
- مراجع چگونگی مراجعه منظم به درمانگاه مواد محرک را فرا خواهد گرفت.
- مراجع روش بیان احساسات منفی را به همسر خود یاد خواهد گرفت.
- مراجع متعهد به حفظ پاکی می‌شود و آن را

تمرین می‌کند.

- مراجع رژیم غذایی سالم را برای افزایش سلامتی رعایت خواهد کرد.
- مراجع نحوه تجربه احساسات ناخوشایند را بدون مصرف شیشه یاد خواهد گرفت.
- مراجع نحوه بیان یا در میان‌گذاشتن احساسات مثبت خود را با دیگران فرا خواهد گرفت.
- مراجع توانایی درخواست تقاضاهای خود را به روش سالم فرا خواهد گرفت.
- مراجع توانایی استفاده مناسب از خشم و کنترل آن را فرا خواهد گرفت.
- مراجع برنامه‌ریزی منظم برای خواب و استراحت کافی را فرا خواهد گرفت.
- مراجع مهارت‌های ارتباطی سالم را فرا خواهد گرفت.

هم‌چنین بعضی از اهداف اختصاصی‌تر که برای نیل به اهداف کلی فوق نظیر حفظ و نگهداری سبک زندگی عاری از مصرف مواد می‌باشد شامل فراگیری مهارت‌های ذیل است:

- بیان و به کلام‌آوردن این‌که فرد دارای مشکل است. بیان درک خود از مشکل موجود
- تمرین رفتارهای جدید که برای حل مشکل کمک‌کننده هستند.
- شرکت در جلسات مشاوره/درمان و خودیاری
- یادگیری مقابله با احساسات ناخوشایند
- پیروی از برنامه پیش‌گیری از عود از طریق شرکت در درمان

برای مثال اگر مراجعی علاوه بر مشکل مصرف مواد از افسردگی نیز رنج می‌برد نیاز است مهارت‌های ذیل را فراگرفته و تمرین کند:

- یادگیری نحوه بیان چیزهای مثبت به خود
- گسترش برنامه‌های تفریحی برای افزایش احساس شادابی در زندگی
- توجه به افکار و مقابله با افکار منفی
- بهبودبخشیدن روابط ناکارآمد بین فردی با سایر افراد
- مراجعه به روان‌پزشک و استفاده از داروهای ضد افسردگی یا آنتی‌سایکوتیک

دو پرسش اصلی که درمان‌گر برای انتخاب اهداف باید از خود سؤال کند:

۱. رفتارهای غیر سازگارانه و مغایر با درمان مراجع کدام است؟
۲. مراجع چه رفتارهای جدید و متفاوتی را می‌تواند انجام دهد؟

این پرسش اگر به دقت بررسی شود اهداف درمان را مشخص خواهد کرد. پس از این‌که اهداف مشخص شد درمان‌گر باید از خود بپرسد برای رسیدن به این اهداف مراجع نیاز به انجام چه کارهایی دارد؟ در مشاوره و درمان سوءمصرف مواد محرک نیاز است مراجع سه مورد را در نظر داشته باشد:

- شناسایی این‌که او دارای مشکل است.
- درک کامل این‌که مشکل چیست و چگونه او را تحت تأثیر قرار می‌دهد(شناسایی چیزهایی که باید تغییر کنند).
- به‌کارگیری مهارت‌های سالم که کاهش‌دهنده یا حل‌کننده مشکل است(اجرا و تمرین تغییر و رفتارهای جدید و سالم)

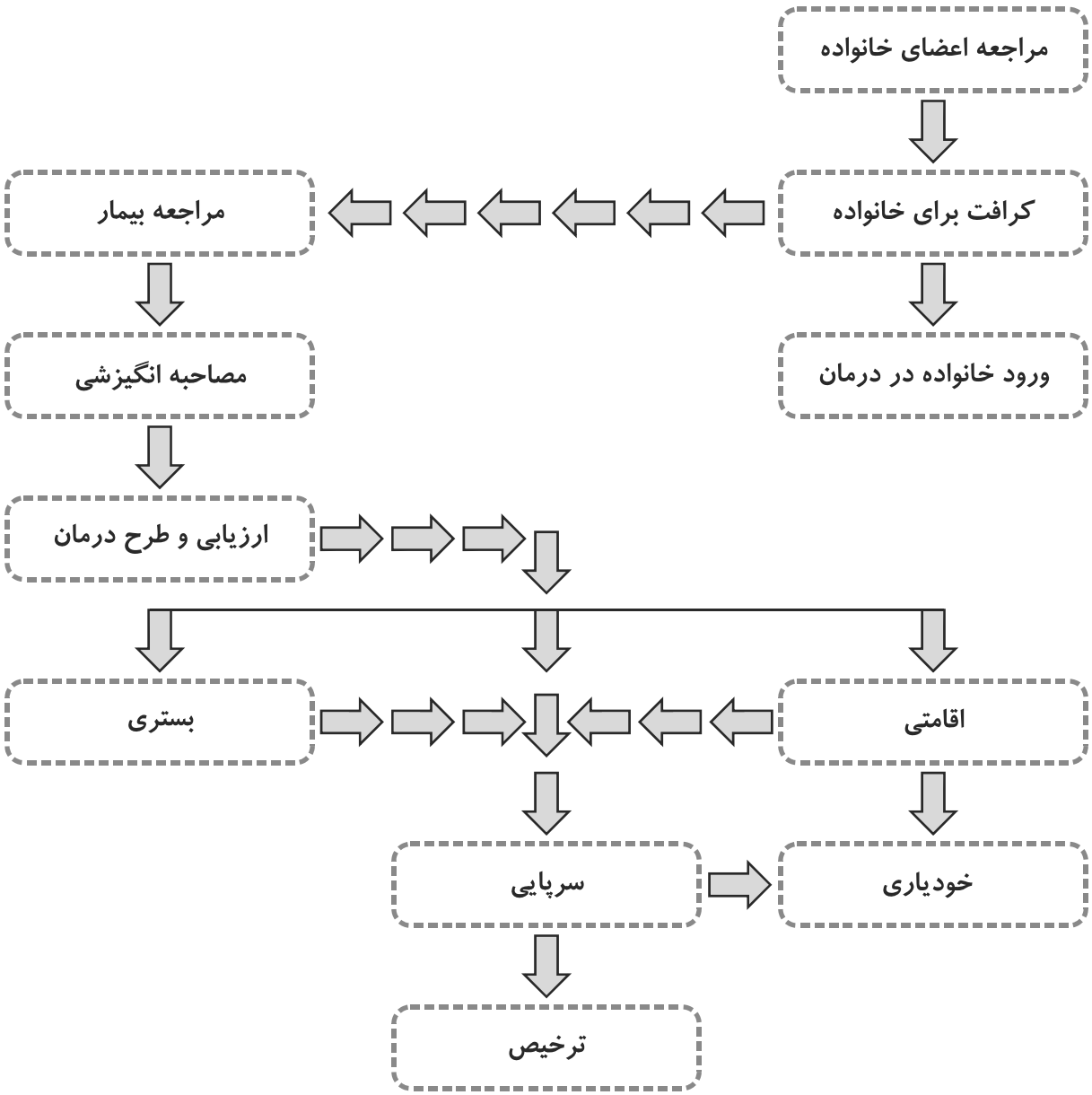
ثبت اطلاعات

درمان‌گر یا سایر پایوران درمانگاه باید اطلاعات مربوط به پیشرفت درمان مراجع را ثبت کنند. نیاز است همه مراحل درمان و اقدامات انجام شده برای مراجع در پرونده درمان وی ثبت شود. این موارد می‌تواند شامل اطلاعات مربوط به ارزیابی‌ها، آزمون‌ها، شرکت در جلسات و ملاقات‌ها، اهداف درمان، طرح درمان و هم‌چنین روند درمان و موارد ذیل باشد.

- نوع جلسات (فردی، گروهی، خانوادگی)

- سطح مراقبت
- تاریخ
- نام مشاور/درمان‌گر
- امضاء مشاور/درمان‌گر

دیاگرام درمان سوءمصرف مواد محرک



فصل ۴

درمان سرپایی سوءمصرف مواد محرک

مقدمه درمان سرپایی سوءمصرف مواد محرک

این درمان برگرفته از رویکردی ساختارمند است برای درمان افرادی سوءمصرف‌کننده مواد محرک. رویکردی ارائه شده در این راهنمای درمانی، برگرفته از مدل درمانی ماتریکس است که توسط انستیتو ماتریکس لوس‌آنجلس کالیفرنیا تهیه شده است.

این راهنمای درمانی به خاطر نیاز به وجود یک درمان ساختارمند، و متکی بر شواهد برای بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک، به‌ویژه مت‌آمفتامین (شیشه) و کوکایین، تدوین گشته است. این راهنمای درمانی برای درمان‌گران شاغل در درمان سوءمصرف مواد محرک در موقعیت سرپایی، جهت ارائه خدمات به بیماران و خانواده‌های آنان تدوین گشته است. بر اساس این مدل درمان در دو دوره ارائه خواهد شد؛ ۱۶ هفته برنامه‌ریزی ساختارمند و ۳۶ هفته ادامه درمان.

بررسی اجمالی

رویکرد این برنامه درمانی سرپایی، تجربه درمان ساختارمندی به درمان‌جویان سوءمصرف‌کننده مواد محرک ارائه می‌دهد. در این برنامه، درمان‌جویان اطلاعات مناسب، کمک‌های لازم برای ساختن یک روش زندگی سالم، و حمایت برای دست‌یابی و حفظ ترک مواد محرک دریافت خواهند کرد. این برنامه به‌طور خاص مسایل مربوط به بیماران مصرف‌کننده مواد محرک، به‌ویژه مت‌آمفتامین (شیشه) و کوکائین، و خانواده‌های این بیماران را هدف قرار می‌دهد.

برای ۱۶ هفته، بیماران در جلسات درمانی فشرده سرپایی مختلفی در هر هفته حاضر خواهند شد. این فاز فشرده درمان شامل جلسات مشاوره و حمایتی گوناگونی می‌باشد:

- جلسات فردی/ همراه با خانواده (۳ جلسه)
- جلسات گروهی مهارت‌های اولیه بهبودی (۸ جلسه)

جدول ۱-۴: نمونه برنامه سرپایی فشرده

روزهای هفته	درمان فشرده		تداوم درمان
	هفته اول تا چهارم[۱]	هفته پنجم تا شانزدهم[۲]	هفته سیزدهم تا چهل و هشتم
شنبه	۱۰:۰۰–۱۰:۵۰ مهارت‌های بهبودی اولیه	۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ پیش‌گیری از بازگشت	۱۱:۱۵–۱۲:۴۵ پیش‌گیری از بازگشت
یکشنبه	جلسات گروه ۱۲ گامی یا خودیاری و سایر فعالیت‌های بهبودی		
دوشنبه	۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ آموزش خانواده	۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ آموزش خانواده ۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ حمایت اجتماعی	۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ حمایت اجتماعی
سه شنبه	جلسات گروه ۱۲ گامی یا خودیاری و سایر فعالیت‌های بهبودی		
چهارشنبه	۱۰:۰۰–۱۰:۵۰ مهارت‌های بهبودی اولیه ۱۱:۱۵–۱۲:۴۵ پیش‌گیری از بازگشت	۱۱:۰۰–۱۲:۳۰ پیش‌گیری از بازگشت	
پنجشنبه و جمعه	جلسات گروه ۱۲ گامی یا خودیاری و سایر فعالیت‌های بهبودی		

- جلسات گروهی پیش‌گیری از بازگشت (۳۲ جلسه)
- جلسات گروهی آموزش خانواده (۱۲ جلسه)
- جلسات گروهی حمایت اجتماعی (۳۶ جلسه) (تنها این جلسات مربوطه به فاز بعدی و غیرفشرده می‌باشد)

بیماران می‌توانند به محض این‌که ۱۲ جلسه گروهی آموزش خانواده را گذرانده‌اند، در گروه‌های حمایت اجتماعی نیز حضور یابند و در همان زمان در جلسات گروهی پیش‌گیری از بازگشت نیز حاضر شوند. هم‌زمانی حضور در گروه حمایت اجتماعی با مرحله فشرده درمان کمک می‌کند که بیمار انتقال آرامی به مرحله تداوم درمان داشته باشد.

هم‌چنین در این روش بیماران با برنامه‌های ۱۲ گامی و دیگر گروه‌های حمایتی آشنا می‌شوند، به آنان مدیریت زمان و مهارت‌های برنامه‌ریزی آموزش داده خواهد شد، و آزمایش‌های منظم مصرف مواد نیز اجرا خواهد شد. برنامه نمونه فعالیت‌های درمانی در جدول ۱-۴ آمده است.

اجزای برنامه

در این بخش دلایل، منطق و فلسفه هر یک از پنج شکل جلسات مشاوره که بخش‌های رویکرد «برنامه فشرده سرپایی» هستند، تشریح می‌شود. برنامه دقیق و دستورالعمل‌های مربوط به هر یک از انواع جلسات فردی و گروهی در بخش مربوطه در این راهنما خواهد آمد.

۱. در هفته اول یک جلسه فردی یا همراه با خانواده

۲. در هفته ۵ یا ۶ یک جلسه فردی یا همراه با خانواده و در جلسه ۱۶ یک جلسه فردی یا همراه با خانواده

درمان می‌تواند به‌صورت فردی یا گروهی ارائه گردد. توصیه می‌شود در چند جلسه ابتدایی درمان، خدمات به‌صورت فردی ارائه گردد و در ادامه، درمان را در گروه ادامه داد. تمامی گروه‌های این درمان باز هستند، بدین معنی که بیماران در هر مرحله می‌توانند وارد جلسات شوند، و زمانی که یک دور کامل جلسات را به پایان رساندند، می‌توانند جلسات را ترک کنند. از آنجایی که جلسات درمانی دارای عنوان و موضوع هستند، محتوای جلسات وابسته به جلسات پیشین نخواهد بود. مشاور در خواهد یافت که بعضی اطلاعات در طول سه جلسه فردی، همراه با خانواده و نیز جلسات گروهی، تکرار می‌گردد. بیماران در مراحل اولیه بهبودی، اغلب دچار اختلالات شناختی، به‌ویژه اختلال درحافظه کوتاه مدت می‌باشند. این اختلال حافظه بدین‌شکل نمایان می‌شود که بیماران در به یادآوری کلمات یا مفاهیم دچار مشکل هستند. تکرار اطلاعات به طرق مختلف، در گروه‌های مختلف، و در طول درمان بیمار منجر به آن می‌گردد که بیمار بتواند مفاهیم اولیه و مهارت‌های ضروری برای بهبودی را درک کند و به خاطر بسپارد.

جلسات فردی/ همراه با خانواده

در مداخله درمانی، ارتباط بین مشاور و بیمار اولین و ابتدایی‌ترین بخش درمان است. برای هر بیمار یک مشاور اولیه در نظر گرفته می‌شود. این مشاور با بیمار، و احتمالاً اعضای خانواده او در سه جلسه ۵۰ دقیقه‌ای در طول فاز فشرده درمان ملاقات می‌کند و مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت را برای بیمار تسهیل می‌نماید. جلسات اول و آخر در جلسات فردی درمان بیمار نقش «خاتمه کتاب» را دارند (مثلاً، درمان را به شکلی شروع و خاتمه می‌دهند که مشارکت درمانی و تداوم درمان تسهیل گردد). نقشه جلسه میانی یک ارزیابی‌سریع درمانی از پیشرفت بیمار، بررسی بحران‌ها، و هماهنگی درمان با دیگر منابع اجتماعی در صورت لزوم در اواسط درمان است.

جلسات مشترک، که شامل بیمار و اعضای خانواده، یا دیگر افراد حمایت‌گر می‌باشند، در نگه‌داشتن بیمار در درمان نقش حیاتی دارند. اهمیت مشارکت بستگان درجه یک بیمار افرادی که با بیمار نسبت نزدیک دارند در درمان نباید دست کم گرفته شود. در این رویکرد، حضور مهم‌ترین فرد یا افراد خانواده بیمار در هر جلسه مشترک، علاوه بر جلسات گروهی آموزش خانواده، بسیار مهم است. مشاوری که می‌خواهد بدون مطرح‌کردن روابط خانوادگی، تغییر در رفتار بیمار را تسهیل بخشد، نهایتاً روند بهبودی را مشکل‌تر خواهد ساخت. مشاور بایدکاملاً از تأثیر روند بهبودی بر سیستم خانوادگی آگاه باشد، و هر زمان که ممکن است یکی از اعضای مهم خانواده را در بخشی از جلسات فردی/ مشترک داشته باشد.

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

بیماران در هشت جلسه گروهی مهارت‌های اولیه بهبودی حاضر می‌شوند (دو جلسه در هفته در ماه اول درمان). این جلسات معمولاً شامل گروه کوچکی بوده (حداکثر ۱۰ نفر) و نسبتاً کوتاه می‌باشند (تقریباً ۵۰ دقیقه). جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی توسط یک مشاور دوره‌دیده هدایت می‌گردد. در شکل گروهی یک بیمار که در برنامه جلوتر است و بهبودی با ثباتی دارد نقش دستیار وی را بر عهده می‌گیرد (اطلاعاتی درباره کارکردن با دستیاران در بخش‌های بعدی خواهد آمد). این جلسات بایستی ساختارمند و در مسیر درمان باقی بماند. مشاور باید بر موضوع جلسه متمرکز باشد، و اجازه ندهد احساسات پرانرژی و «خارج از کنترل» که مشخصه بیماران در بهبودی اولیه از مواد محرک است، برانگیخته شود.

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی به بیمار مهارت‌های ضروری برای ترک همه مواد را آموزش می‌دهد. در این جلسات دو پیام اساسی به بیمار داده می‌شود:

- تو می‌توانی رفتار خود را به شکلی تغییردهی که ترک‌کردن آسان‌تر شود، و جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی به تو راهبردها و فرصت‌هایی خواهد داد تا این تغییرات را تمرین کنی.
- درمان حرفه‌ای یکی از منابع اطلاعات و حمایت است. برای به حداکثر رساندن بهره خود از درمان، باید هم‌چنین از گروه‌های ۱۲ قدمی یا گروه‌های خودیاری بهره گرفت.

تکنیک‌های به کاررفته در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی، رفتاری هستند و تمرکزشان بر «چگونه می‌توان» می‌باشد. در شکل گروهی قرار نیست یک گروه درمانی باشد، و هم‌چنین قرار نیست ارتباط قوی بین اعضای گروه ایجاد شود. اگرچه اغلب ارتباطی به وجود می‌آید. این جلسات نوعی گردهمایی است که در آن مشاور می‌تواند با هر بیمار از نزدیک کار کند و به وی کمک نماید تا یک برنامه اولیه بهبودی تهیه کند. هرجلسه مهارت‌های اولیه بهبودی ساختار قابل تعریف و مشخصی دارد. این ساختار، و شکل معمول جلسات در مقابله با احساسات پرانرژی و خارج از کنترلی که پیش از این ذکرش رفت نقش مهمی دارد. وقتی بیماران جدیدی اضافه می‌شوند، این شکل معمول جلسات به همان اهمیت اطلاعاتی خواهد بود که در طول جلسه به بیمار داده می‌شود.

جلسات پیش‌گیری از بازگشت

جلسات پیش‌گیری از بازگشت که توصیه می‌شود به شکل گروهی آن را تشکیل داد، بخش بسیار مهمی از این روش درمانی می‌باشد. این گروه ۳۲ بار تشکیل جلسه خواهد داد، در اول و آخر هر هفته از ۱۶ هفته ابتدایی درمان. هر جلسه گروهی پیش‌گیری از بازگشت حدوداً ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامد و در آن موضوع خاصی هدف قرار داده می‌شود. این جلسات، گردهمایی‌هایی هستند که در آن‌ها افراد دارای اختلالات مصرف مواد با هم درباره پیش‌گیری از بازگشت تبادل اطلاعات می‌کنند و برای کنارآمدن با مسایل درمان و اجتناب از بازگشت، کمک می‌گیرند.

گروه پیش‌گیری از بازگشت بر اساس فرضیات زیر عمل می‌کند:

- بازگشت یک اتفاق تصادفی نیست.
- روند بازگشت از الگوهای قابل پیش‌بینی پیروی می‌کند.
- علایم شروع بازگشت توسط اعضای درمانی و بیماران قابل شناسایی است.

گروه پیش‌گیری از بازگشت به بیماران اجازه می‌دهد در محدوده‌ای که مشاور تعریف می‌کند به کمک و همکاری دو طرفه با یکدیگر بپردازند. بیمارانی که دچار بازگشت شده‌اند یا ممکن است بشوند، می‌توانند در این روش دوباره به درمان بازگردند، و بیمارانی که در مسیر درست بهبودی قرار دارند تشویق می‌شوند.

مشاوری که بیماران را در جلسات فردی/ مشترک ملاقات می‌کند، به همراه یک بیمار دستیار، جلسات گروهی پیش‌گیری از بازگشت را هدایت می‌کنند (اطلاعات مربوط به کارکردن با بیماران دستیار در بخش‌های بعدی می‌آید).

جلسات گروهی آموزش خانواده

در طول برنامه ۱۶ هفته‌ای، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی آموزش خانواده برگزار می‌گردد. این گروه هفته‌ای یکبار در سه ماه اول درمان جلسه تشکیل خواهد داد، و اغلب اولین گروهی است که بیمار و خانواده‌اش در آن حاضر می‌شوند. این گروه محیط نسبتاً دوستانه ایجاد می‌کند که در آن اطلاعات ارائه می‌شوند، و برای بیماران و خانواده‌ها فرصتی فراهم می‌آورد تا در محیط درمانی احساس راحتی و آسودگی

کننـد. در ایـن جلـسات طیـف وسـیعی از اطلاعـات، مشتمل بر وابستگی به مت‌آمفتامین (شیـشه)، مـصرف مـواد دیگـر، درمـان، بهبـودی، تـأثیر سوءمـصرف و وابستگی بیمار بر اعضای خانواده، و چگـونگی حمایـت خانواده از بهبودی بیمار، ارائه خواهد شد.

مشاور شخصاً از اعضای خانواده دعوت خواهد کـرد تا در این جلسات حاضر شـوند. تعـاملات غالبـاً منفـی خانواده بیمار پیش از شروع درمان می‌توانـد منجـر بـه درخواسـت بیمـار بـرای «انجـام برنامـه درمـانی بـه تنهایی»گردد. با این وجود، تجربه درمان نشان می‌دهد که اگر بیماران از نزدیـک بـا افـراد مهـم زنـدگی‌شـان درگیر باشند، این افراد مهم، هر چقـدر هـم کـه دور از فعالیت‌های درمانی باشند، بخشی از روند بهبودی بیمار هـستند. اگـر ایـن افـراد مهـم، دربـاره تغییـرات قابـل پیش‌بینی که احتمالاً با پیـشرفت بهبـودی، در روابـط افراد ایجاد می‌شود آموزش ببیننـد، احتمـال موفقیـت درمان بسیار زیاد می‌شود. مشاور اصلی باید بیمـاران را آموزش دهد و حضور افـراد مهـم را در گـروه آمـوزش خانواده ۱۲ جلسه‌ای ترغیب و تشویق نماید.

گروه حمایت اجتماعی (تداوم درمان)

بیماران باید در آغاز ماه آخر درمان اولیـه در گـروه حمایت اجتمـاعی حاضـر شـوند و در طـول ۳۶ هفتـه تداوم درمان هفته‌ای یکبار دراین گـروه جلـسه داشـته باشند. برای یک ماه، درمـان در دوره فـشرده و برنامـه تداوم درمان با هم تداخل دارند. گروه حمایت اجتماعی به بیماران کمک می‌کند مهارت‌های اجتماعی‌شـدن را فرا بگیرند یا دوباره یاد بگیرند. افرادی که یاد گرفته‌اند چگونـه مـصرف مـواد را متوقـف کننـد و از بازگـشت اجتناب ورزند، آمـادگی ایـن را دارندکـه روش زنـدگی سالمی ایجاد کنندکه از بهبـودی آن‌هـا حمایـت کنـد. گروه حمایت اجتماعی به بیماران در یادگیری برقراری رابطه اجتماعی با بیماران دیگری که در برنامه از آن‌ها جلوتر هستند و بهبود بیشتری داشته‌اند کمک می‌کند و برای تحقق این امر محیط امن و دوسـتانه‌ای فـراهم می‌آورد. هم‌چنین این گروه برای بیمـارانی کـه تجربـه درمانی دارند و اغلب با گرفتن نقش الگو و آگاه‌بودن از اصول اولیه ترک مواد، خـود بـه بهبـودی خـود کمـک می‌کنند، مفید خواهد بود. ایـن گـروه‌هـا توسـط یـک مشاور هدایت می‌شوند، اما گه‌گاه به گـروه‌هـای بحـث کوچک‌تری تقسیم مـی‌شـوند کـه توسـط یـک بیمـار تسهیل‌کننده هدایت می‌گردد، یعنی بیماری کـه رونـد بهبودی با ثباتی دارد و بـه‌عنـوان دسـتیار مـشاور کـار کرده و برای ۶ ماه به مشاور کمک می‌نماید.

نقش مشاور

بـرای بـه کـاربـردن رویکـرد حاضـر، مـشاور بایـد سال‌های زیادی تجربه کار گروهی و فردی داشته باشد. اگرچه جزئیات دقیق هر جلسه در این راهنما مشخص شده است، یک مشاور تازه کـار قاعـدتاً هنـوز فاقـد آن مهارت‌هایی است که برای گرداندن اکثر جلـسات لازم است. مشاوری که قصد دارد رویکردهای جدید درمانی را یاد بگیرد و به کار بندد، مـشاور مناسـبی‌بـرای ایـن درمان اسـت. مـشاوری کـه تجربـه کـار بـا روش‌هـای رفتاری شناختی و انگیزه‌ای را دارد، و با نورولوبیولوژی اعتیاد آشنا می‌باشد، بهترین فرد برای به‌کارگیری ایـن درمان است. نظارت مناسب مشاور، وفاداری به رویکـرد درمانی را تضمین خواهد کرد.

مشاور اصلی هر بیمار

- با مشاوران دیگری کـه در جلـسات گروهـی بـا بیمار کار می‌کنند، همکاری مـی‌کنـد (مـثلاً در جلسات آموزش خانواده).
- بـا موضـوعاتی کـه بیمـار در جلـسات آمـوزش خانواده فرا می‌گیرد، آشنا می‌باشد.
- موضوعاتی که در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری مطرح می‌شود را تشویق و تقویت می‌کنـد و در موردشان با بیمار صحبت می‌کند.

- به بیمار کمک می‌کند مفاهیم درمانی جلسات ۱۲ گامی، خودیاری، روان‌درمانی یا درمان روان‌پزشکی را بفهمد و درک کند (برای بیمارانی که در دو برنامه هم‌زمان هستند).
- با دیگر شاغلین خدمات درمانی که با بیمار کار می‌کنند، همکاری می‌کنند.

به‌طور خلاصه، مشاور تمامی قطعات برنامه درمانی را کنار هم می‌چیند. بیماران به این امنیت احتیاج دارند که بدانند مشاور از تمام جنبه‌های برنامه درمانی آن‌ها آگاه است. بسیاری از افراد وابسته به مواد محرک که وارد درمان می‌شوند احساس می‌کنند از کنترل خارج شده‌اند. آن‌ها انتظار دارند برنامه درمانی به آن‌ها کمک کند، مجدداً کنترل خود را به‌دست بیاورند. اگر برنامه به شکل قطعات مجزا و نامربوط به هم به نظر برسد، این بیماران دچار این احساس می‌شوند که برنامه در به‌دست‌آوردن کنترل آن‌ها کمک نخواهد کرد، که احتمالاً منجر به نتایج ضعیف درمانی، یا خروج از درمان در همان اوان کار خواهد شد.

در تسهیل جلسات، مشاور باید نسبت به مسایل فرهنگی، و دیگر مسایل گوناگون مربوط به جمعیت خاصی که درمان دریافت می‌کنند، حساسیت داشته باشد. مشاور باید درک گسترده‌ای از فرهنگ داشته باشد که شامل نژاد، قومیت و مذهب، و نیز جایگاه اقتصادی اجتماعی، سطح تحصیلات، و سطح فرهنگ نسبت به جامعه ایرانی باشد. مشاور باید بتواند بیماران را در درون بافت فرهنگی خود آن‌ها درک کند. البته باید به خاطر داشت که هر بیمار به خودی خود یک فرد مجزاست، نه ادامه تمام و کمال یک فرهنگ خاص. پس زمینه‌های فرهنگی، پیچیدگی خاصی دارند و نباید آن‌ها را به یک توصیف ساده فروکاست. عمومیت بخشیدن و تعمیم فرهنگ بیمار یک مسأله چندبعدی است. مشاهده‌ای که در مورد یک گروه فرهنگی، درست و سودمند به نظر می‌رسد، ممکن است برای عضوی از آن گروه به تنهایی، گمراه‌کننده و زیان‌بار باشد.

کارکردن با بیمار دستیار و بیمار تسهیل‌کننده

استفاده از بیماران به‌عنوان دستیار بخش مهمی از رویکرد حاضر محسوب می‌شود. بیمارانی که حداقل ۸ هفته در برنامه حضور داشته‌اند و در این مدت در ترک بوده‌اند بیماران دستیار در جلسات گروه‌های مهارت-های بهبودی اولیه باشند. به‌طور ایده‌آل، بیماران دستیار گروه پیش‌گیری از بازگشت باید یک‌سال در درمان بوده باشند و در این مدت در ترک به سر برده باشند. این بیماران پیشرفته، تجربه گران‌بهایی به جلسات گروهی خواهند بخشید. به‌عنوان افرادی که به‌طور موفقیت‌آمیزی در حال بهبودی هستند، بیماران دستیار در جایگاهی قرار دارند که می‌توانند مسایل مشکل و بحث‌انگیز را از دیدگاهی مشابه دیدگاه بیماران مطرح کرده، تجربه شخصی خود را در اختیار گروه قرار دهند. هم‌چنین بیماران دستیار بدین‌ترتیب می‌توانند روند بهبودی خود را تقویت کرده، باز هم به برنامه و دیگر بیماران کمک نمایند.

بیماران دستیار باید به دقت انتخاب شوند. بیمارانی که دارای خصوصیات زیر باشند می‌توانند به‌عنوان دستیار گروه مهارت‌های بهبودی اولیه انتخاب گردند:

- حداقل ۸ هفته متوالی ترک هر گونه مواد
- حضور منظم در جلسات مقرر پیش‌گیری از بازگشت و جلسات فردی و مشترک
- تمایل به دستیاری‌کردن برای هفته‌ای یک یا دو بار در زمان حداقل ۳ ماه

بیمارانی که دارای خصوصیات ذیل باشند می‌توانند به‌عنوان دستیار گروه پیش‌گیری از بازگشت انتخاب گردند:

- حداقل یکسال متوالی ترک هرگونه مواد
- تکمیل مداخله درمانی (مثلاً تکمیل یک‌سال درمان)

- مشارکت فعالانه در یک گروه حمایت اجتماعی و حضور در جلسات خودیاری یا ۱۲ گامی
- تمایل به دستیاری‌کردن برای هفته‌ای یک تا دو بار در زمان حداقل ۶ ماه

در هنگام انتخاب بیماران دستیار، مشاور باید هم‌چنین متوجه این نکته باشد که آیا بیماران مورد احترام دیگر اعضای گروه هستند و آیا قادرند با مشاور به خوبی‌کار کنند یا خیر.

پیش از این‌که بیماران کار خود را به‌عنوان دستیار آغاز کنند، مشاور باید آن‌ها را نسبت به نقش‌شان آگاه نماید. بیماران دستیار باید نکات زیر را درک کنند:

- آن‌ها مشاور نیستند، بنابراین باید به‌صورت اول شخص صحبت نمایند (مثلاً، «چیزی که به من کمک کرد این بود که.....» به‌جای «تو باید.....»).
- باید اسرار محرمانه اعضای گروه و حریم خصوصی آن‌ها را حفظ کنند.
- باید در مورد هرگونه مسأله و مشکلی که در زمان دستیاربودن‌شان برای‌شان پیش می‌آید با مشاور صحبت کنند.

مشاور باید قبل از هر جلسه گروهی با دستیار ملاقات کند تا در مورد موضوع جلسه و مسایلی که ممکن است پیش بیاید به وی توضیح بدهد. بعد از هر جلسه گروهی نیز مشاور باید با دستیار ملاقات کند تا:

- مطمئن شود که دستیار به خاطر هیچ‌گونه موضوعی که در طول جلسه پیش آمده، ناراحت و تحت فشار نیست.
- به‌طور خلاصه در مورد جلسه صحبت کرده، در مورد هرگونه چیزی که دستیار خوب انجام داده یا می‌توانسته بهتر انجام دهد، به وی بازخورد بدهد (مثلاً متکلم وحده‌بودن، برخورد نامناسب با یک بیمار، نصیحت‌کردن به جای بیان تجربه شخصی).

ملاقات منظم با بیماران دستیار برای مشاور و دستیار، این فرصت را فراهم می‌کند که با هم بهتر کار کنند و سود دستیار و دیگر اعضای گروه را به حداکثر برسانند.

بیمارانی که در جلسات گروهی مهارت‌های بهبودی اولیه و پیش‌گیری از بازگشت نقش دستیار داشته‌اند، می‌توانند در جلسات گروهی حمایت اجتماعی نقش تسهیل‌کننده را به عهده بگیرند.

راهنمای درمان برای مشاور

این راهنما شامل کلیه موضوعاتی است که برای هدایت جلسات فردی و گروهی توسط مشاور در این رویکرد ضرورت دارد. پس از بخش‌های مقدماتی، این راهنما بر اساس نوع جلسات تدوین‌یافته (مثلاً فردی/ مشترک، مهارت‌های اولیه بهبودی، پیش‌گیری از بازگشت و حمایت اجتماعی). معرفی هر نوع جلسه با یک بررسی اجمالی آغاز می‌شود که شامل بحثی است درباره:

- شکل کلی و جریان جلسات گروهی و فردی
- هرگونه موضوع مرتبط با آن نوع خاص از جلسات
- اهداف کلی هر نوع جلسه

پس از بررسی اجمالی، دستورالعمل‌هایی برای هدایت هر جلسه ویژه خواهد آمد. این دستورالعمل‌ها مشتمل خواهند بود بر:

- اهداف جلسه
- فهرست جزوات بیمار
- تذکرات به مشاور برای به خاطرسپاری هرگونه موضوعی در طول جلسه
- عناوین بحث گروهی، شامل موضوعات اصلی
- خط مشی و راهنمایی برای کمک به بیماران جهت «ارزیابی پیشرفت، مدیریت زمان، و بیان هرگونه نگرانی درباره مدیریت زمان.»
- تکلیف منزل برای بیماران

کپی‌های تمرینات بیمار، در انتهای دستورالعمل مربوط به هر جلسه قرار گرفته است. مشاور باید پیش از شروع هر جلسه فردی یا گروهی، دستورالعمل جلسه را به‌طور کامل مرور نماید.

آزمایش مصرف مواد محرک

در این درمان سرپایی برای بیماران مصرف‌کننده مواد محرک، آزمایش مصرف مواد، یک معیار نظارتی تنبیهی نیست، بلکه ابزار مفیدی است که به بیمار کمک می‌کند مصرف مواد را ترک کند و وارد روند بهبودی شود. نباید به شکلی از این آزمایش‌ها استفاده کرد که به نظر برسد به‌عنوان نشانه عدم صداقت بیمار عمل می‌کنند. بلکه مشاور باید به بیمار کمک کند تا بپذیرد که در درمان سرپایی سوءمصرف مواد، هرچه بیمار ابزارهای بیشتری در اختیار داشته باشد شانس بهبودی بهتری دارد. بیماران، برای به‌دست‌آوردن مجدد کنترل زندگی خود، نیاز به ساختارهایی برای رفتارشان دارند.

آزمایش ادرار یا بزاق، زمانی که بیمار دچار بازگشت شده و قادر نیست درباره‌اش صحبت کند، اطلاعات کلینیکی ارزشمندی در اختیار قرار خواهد داد. وقوع بازگشت، و اغلب انکار مصرف مواد، آزمایش‌های مصرف مواد را تبدیل به بخش مهم و ضروری هر درمان مصرف مواد کرده است.

اهداف آزمایش مصرف مواد در درمان عبارتند از:

- دورکردن بیمار از ادامه مصرف مواد
- ایجاد اطلاعات دست اول در مورد مصرف مواد در بیمار برای مشاور
- ایجاد شواهد عینی مصرف مواد برای بیماری که مصرف مواد را انکار می‌کند.
- شناسایی مشکل مربوط به مصرف مواد شدید که نیاز به درمان اقامتی یا بیمارستانی دارد.

روش و برنامه آزمایش

در این بخش فرض بر این است که مرکزی که مشاور در آن مشغول به کار است روند ثابتی برای جمع‌آوری، شناسایی، ذخیره، اطمینان از روش جمع‌آوری و انتقال نمونه‌های تدارک دیده است. اگر نیاز به شواهد مصرف مواد باشد (مثلاً اگر دادگاه دستور صادر کرده باشد) باید به بیمار اطلاع داده شود. در این رویکرد، از تمامی بیماران خواسته می‌شود هفته‌ای یک تا سه بار برای بررسی مصرف مواد، آزمایش ادرار یا بزاق بدهند. معمولاً می‌توان روز آزمایشات را به‌طور تصادفی انتخاب کرد و بهتر است روزی باشد که پس از یک زمان پرخطر است (مثلاً، آخر هفته‌ها، روز دریافت حقوق). از دست‌دادن بی‌دلیل قرارهای ملاقات، رفتار غیرعادی در جلسات یا گروه‌ها، یا گزارش‌های خانوادگی مبنی بر رفتار غیر عادی، نشانه‌هایی هستند که باید به سرعت آزمایش انجام شود. مشاور باید از شرم‌زدگی احتمالی بیمار آگاه بوده، از بحث کلی غیر ضروری یا شوخی درباره نتایج آزمایش خودداری کند.

در هر برنامه بسته به مقتضیات، می‌توان فقط یک نوع ماده به خصوص را آزمایش کرد یا مواد مختلف را مورد آزمایش قرار داد. وقتی مشاور نسبت به مصرف موارد دیگر مشکوک است، باید تمامی مواد را آزمایش کرد.

بحث درباره پنهان‌کاری

گه‌گاه بیمار ممکن است تلاش کند با مخفی‌کردن نمونه ادرار، مصرف مواد را پنهان کند. وقتی نمونه مشکوک پیدا شد، باید بیمار را به یک مکان خصوصی هدایت کرد و به وی گفت که در مورد نمونه ادرار شک‌هایی وجود دارد. اعضای تیم درمانی نباید حالت اتهام واردکننده داشته باشند و باید سعی کنند بیمار راحت باشد. بیمارانی که نمونه‌شان را عوض می‌کنند

به‌ندرت بدان اعتراف می‌کنند. پنهان‌کردن نمونه یک موضوع جدی در درمان است و ممکن است علامت بازگشت باشد. مصرف مواد و انکار ممکن است نشانه شکست روند درمان باشد. اعضای تیم درمان نباید در این موارد شوخی کنند و به شکلی رفتار کنند که اهمیت آزمایش و جمع‌آوری نمونه زیر سوال برود. اگر بیماری برای بیشتر از یک‌بار سعی در تغییر و عوض‌کردن نمونه‌ها کند، شاید ضروری باشد که بلافاصله و در همان زمان از وی نمونه گرفته شود. گرفتن نمونه آزمایش باید تحت نظارت باشد، و این نظارت در آزمایش‌های بعدی نیز ادامه پیدا کند تا سرانجام عدم مصرف مواد اثبات شود. چنین عملی باید به‌عنوان آخرین راه‌حل برای رفع مشکل مصرف مواد در بیمار و تشویق به صداقت در نظر گرفته شود.

بحث درباره نتیجه آزمایش مثبت

نتیجه مثبت آزمایش نشانه مهمی در درمان است. ممکن است علامت یکبار مصرف‌کردن یا علامت بازگشت به مصرف مداوم باشد. در پاسخ به یک آزمایش مثبت، مشاور باید مراحل زیر را طی کند:

- دوره قبل و بعد آزمایش را مجدداً ارزیابی‌کند. آیا علامت‌های دیگری مثل از دست‌دادن قرار ملاقات‌ها، رفتار غیر عادی، بحث در جلسات درمانی یا گروه‌ها، یا گزارش خانواده مبنی بر فعالیت غیر عادی وجود داشته است؟
- به بیمار باید فرصت داد تا درباره نتیجه آزمایش توضیح بدهد، برای مثال، با گفتن «نتیجه آزمایش ادرار روز شنبه شما مثبت بوده است. آیا آخر هفته اتفاق خاصی رخ داده که به من فراموش کردید بگویید؟»
- از بحث درباره اعتبار نتایج آزمایش اجتناب ورزید (مثلاً. شاید آزمایشگاه اشتباه کرده، شاید نمونه شما با نمونه فرد دیگری مخلوط شده).
- موقتاً دفعات آزمایش را افزایش دهد تا میزان مصرف مشخص شود.
- اگر بیمار به مصرف اعتراف کرد، صداقت وی را تقویت کرده، بر اهمیت درمانی صادق‌بودن و پذیرش تأکید ورزد. چنین تعاملی ممکن است منجر به اعتراف به دفعات مصرف دیگری شود که برای مشاور ناشناخته بوده‌اند.

بعضی‌اوقات بیمار به خبر مبنی بر نتیجه مثبت آزمایش، با یک اعتراف نیمه‌کاره و ضمنی به مصرف مواد پاسخ می‌دهد، برای مثال، می‌گوید که به مهمانی رفته و در مهمانی به وی مواد تعارف کرده‌اند ولی او رد کرده است. معمولاً این اعترافات ضمنی بیشترین میزان نزدیک‌شدن بیمار به پذیرش مصرف مواد است.

گاهی بیمار به اخبار مبنی بر نتایج مثبت آزمایش پاسخ خشمگینانه‌ای می‌دهد. معمولاً، بیمار مشاور را متهم می‌کند که به وی اعتماد ندارد، و در مورد مصرف مواد خود را عصبانی نشان می‌دهد. این واکنش‌ها ممکن است متقاعدکننده باشند یا مشاور را مجبور کنند حالت دفاعی به خود بگیرد. با این وجود، مشاور باید با آرامش تمام به بیمار اطلاع دهد که بحث درباره نتیجه مثبت یک آزمایش بخشی از درمان است، و سؤال مشاور از بیمار به خاطر نفع خود بیمار است. اگر بیمار با این توضیحات قانع نمی‌شود، مشاور باید سعی کند موضوع را عوض نماید. در زمان دیگری، می‌توان موضوع صداقت را پیش کشید و به بیمار فرصت دیگری داد تا در مورد نتیجه آزمایش صحبت کند.

بیمار نباید به خاطر نتیجه مثبت آزمایش ادرار، از درمان خارج شود. اگر نتیجه آزمایش‌ها مرتباً مثبت شد، مشاور بایستی بر این موضوع تأکید کند که ترک مصرف هدف درمان است، و تعداد جلسات بیمار را افزایش دهد. برای مثال، مشاور می‌تواند در صورتی که بیمار جلسات فردی یا گروهی مهارت‌های اولیه بهبودی را گذرانده ولی نتایج آزمایش وی چند بار مثبت شده، دوباره وی را در جلسات مهارت‌های

بهبودی اولیه قرار دهد، یا برای بیماری که هنوز در آغاز درمان است، تعداد جلسات فردی را افزایش دهد. اگر بیمار هم‌چنان به مصرف مواد ادامه دهد، مشاور می‌تواند وی را به سطوح شدیدتر مراقبت و درمان ارجاع دهد.

حتی اگر بیمار مصرف مواد را انکار کند، مشاور باید به شکلی ادامه دهد که انگار مصرف مواد اتفاق افتاده است. بازگشت‌های اتفاقی باید همراه با بیمار تحلیل شوند (احتمالاً در یک جلسه فردی)، و طرح پیش‌گیری از بازگشت جدیدی ریخته شود. ممکن است لازم باشد بیمار به‌صورت دایمی و مقیم مرکز تحت درمان قرار گیرد. اطمینان مشاور، و قطعیت نتایج آزمایش در این‌گونه موارد اهمیت زیادی دارند و ممکن است نقش ویژه‌ای در اعتراف صادقانه بیمار به آن‌چه اتفاق افتاده، داشته باشند. اگر آزمایش‌های ادرار در ثبت مصرف مواد خارج از کنترل موفق باشد، و نیاز بیمار برای افزودن به فشردگی درمان سرپایی، یا درمان اقامتی یا بیمارستانی را مشخص نماید، عملکرد بسیار ارزشمندی داشته است.

جلسات فردی یا همراه خانواده

اهداف جلسات فردی یا مشترک

- ایجاد فرصتی برای بیماران و خانواده‌های‌شان جهت برقراری یک رابطه انفرادی با مشاور و یادگیری درباره درمان
- ایجاد فضایی که در آن بیماران و خانواده‌های‌شان بتوانند، تحت راهنمایی مشاور، بحران‌ها را رفع کنند، در مورد مسایل بحث کنند، و مسیر درمان را مشخص سازند و ادامه آن‌را قطعی کنند.
- اجازه به بیماران برای بحث صادقانه درباره اعتیادشان در زمینه‌ای به دور از قضاوت و تحت توجه تمام و کمال مشاور
- ایجاد تقویت و ترغیب بیماران به تغییرات مثبت

خط مشی جلسات فردی یا همراه خانواده

در این مدل درمان، جلسات درمانی و آموزشی به‌صورت فردی یا گروهی اجرا خواهند شد. چنانچه بر اساس طرح درمان تصمیم گرفته شود درمان در قالب جلسات گروهی اجرا شود، حداقل تعداد سه جلسه فردی (یا همراه خانواده) نیز باید برنامه‌ریزی شود. در این صورت طول مدت جلسات فردی ۵۰ دقیقه خواهد بود. در جلسه فردی اول بیمار با درمان آشنا می‌شود، و جلسه آخر به بیمار کمک می‌کند برای بهبودی بعد از درمان فشرده طرح‌ریزی کند. این دو جلسه، اولین و آخرین جلسه تجربه بیمار با فاز فشرده درمان خواهند بود. جلسه باقیمانده باید برای زمانی گذاشته شود که ۵ الی ۶ هفته از حضور بیمار در درمان می‌گذرد، یا زمانی که بیمار در شرایط بحرانی است یا دچار بازگشت شده است. این جلسه متمرکز خواهد بود بر ارزیابی پیشرفت بیمار، موفقیت در جلب حمایت توسط بیمار، و ایجاد منابعی برای حفظ قدرت بهبودی هرگاه که ممکن باشد. مشاور باید خانواده یا افراد مهم و حمایت‌گر بیمار را وارد جلسات انفرادی کند، به این شکل از جلسات، جلسات مشترک یا همراه خانواده گفته می‌شود. مصرف مواد می‌تواند خانواده‌ای را دچار بحران کند. مشاور باید متوجه باشد که ممکن است در چنین محیطی خشونت بروز پیدا کند. نگرانی برای امنیت بیمار و خانواده‌اش باید همیشه در ذهن مشاور دغدغه اول باشد.

شروع به موقع جلسات فردی اهمیت دارد. بیمار باید احساس کند که این ملاقات بخش مهمی از روز کاری مشاور است. مشاور باید با برنامه‌ریزی صحیح و در زمان‌های مناسب، بیمار را با جلسات تطبیق بدهد.

عموماً، در نیمه اول جلسه، مشاور بیمار را به تنهایی ملاقات می‌کند و سپس در نیمه دوم از اعضای خانواده دعوت می‌کند تا به بیمار ملحق شوند. این تنظیم زمان باید پیش از آمدن بیمار و خانواده‌اش به آن‌ها اطلاع داده شود، تا اعضای خانواده بیمار بتوانند برای سرگرم‌کردن خود در ۲۵ دقیقه اول جلسه فکری کنند.

ارتباط بین مشاور و بیمار مهم‌ترین ارتباطی است که در طول درمان شکل می‌گیرد. مشاور باید در تعامل با بیمار و اعضای خانواده، از احساس انسانی خود، احترام، همدلی و ادب سود ببرد.

جلسه فردی/مشترک اول: معرفی

اعضای خانواده بیمار می‌توانند در بخش معرفی جلسه اول حضور داشته باشند. به اعضای خانواده در مورد چگونگی رویکرد درمانی، و انتظاراتی که از بیمار می‌رود، آگاهی داده می‌شود. هم‌چنین مشاور توضیح می‌دهد که اعضای خانواده چگونه می‌توانند بهبودی بیمار را حمایت کنند، و به سؤالات بیمار و اعضای خانواده پاسخ می‌دهد.

جلسه فردی /مشترک دوم: پیشرفت بیمار / مداخله در بحران

در طول جلسه دوم، مشاور باید به بیمار و اعضای خانواده فرصت بدهد تا در مورد مسایل ضروری صحبت کنند و موضوعات عاطفی را توضیح دهند. در طول بخش اول جلسه، وقتی مشاور با بیمار به تنهایی ملاقات می‌کند، مشاور باید مشخص سازد که آیا موضوعات ضروری خاصی مثل وسوسه شدید مصرف یا بازگشت وجود دارند که باید فوراً درباره‌اش صحبت شود یا خیر. اگر بحرانی پیش آمده باشد، مشاور می‌تواند اعضای خانواده را زودتر از نیمه جلسه، وارد اتاق کند.

اگر بهبودی بیمار پیشرفت خوبی‌داشته باشد، مشاور موضوع برنامه‌ریزی‌شده برای جلسه را آغاز می‌کند. هرگونه تغییر مثبت در رفتار یا نگرش بیمار باید قویاً تقویت شود. برای مثال، وقتی بیمار توانسته مصرف مواد یا الکل را قطع کند، برنامه‌ریزی داشته باشد و در جلسات گروهی حاضر شود، ولی ورزش نکرده است مشاور باید تقویت ناکافی برای این موفقیت‌ها به وی بدهد. مشاور باید خاطرنشان سازد که ورزش برای بیمار مفید است، ولی نباید درگیر کشمکش یک حیطه از مقاومت بیمار شود.

جلسه فردی /مشترک سوم: ادامه طرح‌ریزی برای درمان

جلسه آخر فردی/ مشترک، یکی از آخرین جلسات درمان فشرده سرپایی است. مشاور در این جلسه تجربه درمانی بیمار را مرور می‌کند و بر اهمیت فعالیت‌های بهبودی تأکید می‌ورزد (مثلاً، برنامه‌ریزی، ورزش، حضور منظم دریک برنامه ۱۲ گامی) و خاطر نشان می‌سازد که این فعالیت‌ها مانع بازگشت خواهند شد. مشاور با بیمار یک طرح هدفدار انتخاب می‌کند و به بیمار کمک می‌کند مراحلی که باید طی کند تا به اهداف برسد را طرح‌ریزی نماید. بیمار تشویق می‌شود تا بر روی مسایلی کار کند که در طول درمان متوقف مانده‌بودند، مسایلی مانند حل مشکلات با همسر یا خانواده.

جلسه اول: معرفی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای درک آن‌چه در طول درمان از وی انتظار می‌رود
- آشناکردن بیمار و اعضای خانواده‌اش با رویکرد درمانی
- کمک به بیمار برای ساختن یک برنامه درمان
- جلب کمک اعضای خانواده در حمایت از بهبودی بیمار

محتوای جلسه فردی اول

این جلسه پیش از اولین جلسه گروهی برگزار می‌شود و فرصتی فراهم می‌آورد تا بیمار و خانواده‌اش با مشاور و برنامه آشنا شوند. هم‌چنین مشاور از این جلسه استفاده می‌کند تا مطمئن شود بیمار و خانواده‌اش به اندازه کافی با درمان آشنا هستند. در این جلسه، مشاور راجع به تمرینات عملی که قرار است بیمار در طی جلسات درمان انجام بدهد با او صحبت کرده و نمونه از آن‌ها را به بیمار نشان می‌دهد.

پس از خوشامدگویی به بیمار و خانواده‌اش، مشاور به اختصار، مدل درمانی را برای آن‌ها شرح می‌دهد. این توضیح مختصر ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامد و شامل موارد زیر است:

- مقدمه‌ای کلی درباره قواعدی که مدل درمانی بر اساس آن ساخته شده است.
- توصیفی از بخش‌های مختلف مدل درمانی:
  - جلسات فردی/ مشترک
  - جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی
  - جلسات پیش‌گیری از بازگشت
  - جلسات حمایت اجتماعی
  - آزمایش‌های ادرار مواد
  - شرکت در گروه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری

یک برنامه درمانی که به بیمار و خانواده‌اش نشان دهد که یک هفته معمولی درمان به چه شکلی است و چگونه با پیشرفت بیمار در درمان، جلسات تغییر می‌کند (شکل ۱-۱).

مشاور فهرستی از جلسات و زمان‌بندی‌های آن‌ها را با خود همراه دارد. با کمک مشاور، هر بیمار یک برنامه را انتخاب می‌کند. سپس مشاور نسخه‌ای از این برنامه را در اختیار بیمار قرار می‌دهد. هدف این است که بیمار در هنگام ترک جلسه نسخه‌ای از برنامه و تصویر روشنی از مراحل بعدی داشته باشد.

مشاور نسخه‌ای از توافق‌نامه خدمات و رضایت‌نامه را در اختیار بیمار قرار می‌دهد (توافق‌نامه خدمات و رضایت‌نامه نمونه، مثالی است از این فرم، مراکز آزادند از این نسخه یا شکل تغییر یافته آن، در صورت نداشتن رضایت‌نامه مخصوص به خود، استفاده کنند). مشاور از روی فرم با صدای بلند می‌خواند و بیمار و خانواده‌اش نوشته را دنبال می‌کنند. مشاور باید برای مرور این فرم وقت کافی صرف کند: وی بایستی پس از خواندن هر بند، مکث کند و مطمئن شود که بیمار درک درستی از مفاد آن بند دارد. مشاور باید اطمینان حاصل کند که بیمار از نتایج عدم پیروی از توافق‌نامه آگاه است.

مشاور وقت کافی صرف پاسخ به سؤالات در طول جلسه و بعد از آن خواهد کرد. این امر الزامی است که بیمار و خانواده‌اش برنامه درمانی را بفهمند و با آن احساس راحتی کنند.

جلسه دوم: پیشرفت بیمار / مداخله در بحران

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای ارزیابی پیشرفت
- کمک به بیمار برای بیان هرگونه بحرانی که تجربه می‌کند
- تقویت اصول بهبودی که بیمار در درمان فرا گرفته است

محتوای جلسه فردی دوم

جلسه دوم فردی/ مشترک ۵ تا ۶ هفته پس از آن‌که بیمار درمان را آغاز کرد، برگزار می‌شود. مشاور با بحث مختصری با بیمار درباره چگونگی روند بهبودی، جلسه را آغاز می‌کند. از اینجا به بعد، بر اساس پاسخ بیمار، جلسه به دو شکل ادامه خواهد یافت:

اگر بیمار در مسیر درست بهبودی باشد، می‌توان در طول جلسه پیشرفت بیمار را ارزیابی‌کرد، مهارت‌های پیش‌گیری از بازگشت را مرور نمود، به

موفقیت‌های بیمار بازخورد مثبت داد، و حوزه‌هایی که بیمار می‌تواند در آن‌ها بهتر شود را شناسایی کرد. بیمار فهرست کنترل بهبودی را کامل می‌کند. مشاور می‌تواند با بیمار فهرست را بخواند و به بیمار چند دقیقه وقت بدهد تا آن را کامل کند.

مشاور، پاسخ‌های بیمار را با خود وی بررسی خواهد کرد. مهم است که مشاور، پیش از رسیدن به دو سؤال پایانی فهرست که در مورد فعالیت‌های پیش‌گیری از بازگشت است که بیمار در تلاش است آن‌ها را اجرا کند، بیمار را به خاطر پیشرفتش تشویق نماید. مشاور می‌تواند زمانی که بیمار مهارت‌های بهبودی را مرور می‌کند، به جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی و جلسات پیش‌گیری از بازگشت اشاره نماید.

اگر بیمار در بهبودی دچار مشکل است یا دچار یک بحران شخصی است، مشاور وقت جلسه را صرف بررسی این مسایل خواهد کرد، به بیمار وقت می‌دهد تا در مورد آن‌چه پیش آمده صحبت کند، و در صورت لزوم، برای بیمار طرحی می‌ریزد تا به بهبودی بازگردد یا در مسیر بهبودی باقی بماند. اگر بیمار به تازگی دچار بازگشت شده یا حس می‌کند به زودی دچار بازگشت می‌گردد، جدول تحلیل بازگشت را پر می‌کند. هدف از پرکردن این برگه و بحث درباره آن، ایجاد حساسیت در بیمار نسبت به اتفاقات و احساساتی است که زمینه‌ساز بازگشت هستند. این مفاهیم می‌توانند بیمار را از راه‌های ظریفی که از طریق آن‌ها رفتار فرد، بهبودی وی را به خطر می‌اندازد، آگاه سازند.

بازگشت اتفاقی یا غیر قابل پیش‌بینی نیست، اگرچه بیمار چنین حسی داشته باشد، مشاور باید به بیمار کمک کند تا زمینه بازگشت را درک کند. جدول تحلیل بازگشت به بیمار کمک می‌کند بازگشت را مسأله‌ای بداند که هم دارای مقدمات است و هم قابل اجتناب. بسیاری از افرادی که درمان سرپایی را به‌طور موفق به انجام می‌رسانند در طول مسیر در نقطه‌ای دچار بازگشت می‌شوند. مسأله مهم این است که چه زمانی پس از بازگشت، بیمار دوباره روند بهبودی را ادامه می‌دهد. مشاور باید به بیمار گوشزد کند که بازگشت علامت شکست نیست، بلکه نشانه آن است که طرح درمان باید دوباره تنظیم شود.

جلسه سوم: تداوم طرح‌ریزی برای درمان

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای ارزیابی پیشرفت در بهبودی
- کمک به بیمار برای انتخاب اهداف مربوط به ادامه درمان
- کمک به بیمار برای ریختن یک طرح مداوم درمان

محتوای جلسه فردی سوم

جلسه پایانی فردی/ مشترک زمانی برگزار می‌گردد که بیمار در شرف تکمیل ۱۶ هفته درمان است یا این مدت را گذرانده است (مثلاً، بعد از این‌که بیمار جلسات آموزش خانواده و پیش‌گیری از بازگشت را گذرانده است). مشاور با پرسیدن سؤالات کلی از بیمار درباره تجربه درمان، جلسه را آغاز می‌کند:

- کدام جنبه‌های درمان مفیدتر از همه بوده‌اند؟
- آیا بخش‌هایی از درمان بود، که مفید نباشد؟ چه بخش‌هایی؟
- اگر می‌توانستید کدام بخش درمان را تغییر می‌دادید؟
- چه مقدار و چگونه نسبت به زمانی که وارد درمان شدید تغییر کرده‌اید؟
- آیا در جلسات گروهی حمایت اجتماعی حاضر شده‌اید؟ چگونه این جلسات به شما کمک کرده‌اند؟

سپس مشاور با بیمار فرم ارزیابی‌درمان را کامل می‌کنند. مشاور ۸ طبقه‌ای که در سمت چپ فرم، فهرست شده توضیح می‌دهد و به بیمار کمک می‌کند

تغییرات رفتاری، وضعیت فعلی، و پیشرفت مورد علاقه خود را ارزیابی‌کند. بررسی تفاوت بین وضعیت فعلی بیمار و اهداف وی، اغلب برای بیمار این انگیزه را ایجاد می‌کند که برای رسیدن به اهداف مورد نظرش، طرح‌ریزی کند و مراحل بینابینی را بشناسد. مشاور بیمار را ترغیب می‌کند که اهداف واقع‌گرایانه‌ای انتخاب کند و به وی کمک می‌کند برنامه‌ریزی واقع‌گرایانه‌ای برای رسیدن به این اهداف در نظر بگیرد.

بعد از این‌که بیمار اهدافش را شناسایی کرد و برای آن‌ها برنامه‌ریزی زمان‌بندی‌شده‌ای انجام داد، مشاور به سراغ فرم تداوم طرح درمان می‌رود و بر اهمیت درمان مداوم و حضور در جلسات گروه حمایت اجتماعی و جلسات خودیاری یا ۱۲ گامی تأکید می‌ورزد. مشاور باید آگاه باشد که این جلسه آخرین فرصت برای مدیریت بیمار خواهد بود. در جلسات گروهی قبلی، بر اهمیت ادامه‌دادن با جلسات خودیاری یا ۱۲ گامی پس از پایان درمان تأکید شده است. در صورت امکان در آن جلسه، مشاور به بیمار فهرستی از جلسات محلی ارائه داده و با وی در مورد راه‌های آسان‌ترکردن حضور بیمار در آن جلسات صحبت کرده است. اکنون مشاور باید نسخه دیگری از آن فهرست را در اختیار بیمار قرار دهد و جزئیات طرح بیمار برای حضور در این جلسات را بررسی نماید.

بیمار از مفاد فرم ارزیابی درمان استفاده می‌کند تا در پایان با تکمیل فرم تداوم طرح درمان به طرح تداوم درمان مناسبی‌دست پیدا کند. مشاور به بیمار در نوشتن این طرح کمک می‌نماید. مشاور به بیمار کمک می‌کند تا با درک کاملی از چگونگی تداوم درمان، با داشتن اهداف بهبودی کوتاه‌مدت و بلندمدت و با طرحی واقع‌گرایانه برای دست‌یابی به این اهداف، درمان را به اتمام رساند.

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

اهداف جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

- ایجاد یک جلسه ساختارمند برای بیماران جدید جهت آشنایی آن‌ها با مهارت‌های بهبودی و برنامه‌های خودیاری و ۱۲ گامی
- معرفی ابزارها و روش‌های اولیه بهبودی به بیماران و کمک به بیماران جهت قطع مصرف مواد
- معرفی مشارکت در گروه ۱۲ گامی یا خودیاری و ایجاد انتظار برای مشارکت به‌عنوان بخشی از درمان
- کمک به بیماران برای تطبیق‌دادن خود با گروه‌هایی مثل پیش‌گیری بازگشت یا گروهی حمایت اجتماعی یا جلسات خودیاری یا ۱۲ گامی
- اجازه به دستیار بهبودی برای ایجاد الگویی جهت تقویت ترک اولیه مواد
- افزایش عزت نفس دستیار بهبودی و تقویت پیشرفت او

مشاور و دستیار در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی به‌صورت گروهی است. این جلسات، توسط مشاور و بیمار در حال بهبودی که دستیار وی می‌شود، اداره می‌گردد. دستیار معمولاً یکی از بیماران فعلی است که بیش از ۸ هفته است که در ترک به سر می‌برد. این بیمار باید پیشرفت موفقیت‌آمیزی در طول درمان داشته باشد. مصرف هرگونه مواد را متوقف کرده باشد، و مشارکت فعالانه‌ای در یک گروه بهبودی خارج از مرکز درمانی داشته باشد. مشاور باید برای پرکردن جای خالی دستیار، از گروه پیش‌گیری از بازگشت بیمارانی را دعوت کند که

این معیارها را داشته باشند. دستیار باید برای مدت ۳ ماه با یک مشاور کار کند.

در جلسات گروهی مشاور و دستیار باید ۱۵ دقیقه پیش از شروع جلسه با هم ملاقات کنند تا موضوع جلسه و مسایل جدید مربوط به هر یک از بیماران را با هم مرور نمایند. هیچ‌گونه اطلاعات محرمانه‌ای نباید در اختیار دوستان قرار داده شود. دستیار درمان خود بیمار و داوطلب است، نه عضو کادر درمانی. باید به دستیار آموزش داد که تجربه‌اش را در اختیار دیگران بگذارد و سعی نکند تبدیل به مشاور شود. بعد از هر جلسه گروهی، مشاور باید از دستیار سؤال کند تا مطمئن شود که دستیار هم‌چنان متمرکز و دارای ثبات می‌باشد.

خصوصیات جلسه و گروه

مرحله مهارت‌های اولیه بهبودی شامل ۸ جلسه گروهی می‌باشد که هفته‌ای دوبار در طول ماه اول درمان فشرده تشکیل می‌شود. جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی در شکل گروهی به‌طور معمول گروه کوچکی است (۱۰-۶ نفر) و جلسات نسبتاً کوتاه می‌باشند (حدود ۵۰ دقیقه). در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی تعداد موضوعات زیادی در یک زمان کوتاه پوشش داده می‌شوند، شاید مشاوران مجبور شوند با سرعت از موضوعی به موضوع دیگر بروند. این گروه باید ساختارمند و در مسیر درست باقی بماند. مشاور و دستیارش باید جدی و متمرکز باشند و به احساسات پرانرژی و خارج از کنترل، که معمولاً مشخصه بیماران در اوایل بهبودی است، دامن نزنند.

مشاور هر جلسه را با بیان این‌که هدف جلسه آموزش مهارت‌های ابتدایی ترک است، آغاز می‌کند. تمامی بیماران معرفی می‌شوند و از آن‌ها پرسیده می‌شود که تا چه میزان در درمان پیشرفت کرده‌اند. به بیماران تازه‌وارد وقت اضافی داده می‌شود تا تاریخچه کوتاهی ارائه کنند. اگر بیماران تاریخچه دقیق و توأم با جزئیات مصرف مواد را می‌گویند، می‌توان مؤدبانه حرف‌شان را قطع کرد و از آن‌ها خواست تا درباره آن‌چه باعث شده است بخواهند درمان شوند، صحبت کنند. هربار که بیمار جدیدی به جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی ملحق می‌شود، مشاور باید در مورد اهمیت برنامه‌ریزی و اندازه‌گیری پیشرفت صحبت کرده، به بیماران توضیح بدهد که این امر ربطی به این ندارد که از کدام جلسه، در گروه حاضر شده‌اند. دستورالعمل جلسه اول مهارت‌های اولیه بهبودی بحث مفصل درباره برنامه‌ریزی است. دستورالعمل جلسه دوم مهارت‌های اولیه بهبودی بحث درباره اندازه‌گیری و نشانه‌گذاری پیشرفت است. دستیار در حال بهبودی، به‌عنوان فردی به جمع معرفی می‌شود که در حال حاضر در روند بهبودی قرار دارد و می‌تواند درباره تجربه شخصی خود درباره برنامه درمان صحبت کند.

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی باید با بیان مثبتی درباره بهره‌ای که بیماران از بهبودی و به درازا کشیدن ترک می‌برند آغاز شود. پس از معرفی، ۵ دقیقه وقت گذاشته می‌شود تا بیماران بتوانند برای هر روز ترک مواد بر روی تقویم خود علامت بگذارند، داستان‌های مثبتی که دارند را برای گروه بگویند، و دیگر اعضای گروه را تشویق کنند.

پس از علامت‌گذاری پیشرفت، مشاور موضوع جدید را معرفی کرده، به بیماران می‌گوید که کدام تمرین عملی بیماران مربوط به این جلسه است، درباره اهمیت و تأثیر این موضوع بر بهبودی و ترک بیماران یک شرح کلی می‌دهد، و سپس درباره موضوع با بیماران و گروه بحث می‌کند. طرح کلی جلسه که در پی می‌آید شامل پرسش‌ها و پیشنهادهایی برای ساختارمند و غنی‌کردن بحث‌هاست. مشاور باید از این سؤالات استفاده کند، ولی ممکن است متوجه شود که بیماران دغدغه‌های دیگری دارند که در سؤالات مطرح نشده است. مشاور باید در ادامه بحث به شکلی که بیشترین بهره را برای گروه داشته باشد، تشویش به خود راه ندهد. دستیار

می‌تواند توضیح بدهد که چگونه هر موضوعی که مطرح می‌شود اثر مثبتی در طول مراحل اولیه بهبودی وی داشته است. مشاور باید از تمامی بیماران بپرسد که چگونه می‌توانند از مهارت‌هایی که مطرح می‌شود، بهره ببرند. اگر بیماران مشکلی دارند، مشاور می‌تواند از دیگر اعضای گروه نظرخواهی کند و مشاور و دستیار می‌توانند پیشنهاد بدهند. در حدود ۳۵ دقیقه صرف موضوعات گروهی می‌شود.

بخش باقیمانده هر جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی باید صرف برنامه‌ریزی، و کنترل تکالیف منزل جلسه پیش گردد. تمامی بیماران باید برای زمان مابین جلسات، طرحی داشته باشند. هرچه بیماران بتوانند قوی‌تر طرح‌ریزی کنند، احتمال این‌که از برنامه خود تبعیت و از بازگشت اجتناب کنند، بیشتر می‌شود. هدف، طرح‌ریزی برای تمام روزها تا جلسه بعدی مهارت‌های اولیه بهبودی است. پس از این‌که در جلسه اول مهارت‌های اولیه بهبودی درباره برنامه‌ریزی صحبت شده در هر جلسه ۵ دقیقه برای برنامه‌ریزی تخصیص داده می‌شود. مشاور باید بخشی از این زمان را به بیماران بدهد تا در مورد موفقیت‌ها و چالش‌های برنامه بحث کنند.

معتادان گمنام (NA) یا جلسات خودیاری می‌توانند برای برنامه‌ریزی پیشنهاد شوند. بیماران باید از طرح‌ریزی برنامه‌های دو یا چند نفره با یکدیگر و با دیگر بیماران منع شوند (به‌ویژه در اوایل درمان)، به جز برای ملاقات با یکدیگر در جلسات گروه ۱۲ گامی یا خودیاری. کنترل تکلیف منزل بیماران نیز باید به شکل یک بحث کوتاه باشد. مشاور باید تلاش کند تمامی بیماران درگیر بحث شوند، و در آن‌ها برای انجام تکالیف علاقه به وجود بیاورد و باعث شود بیماران درک کنند که کارکردن بر روی بهبودی، یک کار تمام وقت است.

در پایان جلسات، هر بیماری که جلسه آخر حضوری در گروه است می‌تواند چند دقیقه‌ای وقت داشته باشد تا در مورد بهره‌هایی که از جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی در طول ماه اول درمان برده است صحبت کند. هر بیماری که دچار مشکل است باید بتواند با مشاور صحبت کند یا زمانی برای وی مقرر گردد. دستیار نباید در مشاوره‌های فردی حضور داشته باشد. بین جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی و جلسه پیش‌گیری از بازگشت یک استراحت ۱۵ دقیقه‌ای وجود دارد.

راهکارهای ویژه

ممکن است بیماران حاضر در جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی تنها دوره‌های کوتاهی از ترک را تجربه کرده باشند. ممکن است رفتار آنان به شکلی باشد که گه‌گاه لازم باشد مشاور دخالت کند و با دقت و البته مؤدبانه کنترل جلسه را به دست بگیرد. مثال‌های زیر نشان می‌دهند چگونه می‌توان بعضی موقعیت‌های معمول را کنترل کرد.

✓ *بیمارانی که وقت زیادی را صرف توضیح درباره داستان‌های مصرف مواد می‌کنند*

عدم مداخله و تصحیح بیماری که جزئیات مصرف مواد را شرح می‌دهد، می‌تواند جلسه را دچار آشفتگی کرده باعث برانگیخته‌شدن بعضی بیماران برای بازگشت شود. مشاور باید در این‌گونه مواقع:

- برای بیماران تازه‌وارد روشن سازد که توضیح جزئیات درباره مراحل مصرف یا احساساتی که منجر به مصرف می‌گردد، برای همه نامناسب است.
- صحبت بیماری که درباره جزئیات مصرف توضیح می‌دهد را قطع کند.
- به گروه یادآور شود که چنین حرف‌هایی می‌تواند منجر به بازگشت شود.
- سؤال یا موضوع تازه‌ای برای بحث مطرح کند.

✓ بیمارانی که برای مشارکت در گروه‌های ۱۲ گامی، خودیاری یا دیگر گروه‌های معنوی مقاومت می‌کنند

در بحث درباره مشارکت در برنامه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری، خیلی وقت‌ها پیش می‌آید که بیماران درباره ارزش مشارکت، مخالف هستند. مقاومت در مقابل مشارکت در گروه ۱۲ گامی یا خودیاری، مسأله مهمی است. برای رفع دغدغه‌های بیمار، مشاور باید:

- خیلی واضح این موضوع را بیان کند که نتیجه درمان برای کسانی که در برنامه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری حاضر می‌شوند خیلی بهتر از کسانی است که امتناع می‌ورزند. در بررسی‌های متعددی درباره ارتباط نتیجه درمان و مشارکت در گروه ۱۲ گامی یا خودیاری، همواره یک ارتباط معنادار قوی بین این دو پیدا شده است. با این وجود، بیماران ممکن است بگویند که به نظرشان این جلسات سودمند نیست و قصد ندارند در این جلسات حاضر شوند.
- اظهار کند که خیلی از افراد در ابتدا حضور در این جلسات را ناراحت‌کننده و سخت می‌دانند و این موضوع غیرمعمول نیست.
- از بحث و جدل و سعی‌کردن برای قانع‌نمودن بیماران ناراضی به حضور در جلسات اجتناب ورزد.
- به بیماران فهرستی از جلسات محلی بدهد و آن‌ها را ترغیب کند که در جلسات مختلف حاضر شوند تا بالاخره جلسه راحت و مناسبی پیدا کنند.
- بیمارانی که در مقابل جنبه‌های معنوی این جلسات مقاومت دارند را ترغیب کند به خاطر رفاقت و حمایت دراین جلسات حاضر شوند. فعالیت‌های اجتماعی، مراسم بعد از جلسات، و دسترسی به دیگران در مواقع دردسر، جنبه‌های مثبت مشارکت برای بیماران سردرگم است.

افرادی که برای‌شان رفتن به جلسات ناآشنا در جامعه سخت است ممکن است بخواهند همراه دستیار یا دیگر اعضای گروه در این جلسات حاضر شوند. مراکز درمانی می‌توانند ترتیبی‌بدهند که جلسات ۱۲ گامی در مرکز درمانی تشکیل شود تا بیماران بتوانند در یک محیط آشنا با فلسفه و ساختار جلسات بیشتر آشنا شوند.

بعضی بیماران ممکن است بخواهند در جلسات ۱۲ گامی حاضر شوند ولی برای گرفتن حامی و طی‌کردن مراحل بهبودی مقاومت داشته باشند. باید به بیماران اجازه دادکه طبق برنامه، و زمانی که آماده هستند، در جلسات ۱۲ گامی حاضر شوند. هرچه بیماران مشارکت بیشتری در برنامه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری داشته باشند، بهبودی آنان قوی‌تر خواهد بود. بیماران باید حامیی انتخاب کنند که پذیرای حضور هم‌زمان بیمار در درمان حرفه‌ای نیز باشد.

بیمارانی که به دنبال جایگزینی برای گروه ۱۲ گامی سنتی هستند، باید تشویق شوند سایر گروه‌های خودیاری را نیز امتحان کنند.

مشاور باید با مدیران سایر گروه‌ها آشنا بوده، در صورت درخواست بیمار، بتواند به وی آدرس و تلفن تماس این مرکز را بدهد.

مشاور باید نسخه‌ای از این فهرست را در هر جلسه همراه داشته باشد، تا بتواند در صورت درخواست بیماران این اطلاعات را در اختیار آن‌ها قرار دهد.

✓ بیمارانی که پیشنهادهای نادرست یا خطرناک به دیگر بیماران می‌دهند

گاهی بیماران ممکن است در طول جلسات فردی یا گروهی پیشنهادهایی بدهند که نادرست یا احتمالاً خطرناک باشد. وقتی بیماری توصیه‌ای به بیمار دیگر می‌کند که بالقوه آسیب‌زا می‌باشد، مشاور:

- نگرش و رفتار مؤدبانه و محترمانه خود نسبت به تمامی اعضای گروه را حفظ می‌کند، در

حالی که کاملاً کنترل جلسه را به‌دست دارد.

- همانند مثالی که ارائه می‌شود، مکالمه را به جای صحیح باز می‌گرداند:

بیمار الف اظهار می‌کند که داروی ضدافسردگی وی اثری بر افسردگی وی ندارد و تنها وی را خسته می‌کند.

بیمار ب می‌گوید: «باید فوراً مصرف داروی ضد افسردگی را قطع کنید. اگر احساس خستگی کنید. ممکن است دست آخر به این خاطر که نمی‌توانید در طول روز بیدار بمانید به مصرف مت‌آمفتامین باز گردید. این همه زحمت کشیده‌اید که مصرف مواد را ترک کنید».

مشاور در اینجا باید پا پیش بگذارد و موقعیت را توضیح دهد: «بیمار ب! اگرچه مطمئنم که از بیان این مسئله نیت خوبی‌دارید، بیمار الف باید مشکل دارویی‌اش را با پزشکش درمیان بگذارد. ولی به نکته مهمی اشاره کردید: خستگی می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد. بگذارید راجع به این با هم صحبت کنیم که چگونه توقف فکر می‌تواند به شما کمک کند با برانگیزاننده‌ها مقابله کنید».

✓ بیمارانی که نمی‌توانند در مسیر جلسه باقی بمانند یا انرژی خود را کنترل کنند

گاهی، بیماران بی‌ثبات قادر نیستند در مسیر باقی بمانند یا انرژی خود را به درستی کنترل کنند. در موقعیت‌هایی همانند این، مشاور باید:

- با گفتن جمله‌ای مانند «امروز خیلی انرژی دارید. بگذارید مطمئن شویم همه شانس حرف‌زدن دارند. برای مدتی فقط گوش بدهید» موقعیت را تغییر دهد.
- اگر تلاش مشاور برای تغییر موقعیت به نتیجه نرسد، بیمار را مستقیماً مخاطب قرار دهد و از او بخواهد تا رفتار آزاردهنده را متوقف کند.
- اگر رفتار آزاردهنده ادامه پیدا کند، از بیمار بخواهد تا جلسه را برای آن روز ترک کند.
- در صورت امکان، پس از جلسه به‌طور خصوصی با بیمار در مورد مشکلش صحبت کند.

بیماری که آزاردهنده یا خارج از کنترل است ممکن است دچار اختلال نقص توجه یا اختلال روانی جدی‌تر باشد. مشاور باید نسبت به وقوع هم‌زمان مصرف مواد و اختلالات روانی هوشیار بوده، در صورت لزوم بیمار را به روان‌پزشک مناسب ارجاع دهد.

✓ بیمارانی که تحت تأثیر مواد وارد جلسه درمان می‌شوند

اگر بیماری نشئه (یا مست) بود، مشاور باید:

- از بیمار بخواهد تا همراه با خود وی از اتاق جلسه بیرون بیاید. در حالی که مشاور تلاش می‌کند تا حالت و وضعیت بیمار را ارزیابی‌کند و با وی در مورد مسایلی که منجر به مصرف مواد (یا الکل) شده صحبت می‌کند، دستیار می‌تواند جلسه را اداره کند. به خصوص اگر مشاور دیگری برای بیمار در دسترس نباشد یا بیمار قادر به ادامه درمان و مشارکت درمانی نباشد.
- اگر بیمار قادر به مشارکت مؤثر در درمان فردی هست، به وی کمک کند تا مشاور دیگری در مرکز با وی صحبت کند.
- بسته به میزان تأثیر مواد (یا الکل) بر روی بیمار، مطمئن شود که وسیله آمد و شد مطمئنی برای حمل و نقل وی موجود هست، و هرگونه بحث درباره مصرف مواد را تا جلسه بعدی به تعویق بیندازد.
- از مواجهه یا رویارویی اجتناب کند.

✓ بیمارانی که دچار بازگشت می‌شوند

بیمارانی که ماه اول درمان را پشت سر گذاشته‌اند ولی دچار بازگشت شده‌اند و سعی می‌کنند ساختاری به بهبودی خود ببخشند ممکن است از حضور مجدد

خود در جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی، و در همان زمان حضور در جلسات پیش‌گیری از بازگشت، بهره ببرند. زمانی که مشاور مطمئن شود که این بیماران به ثبات رسیده‌اند، می‌توانند حضور آنان در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی را متوقف کند و از آن‌ها بخواهد تنها در جلسات پیش‌گیری از بازگشت حاضر شوند.

ذهن منطقی در مقابل ذهن معتاد

توضیحات جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی، از استعاره تلاش بین ذهن منطقی بیمار و ذهن معتاد بهره می‌برد تا بتواند درباره بهبودی حرف بزند. اصطلاحات ذهن منطقی و ذهن معتاد معادل بخش‌های فیزیولوژیک مغز نیستند، بلکه به بیمار این قدرت را می‌دهند که بتواند تقلای خود بین میل و آرزوی ماندن در مسیر بهبودی، و میل به شروع مصرف مواد محرک را به شکلی مفهومی دریابد.

مطابقت‌دادن تمرینات عملی بیمار

تمرینات عملی بیمار، نسبت به توضیحات جلسه برای مشاور، به زبان ساده‌تری نوشته شده‌اند. جزوات بیمار باید برای کسی که تا کلاس سوم راهنمایی درس خوانده است قابل فهم می‌باشند. لغات مشکل (مثل استدلال، بهبودی) گه‌گاه به کار رفته‌اند. مشاوران باید آماده کمک به بیماری باشند که درک مطالب برایش مشکل است. مشاوران باید متوجه باشند که برای بیماران دچار مشکلات خواندن، جزوات، باید تغییر داده شوند.

توضیحات جلسه

در این راهنما دستورالعمل ساختارمندی برای مشاور جهت تنظیم و هدایت هشت جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی در برنامه سرپایی آمده است. تمریناتی که در راهنمای جلسات به آن‌ها اشاره شده در پایان توضیحات جلسه برای استفاده مشاور نیز آمده است. جدول ۲-۴ شمای کلی هشت جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی را نشان می‌دهد.

جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

جلسه اول) توقف چرخه مصرف

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای درک برانگیزاننده‌ها و وسوسه مصرف
- کمک به بیمار برای شناسایی برانگیزاننده‌های شخصی
- کمک به بیمار برای درک این‌که چگونه برانگیزاننده‌ها و وسوسه مصرف منجر به مصرف می‌شوند.
- کمک به بیمار برای یادگیری تکنیک‌های توقف افکار منجر به مصرف
- کمک به بیمار برای درک اهمیت برنامه‌ریزی زمانی

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره مفهوم برانگیزاننده‌ها

در طول زمان، در ذهن مصرف‌کننده مواد، اشخاص، مکان‌ها، چیزها، موقعیت‌ها و حتی احساسات خاصی با مصرف مواد مرتبط می‌گردند. قرارگرفتن در معرض و حول‌وحوش این برانگیزاننده‌ها می‌تواند منجر به وسوسه مصرف شود، که نهایتاً منجر به مصرف مواد می‌گردد.

- تمرین برانگیزاننده‌ها را مرور کنید
- از بیماران بخواهید برانگیزاننده‌های خود را در جزوه شناسایی کنند
- در مورد چیزهای خاصی که برای بیماران در حکم برانگیزاننده عمل کرده‌اند، بحث کنید
- از بیماران بخواهید در مورد برانگیزاننده‌هایی که بعد از ترک جلسه با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند، فکر کنند
- اهمیت برنامه‌ریزی برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها را بیان کنید

جدول ۲-۴: بررسی اجمالی جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی

صفحه	محتوا	موضوع	شماره جلسه
۶۳	بیماران درباره وسوسه مصرف و برانگیزاننده‌ها و ارتباطشان به مصرف مواد آگاهی کسب می‌کنند. بیماران تکنیک‌های توقف فکر را یاد می‌گیرند تا با بازگشت مقابله کنند و برنامه‌ریزی را یاد می‌گیرند تا بهبودی خود را ساختارمند نمایند.	توقف چرخه مصرف	۱
۶۶	بیماران یاد می‌گیرند که شناسایی برانگیزاننده‌های بیرونی و جدول‌بندی‌کردن آن‌ها به پیش‌گیری از بازگشت کمک می‌کند.	شناسایی برانگیزاننده‌های بیرونی	۲
۶۸	بیماران می‌آموزند که شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و جدول‌بندی کردن آن‌ها به پیش‌گیری از بازگشت کمک می‌کند.	شناسایی برانگیزاننده‌های درونی	۳
۷۰	بیماران در مورد شکل، نحوه بهره‌بردن، و تلاش‌های برنامه‌های ۱۲ گامی و جلسات ۱۲ گامی در منطقه خودشان اطلاعات کسب می‌کنند. هم‌چنین بیماران در مورد جایگزین‌های جلسات ۱۲ گامی مثل گروه‌های خودیاری، اطلاعات می‌گیرند.	معرفی فعالیت‌های ۱۲گامی یا خودیاری	۴
۷۲	بیماران یاد می‌گیرند، هم‌چنان که آنان در مسیر بهبودی پیشروی می‌کنند، بدن‌شان نیز باید با بهبود تطبیق پیدا کند. بیماران یاد می‌گیرند که چگونه بر مشکلات فیزیکی بهبودی غلبه کنند.	شیمی بدن در بهبودی	۵
۷۴	بیماران تکنیک‌های کنارآمدن جدیدی یاد می‌گیرند که شامل مصرف مواد نمی‌باشد. بیماران موقعیت‌های مشکل‌زا شناسایی کرده و یاد می‌گیرند چگونه با آن‌ها روبه‌رو شوند.	مشکلات رایج در ابتدای درمان	۶
۷۶	بیماران یاد می‌گیرند که چگونه افکار و احساسات رفتار را شکل می‌دهند و یاد می‌گیرند که پاسخ به افکار و احساسات قابل کنترل است. بیماران رفتارهای مربوط به مصرف مواد را شناسایی می‌کنند.	فکرکردن، احساس‌کردن، انجام‌دادن	۷
۷۸	بیماران، گفته‌های ۱۲ گامی را یاد می‌گیرند و موقعیت‌هایی که می‌توانند از این گفته‌ها بهره ببرند را شناسایی می‌کنند. هم‌چنین بیماران یاد می‌گیرند که چه زمانی در خطر بازگشت هستند.	عقل ۱۲ گامی	۸

۱۵ دقیقه آخر این جلسه (و ۵ دقیقه آخر بقیه جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی) به برنامه‌ریزی بیماران برای زمان مابین جلسات اختصاص دارد.

۲. بحث درباره وسوسه مصرف

وسوسه مصرف عبارت است از اشتیاق تکانه‌ای یا اجباری غیرارادی به مصرف که اساس فیزیولوژیک دارد. وسوسه مصرف، فقط با تصمیم بیمار مبنی بر عدم مصرف، متوقف نمی‌شود. بیماران باید رفتارهای خود را تغییر دهند تا از برانگیزاننده‌های احتمالی وسوسه یا ولع مصرف اجتناب کنند. برنامه‌ریزی برای تغییرات رفتار بسیار مؤثرتر از نیت و قصد مثبت و اراده قوی است.

- در مورد این‌که چگونه بیماران باید رفتارشان را تغییر دهند تا از برانگیختن وسوسه یا ولع مصرف جلوگیری کنند، بحث کنید
- در مورد اهمیت کنار گذاشتن وسایل مرتبط با مصرف مواد بحث کنید

- از بیماران بپرسید تاکنون چه تغییراتی را سبب شده‌اند تا وسوسه مصرف را کاهش دهند. این تغییرات چه تأثیری داشته‌اند؟
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه در طول زمان، تغییرات رفتاری منجر به تغییر در شدت وسوسه مصرف گشته است. مهم است که بیماران بدانند که وسوسه یا ولع مصرف سرانجام مطیع می‌گردد و از بین می‌رود

۳. بحث درباره روش توقف فکر

علاوه بر تغییرات رفتاری برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها، بیماران می‌توانند در زنجیره برانگیزاننده، فکرکردن به مصرف، وسوسه مصرف، و مصرف مواد، دخالت کنند. اگرچه برانگیخته‌شدن وسوسه مصرف یک فرآیند خودبه‌خودی به نظر می‌رسد، بیماران می‌توانند با توقف افکارشان در مورد مصرف، از مصرف مواد اجتناب کنند.

- تمرین برانگیزاننده، فکر، وسوسه مصرف و مصرف را مرور کنید
- به بیماران کمک کنید تا درک کنند که وسوسه مصرف همیشه بر آن‌ها غلبه نخواهد کرد. آن‌ها می‌توانند افکاری که منجر به وسوسه مصرف می‌شود را متوقف کنند
- از بیماران بخواهید در مورد تصاویری که به آن‌ها کمک می‌کند افکار خود درباره مصرف را متوقف کنند، بحث نمایند

۴. بحث و تمرین تکنیک‌های توقف فکر

توقف فکر، در صورتی که بیماران آن را به خوبی تمرین کنند، مهارت ارزشمندی است. بیماران باید در مواجهه با برانگیزاننده‌ها قادر باشند از تکنیک‌های توقف فکر استفاده کنند تا ارتباط بین فکرکردن به مصرف و وسوسه مصرف را از بین ببرند.

بیماران باید بدانند که برانگیزاننده‌ها خودبه‌خود منجر به مصرف نمی‌شوند؛ بیماران می‌توانند با متوقف‌کردن افکارشان، مواد مصرف نکنند.

- تمرین تکنیک‌های توقف فکر را مرور کنید
- با بیماران درباره این بحث کنید که به نظر آن‌ها کدام‌یک از چهار تکنیک (تجسم، منحرف‌کردن، آرام‌کردن خود، صحبت با کسی) برای‌شان مفیدتر خواهد بود
- برای به کاربردن تکنیک‌ها، طرح بریزید و بحث کنید. بیماران چه چیزی را تجسم خواهند کرد؟ برای آرام‌کردن خود چه کار می‌کنند؟ چه کسی را صدا می‌زنند؟
- برای بیماران این موضوع را روشن کنید که تکنیک‌های توقف فکر، وسوسه مصرف را در کناری نگاه می‌دارد و به بیماران این فرصت را می‌دهد که کار دیگری انجام دهند (مثلاً رفتن به یک جلسه خودیاری، ورزش‌کردن)
- از بیماران بخواهید در مورد تکنیک‌های دیگری که فکر می‌کنند برای توقف فکر مفید است، صحبت کنند. (مثلاً، پیاده‌روی، رفتن به سینما، دوش‌گرفتن)
- از دستیار بخواهید در مورد تکنیک‌های توقف فکری که برایش سودمند بوده است، حرف بزند

برنامه‌ریزی در مهارت‌های اولیه بهبودی (۱۵ دقیقه)

یکی از اهداف اصلی برنامه‌ریزی، اطمینان از این است که بخش منطقی ذهن آن‌ها رفتار آن‌ها را کنترل کند نه بخش معتاد و عاطفی ذهن‌شان که باعث وسوسه یا ولع مصرف می‌شود. وقتی بیماران برنامه‌ریزی می‌کنند و از آن تبعیت می‌کنند، بخش منطقی ذهن‌شان را مسئول اعمال خودشان کرده‌اند. افراد حاضر در درمان سرپایی، اگر در مورد بهبودی خود جدیت داشته باشند، باید برای زمان و اوقات خود برنامه‌ریزی کنند.

برای این بیماران اهمیت دارد که طرح فعالیت‌های‌شان را بریزند و این طرح را به روی کاغذ

بیاورند. برنامه‌هایی که تنها در فکر انسان باشند به راحتی فراموش می‌شوند و انجام نمی‌شوند. بیماران باید برای هر ساعت روز برنامه‌ریزی کنند و از برنامه تبعیت نمایند. وقتی بیماران در حال برنامه‌ریزی هستند، باید توجه ویژه‌ای به اوقات خطرناک مانند تعطیلات آخر هفته یا هر زمان دیگری داشت که بیماران می‌دانند در آن زمان‌ها نسبت به مصرف مواد، آسیب‌پذیر هستند.

- تمرین اهمیت برنامه‌ریزی را مرور کنید.
- به بیماران کمک کنید تا بفهمند که برنامه‌ریزی جدید و پیروی از برنامه بخشی از روند بهبودی است. برنامه‌ریزی به ذهن منطقی بیماران قدرت فرمان‌روایی می‌بخشد و آن‌ها را در گرفتن تصمیم‌های خوب، یاری می‌کند.
- از بیماران بخواهید تمرین برنامه روزانه/ ساعتی را کامل کنند. آنان را ترغیب کنید که برنامه‌ریزی کاملی بکنند و هیچ جالی خالی در برنامه به جا نگذارند.

بیماران این تمرین برنامه‌ریزی را در پایان تمامی ۸ جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی انجام خواهند داد. در جلسه اول ۱۵ دقیقه وقت به آن داده می‌شود تا مشاور بتواند آن را معرفی نماید. در جلسات دوم تا هشتم، ۵ دقیقه به برنامه‌ریزی اختصاص داده می‌شود، و فعالیت جدیدی ـ «علامت‌گذاری پیشرفت برنامه» ـ به آغاز هر جلسه افزوده می‌شود.

تکلیف منزل مربوط به مهارت‌های اولیه بهبودی

بیماران را ترغیب کنید از تمرینات درمان بیمار استفاده کنند تا فهرستی از برانگیزاننده‌هایی که با آن‌ها مواجه می‌شوند و چگونگی مبارزه با آن‌ها، تهیه نمایند. بیماران را تشویق کنید فهرستی از تکنیک‌های توقف فکری که برای‌شان بهتر از همه بوده، تهیه نمایند.

جلسه دوم: شناسایی محرک و برانگیزاننده‌های بیرونی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای درک این‌که دریابند برانگیزاننده‌های بیرونی چه هستند
- کمک به بیمار برای درک این‌که برانگیزاننده‌های بیرونی خود را شناسایی کنند
- کمک به بیمار برای درک این‌که دریابند برانگیزاننده‌های بیرونی چگونه منجر به مصرف می‌شوند
- کمک به بیمار برای درک این‌که نیاز به برنامه‌ریزی برای اجتناب از برانگیزاننده‌های بیرونی را دریابند
- کمک به بیمار برای درک این‌که اهمیت علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی را بفهمند

تمرینات

- علامت‌گذاری پیشرفت
- تقویم
- پرسش‌نامه برانگیزاننده بیرونی
- جدول برانگیزاننده بیرونی
- برنامه روزانه / ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی (۵ دقیقه)

ثبت و ضبط روزانه وقایع ترک، بیماران را آگاه می‌سازد که بهبودی یک روند روز به روز است. هم‌چنین علامت‌گذاری پیشرفت به بیماران اجازه می‌دهد از دیدن مسیری که طی کرده‌اند احساس غرور کنند. بیمارانی که به تازگی مصرف مواد را ترک کرده‌اند ممکن است دچار تجربه خمیدگی زمان یا بی‌روحیه‌گی شوند که در آن به نظر می‌رسد زمان کندتر از آن وقتی که مواد مصرف می‌کرده‌اند می‌گذرد. جدول‌بندی پیشرفت آن‌ها در واحدهای کوچک، روند

سخت بهبودی را برای‌شان آسان‌تر خواهد ساخت. ۵ دقیقه اول جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی اختصاص به این فعالیت دارد.

- تمرین علامت‌گذاری پیشرفت را مرور کنید
- از بیماران بخواهید بر روی تقویم برای هر روزی که مواد مصرف نکرده‌اند علامتی بگذارند

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره مفهوم برانگیزاننده‌های بیرونی

در جلسه اول بیماران فهمیدند که برانگیزاننده چه مفهومی دارد و برانگیزاننده‌های خاص را شناسایی و در مورد آن‌ها بحث کردند. در این جلسه آن‌ها با شرح دقیق‌تری از موقعیت‌ها و اتفاقاتی که مرتبط با مصرف مواد هستند آشنا خواهند شد. مشاور به بیماران کمک می‌کند دریابند که برانگیزاننده‌های بیرونی جنبه‌هایی از روش زندگی آن‌ها و انتخاب‌هایی است که آن‌ها انجام می‌دهند و تحت کنترل‌شان است. آن‌ها می‌توانند این چیزها را تغییر دهند.

- تمرین پرسش‌نامه برانگیزاننده بیرونی را مرور کنید
- از بیماران بخواهید در کنار آن دسته از برانگیزاننده‌های بیرونی که به آن‌ها مربوط است ضربدر گذاشته و در کنار آن دسته که به آن‌ها مربوط نیست عدد صفر بگذارند
- بیماران را ترغیب کنید در مورد آن دسته از برانگیزاننده‌های بیرونی که در جزوه ذکر نشده‌اند فکر کرده، آن‌ها را به‌صورت جداگانه فهرست کنند
- از بیماران بخواهید موقعیت‌ها و افرادی را که برای آن‌ها مرتبط با مصرف مواد نیستند فهرست کنند (مثلاً کسانی که مطمئن هستند)
- در مورد برانگیزاننده‌های بیرونی بیماران بحث کنید
- روش پاسخ‌دادن به برانگیزاننده‌ها که در جلسه اول در مورد آن بحث شد را مرور کنید (تمرین تکنیک‌های توقف فکر)
- اهمیت برنامه‌ریزی برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها را مرور کنید

۲. جدول‌بندی برانگیزاننده‌های بیرونی

وقتی بیماران فهرست برانگیزاننده‌های بیرونی خود و فهرست افراد، مکان‌ها، و موقعیت‌های مورد اطمینان را تهیه کردند، مشاوران می‌توانند بر مبنای قدرت ارتباط آن‌ها با مصرف مواد آن‌ها را طبقه‌بندی کنند. کامل‌کردن جدول برانگیزاننده بیرونی به بیماران کمک می‌کند دریابند که مصرف مواد در یک دوره به خاطر اتفاقات تصادفی پیش نمی‌آید. هم‌چنین بیماران در می‌یابند که از دانشی برخوردار هستند که به آن‌ها کمک می‌کند از مصرف مواد اجتناب کنند. بیماران می‌توانند با تغییر رفتار خود، کنترل را تمرین کرده، احتمال مصرف مواد را کاهش دهند. مشاور می‌تواند بیماران را تشویق کند تا این جدول (جدول برانگیزاننده بیرونی) را به جلسات مشاوره فردی بیاورد تا در مورد مسایل مربوط به برانگیزاننده‌ها در آنجا صحبت شود. بیماران باید این جدول را دم دست داشته باشند تا اگر برانگیزاننده جدیدی پیدا شد آن را اضافه کنند (به تکلیف منزل زیر مراجعه کنید)

- جدول برانگیزاننده بیرونی را مرور کنید
- از بیماران بخواهید افراد چیزها و موقعیت‌ها را در جدول فهرست کرده، بر اساس قدرت بالقوه آن‌ها به‌عنوان برانگیزاننده آن‌ها را درجه‌بندی کنند
- بیماران را تشویق کنید مواردی که مشکل‌ساز هستند را مطرح کرده، موارد مطمئن را به بحث بگذارند
- از دستیار بخواهید در مورد چگونگی استفاده از جدول برانگیزاننده بیرونی و نحوه کمک این جدول به وی در شناسایی برانگیزاننده‌ها و کنترل آن‌ها بحث کند

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاور به بیماران یادآور می‌شود که برنامه‌ریزی زمانی و تبعیت از آن بخشی از روند بهبودی است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند نمی‌توانند از برنامه تبعیت کنند، پذیرفتن مسئولیت پیروی از برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را قطع کنند. پیروی از تصمیماتی که دربرنامه‌ریزی قید می‌شود به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند تا کنترل رفتار را به دست داشته باشد.

- از بیماران بپرسید برنامه‌ای که در پایان جلسه پیش نوشته‌اند چگونه به آن‌ها کمک کرده که مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید در مورد برنامه‌ریزی چه چیزی یاد گرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی آینده آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برنامه روزانه/ ساعتی را برای زمان بین این جلسه و جلسه سوم تکمیل کنند.

تکلیف منزل جلسه دوم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه انجام‌دادن تکالیف منزل جلسه قبل صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که ادامه تکلیف باید به چه شکلی باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف‌شان را انجام ندادند، بلکه هدف از آن تشویق بیماران است که در فاصله بین جلسات بر روی بهبودشان کار کنند و در مورد آن با گروه صحبت کنند. بیماران را تشویق کنید که فهرست برانگیزاننده‌های بیرونی را هم‌چنان که بهبودشان ادامه می‌یابد، به روز نمایند.

جلسه سوم: شناسایی برانگیزاننده‌های درونی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این که برانگیزاننده‌های درونی چه هستند
- کمک به بیماران برای شناسایی برانگیزاننده‌های درونی شخصی
- کمک به بیماران برای درک این که چگونه برانگیزاننده‌های درونی منجر به مصرف می‌شوند
- کمک به بیماران برای درک افکار و عواطف شخصی که به‌عنوان برانگیزاننده عمل می‌کنند
- کمک به بیماران برای بررسی اهمیت برنامه‌ریزی و علامت‌گذاری پیشرفت

تمرینات

- تقویم
- پرسش‌نامه برانگیزاننده درونی
- جدول برانگیزاننده درونی
- برنامه روزانه / ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی (۵ دقیقه)

پیش‌از شروع جلسه، مشاور به بیماران وقت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم علامت‌گذاری کنند و آنان را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه قبل تاکنون برای‌شان رخ داده صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره مفهوم برانگیزاننده‌های درونی

در جلسه اول بیماران دریافتند که برانگیزاننده‌ها چه چیزهایی هستند و برانگیزاننده‌های خاص را شناسایی و در موردشان بحث کردند. در این جلسه آن‌ها شرح دقیق‌تری از افکار و عواطف مرتبط با مصرف مواد دریافت می‌کنند. بهبودی اولیه به‌ویژه از نظر عاطفی زمان آشفته‌ای است. بسیاری از بیماران ممکن است دچار احساس افسردگی، شرم، ترس، سردرگمی یا شک به خود شوند. اگرچه بیماران ممکن است

احساس کنند که در این زمان افکار و عواطف‌شان تحت اختیارشان نیست ولی مشاور می‌تواند به بیماران کمک کند دریابند که چگونگی پاسخ‌دادن به این برانگیزاننده‌های درونی تحت اختیارشان هست.

- پرسش‌نامه برانگیزاننده درونی را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در کنار آن دسته از برانگیزاننده‌های درونی که به آن‌ها مربوط است ضربدر گذاشته در کنار بقیه عدد صفر گذارد. بیماران هم‌چنین باید عواطف و افکاری را که زمانی به‌عنوان برانگیزاننده عمل کرده‌اند نیز با ضربدر مشخص کنند، اگرچه اکنون دیگر برانگیزاننده نباشند.
- از بیماران بخواهید با توجه ویژه به افکار یا عواطفی که اخیراً برانگیزاننده مصرف بوده‌اند، بقیه جزوه را کامل کنند.
- در مورد برانگیزاننده‌های درونی بیماران بحث کنید. وقتی بیماران حالات درونی خود را توضیح می‌دهند آن‌چه می‌گویند تکرار کنید و از آن‌ها بپرسید آیا منظورشان همین بوده است.
- روش پاسخ‌دادن به برانگیزاننده‌ها که در جلسه اول در موردش بحث شد را مرور کنید. (تکنیک‌های توقف فکر)
- در مورد روش‌های دیگر کنارآمدن با برانگیزاننده‌ها بحث کنید. اگر حالات درونی خاصی دیگر برای بیماری مشکل‌ساز نمی‌باشد از وی بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه آن برانگیزاننده درونی را تحت اختیار خود گرفته است.

۲. جدول‌بندی برانگیزاننده‌های درونی

درست همان‌گونه که در مورد برانگیزاننده‌های بیرونی عمل شد، بیماران باید بعد از فهرست‌کردن برانگیزاننده‌های درونی، آن‌ها را با توجه به قدرت ارتباط‌شان با مصرف مواد طبقه‌بندی نمایند. جدول‌بندی برانگیزاننده‌های درونی به بیماران اجازه می‌دهد حالات عاطفی مطمئن و نامطمئن را شناسایی نمایند، که به نوبه خود به آنان کمک می‌کند مشکلات را پیش‌بینی و رفع نمایند. کامل‌کردن جدول برانگیزاننده درونی به بیماران کمک می‌کند تصویری از انتخاب‌های خود و نتایج آن داشته باشند.

با تلاش برای اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده عواطف خطرناک، بیماران می‌توانند در طول بهبودی، کنترل‌کردن را تمرین کنید. مشاور می‌تواند بیماران را تشویق کند که این جدول (جدول برانگیزاننده درونی) را به جلسات مشاوره فردی بیاورند و مشکلات مربوط به برانگیزاننده‌ها را مطرح کنند. بیماران باید جدول برانگیزاننده درونی را دم دست داشته، در صورت پیداشدن برانگیزاننده جدید آن را اضافه کنند (به تکلیف منزل زیر مراجعه کنید).

- جدول برانگیزاننده درونی را مطالعه کنید.
- از بیماران بخواهید افکار و عواطف خود را روی جدول فهرست کرده، آن‌ها را براساس قدرت بالقوه به‌عنوان برانگیزاننده درجه‌بندی کنند.
- بیماران را تشویق کنید تا مسایل و موارد مشکل‌ساز و موارد مطمئن را مطرح نمایند.
- از دستیار بخواهید در مورد این بحث کند که چگونه جدول برانگیزاننده درونی به وی کمک کرده، برانگیزاننده‌ها را درک کند و آن‌ها را تحت اختیار داشته باشد.

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاور باید به بیماران یادآور شود که برنامه‌ریزی زمانی و تبعیت از آن بخشی از روند بهبودی است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند نمی‌توانند از برنامه تبعیت کنند. پذیرفتن مسئولیت پیروی از برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را قطع کنند. پیروی از تصمیماتی که در برنامه‌ریزی قید می‌شود به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند تا کنترل رفتار را به‌دست داشته باشد.

- از بیماران بپرسید برنامه‌ای که در پایان جلسه پیش نوشته‌اند چگونه به آن‌ها کمک کرده که مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید در مورد برنامه‌ریزی چه چیزی یاد گرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی آینده آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برنامه روزانه / ساعتی را برای زمان بین این جلسه و جلسه چهارم تکمیل کنند.

تکلیف منزل (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل جلسه قبل صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که ادامه تکلیف باید به چه شکلی باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف‌شان را انجام ندادند، بلکه هدف از آن تشویق بیماران است که بر روی بهبودشان در فاصله بین جلسات کار کنند و در مورد آن با گروه صحبت کنند. بیماران را تشویق کنید که فهرست برانگیزاننده‌های درونی را، هم‌چنان که بهبودشان ادامه می‌یابد، به روز نمایند.

جلسه چهارم: معرفی فعالیت‌های ۱۲ گامی یا خودیاری

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک ساختار و شکل برنامه‌های ۱۲ گامی
- کمک به بیماران برای شناختن سختی‌ها و بهره‌های مشارکت در برنامه‌های ۱۲ گامی
- آشناکردن بیماران با جلسات ۱۲ گامی منطقه
- کمک به بیماران برای درک این که مشارکت در برنامه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری در بهبودشان بسیار مهم است
- کمک به بیماران برای مرور اهمیت برنامه‌ریزی و علامت‌گذاری پیشرفت

تمرینات

- تقویم
- معرفی ۱۲ گامی
- «دعای آرامش» و ۱۲ گامی گروه معتادان گمنام «NA»
- برنامه روزانه / ساعتی

پیشرفت درمان (۵ دقیقه)

پیش از شروع موضوع جلسه مشاور به بیماران وقت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم علامت‌گذاری کنند و آنان را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه قبل تاکنون برای‌شان رخ داده صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره مشارکت قبلی بیمار در برنامه‌های ۱۲ گامی یا خودیاری

مشارکت در برنامه ۱۲ گامی یا خودیاری در طول درمان و بعد از آن بخش مهمی از بهبودی است. بیماران باید حضور در جلسات گروهی ۱۲ گامی یا خودیاری را به اندازه حضور در جلسات درمانی پر اهمیت بدانند. تحقیقات نشان می‌دهد که ترکیبی از درمان حرفه‌ای مصرف مواد و مشارکت در گروه‌های حمایتی ۱۲ گامی اغلب مؤثرترین راه بهبودی است. مهم‌ترین جنبه مشارکت در گروه ۱۲ گامی یا خودیاری این است که بیمار توسط گروهی از افراد حمایت‌گر احاطه می‌گردد که در تلاش مشابهی هستند. هم‌چنین مشارکت در یک گروه ۱۲ گامی یا خودیاری این پیام را تقویت می‌کند که بهبودی یک روند فردی نیست. بیمار باید مصرف مواد را ترک کند اما دانش و حمایت دیگران که در ترک به سر می‌برند

بخش مهمی از بهبودی است.

- از بیمـاران بپرسـید چنـد نفـر تـاکنون در برنامه‌هـای ۱۲ گـامی یـا خودیـاری مـشارکت کرده‌اند.
- از افرادی که در چنـین برنامـه‌هـایی مـشارکت داشته‌اند بخواهید کـه بـه‌طـور خلاصـه تجربـه منفـی خـود از جلـسات را توضـیح دهنـد. اگـر بیماران تمایل به صحبت نداشته باشند دسـتیار می‌تواند این بحث را آغاز کند.

تجربیات منفی بایستی شامل موارد زیر باشند:

- بعـضی از افـراد در جلـسات تمـایلی بـه تغییـر ندارند.
- مشکلات را فاش‌ساختن سخت اسـت، بـه‌ویـژه هنگامی که غریبه‌ها حضور دارند.
- ساختار بسیار سختی دارد.
- وقت زیادی در جلسات به هدر می‌رود.
- بخش‌های معنوی اجباری هستند.
- رفتن به جلسات می‌تواند باعث این شود که آدم دلش بخواهد دوباره مصرف کند.
- از بیمارانی که در این گونـه جلـسات مـشارکت نداشته‌اند بخواهید که دغدغه‌های خود در مورد مشارکت در گروه ۱۲ گامی یا خودیاری را شرح دهند.
- از بیمـارانی کـه در برنامـه‌هـای ۱۲ گـامی یـا خودیـاری مـشارکت داشـته‌انـد بخواهیـد تـا تجربیات مثبت خود را اعلام کنند. در اینجا نیز دستیار می‌تواند بحث را آغاز کند.

۲. بحث درباره دانش بیماران درباره برنامـه‌هـای ۱۲ گامی

بحث قبلی برای مشاور این آگاهی را ایجاد می‌کنـد که بیماران چه مقـدار سـاختار و مراحـل جلـسات ۱۲ گامی را می‌داننـد. جلـسات ممکـن اسـت خـصوصیات متفاوتی داشته باشند. اگر بیماران دچار ایـن احـساس هستند که اولین جلسه‌ای که در آن شـرکت کـرده‌انـد برای‌شان مناسب نیست باید سعی کنند جلسه دیگری بیابند که در آن بیشتر احساس راحتـی بنماینـد. ایـن مسئله از اهمیت خاصی برخـوردار اسـت کـه بیمـاران بدانند که بـه‌ویـژه در منـاطق پرجمعیـت و شـهرهای بزرگ انواع گوناگونی از جلـسات در دسـترس هـستند، شامل جلسات متعلق به یک زبان خاص، جلسات ویـژه متعلق به جنس مرد یا زن، جلسات باز و جلـساتی نیـز برای افرادی که دچار اختلال روانی هستند.

- معرفی ۱۲ گامی را مرور کنید.
- تمرین دعای آرامش و ۱۲ گامی معتادان گمنام را مرور کنید.
- براین نکته تأکیـد کنیـد کـه جلـسات مـذهبی نیـستند بلکـه معنـوی هـستند. در منـاطق و شهرهای بزرگ جلسات ۱۲ گامی زیادی وجـود دارند.
- در آغاز بهبودی بیماران را ترغیب کنید که یک جلسه محلی پیدا کنند و تا آنجا که برنامه آن‌ها اجازه می‌دهد در این جلسات حاضر شوند.
- بر اهمیت پیداکردن و کارکردن بـا یـک حـامی تأکید کنید.
- از دستیار بخواهید داستان پیداکردن جلسه ۱۲ گامی خود را تعریف کرده و بگویـد کـه چگونـه چنین کاری به وی کمک کرده است.
- به بیماران اطلاعاتی درباره برنامه‌های ۱۲ گامی منطقه بدهید. مطمئن شوید که دانـش شـما از خصوصیات هر کدام از برنامه‌هـای گروهـی بـه حد کافی قوی می‌باشد. به هر بیمار فهرستی از برنامه‌ها شامل آدرس، شـماره تلفـن، چگـونگی تماس و یک توضیح کوتاه بدهید.

۳. معرفی سایر گروه‌های خودیاری جایگزین

مشاور بایستی در مورد برنامه‌های ۱۲ گامی منطقه تحقیق کرده و به بیمـار اطلاعـاتی دربـاره انـواع دیگـر گروه‌های حمایتی علاوه بر برنامه‌های ۱۲ گامی بدهـد.

بسیاری از بیماران می‌توانند از گروه‌ها یا سازمان‌های دیگری مانند کنگره شصت، جمعیت مبارزه با اعتیاد، تولد دوباره و هم‌یاران استفاده کنند.

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاور باید به بیماران یادآور شود که برنامه‌ریزی زمانی و تبعیت از آن بخشی از روند بهبودی است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند نمی‌توانند از برنامه تبعیت کنند، پذیرفتن مسئولیت پیروی از برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را قطع کنند. پیروی از تصمیماتی که در برنامه‌ریزی قید می‌شود به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند تا کنترل رفتار را به‌دست داشته باشد.

- از بیماران بپرسید برنامه‌ای که در پایان جلسه پیش نوشته‌اند چگونه به آن‌ها کمک کرده که مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید در مورد برنامه‌ریزی چه چیزی یادگرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی آینده تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برنامه روزانه/ ساعتی را برای زمان بین این جلسه و جلسه پنجم کامل کنند.

تکلیف منزل جلسه چهارم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل جلسه قبل صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که ادامه تکلیف باید به چه شکلی باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف‌شان را انجام ندادند، بلکه هدف از آن تشویق بیماران است که بر روی بهبودشان در فاصله بین جلسات کار کنند و در مورد آن با گروه صحبت کنند.

بیماران را تشویق کنید تا پیش از جلسه پنجم حداقل در یک جلسه ۱۲ گامی یا خودیاری حاضر شوند.

جلسه پنجم : شیمی بدن در بهبودی

✓ *اهداف جلسه*

- کمک به بیماران برای درک این‌که بهبودی یک فرآیند فیزیکی است که نیاز به آن دارد که بدن با آن مطابقت پیدا کند.
- کمک به بیماران برای درک نشانه‌های فیزیکی خاصی که ممکن است در طول بهبودی پیش بیاید.
- کمک به بیماران برای شناسایی مراحل بهبودی و سختی‌های مرتبط با آن‌ها.
- کمک به بیماران برای پیداکردن راه‌هایی برای غلبه بر مشکلات فیزیکی اوایل بهبودی.

تمرینات

- تقویم
- نقشه بهبودی
- برنامه روزانه/ ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت در بهبودی(۵ دقیقه)

پیش از شروع موضوع جلسه، مشاور به بیماران وقت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم علامت‌گذاری کنند و آنان را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه قبل تاکنون برای‌شان رخ داده صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره بهبودی به‌عنوان یک فرآیند فیزیکی

علاوه بر تجربه‌کردن تغییرات رفتاری و عاطفی در طول بهبودی بیماران هم‌چنین تغییرات جسمی را نیز تجربه می‌نمایند. بدن بیماران نیز باید تطبیق پیدا کند. شیمی مغز به خاطر مصرف مداوم مواد تغییر کرده

است. بیماران می‌توانند به این دوران تطبیقی به‌عنوان یک دوره مداوای مغز نگاه کنند. در آغاز درمان بیماران ممکن است علامت‌هایی مثل افسردگی، انرژی پایین، مشکلات خواب، سردرد و اضطراب را تجربه کنند. این نشانه‌ها بخشی از روند بهبودی بدن هستند. اگر بیماران این موضوع را درک کنند بهتر می‌توانند بر روی بهبودی خود تمرکز داشته باشند. تغذیه خوب، ورزش، خواب کافی، استراحت و فعالیت‌های تفریحی به‌ویژه در مراحل اولیه بهبودی برای کاهش فشار می‌تواند سودمند باشد.

- از بیماران بخواهید تجربه خود در زمینه تلاش‌های قبلی برای بهبودی را بیان کنند.
- از بیماران بپرسید چه علامت‌های فیزیکی را در طول بهبودی تجربه کرده‌اند. چقدر این علامت‌ها ادامه پیدا کرده‌اند؟
- از دستیار بخواهید تجربه شخصی خود در زمینه مشکلات فیزیکی اوائل بهبودی را بیان کند. چه استراتژی‌ها یا فعالیت‌هایی به دستیار در طول سختی فیزیکی اوایل بهبودی کمک کرده است.

۲. بحث درباره مراحل بهبودی

بهبودی از مصرف مواد محرک شامل ۴ مرحله می‌باشد. کناره‌گیری، پرهیز اولیه (مشهور به ماه عسل)، پرهیز طولانی‌مدت (مشهور به دیوار) و تطبیق مجدد. این ۴ مرحله در ابتدا به منظور توضیح بهبودی از اعتیاد به کوکائین وصف شدند. مدت زمان این مراحل برای مواد محرک دیگر ممکن است متفاوت باشد به‌عنوان مثال از آنجا که مت‌آمفتامین نسبت به کوکائین نیمه عمر طولانی‌تری در بدن دارد، بهبودی از مت‌آمفتامین بیشتر ازآن زمانی طول خواهد کشید که در نقشه بهبودی ذکر شده است. این مراحل یک شمای کلی از پیشرفت بهبودی را نشان می‌دهند و تجربه هر بیمار در این زمینه متفاوت خواهد بود. با این وجود آشنابودن با تغییرات و سختی‌های معمول در طول درمان به بیماران کمک می‌کند برای این سختی‌ها و تغییرات آمادگی بهتری داشته باشند.

- نقشه بهبودی را مرور کنید.
- به بیماران توضیح بدهید که مدت زمان مندرج در این راهنما، یک شمای عمومی بهبودی است و ممکن است بهبودی کمی بیشتر طول بکشد.
- برای هر مرحله بر روی آن دسته از موادی تمرکز داشته باشید که افراد گروه مصرف می‌کرده‌اند (برای مثال: اگر هیچ کس در گروه مواد افیونی مصرف نمی‌کرده بر روی مواد محرک و الکل تمرکز کنید).
- از بیماران بخواهید در مورد نشانه‌هایی که تجربه می‌کنند بحث کنند.
- درباره وسوسه مصرف شدید و خطر رفتارهای تکانشی در طول ۲ هفته اول پرهیز (مرحله اول) به بیماران هشدار بدهید. هم‌چنین اطمینان یابید که بیماران از سختی‌های مرحله‌ای که دیوار نامیده می‌شود آگاهند. اکثر بازگشت‌ها در طول یکی از این ۲ مرحله اتفاق می‌افتند.
- به بیماران یادآور شوید که حتماً بایستی به حضور خود در جلسات درمانی و جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری ادامه دهند. حتی اگر پس از چند هفته ترک مواد احساس کنند مصرف مواد را پشت سرگذاشته‌اند.

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاور باید به بیماران یادآور شود که برنامه‌ریزی زمانی و تبعیت از آن بخشی از روند بهبودی است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند نمی‌توانند از برنامه تبعیت کنند، پذیرفتن مسئولیت پیروی از برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را قطع کنند. پیروی از تصمیماتی که در برنامه‌ریزی قید می‌شود به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند تا کنترل رفتار را به‌دست داشته باشد.

- از بیماران بپرسید برنامه‌ای که در پایان جلسه پیش نوشته‌اند چگونه به آن‌ها کمک کرده که مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید در مورد برنامه‌ریزی چه چیزی یاد گرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی آینده آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برنامه روزانه/ ساعتی را برای زمان بین این جلسه و جلسه ششم کامل کنند.

تکلیف منزل جلسه پنجم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل جلسه قبل صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که ادامه تکلیف باید به چه شکلی باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف‌شان را انجام ندادند، بلکه هدف از آن تشویق بیماران است که بر روی بهبودشان در فاصله بین جلسات کار کنند و در مورد آن با گروه صحبت کنند.

بیماران را تشویق کنید تا یک فعالیت یا استراتژی جدید برای مبارزه با علایم فیزیکی پرهیز اولیه اتخاذ نمایند. به آن‌ها یادآور شوید که غذا خوب بخورند، ورزش کنند، خواب مناسب داشته باشند و فعالیت‌های تفریحی جدیدی برای خود ایجاد کنند.

جلسه ششم: مشکلات و چالش‌های معمول در اوایل بهبودی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که یادگرفتن تکنیک‌های کنارآمدن جدید که شامل مصرف مواد نباشند ضروری می‌باشد
- کمک به بیماران برای شناسایی چالش‌ها و راه‌حل‌های تازه برای ادامه پرهیز
- کمک به بیماران برای درک اهمیت توقف مصرف الکل و سایر مواد

تمرینات

- تقویم
- پنج مشکل معمول در اوایل بهبودی
- بحث‌های مربوط به مصرف الکل و سایر مواد
- برنامه روزانه /ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت در بهبودی (۵ دقیقه)

پیش از شروع موضوع جلسه، مشاور به بیماران وقت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم علامت‌گذاری کنند و آنان را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه قبل تاکنون برای‌شان رخ داده صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره مشکلاتی که بیماران اغلب در اوایل بهبودی با آن رو به رو می‌شوند.

اگر بیماران قرار است در ترک باقی بمانند، بسیاری از جنبه‌های زندگی‌شان باید تغییر کند. با وجود این بخش‌ها و موقعیت‌های مشخصی وجود دارند که به خصوص برای افراد در حال بهبودی مشکل‌ساز می‌گردند. بررسی پنج مشکل فهرست شده در تمرین مربوطه و بحث درباره راه‌حل‌ها به بیماران کمک می‌کند با این مشکلات، مؤثرتر روبه‌رو شوند. احتمالاً در گذشته، وقتی بیماران با یکی از این موقعیت‌های مشکل‌زا روبه‌رو می‌گشتند، به مصرف مواد روی می‌آوردند. بخشی از بهبودی، یادگیری مجموعه جدیدی از پاسخ‌ها برای مواجهه با این موقعیت‌ها می‌باشد. بهبودی شامل یادگیری تکنیک‌های جدید، و هر بار یک راه‌حل، می‌باشد. هرچه بیماران بتوانند از تکنیک‌های کنارآمدن بیشتری استفاده کنند، بهتر می‌توانند مشکلات خود را مدیریت نمایند.

- تمرین پنج مشکل رایج در اوایل بهبودی را با بیماران مرور کنید.
- از بیماران بپرسید که فکر می‌کنند چه راه‌حل‌هایی در مواجهه با این موقعیت‌ها، برای‌شان مفید خواهد بود. آیا بیماران راه‌حل‌هایی پیشنهاد می‌کنند که فهرست نشده باشد؟
- از بیماران بپرسید کدام‌یک از موقعیت‌ها به شدت مشکل‌ساز است. طرح آنان برای مواجهه با آن چیست؟
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه از پس این مشکلات در آغاز درمان برآمده است.
- اهمیت برنامه‌ریزی را به بیماران یادآورشوید. بسیاری از راه‌حل‌هایی که در جزوه آمده، شامل طرح‌ریزی برای فعالیت‌های سالم خارج از خانه یا کنارگذاشتن وقت برای فعالیت‌های جدید است. برنامه‌ریزی سفت و سخت به بیماران کمک می‌کند در ترک باقی بمانند.

۲. بحث درباره اهمیت قطع مصرف سایر مواد و الکل

بعضی از بیماران با قطع‌کردن مصرف سایر مواد و الکل مشکل دارند؛ بعضی احساس می‌کنند کنارگذاشتن مواد محرک به اندازه کافی کار بزرگی هست که دیگر نیاز نباشد تغییر مهم دیگری در زندگی‌شان بدهند. همان‌گونه که در جلسه پنجم بحث شد، زمانی که مرحله ماه عسل، در حدود ۶ هفته بعد از درمان، پایان می‌یابد، بیماران ممکن است دچار وسوسه و ولع شدید مصرف مواد محرک شوند. هم‌چنین در این زمان بسیاری از بیماران به مصرف الکل یا حشیش باز می‌گردند. بیماران، با ندیدن هیچ‌گونه ارتباطی بین الکل یا حشیش و مواد محرک، ممکن است مصرف حشیش یا الکل خود را توجیه کنند. بیماران باید به این درک برسند که برای مداوای مغز لازم است مصرف سایر مواد و الکل را قطع کنند، و ترک مواد و الکل به آنان کمک می‌کند که مواد محرک را کنار بگذارند.

- بحث‌های مربوط به مصرف الکل و سایر مواد را مرورکنید.
- از بیماران بپرسید آیا چنین بحث‌هایی با خود داشته‌اند. برای مصرف سایر موارد و الکل، دیگر چه نوع توجیهاتی به کار برده‌اند؟
- از بیماران بپرسید چگونه به این توجیهات پاسخ داده‌اند؟
- از تجربه دستیار استفاده کنید تا به بیماران درباره توجیه بازگشت به مصرف سایر مواد و الکل کمک شود. دستیار از چه استراتژی‌هایی سود برده تا مصرف حشیش یا الکل را کنار بگذارد؟

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاوربابد به بیماران یادآور شودکه برنامه‌ریزی فشرده و اجرای آن بخش مهمی از روند درمان است. افرادی‌که مواد مصرف می‌کنند قادر به اجرای یک برنامه نیستند؛ پذیرفتن مسئولیت اجرای یک برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف را ترک کنند.

پیروی از تصمیماتی که در یک برنامه گرفته شد، به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند مسئول رفتار خود باقی بماند.

- از بیماران بپرسید برنامه‌ای که در جلسه قبل ریخته‌اند چگونه به آن‌ها کمک کرده مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید چه چیزی درمورد برنامه‌ریزی یادگرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی بعدی آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برای فاصله بین این جلسه و جلسه آینده، جزوه برنامه روزانه‌ای ساعتی را تکمیل کنند.

تکلیف منزل جلسه ششم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه خود از انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه پیش، صحبت کنند. مشاور می‌تواند در مورد نکات ظریف ادامه تکلیف، تصمیم بگیرد. هدف از پرسش این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف خود را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران به کارکردن بر روی بهبودی در بین جلسات و صحبت درباره آن با گروه می‌باشد.

وقتی بیماران با مشکلی مواجه می‌شوند، آن‌ها را تشویق کنید از یکی از جایگزین‌های پیشنهادی در تمرین پنج مشکل رایج در اوایل بهبودی، استفاده کنند. علاوه بر بحث‌های فهرست‌شده درتمرین بحث‌های الکل و سایر مواد، از بیماران بخواهید در مورد بحث دیگری برای مصرف نکردن سایر مواد و الکل فکر کنند، و نتیجه را ثبت نمایند.

جلسه هفتم: فکرکردن، احساس‌کردن، انجام‌دادن

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای درک رابطه بین افکار، عواطف، و رفتار
- کمک به بیمار برای درک چگونگی عملکرد افکار و عواطف بر رفتار
- کمک به بیمار برای درک این‌که پاسخ به افکار و عواطف قابل کنترل است
- کمک به بیمار برای شناسایی رفتارهای مرتبط با مصرف مواد

تمرینات

- تقویم
- افکار، عواطف و رفتار
- رفتار اعتیادی
- برنامه روزانه / ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی (۵ دقیقه)

قبل از معرفی موضوع جلسه، مشاور به بیماران فرصت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم نشانه‌گذاری کرده، آنان را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه گذشته تاکنون تجربه کرده‌اند صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره ارتباط بین افکار، عواطف و رفتار

بسیاری از مردم فکر می‌کنند که افکار و عواطف خارج از کنترل آن‌ها هستند. از آنجایی که آن‌ها احساس می‌کنند نفوذی بر روی افکار و عواطف خود ندارند، به تأثیراتی که افکار و عواطف آن‌ها بر روی رفتارشان دارند، نمی‌اندیشند. در جلسه اول، در گروه این بحث مطرح شد که چگونه عواطف می‌توانند برانگیزاننده‌های مصرف مواد باشند. و چگونه افکار، اگر متوقف نشوند، منجر به وسوسه یا ولع مصرف می‌گردند. برای این‌که بیماران قادر باشند افکار و عواطف خود را مشاهده و تحلیل کنند، باید از آن‌ها آگاهی داشته باشند. بیماران می‌توانند به دنبال الگوهای افکار و عواطف خود بگردند. هم‌چنین بیماران می‌توانند توجه خود را معطوف به این کنند که چگونه افکار و عواطف‌شان در زبان بدن. تغییرات فیزیکی، و رفتارشان، منعکس می‌گردد. با توجه به افکار و عواطف خود، بیماران بهتر می‌توانند تشخیص بدهند کدام‌یک از افکار و عواطف آن‌ها با مصرف مواد مرتبط است. این بازشناسی به بیماران کمک می‌کند اختیار پاسخ‌های خود را تمرین کنند.

- تمرین افکار، عواطف و رفتار را مرور کنید.

- از بیماران درباره تفاوت‌های بین افکار و عواطف سؤال کنید. بیماران به هرکدام چگونه پاسخ می‌دهند؟
- تکنیک‌های توقف فکر را مرور کنید، و از بیماران بخواهید با گروه درباره تجسم‌هایی که به کار می‌برند تا افکار مصرف مواد را متوقف سازند، صحبت کنند.
- اظهار کنید که معمولاً عواطف مثبت (از قبیل هیجان و شوق، لذت، شادی) چیزهای خوبی‌هستند.
- چه احساسات مثبتی هستند که می‌توانند منجر به مصرف مواد گردند؟
- از دستیار بخواهید در مورد این بحث کند که چگونه افکار و عواطف خود را کنترل می‌کند.
- از بیماران بپرسید چه ارتباطی بین افکار و رفتار و بین عواطف و رفتار خود می‌بینند؟
- به بیماران اهمیت برنامه‌ریزی را یادآور شوید. برنامه‌ریزی کامل زمانی یکی از راه‌های کنترل رفتار است. حضور در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری، پیداکردن فعالیت‌های تازه، و ادامه عادات خوب گذشته نیز راه‌های خوبی‌برای هدایت رفتار در مسیرهای سازنده است

۲. بحث درباره اهمیت شناخت حرکت اولیه به سمت رفتارهای اعتیادی

افرادی که سوءمصرف مواد دارند غالباً دچار این احساس هستند که رفتارشان تحت کنترل آن‌ها نیست، چرا که اشتیاق و اجباری غیر قابل کنترل به مصرف مواد دارند. بیماران می‌توانند با خردکردن یک رفتار و تجزیه آن به مراحلی که پیش نیاز شروع رفتار است، چگونگی پاسخ خود به این اجبارها را کنترل نمایند. در جلسه اول، بیماران یاد گرفتند چگونه از تکنیک‌های توقف فکر استفاده کنند تا زنجیره اتفاقات منجر به وسوسه مصرف و سپس مصرف مواد را بشکنند. یکی دیگر از راه‌های پیش‌گیری بروز دوباره رفتارهای اعتیادی برای بیماران، شناسایی علایم هشداردهنده اولیه مصرف مواد است: رفتارهایی که بیماران می‌دانند با مصرف مواد آن‌ها مرتبط است. بیماران، اگر هم‌چنان به رفتارهایی ادامه دهند که همراه مصرف مواد پیش می‌آیند، نمی‌توانند بهبودی موفقی داشته باشند.

- تمرین رفتار اعتیادی را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید صادقانه رفتارهای موجود در جزوه که با مصرف مواد آن‌ها مرتبط است را ارزیابی نمایند.
- از بیماران بپرسید چه رفتارهایی هستند که آن‌ها را در خطر بازگشت قرار می‌دهند و فهرست نشده‌اند.
- از بیماران بپرسید که چگونه می‌توانند رفتار خود را بررسی و مشاهده کنند (مثلاً، حضور منظم در جلسات ۱۲ گامی، داشتن دفترچه یادداشت روزانه، حفظ ارتباط با حامیان).
- از بیماران بپرسید اگر متوجه شوند که دچار لغزش به یکی از رفتارهای اعتیادی شده‌اند، برای اجتناب از بازگشت به مصرف مواد چه می‌کنند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از رفتارهای اعتیادی و چگونگی اجتناب از بازگشت صحبت کند.
- از دستیار بخواهید مزایای هشیاربودن نسبت به رفتارهای اعتیادی را توضیح دهد.

برنامه‌ریزی (۵ دقیقه)

مشاور باید به بیماران یادآور شود که برنامه‌ریزی فشرده و اجرای آن بخش مهمی از درمان است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند قادر به اجرای یک برنامه نیستند، پذیرفتن مسئولیت اجرای یک برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را ترک کنند. پیروی از تصمیماتی که در یک برنامه گرفته شده به ذهن

منطقی بیمار کمک می‌کند مسئول رفتار باقی بماند.

- از بیماران بپرسید چگونه برنامه‌ای که در جلسه قبل ریخته‌اند به آن‌ها کمک کرده مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید چه چیزی در مورد برنامه‌ریزی یاد گرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی بعدی آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برای فاصله بین این جلسه و جلسه هشتم، جزوه برنامه روزانه ساعتی را تکمیل کنند.

تکلیف منزل جلسه هفتم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه خود از انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه پیش، صحبت کنند. مشاور می‌تواند در مورد مسایل و جزئیات تکلیف، تصمیم بگیرد. هدف از پرسش این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف خود را انجام نداده‌اند. بلکه هدف تشویق بیماران به کارکردن بر روی بهبودی خود در بین جلسات و صحبت درباره آن با گروه می‌باشد.

از بیماران بخواهید احساسی را بنویسند که با مصرف مواد مرتبط است. سپس سه راه کنارآمدن با آن احساس که شامل مصرف مواد نمی‌شود را ذکر نمایند.

جلسه هشتم : اجرای ۱۲ گام

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیمار برای شناسایی گفته‌های ۱۲ گامی مفید در بهبودی
- کمک به بیمار برای شناسایی موقعیت‌هایی که در آن‌ها گفته‌های ۱۲ گامی کارگر می‌افتد
- کمک به بیمار برای درک این‌که افراد در هنگام گرسنگی، خشم، تنهایی، یا خستگی، نسبت به بازگشت، آسیب‌پذیرتر هستند.

تمرینات

- تقویم
- گفته‌های ۱۲ گامی (پندهای ۱۲ گامی)
- برنامه روزانه / ساعتی

علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی (۵ دقیقه)

قبل از معرفی موضوع جلسه، مشاور به بیماران فرصت می‌دهد تا پیشرفت خود را روی تقویم علامت‌گذاری کنند، و آن‌ها را تشویق می‌کند در مورد اتفاقات مثبتی که از جلسه گذشته تاکنون تجربه کرده‌اند، صحبت کنند.

موضوعات بحث گروهی (۳۵ دقیقه)

۱. بحث درباره سودمندی پندهای ۱۲ گامی

بسیاری از پندهای معتادان گمنام، که بخشی از برنامه‌های ۱۲ گامی شده‌اند، در گفتار روزمره نیز اکنون به کار می‌روند. عبارت‌هایی مثل «فقط برای امروز» و «ساده باش» حتی برای بیمارانی که در برنامه ۱۲ قدم مشارکت نداشته‌اند نیز ممکن است آشنا به نظر برسد. از آنجایی که این عبارات آشنا به نظر می‌رسند، بیمار ممکن است آن‌ها را پیش پا افتاده فرض کند. مشاور باید این پندها را در زمینه برنامه‌های ۱۲ گامی ارائه دهد تا بیماران ارزش آن‌ها را درک کنند. رویکرد مستقیم که این پندها نسبت به بهبودی دارند، می‌تواند برای حمایت از مفیدبودن مشارکت در برنامه‌های ۱۲ گامی، مورد استفاده قرار گیرد.

- تمرین پندهای ۱۲ گامی را مرور کنید (تا سر بحث درباره HALT)
- از بیماران بپرسید به نظرشان کدام پند ۱۲ گامی مفید بوده است. چرا؟
- از بیماران بخواهید موقعیت‌هایی را تصور کنند که در آن‌ها با به یادآوردن این پندها، قوت و

شجاعت می‌گیرند

- از دستیار بخواهید در مورد این بحث کند که عقل ۱۲ گامی چه معنایی دارد و چگونه به وی در بهبودش کمک کرده است.

۲. استفاده از عقل ۱۲ گامی برای اجتناب از بازگشت

مشاور کلمه اختصاری HALT را توضیح می‌دهد. (HALT اول کلمات Hunger، Anger، Loneliness و Tiredness می‌باشد) بیمارانی که قبلاً در برنامه‌های ۱۲ گامی مشارکت داشته‌اند با این کلمه آشنا هستند و باید از آن‌ها برای توضیح اهمیت این کلمه، کمک خواست. بهبودی عبارت است از روند بازگرداندن بدن به حالتی طبیعی و سالم. کنترل گرسنگی با تغذیه منظم، بخش مهمی از بهبودی است. خشم دلیل بسیاری از بازگشت‌هاست می‌تواند بیمار را بدحال کرده، به وی احساس تلخی و نومیدی و حسرت بدهد. بیماران باید یاد بگیرند چگونه خشم را تشخیص دهند و کنترل نمایند. تنهایی تجربه معمولی برای بیماران در بهبودی است، بیماران ممکن است احساس انزوا وجدایی از دوستان و نزدیکان کنند. همکاری و رفاقت حمایتی دیگران در بهبودی، کمک به از بین رفتن احساس تنهایی می‌کند. احساس خستگی معمولاً یکی از علایم هشداردهنده بازگشت است. تغذیه مناسب، ورزش منظم و استراحت، خستگی را کاهش می‌دهند.

- بخش HALT در تمرین پندهای ۱۲ گامی را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید پاسخ‌های خود به پرسش‌های پایان جزوه را به بحث بگذارند.
- از بیماران بپرسید کدام یک از حالات HALT برای آنان بزرگ‌ترین خطر بازگشت را به‌وجود می‌آورد. چه استراتژی‌هایی به آن‌ها کمک می‌کند در چاله‌های بازگشت که در HALT ذکر شده، نیفتند؟
- از بیماران بپرسید دیگر چه خطرهای بازگشتی برای‌شان وجود دارد. آن‌ها را فهرست کنید و اگر ممکن است برای‌شان یک کلمه اختصاری بسازید.
- از دستیار بخواهید که توضیح دهد چگونه HALT به وی کمک کرده از بازگشت اجتناب ورزد.

پیشنهاد یک رویکرد جایگزین

مشاور باید در مورد برنامه‌های ۱۲ گامی و جایگزین‌های آن‌ها در منطقه تحقیق کرده، به بیماران درباره انواع دیگر گروه‌های حمایتی نیز اطلاعات بدهد.

برنامه‌ریزی

مشاور باید به بیماران یادآور شود که برنامه‌ریزی فشرده و اجرای متعهدانه آن بخش مهمی از درمان است. افرادی که مواد مصرف می‌کنند قادر به اجرای یک برنامه نیستند؛ پذیرفتن مسئولیت اجرای یک برنامه به بیماران کمک می‌کند مصرف مواد را ترک کنند. پیروی از تصمیماتی که در یک برنامه گرفته شده، به ذهن منطقی بیمار کمک می‌کند مسئول رفتار باقی بماند.

- از بیماران بپرسید چگونه برنامه‌ای که در جلسه قبل ریخته‌اند به آن‌ها کمک کرده مواد مصرف نکنند.
- از بیماران بپرسید چه چیزی در مورد برنامه‌ریزی یاد گرفته‌اند که بر برنامه‌ریزی بعدی آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بخواهید برای فاصله بین این جلسه و جلسه آینده برنامه روزانه‌ی ساعتی را تکمیل کنند.

تکلیف منزل جلسه هشتم مهارت‌های اولیه بهبودی (۵ دقیقه)

از بیماران بخواهید به‌طور خلاصه در مورد تجربه

خود از انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه پیش صحبت کنند. مشاور می‌تواند در مورد جزئیات تکلیف و چگونگی ادامه آن، تصمیم بگیرد. هدف از پرسش این نیست که معلوم شود کدام بیماران تکلیف خود را انجام نداده‌اند، بلکه هدف، تشویق بیماران به کارکردن بر روی بهبودی خود در بین جلسات و صحبت درباره آن با گروه می‌باشد.

این آخرین جلسه بخش درمانی مهارت‌های اولیه بهبودی است. از بیماران بخواهید کمی به آن‌چه در این مدت فرا گرفته‌اند فکر کنند.

آنان را ترغیب کنید بنویسند که چگونه از مهارت‌هایی که یاد گرفته‌اند، استفاده خواهند کرد تا بهبودی موفق‌تری داشته باشند.

جلسات پیش‌گیری از بازگشت

مقدمه

اهداف پیش‌گیری از بازگشت

- اجازه‌دادن به بیماران برای تعامل با دیگران در بهبودی
- هشدار به بیماران درباره خطرات بهبودی و علایم بازگشت
- ایجاد استراتژی‌ها و ابزارهایی برای بیماران برای ادامه و حفظ بهبودی
- ایجاد فرصتی برای اعضای گروه به منظور بهره‌بردن از تجربه طولانی‌مدت بهبودی دستیار
- ایجاد فرصتی برای مشاور جهت مشاهده تعاملات بیماران
- ایجاد فرصتی برای بیماران جهت بهره‌بردن از مشارکت در یک تجربه طولانی‌مدت گروهی

شکل جلسه و رویکرد مشاوره‌ای

معرفی اعضای جدید

هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پیش‌گیری از بازگشت با معرفی اعضای جدید و توصیف مختصری از تاریخچه مصرف مواد آن‌ها توسط خودشان آغاز می‌گردد. این توصیف نباید شرح دقیق و تصویری، یا داستان‌سرایی دور و دراز باشد. اعضای جدید اطلاعات اولیه‌ای درباره نوع ماده مصرفی، و دلایل شروع درمان، به گروه ارائه می‌دهند. بیمارانی که از این شاخه به آن شاخه می‌پرند یا توضیح اضافی و غیرضروری در مورد مصرف مواد می‌دهند، باید با ملایمت تذکر داده شوند تا صحبت‌شان را تمام نمایند.

ارائه موضوع و بحث

پس از معرفی‌ها، و در طول ۱۵ دقیقه ابتدای جلسه، مشاور باید بی‌طرفانه و منصفانه موضوع خاصی را برای بحث مطرح نماید. سپس مشاور باید باب بحث درباره موضوع را به مدت ۴۵ دقیقه باز کند. در طول یک ساعت اول جلسه، مشاور باید مطمئن شود که تمامی جنبه‌های مهم موضوع پوشش داده شده، و از انحرافات بی‌دلیل از موضوع اصلی اجتناب گشته است. بیمارانی که دغدغه‌هایی یا سؤالاتی خارج از موضوع بحث دارند باید دریابند که ۳۰ دقیقه پایانی جلسه اختصاص به مسایلی دارد که بیماران با آن‌ها دست به گریبانند. مشاور با تأکید مجدد بر موضوع جلسه و مسایل مهم مرتبط با آن، بحث را خاتمه می‌دهد.

بحث باز

در طول ۳۰ دقیقه پایانی جلسه، مشاور از بیماران می‌پرسد که آیا اخیراً مشکلی داشته‌اند یا مسأله‌ای هست که بخواهند متذکر شوند یا خیر. بیماران، به‌ویژه بیمارانی که مشکلاتی داشته‌اند یا در جلسه گروهی شرکت نکرده‌اند، باید تشویق به مشارکت شوند. سؤالات کلی که اغلب موجب پاسخ‌دادن بیمار

می‌گردند عبارتند از:

- اوضاع چطور است؟
- آیا مشکلی که دفعه قبل بیان کردید جنبه تازه‌ای داشته است؟
- آیا دچار ولع مصرف شده‌اید؟
- اگر بله، چگونه از پس آن برآمدید؟
- طرح‌تان برای پاک‌ماندن در این هفته چیست؟

پایان جلسه

مشاور بحث‌ها را می‌بندد، جمع‌بندی می‌کند، و مسایل حل‌نشده را گوشزد می‌دهد. بحث درباره این مسایل می‌تواند به جلسه بعدی موکول شود. مشاور می‌تواند از بیمارانی که در طول جلسه بیان کرده‌اند که دچار ولع مصرف می‌باشند یا به نظر مشکل دارند، یا عصبانی یا افسرده به نظر می‌رسند، بخواهد که بعد از جلسه باقی بمانند تا با آن‌ها صحبت کوتاهی انجام شود و برای‌شان برنامه جلسات مشاوره فردی، هر چه سریع‌تر ترتیب داده شود. تمامی جلسات باید با نکته مثبتی پایان یابند، و با این یادآوری که آن‌چه در گروه گفته می‌شود در گروه باقی می‌ماند، و با جلب توافق بیماران برای حضور در جلسه پیش‌گیری از بازگشت بعدی، جلسه پایان می‌یابد.

ملاحظات ویژه

بیمارانی که ساکت و غیر معاشرتی هستند ممکن است مسایلی را مخفی می‌کنند که باید کشف و بحث شود. گروه فرصتی برای بیماران فراهم می‌کند تا از دیگر بیماران ورودی دریافت کرده و در عین حال به آن‌ها شجاعت ببخشند. مشاور باید در مورد مسائلی که راجع به آن‌ها بحث می‌شود از تمامی بیماران نظر بخواهد، به‌ویژه اگر اعضایی از گروه با این مسائل کنار آمده‌اند. به‌عنوان مثال می‌توان از بیمارانی که فراتر از دوران ترکی که مقرر بوده مصرف مواد را کنار گذاشته‌اند پرسید که چگونه مشکلات خود را در طول آن دوران حل کرده‌اند. با این وجود مشاور نباید کنترل گروه را از دست بدهد یا باعث بحث‌های فاقد جهت درون گروهی در مورد این شود که هر فردی احساسش راجع به آن چه دیگران می‌گویند چیست. مشاور باید تمرکز و مسیر گروه را حفظ کرده، آماده تصحیح بحث‌هایی شود که به سمت تکرار، نامربوط‌بودن، نامناسب‌بودن یا پراکنده‌بودن پیش می‌رود.

دستیار می‌تواند نقش مثبتی در الگودهی تقویت پیشنهادات و اندرز در مورد تجربیات خود داشته باشد. به جای سخنرانی‌کردن یا صحبت از بالا به پایین با گروه دستیار بایستی به‌صورت اول شخص در مورد تجربیات خودش صحبت نماید. در زمان‌هایی که بیماران نسبت به آن‌چه مشاور بیان می‌کند مقاومت نشان می‌دهند دستیار می‌تواند مؤثر باشد در چنین مواردی دستیار بحث خود را در مورد آن‌چه برایش مفید بوده می‌تواند به این شکل مطرح نماید که چرا آن‌چه مشاور می‌گوید با ارزش است و هدف ایجاد استراتژی‌ای خواهد بود که برای یک نفر مؤثر واقع شده و بدین‌ترتیب باعث تشویق دیگران از این جهت خواهد شد که می‌دانند دیگرانی هستند که با این روش موفق بوده‌اند.

متعادل‌کردن و یک دستی گروه از لحاظ وابستگی‌های بیش از حد بین اعضاء

گروه پیش‌گیری از بازگشت همراه با جلسات ۱۲ گامی یا دیگر جلسات کمک دو جانبه یک دست‌ترین بخش درمان هستند.

در هر یک از ۱۶ هفته ابتدایی درمان، یک جلسه گروهی پیش‌گیری از بازگشت در روزهای شنبه و چهارشنبه برگزار می‌گردد. دفعات و فشردگی این جلسات گروهی وابستگی‌های بین فردی بیماران به یکدیگر را موجب خواهد شد.

ارتباط و علاقه ناشی از این مسأله در بین اعضای گروه می‌تواند بیماران را حمایت کرده آن‌ها را تشویق

نماید و به آن‌ها کمک کند تا هم‌چنان در مسیر درمان شرکت داشته باشند. با این وجود متعادل‌کردن مسئولیت‌پذیری بیماران نسبت به اعضای دیگر گروه با توجه به نیاز به پذیرفتن مسئولیت بهبودی خود آن‌ها می‌تواند مشکل‌ساز باشد. مشاور بایستی مطمئن شود که بیماران بدون به وجودآمدن وابستگی‌های شدید به گروه برای حفظ ترک و ادامه بهبودی قادر هستند حمایت و شجاعت لازم را از گروه بگیرند. هر بیمار بایستی بهبودی را به‌عنوان یک موفقیت شخصی بنگرد که توسط اعضای دیگر گروه حمایت و تشویق می‌شود. اگر تعداد زیادی از اعضای یک گروه دچار بازگشت شوند مستقل‌بودن بهبودی شخصی هر بیمار می‌تواند باعث جلوگیری از مسری‌شدن بازگشت شود، وضعیتی که در آن به نظر می‌رسد بازگشت به مصرف مواد از یک عضو گروه به عضو دیگر مانند یک بیماری عفونی منتقل می‌گردد.

رفاقت و اتحاد اعضای گروه از لحاظ روند درمان بسیار با ارزش می‌باشد. اما بیماران بایستی در مورد داستان‌های عاشقانه در طول درمان و ارتباط خارج از گروه با اعضای دیگر هشدار داده شوند (برای مثال شروع یک ارتباط کاری). وقتی بیماران درمان را آغاز می‌کنند بایستی توافق‌نامه‌ای را امضاء نمایند که به موجب آن از ارتباط نزدیک خارج گروهی پرهیز خواهد کرد. مشاور باید این توافق‌نامه را به بیماران یادآور شده در مورد دلایل منطقی محدودبودن روابط شخصی بین اعضای گروه با آن‌ها صحبت نماید اگر ۲ بیمار به‌صورت نامناسبی به یکدیگر علاقه‌مند گشتند مشاور باید پس از جلسه گروهی به‌صورت کوتاه با آن‌ها دیدار کرده و به آن‌ها یادآور شود که ارتباطی نامناسب است و با آن‌ها در مورد راه‌های مناسبی‌که بیماران بتوانند موقعیت را اداره نمایند بحث کند.

در طول ماه‌های اول بهبودی مهم‌ترین انجمن‌های حمایت اجتماعی در بافت این درمان عبارتند از پیش‌گیری از بازگشت و گروه‌های حمایتی معنوی بیرونی. بیماران بایستی ترغیب شوند که برای خود در طول مشارکت در این گروه‌ها یک سیستم حمایتی بلندمدت ایجاد نمایند. با حضور در جلسات و ارتباط با اعضای گروه ۱۲ گامی، بیماران قادر خواهند بود برای خود یک حامی بیابند که به آن‌ها کمک کند در طول بهبودی دوستانی بیابند که بتوانند با آن‌ها فعالیت‌های خارج از مصرف مواد انجام دهند. بیماران برای ساختن یک سیستم حمایتی فعال که به آن‌ها کمک کند از بازگشت اجتناب نمایند، بایستی در آغاز درمان شبکه حمایتی خود را گسترش داده، از افرادی که در درمان با آن‌ها آشنا شوند فراتر بوده و با افرادی که پرهیز طولانی‌مدت‌تری داشته‌اند ارتباط بگیرند.

اداره‌کردن رفتارهای مشکل‌ساز بیماران

گه‌گاه لازم است مشاور در پاسخ به اشکال خاصی از رفتار بیمار در گروه، قاطعانه مداخله نماید. چنین مداخله‌ای می‌تواند شامل ساکت‌کردن بیمار، محدودکردن مشارکت بیمار در گروه یا خارج‌کردن بیمار از گروه باشد. در ادامه بعضی استراتژی‌های مؤثر برای اداره رفتارهای دردسرساز بیمار می‌آید.

- ✓ ***رفتار مشکل‌ساز ۱:***

گرفتن زمان زیادی از جلسه با مسئله‌ای که قبلاً در موردش صحبت شده است.

- ✓ ***مداخله:***

پیشنهاد مؤدبانه‌ای مبنی بر این‌که زمان آن فرا رسیده که به دیگران اجازه داده شود که در مورد مشکلات خودشان بحث کنند و جلسه ادامه یابد.

- ✓ ***رفتار مشکل‌ساز ۲:***

بحث‌کردن به طرفداری از رفتاری که مغایرت با بهبودی دارد (مثلاً مصرف‌کردن، رهاکردن گروه، استفاده از اراده به جای اجتناب از برانگیزاننده‌ها) پس

از دریافت بازخوردهای مکرر.

✓ ***مداخله:***

خاطرنشان‌کردن بیهودگی این گونه رویکردها در پرتو حقایق اعتیاد و تجربیات دیگران. اگر بیمار، هم‌چنان به همان حرف‌های قبلی ادامه دهد از وی بخواهید ساکت شود و گوش دهد و در طول ادامه جلسه دیگر صحبت ننماید. دغدغه‌های این بیمار باید به‌صورت فردی بعد از جلسه گروهی بررسی گردد.

✓ ***رفتار مشکل‌ساز ۳:***

بیان‌های تهدیدآمیز، توهین‌آمیز یا مستقیماً خطاب به شخص، رفتارکردن به شکلی که آشکارا مشخصه نشئگی یا مستی می‌باشد.

✓ ***مداخله:***

بیمار را از گروه بیرون برده، از دستیار بخواهید گروه را اداره کند. با بیمار مشکل‌ساز یک جلسه کوتاه فردی برگزار کنید یا از مشاور دیگری بخواهید که مداخله نماید. مطمئن شوید که بیمار قبلاً از ترک جلسه آرام گشته است اگر بیمار نمی‌تواند رانندگی کند و به سلامت به منزل برود برای وی وسیله آمد و شد مهیا نمایید.

✓ ***رفتار مشکل‌ساز ۴:***

فقدان موافقت و همراهی‌کردن با درمان با حضور نامرتب، مقاومت در مقابل مداخله درمانی، رفتار مزاحمت‌آمیز یا بازگشت‌های مکرر.

✓ ***مداخله:***

در یک جلسه فردی یا مشترک با بیمار مذکور طرح درمان را دوباره ارزیابی و تنظیم نمایید. اگر بیمار موافقت کرده که دیگر نشئه (یا مست) ظاهر نشود یا در رفتارهای نامناسب نقشی نداشته باشد، می‌توان به وی اجازه داد که در جلسه حضور یابد اما باید از وی خواست که گوش بدهد و صحبت ننماید. در صورت مناسب‌بودن رفتار وی بایستی در پایان جلسه به وی زمانی را اختصاص داد تا بتواند بحث نماید.

بحث درباره رویاهای مصرف مواد در طول بهبودی

برای بیماران در طول بهبودی، داشتن رویاهای شدید و متعدد درباره مصرف مواد غیرمعمول نمی‌باشد. مشاور باید بیماران را مطمئن نماید که این رویاها، که می‌توانند ترسناک باشند، بخشی طبیعی از بهبودی هستند. مصرف مواد محرک در الگوهای خواب طبیعی اختلال ایجاد می‌کند، وقتی بیماران مصرف مواد را متوقف می‌کنند داشتن رویاهای واضح، بخشی از روند بهبودی مغز است.

رویاهای قوی مصرف مواد می‌تواند منجر به احساساتی شود که به بیداری در طول روز منتقل گشته و به‌عنوان برانگیزاننده مصرف عمل می‌کنند. بیمارانی که رویاهای دقیقی درباره مصرف دارند باید هشدار داده شوند که خطر بیشتری برای بازگشت در طول آن روز برای آن‌ها وجود دارد. مشارو باید بیماران را ترغیب نماید دغدغه‌های خود درباره رویاهای مصرف مواد را در طول زمان بحث باز جلسات پیش‌گیری از بازگشت بیان نمایند. با این وجود باید بیماران را از تشریح رویاهای مصرف به‌صورت دقیق و جزیی برحذر داشت چرا که چنین کاری ممکن است به‌عنوان برانگیزاننده دیگر بیماران عمل نماید.

اگر در طول جلسه گروهی بیماری ابراز کند که درباره مصرف مواد رویایی داشته است مشاور باید از بیماران بخواهد به تمرینات مربوط به رویاهای مصرف مواد در طول بهبودی مراجعه کنند و آن را همراه با آن‌ها مرور نماید.

در این تمرین در مورد این بحث می‌شود که چگونه رویاهای مصرف مواد بر بهبودی اولیه (۶-۰) هفته، میانه (۱۶-۷ هفته)، و اواخر بهبودی (۲۴-۱۷ هفته)، تأثیر می‌گذارد و به بیماران پیشنهاداتی ارائه می‌دهد که به آن‌ها کمک کند مسائل مربوط به رویاهای

مصرف مواد را بهتر حل نمایند. از این تمرین هم‌چنین می‌توان به‌عنوان مکمل جلسات پیش‌گیری از بازگشت که بحث برانگیزاننده‌ها و ولع مصرف در آن‌ها مطرح است، استفاده نمود.

ذهن معتاد در مقابل ذهن منطقی

جلسه گروهی پیش‌گیری از بازگشت از مفهوم تقلا و تلاش بین ذهن منطقی و ذهن معتاد بیمار به‌عنوان راهی برای صحبت درباره بهبودی استفاده می‌کند. اصطلاحات ذهن منطقی و ذهن معتاد معادل بخش‌های فیزیولوژیک مغز نیستند بلکه به بیماران کمک می‌کنند تا بتوانند تلاش بین تمایل به باقی‌ماندن در بهبودی و تمایل به شروع دوباره مصرف مواد محرک را از لحاظ ذهنی مفهوم‌سازی کنند.

تطبیق تمرینات بیماران

تمرینات بیماران نسبت به توصیفات جلسه برای مشاوران به زبان ساده‌تری نوشته شده‌اند. تمرینات بیمار باید برای فردی با ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن قابل فهم باشد. کلمات سخت مانند استدلال، پرهیز گه‌گاه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مشاوران باید آماده کمک به بیمارانی باشند که در درک تمرینات مشکل دارند. مشاوران باید بدانند که تمرینات برای بیمارانی که مشکل خواندن دارند باید مطابقت و تطبیق داده شوند.

توضیحات جلسه

در قسمت‌های آینده راهنمای ساختارمند مشاور برای شکل‌دهی و هدایت جلسات گروهی پیش‌گیری از بازگشت می‌آید. جدول ۳-۴ نشان‌دهنده یک وضعیت کلی از جلسات پیش‌گیری از بازگشت می‌باشد.

پس از ارائه ۳۲ جلسه پیش‌گیری از بازگشت، توضیحات ۳ جلسه اختیاری می‌آید که می‌توانند به‌عنوان جلسات جبرانی در هر زمان که مشاور تشخیص بدهد برگزار گردند. برای مثال جلسه اختیاری ب در مورد مشکلات بیماران در طول تعطیلات رسمی عمده مثل نوروز یا سایر اعیاد می‌باشد. مشاور می‌تواند این جلسه را جایگزین یکی از جلسات منظم ۳۲تایی نماید، البته اگر به زودی تعطیلاتی فرا می‌رسد. جزواتی که در طول توضیحات جلسه پیش‌گیری از بازگشت به آن‌ها اشاره شده است، برای استفاده مشاور بوده و در دفترچه بیمار موجود می‌باشند.

جدول ۳-۴: بررسی اجمالی جلسات پیش‌گیری از بازگشت

شماره‌جلسه	موضوع	محتوا	صفحه
۱	الکل و سایر مواد	بیماران یاد می‌گیرند چگونه الکل و سایر مواد بهبودی را به خطر می‌اندازد. بیماران در مورد موقعیت‌هایی که احتمال دارد الکل بنوشند بحث و برنامه‌ریزی می‌کنند.	۸۸
۲	خستگی	بیماران درمی‌یابند که خستگی در طول بهبودی پیش می‌آید و با گذشت زمان کاهش می‌یابد. در مورد فعالیت‌های مفرح بحث می‌شود.	۹۰
۳	اجتناب از لغزش بازگشت	بیماران در مورد شیب لغزش، بازگشت و چیزهایی که بهبودی را به تعویق می‌اندازد، بحث می‌کنند.	۹۲
۴	کار و بهبودی	بیماران درمی‌یابند که چگونه زندگی کاری آن‌ها بر بهبودشان تأثیر دارد، و راه‌هایی را کشف می‌کنند تا بین کار و بهبودی تعادل برقرار کنند.	۹۴
۵	احساس شرم و گناه	بیماران تفاوت بین احساس شرم و گناه را دریافته، برای کنارآمدن با هر یک آموزش می‌بینند.	۹۵
۶	سرگرم‌بودن	بیماران درمی‌یابند که بیکاری، برانگیزاننده است و در مورد این بحث می‌کنند که چگونه برنامه‌ریزی برای فعالیت باعث اجتناب از بازگشت می‌شود.	۹۷
۷	انگیزه برای بهبودی	بیماران درمی‌یابند که همان انگیزه اولیه ورود به درمان ممکن است برای ادامه درمان کافی نباشد. درمورد انگیزه‌ها و استراتژی‌های تازه بحث می‌شود.	۹۹
۸	صداقت	بیماران در می‌یابند که اگر چه صادق‌بودن همیشه آسان نیست، در درمان موفق اهمیت ویژه‌ای دارد. در مورد نتایج و ارزش‌های همیشه حقیقت را گفتن بحث می‌شود.	۱۰۰
۹	پرهیز کامل	بیماران درمی‌یابند که هرگونه مصرف مواد، تصمیم‌گیری آنان را مختل کرده، بهبودی را به خطر می‌اندازد. در مورد تغییراتی که بیماران باید ایجاد کنند تا مصرف تمامی مواد را ترک کنند، بحث می‌شود.	۱۰۲
۱۰	رابطه جنسی و بهبودی	بیماران درمی‌یابند که رابطه جنسی تکانه‌ای و بدون برنامه، شکلی از اعتیاد است و می‌تواند منجر به بازگشت شود. در مورد این‌که چگونه روابط باثبات به بهبودی کمک می‌کنند، بحث می‌شود.	۱۰۴
۱۱	پیش‌بینی و اجتناب از بازگشت	بیماران یاد می‌گیرند علایم هشداردهنده بازگشت را شناخته، استراتژی‌هایی برای اجتناب از بازگشت کشف کنند.	۱۰۵
۱۲	اعتماد	بیماران متوجه ضرورت بازگرداندن اعتماد از دست‌رفته شده و در مورد نحوه کنارآمدن با مظنون‌قرارگرفتن درباره مصرف مواد، بحث می‌کنند.	۱۰۷
۱۳	باهوش‌بودن نه قوی	بیماران درمی‌یابند که بهبودی امتحان اراده نیست، بلکه همراهی تعهد و برنامه‌ریزی هوشمندانه است. در مورد مؤثربودن رویکرد بیماران نسبت به بهبودی، بحث می‌شود.	۱۰۹

جدول ۳-۴: بررسی اجمالی جلسات پیش‌گیری از بازگشت

شماره‌جلسه	موضوع	محتوا	صفحه
۱۴	تعریف معنویت	بیماران تفاوت بین معنویت و دین را درک کرده در مورد این بحث می‌کنند که چگونه باورهای معنوی می‌تواند حامی بهبودی باشد.	۱۱۰
۱۵	مدیریت زندگی، مدیریت پول	بیماران جنبه‌هایی از زندگی‌شان که از آن صرف نظر شده بود را شناسایی کرده، راه‌هایی برای مدیریت مسئولیت زندگی‌شان می‌یابند.	۱۱۲
۱۶	اقامه دلیل برای بازگشت ۱	بیماران اقامه دلیل برای بازگشت را می‌فهمند. بیماران در مورد اقامه دلیل‌هایی که نسبت به آن‌ها آسیب‌پذیر هستند بحث کرده و راه‌هایی برای مقابله با آن‌ها طرح‌ریزی می‌کنند.	۱۱۴
۱۷	مراقبت از خویشتن	بیماران اهمیت عزت نفس برای بهبودی را فهمیده و جنبه‌هایی از زندگی‌شان که نیاز به تغییر دارد را پیدا می‌کنند.	۱۱۶
۱۸	برانگیزاننده‌های عاطفی	بیماران درمی‌یابند که عواطف می‌توانند به‌عنوان برانگیزاننده عمل کنند، و در مورد ابزارهایی که در اجتناب از عواطف خطرناک مؤثر است، بحث می‌کنند.	۱۱۸
۱۹	بیماری	بیماران درمی‌یابند که بیمارشدن می‌تواند به‌عنوان یک برانگیزاننده عمل کند، و در مورد راه‌هایی برای باقی‌ماندن در مسیر بهبودی در زمان‌های بیماری، بحث می‌کنند.	۱۲۰
۲۰	شناسایی استرس	بیماران در می‌یابند که استرس چگونه بهبودی را تهدید می‌کند، و در مورد راه‌هایی برای شناسایی و کنارآمدن با موقعیت‌های استرس‌زا بحث می‌کنند.	۱۲۲
۲۱	اقامه دلیل برای بازگشت۲	بیماران درمی‌یابند که نزدیک‌ترشدن به بازگشت (مثلاً برای امتحان میزان بهبودی خود) خطرناک است. بیماران راه‌هایی برای مقاومت در برابر اقامه دلیل برای بازگشت پیدا می‌کنند.	۱۲۴
۲۲	کاهش استرس	به بیماران یادآوری می‌شود که استرس می‌تواند بهبودی آنان را به خطر اندازد و بیماران در مورد استراتژی‌هایی برای کاهش استرس بحث می‌کنند.	۱۲۶
۲۳	مدیریت خشم	بیماران درمی‌یابند که خشم می‌تواند برانگیزاننده باشد. بیماران در مورد روش‌های شناسایی و مقابله با به وجودآمدن خشم بحث می‌کنند.	۱۲۸
۲۴	پذیرش	بیماران درمی‌یابند که پذیرش اختلال مصرف مواد نشانه ضعف نیست. بیماران توانایی‌هایی برای تکیه‌کردن در خود و به خود کشف می‌کنند.	۱۳۰
۲۵	پیداکردن دوستان جدید	بیماران درمی‌یابند که دوستان سالم از بهبودی آنان حمایت می‌کنند. بیماران در مورد افرادی که می‌توانند دوستان حامی آنان باشند و روش‌های ملاقات آن‌ها بحث می‌کنند.	۱۳۲
۲۶	ترمیم روابط	بیماران اهمیت عذرخواهی و جبران را درمی‌یابند و در مورد این بحث می‌کنند که چگونه با افرادی که حاضر به بخشش آن‌ها نیستند برخورد کنند.	۱۳۳

جدول ۳-۴: بررسی اجمالی جلسات پیش‌گیری از بازگشت

شماره‌جلسه	موضوع	محتوا	صفحه
۲۷	دعای آرامش	بیماران تفاوت بین چیزهای قابل تغییر و غیرقابل تغییر را در می‌یابند و در مورد چیزهایی در زندگی خود که تغییر خواهند داد بحث می‌کنند	۱۳۵
۲۸	رفتارهای اجباری	بیماران درمی‌یابند رفتارهای اجباری یعنی چه و چگونه بهبودی را به خطر می‌اندازد. در مورد راه‌هایی برای شناسایی و حذف رفتارهای اجباری بحث می‌شود.	۱۳۷
۲۹	کنارآمدن با احساسات و افسردگی	بیماران درمی‌یابند چگونه پاسخ‌های عاطفی و به‌ویژه علایم افسردگی را شناسایی کنند. در مورد استراتژی‌هایی برای کنارآمدن با افسردگی بحث می‌شود.	۱۳۹
۳۰	برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دوجانبه	بیماران در می‌یابند که چگونه برنامه‌ای ۱۲ گامی و کمک دوجانبه از بهبودی حمایت می‌کنند. بیماران تنوع برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دوجانبه را کشف می‌کنند.	۱۴۱
۳۱	اشتیاق، مدیریت کم حوصلگی	بیماران درمی‌یابند که خستگی می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد. در مورد راه‌هایی برای از بین‌بردن یکنواختی بهبودی بحث می‌شود.	۱۴۳
۳۲	فقط برای امروز	بیماران درمی‌یابند چگونه از احساس درماندگی و از غرق گذشته‌شدن می‌پرهیزند و استراتژی‌هایی برای تمرکز بر زمان حال کشف می‌کنند.	۱۴۵
جلسه اختیاری الف	بررسی وضعیت بیماران	بیماران درمی‌یابند که به وجودآوردن یک الگوی منظم برای بررسی خود به بهبودی کمک می‌کند. در مورد حوزه‌هایی که باید پیشرفت حاصل شود، بحث می‌کنند.	۱۴۷
جلسه اختیاری ب	تعطیلات و بهبودی	بیماران درمی‌یابند که تعطیلات بهبودی را به خطر می‌اندازد و در مورد راه‌هایی برای تسکین استرس بیشتر تعطیلات بحث می‌کنند.	۱۴۹
جلسه اختیاری ج	فعالیت‌های تفریحی	بیماران درمی‌یابند که چگونه عادات و اعمال جدید از بهبودی حمایت می‌کند. در مورد عادات قدیم که دوست دارند دوباره داشته باشند یا تفریحات جدید مورد علاقه، بحث می‌کنند.	۱۵۰

جلسه اول: الکل و سایر مواد

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که الکل ماده‌ای است که می‌تواند بهبودی آن‌ها را به خطر بیندازد
- کمک به بیماران برای شناسایی موقعیت‌هایی که در آن‌ها احتمال مصرف الکل و سایر مواد بالاست
- کمک به بیماران برای طرح‌ریزی جهت حفظ پرهیز در آن موقعیت‌ها

تمرینات

الکل و سایر مواد

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک آثار الکل بر مغز

از آنجایی که الکل بر ذهن منطقی و استدلالی تأثیر می‌گذارد، افرادی که مشروب می‌نوشند به‌ویژه در ارزیابی مضرات الکل و مزایای ترک آن، دچار مشکل هستند. هم‌چنین نوشیدن مشروب کنترل فرد را کاهش می‌دهد و وی را رهاتر، بی‌قیدوبندتر، اجتماعی‌تر و از لحاظ جنسی برانگیخته‌تر می‌کند. بعضی بیماران تصدیق خواهند کرد که برای راحت‌کردن و آزادکردن خود در موقعیت‌های اجتماعی، الکل مصرف کرده‌اند. بعضی بیماران متوجه خواهند شد که الکل، برای آنان با رابطه جنسی ارتباط دارد. بیمارانی که عادت دارند در موقعیت‌های اجتماعی یا جنسی الکل مصرف کنند ممکن است برای مدتی احساس کنند که این فعالیت‌ها بدون الکل برای‌شان مشکل است.

۲. هوشیاری نسبت به برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی مصرف الکل و سایر مواد

مصرف الکل و سایر مواد بخش مهم و فراگیری از فرهنگ مصرف‌کنندگان مواد است. بیمارانی که سعی دارند مصرف الکل و سایر مواد را متوقف کنند دچار تلاش بسیار سختی می‌گردند. برانگیزاننده‌های بیرونی، بیماران را بمباران می‌کند؛ مصرف مواد سبک کاری به قاعده محسوب می‌شود، به‌ویژه در فعالیت‌های اجتماعی و جشن‌ها. برای بیماران مشکل است که بتوانند یک روز معمولی، بدون یادآوری مواد هم به‌صورت فرهنگی و هم شخصی داشته باشند. بیماران با همکاران، دوستان و خانواده خود برخورد دارند که قبلاً با آن‌ها الکل می‌نوشیدند یا مواد سبک مصرف می‌کردند، و از کنار مکان‌هایی که قبلاً از آن‌ها خرید می‌کردند، عبور می‌کنند.

برانگیزاننده‌های درونی نیز برای بیماران مشکل ایجاد می‌کنند. افسردگی، اضطراب و تنهایی مشخصه‌های بهبودی هستند. این حالات عاطفی، برای بسیاری از افراد، به یادآورنده مصرف سایر مواد یا نوشیدن الکل است. بیماران، در مواجهه با این سقوط عاطفی ناشی از ترک مواد، دچار این احساس می‌شوند که از لحاظ منطقی حق دارند مواد سبک‌تر یا الکل مصرف کنند تا حالات ذهنی خود را آرام و رها سازند. برای بیماران درک این نکته مشکل است که سایر مواد سبک‌تر ممکن است باعث افسردگی یا دیگر مشکلات عاطفی آن‌ها باشد.

۳. آمادگی برای موقعیت‌هایی که سایر مواد یا الکل وجود دارد

مصرف مواد سبک‌تر مانند حشیش یا نوشیدن مشروب اغلب به همراه فعالیت‌های مشخصی وجود دارد: حشیش قبل از شام، آبجو در هنگام مهمانی، مشروب در مسافرت. هم‌چنین الکل نقش بسیار مهمی در جشن‌هایی مثل میهمانی‌ها و عروسی‌ها دارد. برای بعضی بیماران، الکل بخشی جدانشدنی از این فعالیت‌هاست، آن‌ها نمی‌توانند حتی تصور لذت‌بردن از این فعالیت‌ها بدون نوشیدن الکل را بکنند. عدم مصرف

این مواد برای این بیماران ممکن است بدان معنا باشد که آن‌ها به سادگی از جشن بیرون نگاه داشته شده‌اند. لازم است بیماران بدانند که دچار این احساسات خواهند شد، و برای آن آماده باشند. بیماران باید ترغیب شوند در مورد روش‌هایی برای جشن‌گرفتن بدون الکل فکر کنند. اگر آن‌ها می‌دانند که حضورشان در کنار کسانی که الکل می‌نوشند، به آن‌ها احساس کنار گذاشته‌شدن می‌دهد، باید تا زمانی که بهبودی آن‌ها قوی‌تر نگشته، از این موقعیت‌ها پرهیز کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر برای بیماران پرکردن جزوه در گروه مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید آن‌ها را وادار به این‌کار کرد. تمرین در اصل محلی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

تمرین الکل و سایر مواد را مرور کنید.

از بیمارانی که در جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی (جلسات دوم و سوم) حضور داشته‌اند و تمرین را خوانده‌اند بخواهید بحث برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی را از آن جلسات به خاطر بیاورند و در مورد آن‌چه درباره برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی یاد گرفته‌اند، با گروه صحبت کنند. دستیار نیز می‌تواند در مورد تجربیات خود درباره برانگیزاننده‌ها صحبت کند.

- از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که کدام افراد، مکان‌ها، موقعیت‌ها، و حالات ذهنی و عاطفی برای آن‌ها نقش برانگیزاننده دارند.
- موقعیت بیماران در عدم مصرف الکل و سایر مواد را بررسی کنید. چند نفر تلاش کرده‌اند؟ چند نفر موفق شده‌اند؟
- از بیماران بخواهید زمانی را به خاطر بیاورند که شاهد آن‌بودند که قضاوت فرد دیگری، تحت تأثیر الکل و سایر مواد قرار گرفته بود.
- این داستان درباره توانایی آن‌ها برای تصمیم‌گیری هوشمندانه درباره بهبودی، در حالی که آن‌ها هنوز مشروب می‌نوشند، حاوی چه نکاتی است؟
- بیماران را تشویق کنید در مورد این بحث کنند که چگونه در موقعیت‌های اجتماعی به مصرف سایر مواد و مصرف الکل وابسته شده‌اند. (تذکر: اگر چه بیماران باید در مورد تجربیات خود بحث کنند، مشارو باید مراقب باشد که بیماران آن‌چنان توصیفی از مصرف ساده ندهند که به‌عنوان برانگیزاننده عمل کند).
- از بیماران بپرسید چگونه می‌توانند خود را برای موقعیت‌هایی که سابقاً الکل مصرف می‌کردند، آماده کنند.
- بیماران را وادار کنید در مورد اجتناب از برخی موقعیت‌ها فکر کنند، و گرنه پرهیزشان به خطر می‌افتد.
- از بیماران بپرسید چه تغییراتی می‌توانند در جشن‌های خانوادگی و دوستانه ایجاد کنند تا در پرهیز باقی بمانند.

مشاور باید با دوباره اطمینان‌بخشیدن به بیماران از این لحاظ که هر کسی که مصرف الکل و سایر مواد را متوقف می‌کند باید با سختی‌های مشابهی روبه‌رو شود، به این بخش از جلسه گروهی خاتمه دهد. هر چه بیماران بیشتر در پرهیز باشند، مدیریت این موقعیت‌های سخت برایشان آسان‌تر خواهد شد.

بحث باز (۳۰ دقیقه)

اگر چه برای بیماران مهم است که بتوانند در مورد آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد صحبت کنند، مشاور باید

مطمئن شود که موضوع جلسه به‌طور کامل پوشش داده شده است.

تکلیف منزل جلسه اول پیش‌گیری از بازگشت

برای آماده‌شدن برای پرهیز، به بیماران آموزش دهید که از تمرین «رفیق درمان بیمار» استفاده کنند و طرح‌های خود را مشخص و مکتوب سازند. از بیماران بخواهید موقعیت‌هایی که برای هوشیاری و عدم مصرف الکل و سایر مواد آنان بیشترین تهدید محسوب می‌شود، یادداشت کرده، برای هر موقعیت، به‌طور دقیق ۳ راه حل برای اجتناب از مصرف بنویسند.

جلسه دوم: خستگی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که خستگی، خطری برای بهبودشان محسوب می‌شود.
- کمک به بیماران برای درک این‌که این موقعیت، با گذشت زمان بهتر می‌شود.
- کمک به بیماران برای شناسایی تکنیک‌ها و فعالیت‌های جدیدی که در هنگام خستگی به آن‌ها کمک می‌کند.

تمرینات

خستگی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک خطر خستگی

خستگی پیش‌درآمد بازگشت است. برای بسیاری از بیماران، خستگی یک برانگیزاننده است: وقتی خسته باشند، مصرف می‌کنند. خستگی ـ و خطر بازگشت همراه آن ـ از بین نمی‌رود، مگر این‌که کاری بکنند. بیماران، برای یک درمان موفق، باید به پیشرفت خود ادامه دهند. در یک نقطه ایستادن یعنی راکد شدن. بیماران باید برای مقابله با سکون ناشی از خستگی، دست به اقدام بزنند.

۲. درک دلایل خستگی

بخشی از خستگی بیماران می‌تواند مربوط به جابجایی شیوه زندگی از مصرف مواد به سالم باشد. زندگی در پرهیز، در مقابل بالا و پایین‌های عاطفی مصرف مواد، ممکن است کسالت‌آور به نظر برسد. مغز هنوز در حال کنارآمدن با فقدان مواد است. در طول بهبودی مغز، بیماران ممکن است احساس خستگی یا کسالت داشته باشند. دوران ۲ تا ۴ ماه پس از شروع درمان (معروف به دیوار) اغلب مشخصه‌هایی هم‌چون یکنواختی عاطفی و خستگی دارد. سرانجام، ساختاری که بیماران برای داشتن یک بهبودی موفق باید به‌وجود آورند ممکن است فاقد پاداش‌های عاطفی کوتاه‌مدت ناشی از مصرف مواد باشد.

مهم است که بیماران دریابند، هم‌چنان که ذهن و بدن آنان به بهبودی عادت می‌کند، خستگی کم‌رنگ‌تر می‌شود.

۳. مقابله با خستگی

بیماران می‌توانند به طرق گوناگونی احساس خستگی را کاهش دهند. مهارت‌هایی که بیماران در گروه مهارت‌های اولیه بهبودی فرا گرفته‌اند اینجا به کار می‌آید. برای مثال، برنامه‌ریزی برای هر ساعت از روز باعث می‌شود بیماران زمان‌های بدون برنامه را شناسایی کرده، آن‌ها را صرف فعالیت‌های جالب و لذت‌بخش نمایند. شروع تفریحات جدید یا دوباره روی‌آوردن به سرگرمی‌هایی که در زمان مصرف مواد، فراموش شده‌بودند، راه خوبی‌برای غلبه بر کسالت و ملال است. بعضی بیماران قادرند برنامه‌ای بریزند که مشتاق آن باشند: یک آخر هفته طولانی تفریحی، دیدار با خانواده، کنسرت و سینما. شروع دوستی‌های تازه با افراد سالم که بیمار در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه با آن‌ها آشنا شده است نیز می‌تواند احساس کسالت و خستگی بیمار را تسکین بخشد

(مشاور باید به بیماران یادآور شود که رابطه شخصی جدی و شدید ـ شامل رابطه جنسی یا عاشقانه ـ در میان اعضای گروه مناسب نمی‌باشد).

خطر خستگی در طول بهبودی آن است که باعث می‌شود بیماران شناور شوند. قبل از این‌که بیماران متوجه شوند، این امر باعث لغزش آنان از پرهیز به سمت بازگشت می‌شود. مهم‌ترین کاری که بیماران می‌توانند انجام دهند به عهده‌گرفتن نقش فعالی در بهبودی است. مشارکت در یک فعالیت و کارکردن به سمت یک هدف ـ پیداکردن سرگرمی، رفتن به تعطیلات، شروع یک دوستی ـ هم‌چنین به بیماران کمک می‌کند به سمت اهداف بهبودی خود حرکت کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران وقت داده می‌شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماران مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید آن‌ها را وادار به این کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به‌جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسائلی که در جزوه ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین خستگی را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید آیا مشکلی با خستگی دارند؟ اولین بار کی متوجه آن شدند؟
- از بیماران بپرسید برای مقابله با خستگی چه اقداماتی انجام داده‌اند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از خستگی صحبت کند.
- از بیماران بخواهید فعالیت‌های جدیدی که امتحان کرده‌اند یا ممکن است امتحان کنند و به بهبودشان کمک می‌کند را فهرست کنند. این فعالیت‌ها چگونه بر بهبودی آنان تأثیر گذاشته یا تأثیر خواهد گذاشت؟
- بیماران را بررسی کنید و دریابید چند نفر برای فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی می‌کنند. از آنان بخواهید در مورد این صحبت کنند که چگونه برنامه‌ریزی به آن‌ها کمک کرده است.
- از بیماران بپرسید قادر به برنامه‌ریزی و پیش‌بینی چه نوع فعالیت‌هایی هستند که در مقابله با خستگی به آن‌ها کمک کند.
- به بیماران یادآور شوید که اگرچه ساختار در بهبودی اهمیت دارد، گاهی بیش از حد منظم و یکنواخت‌بودن منجر به خستگی می‌شود. افرادی که در یک موقعیت منظم مدل‌آور حضور داشته باشند می‌توانند دچار بازگشت شوند. خستگی می‌تواند بیانگر این باشد که بیماران در زندگی روزانه خود، به حد کافی درگیر نیستند. بیماران را تشویق کنید چیزهای جدیدی را امتحان کنند که باعث پیشرفت و رشد شخصی آنان می‌شود و از بهبودشان حمایت می‌کند.
- از دستیار بخواهید با بیماران درباره فعالیت‌ها و تکنیک‌هایی صحبت کند که به وی کمک کرده است بر خستگی غلبه کند.

بحث باز (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگر چه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع اصلی بحث، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث باز از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت نمایند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد

شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه دوم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید حالات عاطفی خود را ثبت کنند؛ و نسبت به علایم خستگی هوشیار باشند.

جلسه سوم: اجتناب از لغزش

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک روند میل به بازگشت
- کمک به بیماران برای شناسایی مسائلی در زندگی آن‌ها که بهبودی را به تعویق می‌افکند
- کمک به بیماران برای شناسایی چیزهایی که به دلیل تهدیدشان به رانده‌شدن به سمت لغزش باید از آن‌ها اجتناب شود

تمرینات

- اجتناب از لغزش
- جدول خطوط مهار (لنگر) بهبودی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که چگونه میل به بازگشت منجر به بازگشت می‌شود.

در جلسه گروهی در مورد خستگی (جلسه دوم پیش‌گیری از بازگشت) بیماران یاد گرفتند که خستگی علامت آن است که آن‌ها نقش فعالی در بهبودشان ندارند و تنها با جریان حرکت می‌کنند. لغزش بازگشت روندی است که طی آن افراد بدون حتی متوجه‌شدن موضوع، از پرهیز به سمت بازگشت حرکت می‌کنند. یک مثال مفید، مثال ملوانانی است که پیش از خوابیدن بر روی عرشه، لنگر کشتی را می‌اندازند. اگر لنگر خوب در جای خود قرار نگرفته باشد، کشتی در طول شب بر روی آب خواهد لغزید. و ملوانان زمانی بیدار می‌شوند که اطراف‌شان را آب‌های ناآشنا فرا گرفته و از لنگرگاه بسیار دور افتاده‌اند.

اگر چه بازگشت ممکن است به نظر یک حادثه ناگهانی برسد ـ یک پیش‌آمد غیرمنتظره در بهبودی ـ اغلب نتیجه حرکت آرام و تدریجی از پرهیز به سمت بازگشت است؛ حرکتی چنان ظریف که بیماران متوجه آن نمی‌شوند و مسئولیت آن را نمی‌پذیرند. بازگشت به ندرت بدون علایم هشداردهنده پیش می‌آید. بیماران باید مراقب علایم بازگشت باشند (در جلسه هفتم مهارت‌های اولیه بهبودی، این هشدارهای اولیه بازگشت به نام رفتارهای اعتیاد معرفی شده بود).

۲. درک اهمیت خطوط مهار (لنگر)

افرادی که در بهبودی موفق هستند راه‌هایی برای حفظ پرهیز می‌یابند. ادامه فعالیت‌های خاص یا اجتناب از افراد و موقعیت‌های مشخص در حفظ بهبودی نقش اساسی دارد. شناسایی این رفتارهای حمایت کننده بهبودی و اطمینان از درست و بجابودن آن‌ها نیز نقش اساسی در حفظ پرهیز دارد. این رفتارهای حمایت کننده بهبودی همان خطوط لنگر افراد در حال بهبودی هستند. آن‌ها بیماران را در سر جای خود در بهبودی نگاه می‌دارند و اولین علایم لغزش را به آن‌ها گوشزد می‌کنند. بیماران بایستی روند بهبودی خود را بررسی کنند و خطوط لنگر خود را بشناسند. چنین کاری باعث می‌شود آن‌ها بتوانند چیزهایی که باعث حفظ بهبودشان می‌شود را فهرست کنند و همواره آن‌ها را تحت بررسی داشته باشند.

۳. بررسی دایمی خطوط لنگر

بیماران بایستی برای بررسی دایمی این خطوط، آن‌ها را شناسایی و فهرست‌بندی کنند و این فهرست باید تا حد امکان مشخص و متمایز باشد. به سادگی

نوشتن «ورزش‌کردن» آن‌قدر مؤثر نیست که نوشتن «دوچرخه سواری برای حداقل ۳۰ دقیقه، چهار بار در هفته». به همین ترتیب، به‌جای این‌که در فهرست نام یک دوست نوشته شود، باید نوشته شود «تلفنی با علی هفته‌ای یک بار صحبت‌کردن». بیماران باید از نوشتن و فهرست‌کردن طرز فکرها یا چیزهایی که قابل اندازه‌گیری نیستند، اجتناب کنند. اگر چه احساس خوش‌بینی ممکن است در حفظ پرهیز بیماران مؤثر باشد، اندازه‌گیری و بررسی آن آسان نیست. هدف از این کار آن است که فهرستی از فعالیت‌ها و رفتارهایی تهیه شود که حضور یا غیاب هر مورد آن برای بیمار قابل شناسایی باشد. فهرست دقیق و مشخص بهتر به بیمار کمک می‌کند تا از امن‌بودن خطوط لنگر خود اطمینان حاصل کند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث تمرین اجتناب از لغزش بازگشت را بخوانند و تمرین فهرست خطوط لنگر بهبودی را کامل کنند. اگر پرکردن جزوه در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این کار کرد. جزوه در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در جزوه ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین اجتناب از لغزش را مرور کنید. هر جنبه‌ای از موضوع که در بخش تشریحی جلسه روی آن صحبت نشده را پوشش دهید.
- تمرین جدول خطوط لنگر بهبودی را مرور کنید. به بیماران ۵ تا ۱۰ دقیقه وقت دهید تا جدول را کامل کنند.
- از بیماران بخواهید فعالیت‌ها، رفتارها، و افرادی که به‌عنوان خطوط لنگر می‌شناسند را معرفی کنند.
- از بیماران بخواهید توضیح دهند چگونه از این خطوط لنگر به آن‌ها کمک می‌کند بهبودی مطمئنی داشته باشند و در پرهیز باقی بمانند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربیات خود درباره خطوط لنگر صحبت کند. آیا آن‌ها در طول زمان یکسان باقی مانده‌اند؟ یا این‌که دستیار با پیشرفت بهبودی خطوط دیگری به آن‌ها اضافه کرده است؟
- از بیماران بخواهید در مورد این صحبت کنند که برای حفظ بهبودی خود از چه فعالیت‌ها، رفتارها و افرادی باید اجتناب ورزند.
- از بیماران بپرسید هر چند وقت یکبار خطوط لنگر را کنترل می‌کنند. توصیه می‌شود این کار حداقل به‌صورت هفتگی انجام شود.
- با بیماران در مورد اقداماتی که باید انجام دهند تا در صورت از بین رفتن ۲ تا چند تا از خطوط لنگر، دچار لغزش بازگشت نشوند، صحبت کنید.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را به‌طور پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگر چه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حائز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت نمایند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام

نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه سوم پیش‌گیری از بازگشت

به بیماران آموزش دهید خطوط لنگر خود را پیش از جلسه بعدی پیش‌گیری از بازگشت، یکبار کنترل کنند.

جلسه چهارم: کار و بهبودی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که چگونه زندگی شغلی آن‌ها بر بهبودشان تأثیر می‌گذارد.
- کمک به بیماران برای بررسی راه‌حل‌های ممکن برای مشکلاتی که شغل برای بهبودشان به‌وجود می‌آورد.

تمرینات

تمرین کار و بهبودی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک تضادهای بین کار و بهبودی

بهبودی نیازمند همکاری همه جانبه بیماران است، با این وجود، کمتر کسی می‌تواند از شغل خود، یا از جست‌وجو برای پیداکردن کار، صرف نظر کند و تنها بر بهبودی خود متمرکز باشد. بنابراین، بسیاری از بیماران دچار تضادهایی بین مسایل شغلی و بهبودی خود می‌گردند. حل بعضی از این تضادها مشکل است، باید از آن‌ها آگاه بود و برای حل آن‌ها تلاش کرد.

۲. ایجاد تعادل بین کار و بهبودی

اگر چه چهار موقعیت کاری ذکر شده در تمرین کار و بهبودی، با هم تفاوت زیادی دارند، یک سری قواعد کلی وجود دارد که به بیماران کمک می‌کند در همه این موقعیت‌ها راه حل مناسبی بیابند. از آنجایی که درمان باید به همراه کار باشد، بیماران ممکن است مجبور باشند برای ایجاد همکاری‌های شغلی راه‌هایی بیابند تا بتوانند تمامی فعالیت‌ها و خواسته‌های بهبودی را پاسخ دهند. پیداکردن چنین تعادلی ممکن است مستلزم آن باشد که بیماران برای تغییر برنامه کاری خود و تطبیق آن با بهبودی اقدام نمایند.

بیمارانی که در مشاغلی کار می‌کنند که مشکل مصرف مواد آنان را افزایش می‌دهد (مثلاً، جایی که افراد دیگر مواد مصرف می‌کنند یا به بیمار به‌عنوان دستمزد پول نقد داده می‌شود) دچار این مشکل دوگانه می‌گردند. بیماران ممکن است احساس کنند که خروج از چنین مشاغلی بهتر است، با این وجود، هر گونه تغییر عمده یا بحران در طول ۶ ماه تا یک‌سال اول بهبودی توصیه نمی‌شود. اگر شغل بیمار متضمن خطر بازگشت باشد، ممکن است بیکاربودن انتخاب بهتری به نظر بیاید. با این وجود، بدون ساختار و درآمد ناشی از کار، بیماران ممکن است در همکاری با بهبودی دچار مشکل شوند.

بهبودی یک کار تمام عیار است؛ اگر چه پولی بابت آن پرداخت نمی‌شود. بهبودی ممکن است برای شادی و موفقیت بیماران خیلی مهم‌تر از یک کار دارای درآمد باشد. بیماران باید تشویق شوند تا آنجا که می‌توانند تلاش و وقت خود را صرف بهبودی نمایند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث جزوه را مطالعه کنند. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را تشویق می‌کند در مورد مسایلی که در جزوه ذکر شده با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین کار و بهبودی را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد این صحبت کنند که کدام‌یک از موقعیت‌های شغلی شامل حال آن‌ها می‌شود، آیا موقعیت‌های دیگر وجود دارد که ذکر نشده باشد و شامل حال کسی شود؟
- از بیماران بپرسید چه تغییرات و مصالحه‌هایی را متحمل شده‌اند تا زمان کافی به بهبودی اختصاص دهند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود در ایجاد تعادل بین کار و بهبودی صحبت کند. آیا با پیشرفت بهبودی، ایجاد تعادل آسان‌تر شده است؟
- به بیماران اجازه دهید در مورد مزایا و مضرات رهاکردن شغلی که مانع بهبودی است، صحبت کنند.
- از بیماران بپرسید آیا با رئیس یا کارگزینی اداره یا محل کار خود صحبت کرده‌اند و تلاش کرده‌اند تا همکاری با فعالیت‌های درمانی را تسهیل نمایند یا خیر.
- از بیماران بپرسید آیا کسانی هستند که به خاطر مسایل کاری، درمان فشرده سرپایی را به درمان بستری ترجیح داده باشند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگر چه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حائز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه چهارم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید همکاری خود با بهبودی را بررسی نمایند و دو استراتژی جدید برای ایجاد تعادل مؤثر بین کار و بهبودی بیابند.

جلسه پنجم: گناه و شرم

تذکر: وقتی بیماری در جمع وجود دارد که در اولین جلسه گروهی پیش‌گیری از بازگشت خود شرکت می‌کند، این عنوان نباید به کار رود. اگر بیمار جدیدی در گروه حاضر شده است، مشاور باید موضوع دیگری برای جلسه انتخاب کند، تا عضو جدید با موضوع ساده‌تر و کمتر هراس‌انگیزی به گروه معرفی شود.

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک تفاوت بین گناه و شرم
- کمک به بیماران برای یادگیری استراتژی‌هایی برای کنارآمدن با گناه و شرم

تمرینات

گناه و شرم

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. تمایزدادن گناه از شرم

گناه یعنی احساس بد نسبت به آن‌چه فرد انجام داده یا نتوانسته انجام دهد. برای مثال، فرد ممکن است به خاطر فریب همسر و خیانت به او، یا بدقولی نسبت به فرزند، احساس گناه کند. شرم چیزی بیش از یک پاسخ مشخص به یک عمل یا رفتار خاص است.

شرم یعنی احساس بد نسبت به آن‌چه فرد هست ـ اعتقاد به این‌که فرد ناقص یا بی‌ارزش است.

احساسات شرم و گناه اغلب بخشی از پاسخ‌های افراد به مصرف مواد را تشکیل می‌دهند. ولی لازم است بیماران تفاوت این دو را تشخیص دهند. گناه می‌تواند واکنش مفیدی در بهبودی باشد، چرا که نشانگر آن است که بیمار کاری انجام داده که با سیستم ارزش‌گذاری وی مغایرت دارد. گناه می‌تواند باعث تولید انگیزه در بیماران شود تا برای طلب بخشش و عذرخواهی نسبت به کسانی که باعث درد و دردسر آن‌ها شده‌اند، اقدام نمایند. با این وجود، اگر بیماران متقاعد شوند که آدم‌های بدی هستند، ممکن است احساس کنند ارزش و لیاقت بهبودی را ندارند و به خود بهانه و مجوز مصرف مواد بدهند. شرم می‌تواند مانعی بر سر راه پرهیز شود.

۲. هدف قراردادن احساس شرم و گناه

شرم و گناه هر دو می‌توانند عزت نفس و اعتماد به نفس بیمار را تخریب و خدشه‌دار نمایند. تمرکز بر احساسات منفی می‌تواند باعث شود بیمار برای تغییر خلق و رهاکردن خود روی به مصرف مواد بیاورد. به بیماران باید یادآوری شود که مصرف مواد آنان ربطی به بد یا ضعیف‌بودن ندارد. برای حفظ پرهیز، بیماران باید باهوش و سخت‌کوش باشند، و بخشی از باهوش و سخت‌کوش‌بودن، درک احساسات خود است. در مورد چه چیزهایی احساس گناه می‌کنند؟ چه چیزی بر احساس شرم آنان افزوده است؟ بیماران برای عبور از احساس شرم و گناه نیاز به زمان دارند. بیماران باید به خود زمان بدهند تا احساس بهتری نسبت به خود پیدا کنند و از رفتار خود راضی‌تر گردند. صحبت‌کردن درباره احساسات گناه و شرم نیز، مثل عذرخواهی‌کردن، می‌تواند برای بیماران مفید باشد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، جزوه را کامل کنند. اگر پرکردن جزوه در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید او را مجبور به این کار کرد. جزوه در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در جزوه ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین گناه و شرم را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید چیزهایی که انجام‌دادن یا انجام ندادن آن‌ها باعث احساس گناه در آن‌ها شده را فهرست کنند.
- به بیماران یادآور شوید که اشتباه‌کردن، اشکالی ندارد، آن‌ها نمی‌توانند آن‌چه در گذشته انجام داده‌اند را تغییر دهند. از آن‌ها بپرسید آیا قادرند خود را به خاطر خطاهای گذشته ببخشند.
- از بیماران بخواهید در مورد تفاوت بین بخشیدن خود و فراموش‌کردن، بحث کنند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود در غلبه بر گناه صحبت کند. دستیار چگونه موفق شده تعادل بین نیاز به پذیرفتن مسئولیت اعمال قبلی خود، و نیاز به بخشیدن آن اعمال را برقرار نماید؟
- از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که چگونه می‌توانند بر احساس گناه و شرم غلبه نمایند. مشارکت در چه رفتارهای مثبتی می‌تواند به این روند کمک نماید؟
- از بیمارانی که در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه حاضر می‌شوند بپرسید آیا گناه و شرم موضوع جلسه‌ها بوده است. از آن‌ها بپرسید این بحث‌ها چگونه مفید واقع شده است.

- از دستیار بپرسید چگونه کمک دو جانبه به وی کمک کرده با شرم و گناه کنار بیاید.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگر چه برای بیمار صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد.

هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خودکار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه پنجم پیش‌گیری از بازگشت

بیماران را تشویق کنید در مورد افرادی که احتمالاً باید از آن‌ها عذرخواهی کنند، فکر نمایند. چگونه به این افراد دسترسی پیدا خواهند کرد؟ برای جبران و اصلاح آسیبی که به افراد دیگر زده‌اند، چه‌کار می‌توانند بکنند؟

جلسه ششم: سرگرم‌بودن

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک اهمیت برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها
- کمک به بیماران برای درک این‌که چگونه بیکاری می‌تواند برانگیزاننده باشد
- کمک به بیماران برای درک و بحث درباره استراتژی‌هایی برای برنامه‌ریزی و سرگرم‌بودن

تمرین

سرگرم‌بودن

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک اهمیت برنامه‌ریزی و ساختارمندی در بهبودی

اکثر بیماران حاضر در این جلسه بیشتر از این در گروه مهارت‌های اولیه بهبودی (جلسه اول) با روش برنامه‌ریزی آشنا گشته‌اند. با این وجود، ساختاری که برنامه‌ریزی ایجاد می‌کند آن‌قدر در بهبودی مهم و مؤثر است که اصول برنامه‌ریزی باید اینجا بار دیگر مرور شود. به بیماران یادآوری می‌شود که افرادی که مواد مصرف می‌کنند غالباً برنامه روزانه خود را حول محور به دست‌آوردن، مصرف‌کردن، و تمدید قوای بعد از مصرف مواد سازماندهی می‌کنند. بدون این فعالیت‌ها، افراد دچار اختلال مصرف مواد، احساس فقدان یا از دست‌دادن چیزی خواهند داشت. بخش عمده‌ای از درمان بیماران شامل یافتن فعالیت‌های جدید و راه‌های جدیدی برای پرکردن وقت و جایگزین‌کردن این فعالیت‌ها با آن احساس خلا و فقدان است. لازم است بیماران برنامه خود را به روی کاغذ بیاورند. برنامه‌هایی که فقط در ذهن افراد باشند به سادگی تغییر می‌کنند یا فراموش می‌شوند. وقتی بیماران در حال برنامه‌ریزی هستند، باید توجه ویژه‌ای به تعطیلات و زمان‌های دیگری داشته باشند که احساس می‌کنند در آن زمان‌ها بیش از همیشه نسبت به مصرف مواد آسیب‌پذیر هستند.

۲. درک این‌که چگونه وقت آزاد می‌تواند به‌عنوان برانگیزاننده عمل کند

از آنجایی که مصرف مواد برای بیماران به‌صورت عادت در آمده بوده است، اگر کاری برای انجام‌دادن و جایی برای رفتن نداشته باشند، ذهن‌شان دوباره به سمت افکار مصرف کشیده می‌شود. سپس روند فکر، ولع و مصرف فعال می‌شود، و بیماران دچار لغزش بازگشت می‌گردند. تنهابودن نیز می‌تواند یک

برانگیزاننده باشد.

احتمالاً بسیاری از بیماران، پیش از آغاز درمان، در زمانی که مصرف می‌کردند خود را از دوستان و خانواده جدا و منزوی کرده‌بودند. به همین دلیل، بیماران نه تنها باید برای فعالیت‌های سالم برنامه‌ریزی کنند، بلکه باید این فعالیت‌ها شامل حضور افراد سالم دیگری نیز باشد (مثلاً، افرادی که بیماران در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه با آن‌ها آشنا شده‌اند) یا شامل افرادی باشد که با بهبودی بیمار همکاری می‌کنند (مثلاً، اعضای خانواده و دوستان).

۳. ایجاد فعالیت‌های جدید و ارتباط با افراد جدید

حتی بیمارانی که با بهبودی خود نهایت همکاری را دارند نیز ممکن است متوجه بعضی جنبه‌های روش زندگی اعتیاد نباشند. برنامه‌ریزی و سرگرم‌بودن راه-هایی برای نگه‌داشتن بیمار در طریقه جدید و سالم زندگی خود هستند. بعضی بیماران از شروع مجدد سرگرمی‌ها و فعالیت‌های قدیمی خود احساس رضایت کامل می‌کنند؛ بعضی نیاز به آن دارند تا برای ایجاد علاقه برای خود، فعالیت‌های جدید و آشنایان جدیدی پیدا کنند. اگرچه تمرکز زندگی بیماران باید بر روی بهبودی باشد، بهتر است بیماران تشویق شوند تا به بهبودی به‌عنوان فرصتی نگاه کنند که می‌توانند کارهایی که انجام نداده‌اند را امتحان کنند: کار داوطلبانه، یاد گرفتن یک ورزش جدید یا کار جدید، یادگرفتن نوازندگی یک ساز موسیقی.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین درگروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید او را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در جزوه ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شودکه همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین سرگرم‌بودن را مرورکنید.
- از بیماران بخواهید در مورد این فکر کنند که چگونه زمان خالی و ذهن بدون مشغولیت می‌توانند برانگیزاننده باشند.
- از بیماران بپرسید آیا زمان‌هایی که وقت آزاد زیادی داشته‌اند وسوسه شده‌اند مواد مصرف کنند یا خیر. پاسخ آن‌ها چگونه بوده است.
- از دستیار بخواهید در مورد راهکار خود برای مشغول‌بودن و حفظ بهبودی در مسیر خود، صحبت کند.
- از بیماران بپرسید که همیشه به‌طور دسته‌جمعی مواد مصرف می‌کردند یا تمایل داشتند به تنهایی مصرف کنند. در مورد خطرات تنهابودن برای افرادی که علاقه به انزوا دارند، بحث کنید.
- از بیماران بپرسید از زمان قطع مصرف مواد، چه فعالیت‌هایی به آنان کمک کرده تا مشغول باشند و پرهیز خود را حفظ کنند.
- از بیماران بخواهید در مورد سرگرمی‌ها یا فعالیت‌هایی که دوست دارند امتحان کنند و فکر می‌کنند به پرهیز آن‌ها کمک می‌کند، پیشنهاد بدهند.
- از بیماران بپرسید آیا در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه دوستانی پیدا کرده‌اند یا خیر. در خارج از جلسات چه فعالیت هایی داشته‌اند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش داده نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان

می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شودکه تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل ازجلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه ششم پیش‌گیری از بازگشت

به بیماران آموزش دهید فهرستی از فعالیت‌هایی که آرزوی انجامش را دارند، تهیه کنند. فهرست می‌تواند شامل فعالیت‌هایی باشدکه بیماران درباره‌اش از افراد دیگر گروه شنیده‌اند.

جلسه هفتم: انگیزه برای بهبودی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که انگیزه‌ای که باعث ورود آن‌ها به درمان شد ممکن است با پیشرفت آن‌ها در بهبودی تغییر کند
- کمک به بیماران برای شناسایی انگیزه‌ها و راه‌کارهای جدید برای حفظ پرهیز
- کمک به بیماران برای شناسایی مزایای بهبودی

تمرینات

انگیزه برای بهبودی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که دلایل برای باقی‌ماندن در درمان، با گذشت زمان تکامل می‌یابد

بیماران می‌دانند که باید سفت و سخت در بهبودی باقی بمانند. این آگاهی ممکن است سبب شود بعضی فکر کنند که انگیزه آنان برای حفظ پرهیز باید همواره یک چیز باشد. مهم نیست که چه چیزی باعث ورود بیماران به درمان شده است. آن‌چه اهمیت دارد آن است که چه چیزی باعث می‌شود بیماران برای پرهیز خود، هر روز انگیزه داشته باشند. مشاور می‌تواند به بیماران یادآور شود که اگرچه پرهیز یک هدف همیشگی است، آن‌ها به این هدف تنها ساعت به ساعت و روزبه روز نزدیک می‌شوند. بیماران ممکن است دریابند که دلایل آن‌ها برای حفظ پرهیز با گذشت زمان تغییر می‌یابد. بعضی بیماران ممکن است در یکی از تمرینات پیش‌گیری از بازگشت و بحث این جلسه، برای اولین بار پی به این نکته ببرند.

۲. استفاده از استراتژی‌های جدید با تکامل انگیزه‌ها

بیماران ممکن است به این دلیل وارد درمان شوند که از عواقب مصرف دایمی مواد هراس دارند. بیماران ممکن است دریابند که اگر تمرکز آن‌ها بر حفظ پرهیز باشد، انگیزه اولیه آنان برای عدم مصرف مواد و الکل تبدیل به یک آرزوی درونی و شخصی برای حفظ زندگی جدید می‌گردد.

۳. در پرهیز باقی ماندن تا رسیدن و درک مزایای بهبودی

وقتی بیماران به حد کافی پرهیز خود را حفظ نمایند تا مزایای ناشی از پرهیز را تجربه کنند، آرزوی تداوم این مزایا تبدیل به یک انگیزه قوی برای باقی‌ماندن در مسیر بهبودی می‌گردد. بیماران قادر خواهند بود مشکلاتی که به علت مصرف مواد با خانواده، دوستان، و شغل خود پیدا کرده‌بودند را حل نمایند. بیماران می‌توانند به جای احساس شرم و نگرش شکست‌خورده‌بودن نسبت به خود، که مشخصه بسیاری از معتادان است، به خود ببالند و از پرهیز خود و از زندگی تازه خود احساس غرور کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع

بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید او را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در جزوه ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شودکه همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین انگیزه برای بهبودی را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید درباره انگیزه‌های مختلف برای شروع درمان که در تمرین انگیزه برای بهبودی فهرست شده است، چه عقیده‌ای دارند. کدام انگیزه‌ها قوی‌تر از بقیه به نظر می‌رسند؟
- از بیماران بخواهید درباره دلایلی که باعث ورودشان به درمان شد بحث کنند.
- از بیماران بپرسید آیا آن‌چه امروز باعث انگیزه آن‌ها برای ادامه درمان می‌شود در اصل همان انگیزه‌ای است که باعث ورودشان به درمان شد یا خیر.
- از آن‌ها بپرسید امروز چه چیزی باعث انگیزه آن‌ها برای باقی‌ماندن در درمان و حفظ و ادامه پرهیز می‌شود.
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه انگیزه‌های وی از شروع درمان به بعد به تدریج تکامل پیدا کرد.
- از بیماران بپرسید که آیا احساس می‌کنند کم‌کم دیگر دلیلی برای باقی‌ماندن در درمان ندارند یا خیر.
- از گروه بخواهید دلایلی برای باقی‌ماندن در درمان و ادامه پرهیز، پیشنهاد دهد.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش داده نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه هفتم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید فهرست انگیزه‌های جدیدی که در طول جلسه یادگرفته‌اند را بنویسند. به آن‌ها آموزش دهید تا سه دلیل دیگر برای باقی‌ماندن خود در درمان را شناسایی کنند.

جلسه هشتم: صداقت

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که اعتیاد به مواد و صداقت دو حالت ناسازگارند.
- کمک به بیماران برای آگاهی از این‌که صداقت‌داشتن همیشه آسان نیست.
- کمک به بیماران برای درک این‌که صداقت دایمی شرط اساسی بهبودی موفق است.

تمرینات

صداقت

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که پایه اعتیاد بر عدم واقعیت و دروغ استوار است و پایه بهبودی بر حقیقت

مصرف مواد سبب می‌شود فرد از حقایق زندگی بگریزد، از مسئولیت فرار کند، و عواقب را قبول نکند. زندگی اعتیادی مستلزم آن است که فرد دایماً دروغ بگوید و عذرخواهی کند. ورود به بهبودی اولین قدم به سمت آگاهی از حقیقت اعتیاد است. برای موفق‌بودن، لازم است که بهبودی، ریشه در حقیقت داشته باشد. این موضوع تنها بدین معنی نیست که بیماران به مشکل اعتیاد خود اعتراف کنند، بلکه به معنای آن است که آن‌ها بپذیرند که با افراد دیگر صادقانه رفتار کنند.

۲. درک مشکلات ناشی از صداقت

اغلب برای بیماران مشکل است که در مورد مشکل مصرف مواد، با خود صادق باشند. پس از برداشتن اولین گام برای ورود به درمان و صادق‌بودن با خود، اکنون نوبت آن است که قدم سخت‌تر را بردارند و با افراد دوروبر خود نیز صادق باشند. صادق‌بودن با دوستان و افراد مورد علاقه می‌تواند ترسناک و دردسرساز باشد. بیماران، زمانی که گزارش صادقانه‌ای از اعمال خود در هنگام مصرف مواد به دوستان و اعضای خانواده می‌دهند، خطر جداافتادن از دوستان و بیگانه‌شدن با اعضای خانواده را می‌پذیرند. ممکن است بیماران از پذیرش اعمال خود احساس شرم و خجالت کنند. افراد مورد علاقه ممکن است از رویکرد صریح بیمار برای گفتن حقیقت، آسیب ببینند.

گروه پیش‌گیری از بازگشت محل مناسبی‌برای بیماران است تا به راستگویی عادت کنند. ممکن است اعضای دیگرگروه آسیب ببینند، ولی حتی چنین مسأله‌ای هم تمرین خوبی‌برای آماده‌شدن در برابر پاسخ افراد خانواده و دوستان است.

۳. درک این‌که بهبودی، بدون صداقت، موفق نخواهد بود.

اگر بیماران بخواهند بدون صداقت کامل در درمان حضور داشته باشند، به‌طور کامل با بهبودی همکاری نکرده‌اند. گویا این بیماران، با فریب‌دادن و صداقت تمام و کمال نداشتن، خود را کنار نگهداشته‌اند و نتوانسته‌اند و نخواسته‌اند با بهبودی خود همکاری کامل داشته باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این کار کرد. جزوه در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شودکه همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین صداقت را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد روش‌ها و چگونگی عدم صداقت خود در زمان مصرف مواد، ارزیابی‌صادقانه‌ای به عمل آورند. آن‌ها را تشویق کنید که از دروغ‌های آشکار فراتر رفته، در مورد روش‌هایی بحث کنند که از طریق آن‌ها، افراد را گمراه کرده‌اند یا اجازه داده‌اند دیگران چیزی را بپذیرند که درست نبوده است.
- در مورد محدودیت‌های راست‌گویی بحث کنید. چه جور چیزهایی است که بیماران باید همواره درباره‌اش صداقت داشته باشند؟ آیا موقعیت‌هایی هست که در آن‌ها کاملاً صادق‌نبودن اشکالی نداشته باشد؟
- از بیماران بخواهید در مورد عواقب گفتن حقیقت به دوستان و اعضای خانواده فکر کنند. آیا دورنمای چنین امری باعث اضطراب آن‌ها می‌شود؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربیات خود ازگفتن حقیقت به اعضای خانواده و دوستان

بحث کند.

- بپرسید که آیا بیماران در گفتن حقیقت به گروه دچار مشکل هستند یا خیر؟
- بپرسید که بیماران دچار چه مشکلاتی شده‌اند. از صداقت‌داشتن، چه تجربیات مثبتی داشته‌اند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش داده نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شودکه تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه هشتم پیش‌گیری از بازگشت

بیماران را تشویق کنید تا پیش از جلسه بعدی پیش‌گیری از بازگشت، در مورد مصرف مواد خود با یک دوست یا یکی از اعضای خانواده، صادقانه صحبت کنند.

جلسه نهم: پرهیز کامل

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که آن‌ها باید مصرف الکل و تمامی مواد مخدر دیگر را کنار بگذارند.
- کمک به بیماران برای درک این‌که مصرف دایمی مواد تصمیم‌گیری آنان را مختل می‌سازد و بهبودی را به مخاطره می‌افکند.

تمرینات

پرهیز کامل

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک ارتباط بین مصرف الکل و دیگر مواد، و بازگشت به مواد محرک

مصرف مواد قضاوت را مختل می‌کند و زندگی را از تعادل خارج می‌سازد. افراد و چیزهایی که قبل از مصرف مواد، اولویت‌های فرد محسوب می‌شده‌اند- خانواده، دوستان، کار ـ اغلب فراموش می‌شوند و مصرف مواد بر آن‌ها مقدم می‌شود. بیماران، برای بازگرداندن تعادل به زندگی خود و تعریف مجدد اولویت‌ها، باید قادر باشند خوب و واضح فکر کنند و عمل نمایند. قطع مصرف مواد محرک بخش مهمی از این روند است. ولی مصرف مداوم حشیش، مواد دیگر یا الکل، می‌تواند این روند را به خطر اندازد.

بیماران ممکن است فکر کنند این مواد دیگر خطری ایجاد نمی‌کنند. بعضی ممکن است حتی بحث کنند که مصرف گه‌گاهی الکل و حشیش به آن‌ها کمک می‌کند با استرس قطع مصرف مواد محرک کنار بیایند. بیماران باید متقاعد شوند که هرگونه مصرف مواد در توانایی مغز آنان برای مداواپیداکردن اختلال ایجاد می‌کند و مانع آن می‌شود که ذهن‌شان بتواند به وضوح و شفاف کار کند. هرگونه مصرف مواد در بهبودی اختلال ایجاد می‌کند. البته، مشاور باید این مسأله را روشن کند که بیماران باید داروهایی را که برای درمان اختلالات مزمن جسمی یا روانی برای‌شان تجویز شده، هم‌چنان به‌طور مرتب مصرف نمایند.

۲. درک این‌که اگر بیماران برای فرار، روی به مصرف حشیش یا الکل یا مواد دیگر بیاورند، قادر نخواهند بود زندگی و کنارآمدن بدون مواد محرک را یاد بگیرند

مشاور به بیماران یادآور می‌شود که آن‌ها در آغاز درمان توافق‌نامه‌ای مبنی بر عدم مصرف هرگونه مواد امضا کرده‌اند. حتی اگر بیماران در طول درمان مواد محرک مصرف نکرده باشند، استفاده از الکل یا مواد دیگر راهی است برای اجتناب از همکاری کامل با درمان. با ادامه مصرف این‌گونه مواد، بیماران قول خود را شکسته‌اند و از مصرف الکل و حشیش به‌عنوان دریچه فراری از بهبودی سخت مواد محرک، بهره جسته‌اند. بیماران، با ادامه مصرف الکل و دیگر مواد، حتی به‌صورت گه‌گاهی، احتمال بهبودی موفقیت‌آمیز خود را کاهش می‌دهند. مصرف الکل احتمال بازگشت به مواد محرک را هشت برابر می‌کند، مصرف حشیش احتمال بازگشت را سه برابر می‌کند (Rowson et al. 1995).

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش ازشروع بحث جزوه را مطالعه کنند. جزوه در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را ترغیب می‌کند تا در مورد مسایل ذکرشده در جزوه، با هم صحبت کنند. مشاور باید مطمئن شودکه تمامی بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین پرهیزکامل را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد پاسخ خود به توافق‌نامه «عدم مصرف مواد» در ابتدای درمان، بحث کنند.
- از بیماران بپرسید آیا برای مصرف الکل یا مواد دیگر، دچار دلیل‌تراشی بیهوده گشته‌اند یا خیر. این دلیل تراشی‌ها چه بوده‌اند؟
- بپرسید آیا بعضی بیماران منطق عدم مصرف هرگونه مواد را تأیید می‌کنند یا خیر. چه چیزی باعث شد آن‌ها این منطق را بپذیرند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربیات خود از سیاست «عدم مصرف هرگونه مواد» بحث کند.
- از بیماران بخواهید در مورد این فکر کنند که چه تغییراتی کرده‌اند یا باید چه تغییراتی به وجود آورند تا مصرف الکل و حشیش را کنار بگذارند (مثلاً، دورریختن تمام مشروب‌های موجود درخانه، از خانواده یا همسر درخواست‌کردن که حشیش به خانه نیاورد، به افراد مورد علاقه اطلاع و هشداردادن که آن‌ها مصرف الکل و مواد را کنار گذاشته‌اند).
- از بیماران بپرسید چه کسی مصرف هرگونه مواد را کنارگذاشته است، و از وی بخواهید با گروه در مورد این صحبت کند که به چه دلایلی پرهیز کامل کار خوبی است.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش داده نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه نهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید تا قدم‌ها و مراحلی که باید طی کنند تا بهبودی پرهیز کامل را آغاز نمایند، فهرست کنند. از بیمارانی که در حال حاضر از توافق «عدم مصرف هرگونه مواد» تبعیت کرده‌اند بخواهید تا دلایلی را که به خاطرش پرهیزکامل و حفظ آن ضروری است، فهرست کنند.

جلسه دهم: رابطه جنسی و بهبودی

تذکر: وقتی بیماری در جمع وجود دارد که در اولین جلسه گروهی پیش‌گیری از بازگشت خود شرکت می‌کند، این عنوان نباید به کار رود. اگر بیمار جدیدی درگروه حاضر شده است، مشاور باید موضوع دیگری برای جلسه انتخاب کند، تا عضو جدید با موضوع کمتر حساسیت‌زا و دوستانه‌ای به گروه معرفی شود.

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک تمایزات بین رابطه جنسی دوستانه و از سر اجبار
- کمک به بیماران برای درک این‌که رفتار جنسی تکانشی می‌تواند شکلی از اعتیاد باشد و منجر به بازگشت گردد
- کمک به بیماران برای واقف‌شدن به اهمیت روابط پایدار

تمرینات

رابطه جنسی و بهبودی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که تفاوت بین رابطه جنسی صمیمانه و تکانشی چیست

مشاور باید آماده این باشد که موضوع باعث خنده عصبی و مسخره‌کردن و شوخی بیماران شود. این پاسخ احتمالاً اجتناب‌ناپذیر است. با این وجود، مشاور و دستیار باید رویکردی جدی به موضوع داشته باشند و در طول بحث فضایی جدی ایجاد و حفظ نمایند.

تمایز بین رابطه جنسی دوستانه و تکانشی بستگی به رابطه با شریک جنسی دارد. رابطه جنسی دوستانه یک عمل مراقبت‌آمیز است که در بافت یک رابطه اتفاق می‌افتد. این موضوع، امتداد احساساتی است که دو نفر نسبت به یکدیگر دارند. رابطه جنسی تکانشی یک عمل خودخواهانه است که در آن شریک جنسی برای رسیدن به نوعی نشئگی (حال‌کردن) مورد استفاده قرار می‌گیرد. احساسات شریک جنسی ربطی به این موضوع ندارد. در رابطه جنسی تکانشی حتی لازم نیست شخص دیگری حضور داشته باشد، خود ارضایی بیش از حد نیز شکلی از رابطه جنسی تکانشی است.

مشاوران باید اطمینان یابند که بیماران متوجه این مسأله هستند که در صورت داشتن رابطه جنسی تکانشی و بدون وسایل جلوگیری، خطر HIV/ ایدز و دیگر امراض مقاربتی را خریده‌اند.

۲. درک این‌که چگونه رابطه جنسی تکانشی می‌تواند به‌عنوان برانگیزاننده مصرف مواد عمل کند

در بعضی بیماران، رابطه جنسی تکانشی، پیش از حضور در درمان، با مصرف مواد مرتبط بوده است. آنان معمولاً پس از مصرف، رابطه جنسی داشته‌اند. دیگر بیماران نیز ممکن است پس از قطع مصرف مواد، برای رسیدن به شکلی از نشئگی، رابطه جنسی تکانشی داشته باشند. در هردو حالت، رابطه جنسی تکانشی برانگیزاننده مصرف مواد است و می‌تواند منجر به بازگشت گردد. بیماران حتی ممکن است همان‌گونه که به مصرف مواد اعتیاد داشتند به رابطه جنسی تکانشی نیز اعتیاد پیدا کنند.

۳. درک این‌که چگونه صمیمیت و روابط پایدار از بهبودی حمایت می‌کند

بسیاری از اجـزای یـک رابطـه پایـدار، در بهبـودی موفق نیز اهمیت بسزایی دارند. بیمارانی که روابطی بـا مشخصات اطمینان، صداقت، و حمایت دارند، برای‌شان مشارکت کامل در فعالیت‌های بهبودی، حمایت دیگران در جلسات گروهی، و صادق‌بودن درمورد زندگی‌شـان، آسان‌تر خواهد بود. یک رابطه پایدار کـه شـامل رابطـه جنسی صمیمانه باشد می‌تواند از بهبودی حمایت کند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران، باید وقت داده شود تـا پـیش از شـروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نبایـد وی را مجبور به این‌کار کرد. تمـرین در اصـل محملـی بـرای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کنـد که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شـوند درمورد مسایلی که در تمرین ذکر شده با هـم مکالمـه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین رابطه جنسی و بهبودی را مرورکنید.
- وقتی بحث آغاز مـی‌شـود، مطمـئن شـوید کـه گروه بر اهمیت این مـسایل در بهبـودی واقـف است.
- مطمئن شوید بیماران تمایز بین رابطه جنـسی تکانشی و صمیمانه را فهمیده‌اند.
- اگر بیماران رابطـه‌ای ندارنـد، بـه آن‌هـا کمـک کنید تا مشخص سازند که آیا بـرای حمایـت از بهبودی خود نیاز بـه یـک دوران روزه و تجـرد دارند یا خیر. برای بعضی بیماران، رابطه جنسی و مصرف مواد محرک آن‌قدر به هم وابسته است کـه هرگونـه برانگیختگـی جنـسی مـی‌توانـد به‌عنوان برانگیزاننـده عمـل کنـد. بـا پرهیـز از مصرف مواد، رابطه بین برانگیختگـی جنـسی و مصرف مواد محرک به تدریج از بین می‌رود.
- از بیماران بخواهید در مورد ارتباط بـین رابطـه جنسی تکانشی و مصرف مواد در زنـدگی خـود بحث کنند.
- از بیماران بخواهید در مورد روابـط صـمیمانه و مثبتی که داشته‌اند یا اکنون دارند بحث کنند.
- بپرسیدکه کدام قسمت‌های چنین روابطـی بـه حمایت از بهبودی کمک می‌کند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که بـه‌طـور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه بـرای بیمـاران صـحبت‌کـردن از آن‌چـه درذهـن‌شـان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پـیش از پایـان بحـث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طـور خلاصـه صـحبت کننـد. مـشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیـف بعـدی تـا چـه حـد شامل جزئیات بیشتری باشـد. هـدف از پرسـیدن ایـن نیست که معلوم شودچه کسانی تکلیـف‌شـان را انجـام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تـا در فاصـله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این‌کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه دهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیمـاران بخواهیـد راه‌هـای مختلفـی بـرای دوستانه‌تر، حمایت‌گرانه‌تر و صـمیمانه‌تـرکـردن روابـط فعلی خود پیدا کرده، بنویسند. اگـر بیمـاری رابطـه‌ای ندارد، از او بخواهید درمورد روش‌هایی برای بهترکردن رابطه بعدی خود فکر کند.

جلسه یـازدهم: پـیش‌بینـی و پـیش‌گیـری از بازگشت

✓ *اهداف جلسه*

- کمک برای بیماران برای درک این‌که بازگـشت

چیست و چگونه گسترش می‌یابد
- کمک به بیماران برای شناسایی علایم هشداردهنده بازگشت
- کمک به بیماران برای اتخاذ استراتژی‌هایی برای اجتناب از بازگشت

تمرینات

پیش‌بینی و پیش‌گیری از بازگشت

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که در پرهیز باقی‌ماندن با تصمیم برای قطع مصرف مواد فرق می‌کند

تصمیم برای قطع مصرف مواد و ورود به درمان کار مهمی است. ولی بیماران، که پیش از این یکبار تصمیم گرفته‌اند که مصرف را قطع کنند، اکنون باید هر روز تصمیم بگیرند که دوباره مصرف نکنند. حالا که آن‌ها مصرف مواد را کنار گذاشته و در درمان حاضر شده‌اند، باید مراقب علایم بازگشت باشند. مصرف، رفتار آشنا و راحتی است؛ بدن و ذهن بیماران تمایل دارد به مصرف باز گردد. بنابراین بیماران باید بازگشت را پیش‌بینی و پیش‌گیری کنند.

۲. یاد گرفتن چگونگی شناسایی عاطفه‌سازی و رفتارهای اعتیادی

در موضع دفاعی قرارداشتن در مقابل بازگشت یعنی این‌که بیماران کاملاً متوجه و مراقب سلامت جسمی و عاطفی خود باشند. در روند بازگشت، عواطف منفی و دایمی (مثلاً خستگی، اضطراب، حساسیت‌پذیری، افسردگی) یا علایم جسمی (مثلاً بی‌خوابی، سردردها) می‌توانند اغلب به‌عنوان برانگیزاننده عمل کنند. به همین‌ترتیب، بیماران ممکن است متوجه شوند که رفتارهایی که از خود بروز می‌دهند همان رفتارهایی است که به هنگام مصرف مواد داشته‌اند (مثلاً، دروغ‌گویی، دزدی، بی‌اراده رفتارکردن). این رفتارهای اعتیادی زنگ خطر هستند، آن‌ها به بیماران می‌گویند که بازگشت درراه است، مگر این‌که بیماران دست به کار شوند.

۳. اجرای یک طرح برای اجتناب از بازگشت

بیماران باید از قبل برای روش عمل خود در هنگام خطر بازگشت، طرح و نقشه داشته باشند. طرح‌های گوناگونی برای بیماران مختلف مؤثر خواهد بود. فعالیت‌های معمول مؤثر عبارتند از صحبت‌کردن با یک دوست مورد اطمینان یا یکی از اعضای خانواده، رفتن به جلسه کمک دوجانبه، صحبت با یک مشاور، ورزش، یا انجام کاری غیر معمول، مثل یک روز مرخصی‌گرفتن. بیماران باید بدانند چه چیزی برای آنان مؤثر است و باید آماده باشند تا به محض رؤیت اولین علامت بازگشت، دست به اقدام بزنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث را دارند.

- تمرین پیش‌بینی و پیش‌گیری از بازگشت را مرور کنید.
- مطمئن شوید بیماران درک می‌کنند که بازگشت چیست و بر اهمیت پیش‌گیری از بازگشت واقف هستند.
- از بیماران بخواهید فعالیت‌هایی که در زمان مصرف مواد داشته‌اند را توضیح دهند. این‌ها رفتارهای اعتیادی هستند. آیا این رفتارها دوباره به زندگی‌شان مخفیانه وارد شده است؟

- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از رفتارهای اعتیادی مثال‌هایی ارائه کند.
- درک مفهوم عاطفه‌سازی ممکن است برای بیماران مشکل باشد. از دستیار بخواهید در مورد این توضیح دهدکه چگونه عاطفه‌ها روی همدیگر ساخته می‌شوند و منجر به بازگشت می‌گردند.
- مفهوم تفکر اعتیادی بعداً، در دو جلسه اقامه دلیل برای بازگشت، ارائه خواهد شد. در حال حاضر، از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که چه دلایلی باعث می‌شود دست به رفتارهایی بزنند که منجر به بازگشت می‌شود.
- از بیماران بپرسید چه علایمی از یک بازگشت قریب‌الوقوع برای‌شان مهم است و مراقب چه علایمی خواهند بود.
- از بیماران بخواهید نقشه‌های خود برای اجتناب از بازگشت را به بحث بگذارند. آن‌ها را تشویق نمایید که طرح‌های خود را مشخص و دقیق تهیه کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طورخلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را باگروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه یازدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بپرسید به‌طور معمول برای اجتناب از بازگشت چه اعمالی انجام می‌دهند. از بیماران بخواهید اعمالی که برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها و متوقف‌کردن فکر مصرف انجام می‌دهند را مثبت نمایند.

جلسه دوازدهم: اطمینان و اعتماد

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک نقش مهم اطمینان در روابط
- کمک به بیماران برای درک ضرورت احیای اعتماد از دست رفته
- کمک به بیماران برای کنارآمدن با مورد ظن دیگران قرارگرفتن در مورد ادامه مصرف مواد

تمرینات

اطمینان

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک آسیبی‌که مصرف مواد به روابط مورد اعتماد می‌رساند

افرادی که مواد مصرف می‌کنند اغلب متوجه می‌شوند که با دروغ و فریب، رفتار خود را از افراد مورد علاقه‌شان مخفی می‌کنند. اگر واقعیت مصرف مواد روشن شود، افرادی که دروغ شنیده‌اند غالباً در اعتمادکردن به فردی که به آن‌ها دروغ گفته دچار مشکل می‌شوند. وقتی اعتماد برای یکبار از دست برود، برگرداندنش کار آسانی نخواهد بود. اعتمادی که در طول سال‌ها حاصل می‌شود ممکن است با یک عمل نابود شود و ممکن است زمان درازی طول بکشد تا مردم متقاعد شوند آن کسی که اعتمادشان را نابود

کرده ارزش اعتماد مجدد را دارد.

۲. احیای اعتماد در روابط

تنها راهی که بیماران برای احیای روابط اعتمادآمیز با کسانی که نسبت به آن‌ها بدی کرده‌اند، دارند، آن است که در پرهیز باقی بمانند و سعی کنند آسیبی‌که رسانده‌اند را جبران نمایند. روند احیای اعتماد بسیار سخت‌تر از خواب‌کردن آن است. بیماران نباید توقع داشته باشند دوستان و خانواده آن‌ها باور کنند که آن‌ها در پرهیز باقی می‌مانند. بیماران باید برای دوباره مورد اعتماد قرار گرفتن شواهدی بیاورند.

۳. کنارآمدن با مظنون‌بودن به ادامه مصرف مواد

بازگرداندن اعتماد مردم کار طاقت‌فرسایی است. بیماران ممکن است احساس کنند به اندازه کافی در پرهیز بوده‌اند و افراد مورد علاقه‌شان باید دیگر به آن‌ها اعتماد کنند. با این حال، بیماران باید بفهمند که احیای اعتماد مطابق برنامه و توقع آنان پیش نخواهد رفت. احیای یک رابطه دارای اعتماد متقابل زمان می‌برد، حتی اگر هر دو طرفی سعی در ایجاد آن داشته باشند. بیماران باید آماده کنارآمدن با ناکامی‌ای باشند که ناشی از مورد ظن قرارگرفتن در مورد ادامه مصرف مواد است، اگرچه آنان مصرف نکرده باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است. نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- اعتماد و اطمینان را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید با از دست‌دادن اعتماد دیگران، باعث آسیب‌رساندن به چه روابطی شده‌اند؟
- از بیماران بپرسید آیا قادر هستند برای احیای این روابط عملی انجام دهند؟
- از بیماران بخواهید خود را جای کسانی بگذارند که به اعتمادشان خدشه وارد کرده‌اند. آن‌ها را ترغیب کنید با آن‌ها همدردی نمایند. بیماران از این‌که اعتمادشان از دست برود چه احساسی خواهند داشت؟
- از دستیار بخواهید در مورد رابطه‌ای صحبت کند که با مصرف مواد وی دچار آسیب گشته و این‌که از چه راه‌هایی وی تلاش می‌کند اعتماد فرد مقابل را بازگرداند؟
- از بیماران بپرسید اگر در حالی که آن‌ها مصرف مواد را متوقف کرده‌اند و تمام تلاش خود را برای ترمیم روابط آسیب‌دیده انجام می‌دهند. موردظن واقع شوند که هنوز مواد مصرف می‌کنند، چگونه پاسخ خواهند داد؟
- از بیماران بپرسید که علاوه بر حفظ پرهیز چه اعمال دیگری برای بازگرداندن اعتماد از دست رفته باید انجام دهند؟
- از بیماران بپرسید اگر متوجه شوند بعضی روابط‌شان به شدت آسیب دیده و به نظرشان برسدکه اعتماد از دست‌رفته قابل برگشت نیست، چگونه پاسخ خواهند داد؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه دوازدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید برای پاسخ‌دادن به فرد مورد علاقه‌ای که علی‌رغم این‌که بیماران در پرهیز باقی مانده‌اند حاضر به اعتمادکردن نمی‌باشد، سه راه برخورد مثبت پیدا کنند و بنویسند.

جلسه سیزدهم: باهوش باش، نه قوی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که بهبودی در اصل امتحان اراده نیست، بلکه امتحان همکاری و طرح‌ریزی باهوشانه است
- کمک به بیماران برای درک اهمیت اجتناب از برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های بازگشت
- کمک به بیماران برای ارزیابی میزان مؤثربودن رویکرد آنان در بهبودی

تمرینات

باهوش باش، نه قوی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که اعتیاد از فرد قوی‌تر است

وقتی افراد به ماده‌ای اعتیاد پیدا می‌کنند، واکنش‌های شیمیایی در سطح زیست‌شناختی در جریان هستند که باعث ولع مصرف می‌شوند. بیماران همان‌طور که نمی‌توانند با تمرکز، احساس گرسنگی را نابودکنند، با نیروی اراده نیز نمی‌توانند ولع مصرف را از بین ببرند. با پرهیز طولانی‌تر، ولع مصرف ناپدید می‌شود. وقتی بیماران به مواد محرک اعتیاد پیدا می‌کنند باعث واکنش‌های فیزیکی‌ای می‌گردند که از نیروی اراده آن‌ها قوی‌تر است. اکثر افرادی که وارد درمان می‌شوند، خود قبلاً به سختی تلاش کرده‌اند که مصرف مواد را کنار بگذارند. ولی ترک‌کردن فقط مسأله اراده‌کردن و انجام‌دادن نیست. لازم است بیماران باهوش باشند و برای حفظ پرهیز خود، طرح و برنامه داشته باشند.

۲. درک اهمیت اجتناب از برانگیزاننده‌های مصرف و موقعیت‌های دارای احتمال مصرف

هرچقدر هم که آرزوی بیماران برای در پرهیز ماندن قوی باشد، خواستن به تنهایی برای حفظ پرهیز کافی نیست. افرادی که قادرند مصرف را ترک کنند و در پرهیز باقی بمانند، این‌کار را با باهوش‌بودن انجام می‌دهند. بیماران باید از مهارت‌های پیش‌گیری از بازگشت که در این جلسات و جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی فرا گرفته‌اند، استفاده کنند، تا بتوانند از برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های بازگشت، اجتناب کنند. بیماران باید نگاه دقیق و صادقانه‌ای به افراد، عواطف، و موقعیت‌هایی که برای‌شان با مصرف مواد مرتبط است بیندازند، از این برانگیزاننده‌ها فهرست تهیه کنند، و برای اجتناب از آن‌ها تلاش به عمل آورند. هم‌چنین، بیماران باید موقعیت‌ها را نسبت به خطر بالقوه‌شان برای بازگشت، تحلیل کنند. اگر گروهی از دوستان همواره در یک خانه یکی از دوستان دور هم جمع می‌شوند، بیماران باید از آن گروه دوستان اجتناب کنند. اگر در باشگاه ورزشی مواد رایج است، بیماران باید از آن باشگاه اجتناب کنند.

۳. ارزیابی میزان آمادگی بیماران برای پیش‌گیری از بازگشت

بیماران باید ارزیابی‌دقیقی از میزان مؤثربودن

رویکردشان نسبت به بهبودی داشته باشند. اجتناب از برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های بازگشت تنها مسایل مهم بهبودی نیست. ولی انجام آن‌ها به حمایت از تغییر روش زندگی، که برای بهبودی قطعی وکامل، ضروری است، کمک می‌رساند. هرچه بیماران درون خود مهارت‌های بیشتری برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها و پیش‌گیری از بازگشت پرورش داده باشند، بهبودی آنان قدرتمندتر خواهد بود. تکنیک‌هایی که بیماران در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی فرا می‌گیرند در واقع ابزارهایی برای استفاده و حفظ پرهیز هستند. برای داشتن یک بهبودی موفق، بیماران باید به این جعبه ابزار مهارت‌ها تا می‌توانند ابزارهای تازه اضافه کنند.

جزوه و بحث متمرکز (٤٥ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین درگروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین باهوش باش، نه قوی را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید آیا جمله‌ای بالای جزوه به نظرشان آشنا هست یا خیر؟
- از بیماران بخواهید درمورد تفاوت بین باهوش‌بودن و قوی‌بودن در بهبودی، بحث کنند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از تلاش برای قوی‌بودن و باهوش‌بودن صحبت کند.
- از بیماران بخواهید هوش بهبودی خود را محاسبه کنند.
- تکنیک‌های گوناگونی که درجدول فهرست شده است را مرور نمایید. آیا بیماران اهمیت تمامی این تکنیک‌ها را می‌فهمند؟
- از بیماران بپرسید برای کارکردن بر روی تکنیک‌هایی که در حال حاضر فاقد آن‌ها هستند. چه کارهایی باید انجام دهند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه درذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شودکه تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکالیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه سیزدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یکی از یازده تکنیک پیش‌گیری از بازگشت، که ارزیابی‌خودشان در مورد آن متوسط یا ضعیف بوده را انتخاب کنند، و توضیح دهند که برای بهبودی این نمره چه کار خواهند کرد.

جلسه چهاردهم: تعریف معنویت

تذکر: بیماران ممکن است درباره دین و معنویت اعتقادات جدی داشته باشند. این جلسه برای تغییر عقاید بیماران درباره مذهب نیست. هدف این جلسه

ارائه یک راه سازنده به بیماران جهت حضور در جلسات ۱۲ گامی و بهبودی است که آشکارا مذهبی نباشد. از

از آنجایی که این موضوع ممکن است بحث‌انگیز و باعث اختلاف نظر باشد، بهتر است مشاور پیش از شروع جلسه چند دقیقه صحبت کرده، به بیماران یادآور شود که به یکدیگر و عقاید یکدیگر احترام بگذارند.

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک تفاوت بین دین و معنویت
- کمک به بیماران برای کشف عقاید خود تا بتوانند عوامل شادی‌بخش زندگی خود را بیابند
- کمک به بیماران برای درک این‌که موفقیت در بهبودی، با اعتقادات معنوی تقویت و حمایت می‌گردد

تمرینات

تعریف معنویت

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که معنویت درباره نیروی درونی و آرامش درونی است

معنویت بخش مهمی از بهبودی است. نقش برجسته آن در برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه غیر قابل انکار است. باید انتظار داشت که بعضی بیماران نسبت به این بخش از روند بهبودی اعتراضاتی داشته باشند. بعضی ممکن است احساس کنند که معنویت برابر با اعتقاد به خدا در یکی از مذاهب و صرف نظرکردن از دیگر مذاهب است. بعضی ممکن است احساس کنند که استمدادطلبیدن از غیر خودشان نشانه ضعف است. بعضی ممکن است دچار این احساس باشند که درگیری آنان با مصرف مواد یک مشکل جسمی است و با تضرع به درگاه خداوند قابل برطرف‌شدن نمی‌باشد.

به این بیماران باید اطمینان مجدد داده شودکه معنویت یک دین ساختارمند و سازمان‌یافته نیست. خداوند به اشکال متفاوت قابل درک و پرستیده‌شدن است و هر فرد هرگونه که خدا را درک می‌کند بپرستد. به همین‌ترتیب، معنویت را پذیراشدن به‌عنوان بخشی از بهبودی علامت ضعف نیست. معنویت بیماران در واقع منبعی از انرژی و نیرو برای آنان است تا مصرف مواد را ترک کنند. منبعی درون آنان که بهتراست از آن بهره جست. در بسیاری از موارد خداوند تنها منبع نیرو و معبودی است که افراد به آن توسل می‌کنند.

۲. ارزیابی معنای معنویت برای بیماران مختلف

بسیاری از مردم بیشتر درگیر جنبه‌های فیزیکی زندگی‌شان هستند تا جنبه‌های معنوی آن. در طول بهبودی، بیماران باید کیفیت زندگی معنوی خود را کنترل نمایند. معنویت می‌تواند منبعی از نیرو باشد، ولی بیماران باید ابتدا دریابند که معنویت برای‌شان چه مفهومی دارد و چگونه بر زندگی‌شان اثر می‌گذارد. هدف از این‌کار آن است که بیماران منبعی بیابند که بتوانند از آن نیرو و انرژی و آرامش درونی دریافت کنند ـ یک رضایت آرامش‌بخش ـ و آن‌را جایگزین هوس مصرف مواد سازند.

۳. ارتباط معنویت با گروه‌های ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه

معنویت، به همراه رفاقت، پایه و اساس برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دوجانبه است. بیمارانی که نسبت به جنبه‌های معنوی بهبودی بی‌تفاوت باشند به سختی خواهند توانست از این گروه‌های بهبودی بهره‌ای ببرند. برنامه‌های ۱۲ گامی شامل درخواست از یک قدرت بالاتر می‌باشد و اغلب با دعای آرامش پایان می‌یابد. بیمارانی که با معنای این دعا مشکل دارند می‌توانند به این اجزا در معنی گسترده آن نگاه کنند: قدرت بالاتر می‌توانند منبع نیروی درونی باشدکه توسط معنویت ایجاد می‌شود، و دعای آرامش می‌تواند گفتار عاقلانه‌ای در مورد دست‌یابی به آرامش درونی باشد.

گروه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه تنها امکانات موجود برای واردشدن معنویت به زندگی افراد نیستند. مشاور باید با دیگر امکانات حمایتی مناسب برای بیماران، بسته به نوع ارزش‌ها، مذهب، یا فرهنگ‌شان، آشنایی داشته باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تعریف معنویت را مرورکنید.
- از بیماران بخواهید در مورد چهار تعریف ارائه‌شده درباره معنویت، و تعاریفی که خود ممکن است از معنویت داشته باشند، بحث کنند. باید بیماران متوجه باشند که معنویت ممکن است شامل دو یا چند تعریف ارائه شده در جزوه باشد، به‌عبارت دیگر، بیماران نباید فکر کنند که اولین پاسخ ارائه‌شده، غلط است.
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که معنویت برایش چه مفهومی دارد. معنویت در بهبودی دستیار چگونه نقش ایفا کرده است؟
- بیماران را ترغیب کنید در پاسخ‌دادن به چهار سؤال جزوه، صادق و دقیق باشند. سؤال‌ها شخصی هستند، ولی تمام اعضای گروه می‌توانند از گوش‌دادن به ارزیابی‌صادقانه یکدیگر از جنبه‌های معنوی زندگی‌شان، بهره ببرند.
- بیمارانی که برای کمک به خودشان جهت دست‌یابی به آرامش درونی و حمایت از بهبودی خود، از معنویت استفاده می‌کنند، باید در مورد تجربه خود با دیگران صحبت کنند. چه چیزی به این بیماران کمک کرده است؟ تمرکز؟ خواندن کتب نویسندگان و فیلسوفان خاص؟ داشتن یک دفترچه؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش داده نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه چهاردهم پیش‌گیری از بازگشت

بیماران را ترغیب کنید تا پیش از جلسه بعدی پیش‌گیری از بازگشت، در یک جلسه ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه یا با گرایش معنوی حاضر شوند. از آن‌ها بخواهید بر جنبه‌های معنوی جلسه که می‌توانند در بهبودی خود استفاده کنند، تمرکز داشته باشند.

جلسه پانزدهم: مدیریت زندگی؛ مدیریت پول

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای شناسایی حوزه‌های مهم و عملکردی زندگی‌شان که نسبت به آن بی‌توجهی کرده‌اند
- کمک به بیماران برای اولویت‌بندی جنبه‌های مختلف زندگی
- کمک به بیماران برای طرح‌ریزی در جهت مدیریت زندگی
- کمک به بیماران برای درک اهمیت قدم‌های کوچک

تمرینات

مدیریت زندگی، مدیریت پول

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که چگونه اعتیاد باعث بی‌مسئولیتی می‌شود

افراد معتاد بخش اعظم زمان و انرژی خود را صرف پیداکردن، مصرف و بهبودی از مصرف مواد می‌کنند. این افراد آن‌قدر جهان خود را کوچک و باریک می‌کنند تا سرانجام اکثر فعالیت‌های غیرمرتبط با مصرف مواد از دنیای‌شان خارج می‌شود. آن‌ها نسبت به فعالیت‌های طبیعی روزانه، که برای یک زندگی سالم و رضایت‌بخش، ضروری هستند، بی‌توجهی می‌کنند. افراد در حال بهبودی باید افق دید خود را گسترش دهند. آن‌ها باید به جای تمرکز بر مصرف مواد سعی کنند تمامی جنبه‌های زندگی‌شان را مورد توجه قرار دهند. بیماران می‌توانند به روند درمان به‌عنوان خاتمه دید محدود ناشی از مصرف مواد نگاه کنند. اکنون به جای تمرکز بر یک بخش کوچک زندگی و احاطه‌شدن در تاریکی مثل تونل، بیماران می‌توانند از تونل تاریک بیرون آمده، سرشان را بالا بیاورند وکل منظره زندگی‌شان را به تماشا بنشینند.

۲. درک اهمیت و ضرورت در اختیارگرفتن زندگی برای داشتن یک بهبودی موفق

افراد معتاد غالباً زمان و پول خود را به طرز بی‌مسئولیتی هدر می‌دهند. بیماران باید علاوه بر تصمیم بر قطع مصرف مواد، تصمیم بگیرند زمان و پول خود را عاقلانه‌تر هزینه کنند، چرا که این اعمال، در واقع کیفیت زندگی را مشخص می‌سازد. تمرین قانون‌مند و روش‌مندبودن در صرف پول و زمان، از بهبودی بیماران حمایت می‌کند. هم‌چنین، رفتار مسئولانه سبب می‌شود آن‌ها بتوانند از احساس گناه و شرم ناشی از مصرف مواد رهایی یابند.

۳. درک اهمیت تعیین هدف و مسئولیت‌پذیری در زندگی روزانه

آگاهی تازه بیماران نسبت به تمام آن چیزهایی که نسبت به آن‌ها بی‌توجه بوده‌اند، می‌تواند برای‌شان ترسناک و فلج‌کننده باشد. مشاور باید به بیماران اطمینان خاطر بدهد که آن‌ها قادرند مسئولیت‌هایی که مدت زیادی فراموش شده بود را به عهده بگیرند و در زندگی‌شان پیشرفت کنند. تعیین اهداف منطقی در پذیرش مجدد مسئولیت‌ها نقش اساسی دارد. تعمیرات منزل، بدهی‌های معوقه، مالیات‌های پرداخت‌نشده و به دادگاه رفتن، همه و همه می‌تواند برای هر کسی سخت و غیر قابل مدیریت باشد. بیماران باید کارهای خود را اولویت‌بندی نمایند: اول تعیین یک هدف، بعد دست‌یابی به آن هدف، و بعد حرکت به سمت هدف بعدی.

۴. درک اهمیت قدم‌های کوچک

بیماران اغلب در اوایل درمان می‌خواهند کارهای زیادی انجام دهند. مشاور باید تأکید کندکه بیماران بایستی اهداف کوچک و قابل مدیریتی برای خود تعیین نمایند تا دچار احساس فلج‌شدگی نگردند و بهبودی خود را به خطر نیندازند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع

بحث تمرین را کامل کنند، اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند درمورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- مدیریت زندگی؛ مدیریت پول را مرور نمایید.
- از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که چگونه زندگی‌شان در زمان مصرف مواد، خارج از کنترل بوده است.
- از بیماران بپرسید از زمان ورود به درمان چه تغییراتی ایجاد کرده‌اند که به آن‌ها کمک کرده است کنترل زندگی خود را مجدداً به‌دست بگیرند.
- از بیماران بپرسید آیا هنوز با مشکلات مربوط به زندگی روزمره دست و پنجه نرم می‌کنند؟ چه مشکلاتی؟
- از بیماران بخواهید مشکلات خود را اولویت‌بندی کنند.
- از دستیار بخواهید توضیح دهدکه چگونه کنترل فعالیت‌های روزانه خود را به دست آورده است.
- از بیماران بپرسید آیا از زمان ورود به درمان، نحوه مدیریت پول خود را تغییر داده‌اند یا خیر.
- از بیماران بپرسید برای بازکردن یک حساب پس‌انداز و بازپرداخت بدهی‌ها چه طرحی دارند.
- از دستیار بخواهید تا توضیح دهد چگونه کنترل امور مالی خود را به‌دست گرفته است.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است، مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه پانزدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید برای دست‌یابی به یکی از اهداف مالی خود، یک طرح مرحله به مرحله بنویسند.

جلسه شانزدهم: اقامه دلیل برای بازگشت ۱

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که اقامه دلیل برای بازگشت چیست
- کمک به بیماران برای شناسایی بهانه‌تراشی‌هایی که نسبت به آن‌ها آسیب‌پذیر هستند
- کمک به بیماران برای طرح‌ریزی برای مقابله با بهانه‌تراشی و توجیه

تمرینات

اقامه دلیل برای بازگشت ۱

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک خطرات ناشی از بهانه‌تراشی

بهانه‌تراشی و توجیه مرز بین پرهیز و بازگشت را باریک می‌کند و باعث می‌شود افراد راحت‌تر به سمت مصرف بروند. بهانه بازگشت ممکن است به نظر بی‌خطر بیاید. ذهن معتاد بیمار ممکن است به وی بگوید که پرسه‌زدن در مکانی که قبلاً در آنجا مصرف می‌کرده است، اشکالی ندارد. وقتی بیمار بیرون می‌رود قصد مصرف ندارد، ولی اجازه‌دادن به خود برای رفتن به آن مکان، احتمال بازگشت را بسیار زیاد می‌کند. مثال دیگر، مردی است که استدلال می‌کند اشکالی ندارد با دوستان قدیمی‌اش که مواد مصرف می‌کنند بیرون برود، چرا که آن‌ها می‌دانند وی در حال بهبودی است و گفته‌اند که از او حمایت می‌کنند. ذهن معتاد وی، او را متقاعد می‌کند که ارتباط مجدد با دوستان قدیمی که می‌گویند می‌خواهند کمک کنند اشکالی ندارد، ولی وی در عین حال خود را در موقعیتی قرار می‌دهد که احتمال بازگشت را بسیار زیاد می‌کند.

۲. درک استدلال‌های ویژه‌ای که بیماران نسبت به آن‌ها آسیب‌پذیر هستند

اغلب به نظر می‌رسد بازگشت، اتفاقی پدید می‌آید. در واقع، ذهن معتاد فردی که به تازگی وارد درمان شده، اغلب سعی می‌کند رفتارهای خطرناک را به نظر منطقی جلوه دهد. این موضوع در سطح نیمه خودآگاه اتفاق می‌افتد. مصرف مواد در پاسخ به یک واقعه مشخص (مثلاً، دعوا با همسر، از دست‌دادن کار) به نظر یک واکنش خود به خودی می‌آید. ولی در واقع بهانه آماده بوده است و منتظر سیر وقایع، تا به موقع بیرون بیاید. بیماران باید موقعیت‌هایی که نسبت به بهانه‌تراشی برای بازگشت آسیب‌پذیر هستند را درک و پیش‌بینی کنند. از پیش از ضعف‌ها آگاهی داشتن، به بیماران کمک می‌کند جلوی وانش خود به خودی اتفاق، بهانه‌تراشی و بازگشت را بگیرند.

۳. برخورد با موقعیت‌های ویژه‌ای که ممکن است منجر به بازگشت شوند

اجتناب از بهانه‌تراشی‌های بازگشت کار سختی است. تا زمانی که ذهن و بدن بیماران کاملاً مداوا نشده باشد، ممکن است دچار یک ولع مصرف فیزیولوژیک برای مصرف مواد باشند. ذهن معتاد تلاش می‌کند باعث شود بیمار در موقعیت‌های پرخطر به شکلی پاسخ دهدکه بهبودی را به خطر بیندازد. اگرچه بهانه‌تراشی‌ها ممکن است در ذهن بیماران به شدت نفوذ کند، بیماران باید از ذهن منطقی خود استفاده کنند تا در مقابل توجیهات بازگشت مقاومت کنند و رفتارهایی را انتخاب نمایند که از بهبودشان حمایت کند. مشاور باید بیماران را ترغیب کند تا بهانه‌تراشی‌هایی که در گذشته کارگر افتاده را شناسایی کنند و پاسخ‌های مناسب‌تری به موقعیت‌های خطرناک بیابند. بیماران باید طرح‌ریزی کنند تا اگر برای مثال، دوستانی که قدیم با آن‌ها مصرف می‌کردند با آن‌ها تماس گرفتند و دعوت‌شان کردند، پاسخ مناسبی‌برای این موقعیت داشته باشند. داشتن طرح و برنامه سبب می‌شود بیماران دچار شک نشوند و در مسیرهای پرخطر گام برندارند. بیماران باید فهرستی از موقعیت‌های بازگشت بالقوه، تهیه کنند و تصمیم بگیرند و مشخص کنند که در آینده چگونه باید از این موقعیت‌ها اجتناب کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است. نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کندکه آن‌ها به‌جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شودکه همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- اقامه دلیل برای بازگشت ۱ را مرورکنید.
- از بیماران بپرسید آیا درگذشته تلاش کرده‌اند

مصرف را متوقف کنند و بعد دچار بازگشت شده باشند؟ بازگشت چگونه اتفاق افتاد؟ آیا به نظر خیلی اتفاقی و ناگهانی بود؟

- از بیماران بخواهید در مورد بهانه‌تراشی‌هایی برای بازگشت بحث کنند که احساس می‌کنند نسبت به آن‌ها به شدت آسیب‌پذیر هستند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربیات خود از استدلال‌های بازگشت صحبت کند، هم‌زمان‌هایی که دچار بازگشت شده و هم زمان‌هایی که با پیش‌بینی یک موقعیت بالقوه بازگشت، توانسته از بازگشت پیش‌گیری کند.
- از بیماران بخواهید در مورد اتفاقات خارق‌العاده خاص و عواطف منفی که احتمال مصرف آن‌ها را افزایش می‌دهد، بحث کنند. آیا اتفاقات و عواطفی وجود دارندکه در فهرست درج نشده باشند و دردسرساز باشند؟
- از بیماران بپرسید آیا عواطف منفی بیشتر، آن‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند و خطر بازگشت را برای‌شان افزایش می‌دهد یا عواطف مثبت.
- از بیماران بخواهید در مورد بهانه‌تراشی‌های بازگشت که ذهن معتاد آن‌ها برای‌شان استفاده کرده است بحث کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه شانزدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک بهانه‌تراشی بازگشت را شناسایی کنند، توصیفی از آن بنویسند، و پاسخی برای آن بیابند و بنویسند که به آن‌ها کمک کند از بازگشت اجتناب کنند.

جلسه هفدهم: مراقبت از خویشتن

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک اهمیت مراقبت از خود
- کمک به بیماران برای درک اهمیت احترام به خود در بهبودی
- کمک به بیماران برای شناسایی جنبه‌هایی از زندگی‌شان که نیاز به تغییر دارد

تمرینات

مراقبت از خویشتن

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک چگونگی تأثیر مثبت مراقبت از خود بر بهبودی

یکی از چیزهای بسیاری که بیماران برای حمایت از بهبودشان می‌توانند انجام دهند، تقویت عزت نفس و احترام به خود است. بخشی از وابستگی بیماران به مصرف مواد ممکن است به‌خاطر کمبود عزت نفس باشد، هم‌چنین عزت نفس اندک می‌تواند از آثار اعتیاد

باشد. بیماران در مارپیچ پایین‌رونده‌ای فرومی‌غلتند که در آن احساس بدی نسبت به زندگی خود دارند، پس مصرف می‌کنند. مصرف مواد ارزش اندک زندگی‌شان را تأیید می‌کند، که عزت نفس آنان را باز هم کاهش می‌دهد، و باز هم بیشتر مواد مصرف می‌کنند.

بیماران در درمان، مصرف مواد را متوقف کرده‌اند، ولی آن‌ها هم‌چنین باید چرخه عزت نفس پایین را بشکنند و سعی نمایند ارزش‌های خود و زندگی‌شان را مورد توجه قرار دهند. مراقب سلامتی و نشاط خودبودن باعث می‌شود بیماران به خود احترام بگذارند. بیمارانی که به خود احترام می‌گذارند آینده روشن‌تری دارند و شانس موفقیت بهبودشان بیشتر است.

۲. اولویت‌بندی جنبه‌هایی از زندگی که نیاز به تغییر دارد

بعضی افراد می‌توانند تغییرات زیادی در زمان کوتاهی در زندگی خود اعمال کنند و موفق هم باشند. با این حال، اکثر مردم برای ایجاد تغییرات بزرگ در زندگی باید قدم به قدم حرکت کنند. اغلب بیماران باید تغییرات را اولویت‌بندی کنند و اول تغییرات ضروری‌تر را اعمال نمایند. ملاقات‌های بیشتر با پزشک و دندانپزشک قاعدتاً باید قبل از تغییرات دیگر انجام گیرد. حتی قبل از این‌که بیماران هرگونه تغییری اعمال نمایند. اولویت‌بندی تغییرات لازم خود گام مهمی در به‌دست‌گرفتن کنترل زندگی است. هم‌چنان که بیماران سعی می‌کنند مسایل مربوط به سلامت و شادابی‌خود را مورد توجه قرار دهند، کل روند با به دست‌آوردن عزت نفس، شروع می‌شود. بعد از این‌که بیماران برای بررسی کلی سلامت خود به پزشک مراجعه می‌کنند، احتمال این‌که تغذیه درست داشته باشند و ورزش کنند، بیشتر می‌شود. وقتی رژیم غذایی و سلامتی جسم تحت کنترل باشد، بیماران به لباس و بهداشت خود اهمیت بیشتری خواهند داد.

مشاور باید بین مسایل این جلسه و مسایلی که در جلسه پانزدهم: مدیریت زندگی؛ مدیریت پول، مطرح گردید، ارتباط برقرار نماید. مشاور باید به بیماران کمک کند تا دریابند که سالم‌ماندن، مدیریت مالی، توجه به نشاط و بهداشت شخصی، و به دوش‌گرفتن مسئولیت‌های روزانه، همه و همه بخشی از نمای کلی روند بهبودی هستند. همان‌گونه که در جلسه پانزدهم گفته شد، مشاور باید اطمینان یابد که این نمای بزرگ باعث ترس و فلج‌شدن بیماران نگردد. آن‌ها می‌توانند در هر زمان به یکی از جنبه‌های زندگی توجه کنند، و به‌تدریج به این دورنمای بهبودی نزدیک‌تر شوند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- مراقبت از خویشتن را مرور کنید.
- اطمینان یابید که بیماران درک می‌کنند که عزت نفس از بهبودشان حمایت می‌کند.
- از بیماران بپرسید زمانی که مواد مصرف می‌کردند در مورد احترام به خود چه احساسی داشتند.
- از بیماران بپرسید آیا اکنون که در درمان هستند و مواد مصرف نمی‌کنند نسبت به خود احساس احترام بیشتری دارند یا خیر.
- از دستیار بخواهید در مورد تغییرات عزت نفس خود از زمان مصرف مواد تا ورود به درمان و بهبودی صحبت کند.
- از بیماران بخواهید جنبه‌هایی از زندگی‌شان که نیاز به توجه ویژه دارد را شناسایی و در موردش

بحث کنند.

- از هر بیمار بخواهید طرحی برای روبه‌روشدن با مهم‌ترین جنبه زندگی خود پیشنهاد دهد و در موردش با گروه بحث کند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی که به‌طور کامل پوشش‌داده‌نشده را موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه هفدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید طرح خود برای روبه‌روشدن با اولین چیزی که لازم است انجام دهند تا بیشتر مراقب خود باشند را بنویسند. آن‌ها را ترغیب کنید تا جایی که ممکن است دقیق و با ذکر جزئیات طرح‌های خود را بنویسند.

جلسه هجدهم: برانگیزاننده‌های عاطفی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که چگونه عواطف خاص به‌عنوان برانگیزاننده عمل می‌کنند
- کمک به بیماران برای بررسی و درک عواطف‌شان
- کمک به بیماران برای شناسایی ابزارها و روش‌هایی جهت اجتناب از عواطف برانگیزاننده

تمرینات

برانگیزاننده‌های عاطفی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. یادگیری مراقب برانگیزاننده‌های عاطفی خطرناک‌بودن

احتمالاً هر بیماری برانگیزاننده‌های عاطفی خاص خود را دارد. احساساتی که در یک بیمار باعث بازگشت می‌شود ممکن است در بیمار دیگر باعث بروز این پاسخ نگردد. مثلاً، بعضی بیماران وقتی اوضاع بر وفق مراد است بیشتر دچار خطر بازگشت می‌شوند تا زمانی که عواطف منفی غالب است. ولی بعضی عواطف، برای اکثر بیماران، برانگیزاننده‌های خطرناک به شمار می‌روند: تنهایی، خشم، و احساس محرومیت. اگر بیماران دچار این عواطف شوند، باید بدانندکه خطر بازگشت بزرگتری آنان را تهدید می‌کند. تنهایی اغلب بدین‌خاطر پیش می‌آید که بیماران احساس منزوی‌شدن می‌کنند. آن‌ها نمی‌توانند با دوستانی که مواد مصرف می‌کنند ارتباط داشته باشند و دوستان دیگر و اعضای خانواده نیز ممکن است هنوز آماده اعتماد مجدد به آن‌ها نباشند. خشم نتیجه یک تلاش ناکام‌کننده برای در پرهیزماندن است. بیماران به این دلیل ممکن است احساس محرومیت کنند که زندگی جشن‌گونه با دوستان که آن‌ها به خاطر پرهیز و بهبودی کنار گذاشته‌اند، برای‌شان دوباره جذابیت پیدا کند. این احساس محرومیت علامتی است که نشان می‌دهد بیماران نسبت به بازگشت به شدت آسیب‌پذیر هستند.

۲. اطمینان از این‌که مواجهه با عواطف خاص منجر به بازگشت نمی‌شود

درست مثل استدلال‌های بازگشت، بعضی عواطف نیز به نظر می‌رسد خودبه‌خود منجر به مصرف مواد می‌شوند. بیماران باید پاسخ‌های عاطفی خود را درک کنند و بفهمند که کدام‌یک آن‌ها را در خطر بازگشت بیشتری قرار می‌دهد.

همان‌گونه که در جلسه هفتم مهارت‌های اولیه بهبودی گفته شد، بیماران باید بتوانند عواطف را از رفتار جدا کنند. هدف این است که بیماران بتوانند به‌صورت انتزاعی عواطف خود را بررسی کنند و یک احساس منفی را تجربه کنند بدون این‌که این احساس منجر به مصرف مواد شود. بدین‌ترتیب، ذهن منطقی بیماران، و نه عواطف آن‌ها، رفتارشان را کنترل خواهدکرد.

۳. استفاده از استراتژی‌هایی برای درک عواطف و اجتناب از بازگشت

یکی از بهترین راه‌های درک بهتر عواطف و چگونگی پاسخ‌دادن به آن‌ها، نوشتن درباره احساسات است. بعضی بیماران ممکن است دفترچه یا یادداشت روزانه‌ای برای خود داشته باشند. برای بقیه ممکن است این امر تازگی داشته باشد. برای هر دو گروه، نوشتن درباره یک مشکل برای درک بهتر آن سودمند خواهد بود. این نوشتن، باید متمرکز باشد. بیماران باید با یک مسأله یا سؤال عاطفی مشخص در ذهن شروع به نوشتن کنند. اما روند نوشتن باید روان باشد. به این طریقه نوشتن، نوشتن آزاد می‌گویند؛ یعنی نویسنده اجازه نمی‌دهد علامت‌گذاری، روش نوشتن یا املای کلمات، جریان ایده‌ها را متوقف کند. لازم نیست بیماران مدت طولانی مشغول به نوشتن باشند، تنها کافی است صادقانه بنویسند و بر سؤالی که اول در ذهن داشتند متمرکز باشند. وقتی نوشتن به پایان رسید، بیماران باید دوباره از اول همه آن‌چه نوشته‌اند را بخوانند، ودر روزهای بعد نیز چندین بار آن را مرورکنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شودکه همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- برانگیزاننده‌های عاطفی را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید کدام عواطف بیشتر از همه آن‌ها را نسبت به بازگشت آسیب‌پذیر می‌کند.
- از بیماران بخواهید زمان‌هایی را به خاطر بیاورند که یکی از این عواطف به نظر می‌رسد باعث بازگشت شده باشد.
- از بیماران بپرسید آیا از زمان ورود به درمان دچار احساس تنهایی، خشم یا محرومیت شده‌اند یا خیر.
- از بیماران بپرسید آیا این عواطف به‌عنوان برانگیزاننده عمل کرده‌اند؟ اگر پاسخ مثبت است، پاسخ آن‌ها چگونه بوده است.
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه از این عواطف خطرناک آگاه‌تر شده است (مثلاً تنهایی، خشم و محرومیت)؟ و چگونه این آگاهی باعث شده که از بازگشت اجتناب کند؟
- از بیماران بپرسید آیا دفترچه یا خاطرات روزانه دارند و در مورد مشکلات خود نوشته‌اند یا خیر.
- از بیماران بپرسید این‌کار چگونه به آن‌ها کمک کرده است؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه نوشتن درباره

مشکلات عاطفی به‌عنوان راهی برای اجتناب از بازگشت صحبت کند.

- از بیماران بپرسید برای درک بهتر عواطف خود از چه استراتژی‌های دیگری بهره برده‌اند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشد، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکالیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه هجدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید ۱۵ دقیقه وقت را به نوشتن درباره یک مشکل عاطفی اختصاص دهندکه برای‌شان مشکل ایجاد کرده است.

جلسه نوزدهم: بیماری

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که بیمارشدن می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد
- کمک به بیماران برای درک اهمیت مشارکت در رفتارهای سلامتی آور
- کمک به بیماران برای درک اهمیت مسئولیت‌پذیربودن درباره بهبودی، حتی در زمان بیماری

تمرینات

بیماری

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که مبارزه با بیماری، باعث می‌شود انرژی و تمرکز فرد از بهبودی باز ماند

بیماری می‌تواند خطر مضاعفی برای بهبودی باشد. از دست‌دادن جلسات درمانی در کلینیک و عدم حضور در جلسات کمک دو جانبه می‌تواند باعث شود بیماران دچار لغزش بازگشت شوند. به هرحال، بیماران باید آگاه باشند که بیماری، حاوی خطرات بازگشت ظریفی است. در جلسه هشتم مهارت‌های اولیه بهبودی (که بعضی بیماران ممکن است در آن حضورداشته بوده باشند) اشاره شد که خستگی می‌تواند باعث شود افراد دچار بازگشت شوند. (این موضوع ممکن است برای بیمارانی که در جلسات ۱۲ گامی حضور یافته‌اند آشنا باشد). بیماری باعث می‌شود انرژی لازم جسمی و روانی برای حفظ پرهیز، از بین برود.

۲. مسئولیت‌پذیربودن نسبت به پیش‌گیری از بیماری و حفظ بهبودی

بیماران باید سالم‌ماندن را به اندازه اجتناب از برانگیزاننده‌ها مهم تلقی کنند. انجام‌دادن بیشترین تلاش در جهت بیمارنشدن، باید یکی از اهداف مهم بهبودی به‌ویژه اوایل بهبودی باشد. همان رفتارهایی که مانع بیماری می‌گردند، به‌طور کلی بهبودی را نیز حمایت می‌کنند. بیماران باید خواب کافی، تغذیه سالم و مکفی، ورزش منظم و کاهش استرس در زندگی را جزو برنامه خود داشته باشند هم‌چنین بیماران بایستی از فعالیت‌هایی که باعث خستگی می‌شود یا احتمال بیماری را افزایش می‌دهد اجتناب ورزند (مثلاً، کار بیش از حد، جراحی غیر ضروری).

۳. حفظ بهبودی در مسیر درست حتی به هنگام دوره‌های بیماری

هر چقدر هم که روش زندگی فرد سالم باشد، بیمارشدن ممکن است پیش بیاید. بیماران بایستی به سرعت بیمارشدن خود را تشخیص دهند تا بتوانند نسبت به افکار و احساسات منجر به بازگشت، آمادگی داشته باشند. زمان بدون برنامه ناشی از بیماری می‌تواند برای بعضی افراد، به خودی خود برانگیزاننده باشد. هم‌چنین بیمارشدن می‌تواند بهانه‌تراشی برای بازگشت را افزایش دهد. برای مثال، بیماران ممکن است با خود فکر کنند: «من نمی‌توانم جلوی مریض‌شدن خودم را بگیرم؛ این موضوع خارج از اختیار من است، درست مثل مصرف مواد». یا ممکن است بیماران مواد مصرف کنند چرا که زمانی که حال‌شان خوب نیست با خود فکر کنند که مصرف مواد باعث می‌شود حال‌شان بهتر شود. هم‌چنین بیماران ممکن است به این دلیل دچار لغزش بازگشت شوند که در زمان بیماری، رفتارهای معمول و روزمره ممنوع و متوقف می‌شود. بدون ساختار کار و مسئولیت‌ها، بیماران راحت‌تر می‌توانند همکاری و تلاش خود در جهت حفظ پرهیز را کنار بگذارند.

از آنجایی که بیماری می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد، بیماران باید استراحت و مراقبت پزشکی لازم برای بهبودی را به‌طور مناسب دریافت کنند. اگر بیماران به دنبال مراقبت پزشکی هستند، باید حتماً به پزشک اطلاع دهند که در حال بهبودی از اعتیاد هستند، تا دکتر در زمان تجویز دارو، این مسأله را منظور نماید. بیماران باید هرچه در توان دارند انجام دهند تا زمان بیماری خود را کاهش دهند. سلامت مجدد به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا به فعالیت‌های منظم بهبودی بازگردند (مثلاً، حضور در جلسات درمانی، رفتن به جلسات کمک دو جانبه، پیروی از فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده).

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را مطالعه کنند. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را تشویق می‌کند تا در مورد مسایل ذکرشده در تمرین، با هم بحث کنند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین بیماری را مرور کنید.
- بپرسید آیا هیچ یک از بیماران از زمان ورود به درمان بیمار شده‌اند یا خیر. آیا حفظ پرهیز در زمان بیماری کار سختی بود؟
- از بیماران بپرسید در زمان بیماری کدام یک از فعالیت‌های بهبودی متوقف شده است. این موضوع چه تأثیری بر بهبودی آنان داشته است؟
- از دستیار بخواهید از تجربه خود در زمینه بیمارشدن در اوایل بهبودی صحبت کند. وقتی دستیار متوجه شد که انرژی ذهنی و جسمی وی کاهش یافته، چگونه پرهیز خود را حفظ کرد؟
- از بیماران بخواهید در مورد رویکرد فعلی خود نسبت به حفظ سلامت، بحث کنند. آیا به‌طور منظم غذای سالم می‌خورند؟ آیا هفته‌ای سه یا چهار بار ورزش می‌کنند؟
- از دستیار بخواهید در مورد اهمیت رژیم غذایی و ورزش در بهبودی خود صحبت کند.
- از بیماران بخواهید برای بیماری طرح‌ریزی کنند، آیا معمولاً در زمان‌های مشخصی از سال بیمار می‌شوند (مثلاً، سرماخوردگی در زمستان، حساسیت در بهار)؟ آن‌ها باید از پیش به فکر باشند و برای زمان‌هایی که بیمار می‌شوند آمادگی داشته باشند. برای کاهش مدت زمان بیماری خود چه کار می‌توانند بکنند؟ برای

حفظ تمرکز خود بر روی بهبودی، حتی در صورت خستگی، چه اعمالی می‌توانند انجام دهند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه نوزدهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید حوزه‌های ناسالم روش زندگی خود را شناسایی و فهرست کنند و بنویسند که با چه روش‌هایی می‌توانند زندگی سالم‌تری داشته باشند.

جلسه بیستم: شناسایی استرس

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای شناسایی علایم استرس در زندگی‌شان
- کمک به بیماران برای درک خطر استرس در بهبودی
- کمک به بیماران برای شناسایی استراتژی‌هایی برای کنارآمدن با استرس

تمرینات

شناسایی استرس

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. شناسایی علایم استرس

رواج کلمه استرس باعث شده است این کلمه معنای خود را از دست بدهد. بیماران ممکن است استرس را با نگرانی، اضطراب، عصبی‌بودن، کلافگی یا لغات دیگر مشابه یکی بدانند. استرس یعنی افزایش دغدغه‌ها به شکلی که زندگی فرد را از تعادل خارج کند. استرس نشانگر باری اضافی است که زندگی افراد را از حالت موازنه خارج می‌سازد. مردم آن‌قدر از استرس شکایت دارند که بیماران ممکن است فکر کنند استرس یکی از مشکلات زندگی مدرن است که در موردش کار چندانی نمی‌شود انجام داد. با این حال، بیماران باید علایم استرس را بشناسند و تأثیرات آن بر زندگی خود را کاهش دهند. استرس باعث می‌شود بیماران سخت‌تر در پرهیز بمانند و بر بهبودی متمرکز باشند. مردم به سادگی به سطحی از استرس عادت می‌کنند و حتی از آن بی‌خبر هستند، تا این‌که علایم هشداردهنده جسمانی آن بروز کند. بیماران باید نسبت به علایم زیر که هشداردهنده استرس هستند، هوشیار باشند:

- حساسیت‌پذیری
- خستگی دایمی
- مشکل در ارتباط
- مشکلات حافظه
- سردردها
- مشکلات تصمیم‌گیری
- افزایش یا کاهش وزن
- افسردگی
- رعشه‌ها یا پرش‌های عضلانی
- بی‌تفاوتی

- مشکلات گوارشی

وجود این علایم هشداردهنده بیانگر آن است که سطح استرس در زندگی بیمار به حدی رسیده که وی ممکن است نتواند آن را مدیریت نماید. وقتی استرس در سطح بالایی باشد، همکاری‌کردن با درمان مشکل‌تر است.

۲. درک این‌که استرس ممکن است نشانگر آن باشد که بیماران دارند بیش از حد تلاش می‌کنند

استرس ممکن است به خاطر آن باشد که افراد خواسته‌های بیش از حدی از خود دارند. افراد در حال بهبودی غالباً می‌خواهند زندگی تمام و کمالی داشته باشند یا آسیبی‌که در نتیجه مصرف مواد به خود رسانده‌اند را جبران نمایند. آن‌ها مسئولیت زیادی می‌پذیرند یا کار بسیار زیادی را در زمان کوتاهی می‌خواهند انجام دهند، و این به بهبودی آسیب می‌رساند. مثلاً، فردی را در نظر بگیرید که به خاطر مصرف مواد غالباً سرکار نرفته است و اکنون برای جبران، بیش از حد اضافه‌کاری می‌کند. باید به بیماران یادآوری شود که حفظ تعادل در جنبه‌های مختلف زندگی اهمیت دارد و بهبودی باید مقدم بر هر چیز دیگر باشد. اگر بیماران کار زیادی داشته باشند و دچار استرسی هستند که ممکن است آن‌ها را از مسیر بهبودی دور کند، بایستی بعضی الزامات را از زندگی خود حذف کنند.

۳. کنارآمدن با استرس

در یکی از جلسات پیش‌گیری از بازگشت در مورد روش‌های کاهش استرس صحبت خواهد شد. در حال حاضر، بیماران باید بدانند که بسیاری از روش‌هایی که آن‌ها در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت فرا گرفته‌اند در کاهش استرس نیز مؤثر می‌باشد. ورزش راه بسیار خوبی‌برای مدیریت استرس است. برنامه‌ریزی باعث می‌شود نظم به وجود بیاید و زندگی بیماران تحت کنترل آن‌ها قرار بگیرد. صحبت با دوستان حمایت‌گر و معلمان و حامیان (مثلاً، مشارکت در گروه‌های کمک دو جانبه) به مدیریت میزان استرس کمک می‌کند. آگاه‌بودن از برانگیزاننده‌ها و گوش به زنگ علایم بازگشت‌بودن سبب می‌شود بهبودی در مسیر درست باقی بماند و بیماران خود را بهتر بشناسند. آگاه‌بودن از این‌که فرد چگونه زندگی خود را اداره می‌کند، در کاهش استرس نقش حیاتی دارد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- شناسایی استرس را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که از کجا می‌فهمند در زندگی‌شان استرس وجود دارد. متوجه چه تغییرات جسمی یا عاطفی می‌گردند؟
- بعضی اوقات افراد از علایم استرس که برای دیگران واضح است، بی‌خبر هستند. از بیماران بپرسید آیا متوجه علایم استرس در دیگر اعضای گروه شده‌اند یا خیر؟
- از بیماران بپرسید آیا به نظر آن‌ها سطح قابل قبولی از استرس وجود دارد؟ آیا مقداری استرس در دنیای امروز غیر قابل اجتناب است؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از شناسایی و کنارآمدن با استرس در طول بهبودی صحبت کند.
- از بیماران بپرسید در زمان مصرف مواد چگونه

با استرس کنار می‌آمده‌اند؟

- از بیماران بپرسید آیا اکنون که در حال بهبودی هستند، انواع گوناگونی از استرس را تجربه می‌کنند یا خیر؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشد، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبود خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیستم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید دو منبع استرس در زندگی خود، علایم جسمی یا عاطفی استرس، و خطری که استرس برای بهبودی ایجاد می‌کند را بنویسند.

جلسه بیست و یکم: اقامه دلیل برای بازگشت ۲

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک مراحلی که طی آن بهانه‌تراشی بازگشت منجر به بازگشت می‌شود
- کمک به بیماران برای درک این‌که نزدیک‌تر شدن به مصرف مواد به هیچ وجه فکر خوبی نیست
- کمک به بیماران برای شناسایی استراتژی‌هایی جهت مقابله با توجیهات بازگشت

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که اطمینان بیش از حد به توانایی خود خطرناک است

اغلب اوقات، بعد از چندین هفته پرهیز، بیماران احساس می‌کنند که اعتیاد آن‌ها در اختیارشان است. به این مرحله که معمولاً هفته‌های سوم تا ششم بهبودی است، «ماه عسل» می‌گویند. (بیمارانی که در جلسه پنجم مهارت‌های اولیه بهبودی شرکت کرده باشند با این لغت و مفهوم آن آشنایی دارند). بیماران در این دوران انرژی بیشتری دارند و احساس آن‌ها نسبت به بهبودی مثبت‌تر است. یک رویکرد خوش‌بینانه به بهبودی داشتن خوب است، ولی این امر ممکن است باعث شود بعضی بیماران با خود فکر کنند مشکل اعتیاد آن‌ها مداوا شده است.

بیمارانی که دچار این طرز فکر می‌شوند و فکر می‌کنند اختلال مصرف مواد خود را تحت کنترل دارند، نسبت به بازگشت، آسیب‌پذیر هستند؛ آن‌ها ممکن است بخواهند با قراردادن خود در موقعیت‌هایی که مواد شایع است، قدرت بهبودی خود را آزمایش کنند. آن‌ها ممکن است به باشگاهی بروند تا با دوستانی قرار بگذارند که قبلاً با آن‌ها مصرف می‌کرده‌اند، بیمارانی که اطمینان بیش از حد به خود داشته باشند حتی ممکن است فکر کنند اشکالی ندارد اگر اندکی مواد مصرف کنند، فقط برای این‌که به خود ثابت کنند که بر مشکل خود فایق آمده‌اند.

۲. به یادآوردن این‌که در بهبودی، باهوش‌بودن بخشی از قوی‌بودن است

اگرچه این موضوع حقیقت است که قطع مصرف مواد و در پرهیزماندن نیاز به قدرت فردی دارد، بیماران نمی‌توانند در همه موقعیت‌ها به این قدرت

تکیه کنند. بیمارانی که مطابق آن‌چه بالاتر توضیح داده شده سعی می‌کنند خود را امتحان کنند، به جای تکیه‌کردن به هوش خود، بیش از حد به نیروی اراده خود متکی هستند. بعضی بیماران فکر می‌کنند برای اندازه‌گیری قدرت بهبودی خود باید به مصرف مواد نزدیک شوند و مواد مصرف نکنند. ولی مهم‌ترین مقیاس اندازه‌گیری قدرت بهبودی، پرهیز است. هر چیزی که بیمار را به سمت مصرف مواد نزدیک و از پرهیز دور کند، بد است. ممکن است نیروی اراده بیماران در هم بکشند، ولی چسبیدن به یک طرح هوشمندانه برای پرهیز باعث می‌شود بیماران در مسیر بهبودی باقی بمانند.

۳. مقابله با بهانه‌تراشی‌های بازگشت

بهانه‌تراشی‌های بازگشت بی‌شمار هستند. بیماران ممکن است هزاران دلیل ظاهراً منطقی بیابند که مصرف مجدد مواد اشکالی ندارد. هر چقدر هم که بیماران مصرف را توجیه کنند، به هرحال آخر تمام این توجیهات، بازگشت است، و خطر برگشتن به زندگی معتادانه قبلی.

یکی از راه‌های مناسب برای قطع ارتباط بین بهانه‌تراشی بازگشت و بازگشت، پیش‌بینی موقعیت‌های محتمل بازگشت و طرح‌ریختن برای پاسخ‌ها می‌باشد. هر بیماری خود بهتر از هر کس دیگر می‌داند که نسبت به چه توجیهاتی آسیب‌پذیر است و ذهن معتاد او چگونه در گذشته موفق بوده است. بعضی افراد ممکن است با بهانه بیرون رفتن، با دوستان قدیمی مصرف‌کننده مواد یا مصرف مواد به‌عنوان بخشی از جشن، وسوسه نشوند و گول نخورند، ولی مثلاً نوشیدن مشروب در مهمانی، یا امتحان‌کردن نیروی اراده با مصرف مقدار کمی از ماده‌ای که قبلاً به آن اعتیاد داشته‌اند، برای‌شان بهانه وسوسه‌کننده‌ای باشد. بیماران باید در مورد ضعف‌های خود، با خود صداقت داشته باشند و برای مقابله با توجیهات خاص بازگشت، طرح‌های دقیقی بریزند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور، بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- اقامه دلیل برای بازگشت ۲ را مرور کنید.
- این جلسه ادامه جلسه شانزدهم پیش‌گیری از بازگشت است. در صورت لزوم به توضیحات آن جلسه برگردید و تعریف بهانه‌تراشی بازگشت را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید آیا وارد ماه عسل بهبودی گشته‌اند یا خیر. آیا احساس می‌کنند که انگار مصرف مواد تحت کنترل آن‌ها در آمده است؟ خطرات ذاتی چنین احساسی چیست؟
- قدرت شخصی بخشی از بهبودی است. ولی بیماران برای ادامه سیر بهبودی باید بر باهوش‌بودن متکی باشند نه بر قوی‌بودن. از بیماران بخواهید در مورد این موضوع بحث کنند. چه میزان از بهبودی آنان ناشی از قدرت شخصی است؟ چه میزان ناشی از باهوش‌بودن است؟ بیماران چگونه بین باهوش‌بودن و قوی‌بودن تعادل برقرار می‌کنند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از توجیهات بازگشت فهرست‌شده در جزوه، صحبت کند.
- بعضی جشن‌ها و میهمانی‌ها برای اکثر بیماران ممکن است خطرات ویژه‌ای ایجاد کند. جشن‌ها و اعیاد، غالباً رویدادهای عمومی هستند، و

غالباً در آن‌ها مواد مصرف می‌شود و مشروب نوشیده می‌شود. از بیماران بپرسید مثلاً وقتی دوستان و غریبه‌ها در یک عروسی آن‌ها را تشویق می‌کنند که یک پیک مشروب بخورند، طرح آنان برای اداره چنین موقعیتی چیست؟

- از بیماران بخواهید در مورد استراتژی‌های خاص و پاسخ‌های ویژه‌ای که می‌توانند در هنگام مواجهه با توجیهات بازگشت، به آن‌ها متوسل شوند، بحث کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد.

هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و یکم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک توجیه بازگشت را شناسایی کنند، توصیفی از یک موقعیت پر خطر بازگشت بنویسند، و پاسخی را بنویسند که به آن‌ها کمک می‌کند از بازگشت اجتناب کنند. (بیمارانی که در جلسه شانزدهم پیش‌گیری از بازگشت شرکت کرده بوده‌اند باید یک موقعیت دیگر را بنویسند).

جلسه بیست و دوم: کاهش استرس

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که استرس به شدت تأثیر مخربی‌بر بهبودی دارد
- کمک به بیماران برای شناسایی جنبه‌هایی از زندگی روزمره که استرس‌زا می‌باشد
- کمک به بیماران برای شناسایی استراتژی‌هایی برای کاهش استرس

تمرینات

کاهش استرس

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک خطر ناشی از تجمع و افزایش استرس روزانه

بیمارانی که وارد درمان می‌شوند به زندگی خود موارد استرس‌زای بزرگی وارد می‌کنند. علاوه بر استرس ناشی از قطع مصرف مواد، بیماران باید استرس ناشی از درمان و پیش‌نیازهای آن در مورد زمان‌بندی، خانواده، و عواطف خود را مدیریت نمایند. بیماران، در مواجهه با این منابع قوی استرس، ممکن است نسبت به افزایش استرس روزانه کمتر تطابق پیدا کنند. در جلسه بیستم پیش‌گیری از بازگشت در مورد روش‌های شناسایی علایم استرس صحبت شد. بیماران باید نسبت به علایم استرس هوشیار باشند تا بتوانند از تجمع استرس پیش‌گیری کنند و مانع به خطرافتادن بهبودی خود شوند. انرژی‌ای که در کنارآمدن با استرس به هدر می‌رود دیگر صرف بهبودی نخواهد شد.

۲. تمرکز بر علایم استرس

بیماران باید ترغیب شوند تا زندگی خود را به دقت مطالعه کنند و به دنبال علایم و منابع استرس بگردند. آن‌ها می‌توانند برای این موضوع، به‌صورت مقیاسی

عمل کنند، یعنی جنبه‌های مختلف زندگی خود (مثلاً خانواده، کار، دوستان) را جداگانه مطالعه کنند و به دنبال عوامل استرس‌زا بگردند. کاهش در بهبودی نقش مهمی دارد. بیماران باید جست‌وجوی عوامل استرس‌زا را به‌عنوان یک عمل منظم و دایمی انجام دهند.

وقتی بیماران دچار استرس هستند، باید راهی برای آرامش‌یافتن بیابند. معمولاً فعالیت بدنی به افراد کمک می‌کند استرس را کاهش دهند. ورزش‌های کششی، تنفس عمیق، ورزش، و حتی یک پیاده‌روی کوتاه می‌تواند در کاهش استرس مؤثر باشد. بیماران باید روش‌های گوناگونی برای کاهش استرس بیابند، آن‌ها را امتحان کنند تا دریابند کدام روش برای‌شان مؤثر واقع می‌شود، و بعد به هنگام استرس از آن روش استفاده کنند.

۳. ایجاد تغییرات در زندگی روزانه در جهت کاهش استرس

ممکن است دانستن چند استراتژی کلی برای کاهش استرس برای بیماران مفید باشد:

متعادل‌سازی: یکی از استراتژی‌های مفید انجام کارها به‌صورت متعادل است. تعادل همواره در زندگی شاد و سالم اهمیت دارد، ولی اهمیت آن در بهبودی دوچندان است. بیماران باید مراقب باشند که به خاطر خوابیدن بیش از حد یا کم‌خوابی، پرخوری یا کم‌خوری، ورزش بیش از حد یا ورزش‌نکردن یا مصرف بیش از حد کافئین یا شکر، دچار پرش‌های انرژی نگردند.

مدیریت: استراتژی مفید دیگر، از پیش طرح‌ریختن (برنامه‌ریزی) و خردکردن اهداف بزرگ به اهداف کوچکی است که قدم به قدم انجام‌پذیر باشند. این عمل باعث می‌شود بیماران بیشتر کنترل زندگی خود را به‌دست گیرند. این احساس که وقایع زندگی تحت کنترل فرد نیستند، می‌تواند یک منبع بزرگ استرس باشد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- کاهش استرس را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید چگونه متوجه می‌شوند که در یک موقعیت پراسترس قرار گرفته‌اند. استرس چگونه خود را به نمایش می‌گذارد؟ از لحاظ جسمی چگونه؟ عاطفی چگونه؟
- از بیماران بپرسید متوجه کدام تأثیرات بلندمدت استرس در زندگی خود شده‌اند؟
- از بیماران درباره تکنیک‌های آرام‌بخشی در یک موقعیت پر استرس سؤال کنید. چه تکنیک‌هایی برای‌شان مؤثر بوده است؟
- از بیماران بپرسید برای کاهش استرسی که به زندگی آن‌ها وارد می‌شود چگونه عمل می‌کنند؟ آیا از استراتژی‌های متعادل‌سازی و مدیریت استفاده کرده‌اند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از کنارآمدن و کاهش استرس صحبت کند.
- از بیماران بپرسید آیا به‌صورت عادتی، در آرامش به زندگی خود فکر می‌کنند؟ این کار می‌تواند به‌صورت تمرکز، عبادت، نوشتن در دفترچه شخصی، یا فقط چند دقیقه فکرکردن پیش از خوابیدن باشد. ولی فکرکردن به زندگی خود در آرامش و در آرامش در مورد چیزهای استرس‌زا فکرکردن کار مهمی است که بیماران باید سعی کنند انجام دهند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و دوم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید در فاصله بین این جلسه و جلسه بعدی، هر روز وقتی را به این کار اختصاص دهند که در مورد زندگی خود فکر کنند و بر روی عواملی که باعث بیشترین استرس می‌شوند متمرکز باشند.

جلسه بیست و سوم: مدیریت خشم

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که خشم می‌تواند یک برانگیزاننده عاطفی باشد که منجر به بازگشت گردد
- کمک به بیماران برای شناسایی زمانی که خشم شکل می‌گیرد
- کمک به بیماران برای شناسایی استراتژی‌هایی برای مقابله با خشم به‌صورت مثبت

تمرینات

مدیریت خشم

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که چگونه خشم منجر به بازگشت می‌شود

برای بسیاری از افراد، مصرف مواد راهی برای کنارآمدن با احساسات ناخوشایند است. مردم در مواجهه با یک عاطفه دردسرساز، مانند خشم، غالباً به جای کنارآمدن با آن احساس روی به مصرف مواد می‌آورند. افراد در حال بهبودی دیگر نمی‌توانند برای فرار موقت از احساسات ناخوشایند روی به مصرف مواد یا الکل بیاورند. با این وجود، این عواطف هم‌چنان به‌عنوان برانگیزاننده مصرف مواد عمل می‌کنند. زمانی که افراد در حال بهبودی هستند، عدم کنارآمدن آنان با احساسات مشکل‌زا می‌تواند منجر به بازگشت شود.

۲. شناسایی این‌که چگونه خشم شکل می‌گیرد

مردم اغلب فکر می‌کنند خشم در پاسخ به یک فرد یا یک اتفاق به وجود می‌آید. کسی حرف احمقانه‌ای می‌زند یا در ترافیک جلوی ماشین شما می‌پیچید، و این امر باعث می‌شود شما خشمگین شوید. با این حال، خشم توسط افراد یا وقایع به وجود نمی‌آید، بلکه بر اثر نوع طرز فکر شما نسبت به افراد یا وقایع شکل می‌گیرد. اگر بیماران در هنگام خشم در جست‌وجوی کسی باشند که بتوانند وی را سرزنش کنند. سرانجام احساس قربانی‌شدن به آن‌ها دست می‌دهد. این امر منجر به یک مارپیچ پایین‌رونده می‌گردد که در آن هرچه بیماران بیشتر بر احساس قربانی‌شدن تمرکز می‌کنند، خشمگین‌تر می‌گردند.

۳. کشف راه‌هایی برای درک و مدیریت خشم

موارد زیر به بیماران کمک می‌کند خشم را بهتر بشناسند و مدیریت کنند:

با خود صادق باشید: وقتی خشمگین هستید آن‌را بپذیرید و به خود اعتراف کنید.

آگاه باشید که خشم شما چگونه بروز می‌کند: احساسات جسمی و الگوهای رفتار به شما کمک می‌کند دریابید که خشمگین هستید.

در مورد اثر خشم بر دیگران فکر کنید: آگاه‌بودن از تأثیرات خشم بر روی افراد مورد علاقه‌تان سبب می‌گردد تلاش کنید تأثیرات خشم در زندگی‌تان را کاهش دهید.

استراتژی‌های کنارآمدن را شناسایی کنید و به‌کار گیرید: از استراتژی‌هایی که همیشه مؤثر بوده‌اند استفاده کنید. و استراتژی‌های تازه‌ای پیدا کنید که مؤثر باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماران مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- مدیریت خشم را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد زمان‌هایی که احساس قربانی‌شدن داشته‌اند، بحث کنند. چگونه از چرخه خشم و قربانی‌شدن بیرون آمدند؟
- از بیماران بخواهید در مورد نشانه‌های جسمی و رفتاری نشانگر خشم بحث کنند. چرا آگاهی از خشم اهمیت دارد؟
- از بیماران بپرسید وقتی می‌گویند کسی منفعل تهاجمی است معنایش چیست؟ چه رفتارهایی نشانگر این پاسخ هستند؟ چرا این روش، روش ناسالمی برای مدیریت خشم است؟
- از بیماران بپرسید چه استراتژی‌هایی برای کنارآمدن با خشم در گذشته برای‌شان مفید واقع شده است؟ چه استراتژی‌های جدیدی می‌تواند مفید واقع شود؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از خشم در بهبودی صحبت کند.

بحث آزاد (۳۰) دقیقه

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکالیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله این جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و سوم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک استراتژی جدید برای کنارآمدن با خشم شناسایی کنند و مزایای آن را بنویسند.

جلسه بیست و چهارم: پذیرش

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که پذیرش اختلال مصرف مواد، اولین گام در به‌دست‌آوردن کنترل زندگی‌شان است
- کمک به بیماران برای درک این‌که پذیرش اختلال مصرف مواد، نشانه ضعف نیست
- کمک به بیماران برای یافتن منابع قدرت برای تکیه‌کردن به آن‌ها

تمرینات

پذیرش

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. پذیرش قدرت وابستگی به مواد

بیماران با قبول‌کردن و پذیرش قدرت اختلال مصرف مواد دچار یک دوگانگی می‌گردند. حفظ پرهیز و باقی‌ماندن در مسیر بهبودی نیاز به هوش و قدرت بیماران دارد. قبل از این‌که بیماران در مسیر درست بهبودی قرار گیرند، باید به این موضوع متعرف باشند که اعتیاد از آن‌ها قوی‌تر است و زندگی آن‌ها را کنترل می‌کند. اگر چه این موضوع ممکن است به نظر بیماران، به‌ویژه آن دسته از بیماران که تلاش کرده‌اند به تنهایی و بدون مددگرفتن از درمان یا گروه‌های حمایتی مصرف مواد را ترک کنند، ضد تشویق و غیر امیدوارانه به نظر برسد، از دست‌دادن کنترل و تسلیم آن اولین قدم در به‌دست‌آوردن کنترل مجدد است. بیمارانی که در جلسات ۱۲ گامی شرکت کرده‌اند ممکن است با این موضوع آشنا باشند، چرا که این موضوع شامل اولین گام ۱۲ گام است.

۲. درک این‌که هر فردی محدودیت‌هایی دارد و چیزهایی خارج از کنترل افراد هستند

طبیعی است که بیماران متوجه میزان اختلال مصرف مواد خود نباشند. دانستن این‌که آن‌ها، حداقل به خاطر این‌که بدن‌شان به مواد نیاز شیمیایی دارد، به مصرف مواد اعتیاد دارند، به بعضی بیماران کمک می‌کند دریابند که مشکل آن‌ها فراتر از کنترل آن‌هاست. در این معنا، اختلال مصرف مواد خیلی شبیه هرگونه اختلال پزشکی مزمن دیگر، مثلاً دیابت یا بیماری قلبی است. در اعتراف‌کردن به نیاز برای کمک هیچ خجالتی نیست، همان‌طور که در اعتراف به نیاز به انسولین برای افراد دیابتی خجالتی نیست. این بدین معنی نیست که اعتیاد آن‌ها از کنترل آن‌ها به کلی خارج است. بیماران باید مسئولیت اعمال خود را بپذیرند، ولی اولین گام در این مسیر پذیرش این امر است که آن‌ها نمی‌توانند به تنهایی مصرف مواد را ترک کنند.

۳. شناسایی منابع حمایت و قدرت

بیماران باید آگاه باشند، اعتراف و پذیرش اعتیاد عملی نیست که تنها در هنگام شروع به درمان به آن نیاز باشد. حتی افرادی که ماه‌ها در بهبودی به سر برده‌اند ممکن است دفاع خود را کاهش دهند و فکر کنند اکنون از اعتیادی که باعث ورود آن‌ها به درمان شد قوی‌تر هستند. (در واقع، بیمارانی که چندین هفته در بهبودی بوده‌اند اغلب احساس می‌کنند مداوا شده‌اند، این موضوع اغلب در طول مرحله ماه عسل پیش می‌آید که در جلسه پنجم مهارت‌های اولیه بهبودی شرحش رفت).

از آنجایی که پذیرش یک مسأله همیشگی در طول بهبودی است، بیماران نیاز به منابع قدرتی دارند که برای حفظ پرهیز خود از آن کمک بگیرند. دوستان و اعضای برنامه‌های ۱۲ گامی، کمک دو جانبه، یا برنامه‌های معطوف به معنویت دیگر، می‌توانند منبع حمایتی قدرتمندی در طول بهبودی باشند. بیماران باید یک جلسه گروهی متناسب با خودشان بیابند و در آن به‌طور منظم حاضر شوند. دوستان و افراد مورد علاقه نیز می‌توانند منبع حمایتی باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- پذیرش را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید در مورد تجربیات خود از تلاش برای عدم مصرف مواد پیش از ورود به درمان بحث کنند. آیا آن‌ها سعی کردند «تنها نه بگویید»؟ آیا بعضی بیماران سعی کرده‌اند از روش «عدم مصرف خشک و خالی» استفاده کنند (روش ترک خشک و خالی) در حالی که به انتظار زندگی قبلی عزیز خود بوده‌اند؟
- از بیماران بپرسید آیا اختلال مصرف مواد خود را پذیرفته‌اند؟ وقتی مشکل خود را پذیرفتند رویکردشان نسبت به پرهیز و بهبودی چه تغییری کرد؟
- از دستیار بخواهید در مورد تأثیرات منفی مصرف مواد خود صحبت کند.
- بعضی بیماران ممکن است شنیده باشند که پیش از شروع بهبودی، باید حتماً «حسابی به خودشان سخت بگیرند». به بیماران بگویید که مطالعات نشان می‌دهد که به خود سخت‌گرفتن با موفقیت در بهبودی رابطه‌ای ندارد.
- از دستیار بخواهید در مورد دوگانگی از دست‌دادن کنترل برای به‌دست‌آوردن مجدد آن در زندگی خود بحث کند. از بیماران نیز بخواهید در مورد این دوگانگی بحث کنند.
- این موضوع را عنوان کنیدکه اعتیاد به مصرف مواد شبیه هر اختلال مزمن پزشکی دیگری است. با بیماران درباره این بحث کنید که آیا چنین مفهومی باعث می‌شود آن‌ها کمتر احساس گناه و شرم کنند؟
- از دستیار بخواهید در مورد منابع حمایت و قدرتی که در اوایل درمان به وی کمک کرده است با گروه صحبت کند. کدام منابع قدرت هستند که بیماران می‌توانند به آن تکیه کنند تا بتوانند پرهیز خود را حفظ کنند و در مسیر بهبودی باقی بمانند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و چهارم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید حداقل سه منبع قدرت و حمایت که در طول بهبودی می‌توانند از آن کمک بگیرند را فهرست کنند.

جلسه بیست و پنجم: پیداکردن دوستان جدید

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک نیاز به احاطه‌شدن توسط دوستان سالم و حمایت‌گر
- کمک به بیماران برای یادگیری این‌که چگونه می‌توانند مشخص کنند که افرادی که با آن‌ها ملاقات می‌کنند دوستان مناسبی هستند
- کمک به بیماران برای پیداکردن مکان‌ها و روش‌های جدید دوست‌یابی و ملاقات افراد جدید

تمرینات

پیداکردن دوستان جدید

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک نقش مهمی که دوستان در بهبودی ایفا می‌کنند

بعضی اوقات وقتی بیماران وارد درمان می‌شوند، توقع دارند بدون قطع رابطه با دوستان قدیمی مصرف‌کننده مواد، مصرف مواد را کنار بگذارند. بیمارانی که قصد جدی دارند که زندگی سالمی داشته باشند، باید دوستان جدیدی پیدا کنند که از بهبودی آن‌ها حمایت کنند. ارتباط با دوستان به افراد سروسامان می‌دهد. ارتباط با افرادی که از بهبودی حمایت می‌کنند و زندگی متعادل و رضایت‌بخشی دارند به بیماران، به‌ویژه بیمارانی که تازه وارد درمان شده‌اند، کمک می‌کند و تأثیرات مثبتی بر روی آنان دارد. شاید مهم‌ترین نقشی که دوستان می‌توانند برای بیماران ایفا کنند ایجاد یک منبع قدرت و حمایت باشد. البته، بیماران برای فعالیت‌های لذت‌بخش، که بخش مهمی از بهبودی است، نیز، نیاز به دوستان دارند.

۲. درک این‌که برای یافتن دوستان جدید ممکن است نیاز به تغییر رفتار باشد.

دوستی‌ها بر مبنای علایق مشترک شکل می‌گیرند. بسیاری از بیماران در هنگام ورود به درمان دوستی‌هایی دارند که بر مبنای مصرف مواد بوده است. بعضی مهارت‌های اجتماعی دوست‌یابی‌در بیماران ممکن است ضعیف باشد. بیمارانی که از یافتن دوستی‌های تازه اکراه دارند، به تدریج با پیشرفت بهبودشان اطمینان و اعتماد به نفس لازم را به دست خواهند آورد. مشاور باید به بیماران یادآور شود که دوستی یک خیابان دو طرفه است. علاوه بر دریافت حمایت از دوستان، بیماران می‌توانند دوست خوبی‌برای دیگران در بهبودی باشند و از مزایای دوست خوب کسی‌بودن استفاده کنند.

۳. پیداکردن مکان‌ها و روش‌های جدید برای ملاقات افراد و پیداکردن دوست

مشاور باید بیماران را تشویق کند تا در جلسات کمک دو جانبه، ۱۲ گامی، یا جلسات معنوی، حضور یابند، سعی کنند دوستان سالمی بیابند، و برای خود یک حامی پیدا کنند. هم‌چنین بیماران باید ترغیب شوند تا سردرگمی‌ها و فعالیت‌های قدیمی فراموش‌شده را احیاء کنند یا برای خود علایق جدیدی بیابند. سر کلاس خاصی رفتن، ملحق‌شدن به یک باشگاه ورزشی یا تفریحی سالم و کار داوطلبانه، روش‌های خوبی برای ملاقات افراد جدیدی است که بیماران می‌توانند با آنان دوست‌های ارزشمندی پیدا کنند. مشاور باید به بیماران یادآور شود که دوستی‌های شخصی یا معاملات کاری با دیگر بیماران درگروه، به‌ویژه در اوایل درمان، به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع

بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- پیداکردن دوستان جدید را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید آیا پیش از شروع درمان دوستانی داشته‌اند که ارزش نگه‌داشتن داشته باشند و بخواهند در طول بهبودی با آن‌ها ارتباط داشته باشند یا خیر. این دوستان چه خصوصیاتی دارند؟
- از بیماران بپرسید دوستان مصرف‌کننده مواد چه تأثیری بر زندگی آنان گذاشته‌اند.
- از بیماران بپرسید آیا با دوستان مصرف‌کننده مواد خود صحبت کرده‌اند یا خیر. درباره چه چیزی صحبت کرده‌اند؟ آیا بیماران این دوستی‌ها را خراب کرده‌اند؟ سعی کرده‌اند آن‌ها را نگه دارند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از دوستان در طول دوره انتقال از مصرف به بهبودی صحبت کند. آیا هیچ‌یک از دوستی‌های قبلی تداوم پیدا کرده است؟
- از بیماران بپرسید در دوران مصرف مواد چگونه با افراد جدید آشنا یا دوست می‌شوند. آیا می‌توانند با افرادی که مواد مصرف نمی‌کنند نیز به همان شیوه آشنا شوند؟
- از بیماران بپرسید یک دوست خوب چه خصوصیاتی باید داشته باشد. آشنایان چه نقشی در زندگی بیماران ایفا می‌کنند؟ این نقش با نقش دوستان چه تفاوتی دارد؟
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که پس از ورود به درمان، برای یافتن دوستان جدید، چه تغییراتی کرده است.
- از بیماران بخواهید در مورد راه‌های ملاقات دوستان جدید بحث کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست‌وپنجم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید سه عمل یا چیز را شناسایی کنند (به غیر از حضور در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه) که در یافتن دوستان جدید به آن‌ها کمک می‌کند.

جلسه بیست و ششم: ترمیم روابط

✓ *اهداف جلسه*

- کمک به بیماران برای درک نیاز به ترمیم روابط با عذرخواهی و جبران
- کمک به بیماران برای درک این‌که عذرخواهی

باید ورای عدم مصرف مواد باشد.

- کمک به بیماران برای آمادگی برای مواجه‌شدن با افرادی که حاضر به بخشش نیستند.

تمرینات

ترمیم روابط

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. آگاهی از رفتارهای گذشته که به خاطرشان نیاز به عذرخواهی هست.

همان‌گونه که در جلسه ۲۴ پیش‌گیری از بازگشت صحبت شد، بیماران باید ابتدا به خود معترف شوند که دچار اختلال مصرف مواد بوده‌اند و این اختلال زندگی آن‌ها را تحت کنترل خود داشته است. یک جنبه دیگر بهبودی آن است که بیماران آگاه شوند که به خاطر مصرف مواد، به افراد نزدیک به خود آسیب رسانده‌اند. بیماران، علاوه بر صادق‌بودن با خود در ارتباط با آسیبی‌که به دیگران رسانده‌اند، باید روابط که به خاطر مصرف مواد صدمه دیده است را بازسازی نمایند. بیمارانی که در جلسات ۱۲ گامی حاضر شده‌اند احتمالاً با روند آگاهی از ضرورت عذرخواهی آشنایی دارند. این روند در قدم هشتم از قدم‌های ۱۲گانه ذکر شده است.

۲. پیداکردن راه‌هایی برای عذرخواهی و ترمیم روابط

عدم مصرف مواد، ورود به درمان و در پرهیزماندن، کارهای مشکلی هستند. بعضی بیماران ممکن است احساس کنند که با انجام این کارها، به اندازه کافی برای ترمیم روابط آسیب‌دیده زحمت کشیده‌اند. این کارها به خودی خود کافی نیست. بیماران باید با افرادی که به آن‌ها آسیب رسانده‌اند صحبت کنند، به آسیبی‌که رسانده‌اند اعتراف نمایند، و توضیح دهند که اکنون وارد درمان شده‌اند و در حال بهبودی هستند. برای بعضی افراد، همین که بیماران مسئولیت آسیبی‌که رسانده‌اند را بپذیرند برای ترمیم آن آسیب کافی خواهد بود. دیگران ممکن است به این سرعت حاضر به بخشش نباشند. بیماران ممکن است برای احیای روابط با این افراد نیاز به زحمت بیشتری داشته باشند. همان‌گونه که در جلسه دوازدهم پیش‌گیری از بازگشت گفته شد، احیای اعتماد ممکن است روند بسیار مشکلی باشد.

۳. بخشیدن خود و دیگران

آسیبی‌که به خاطر مصرف مواد به روابط رسیده است خیابان یک‌طرفه نیست. دوستان و افراد مورد علاقه فردی که مواد مصرف می‌کند نیز به وی آسیب‌هایی می‌رسانند. بیماران باید برای بخشیدن افرادی که به آن‌ها آسیب رسانده‌اند، آمادگی داشته باشند، حتی اگر آن افراد آماده پذیرش آسیب یا عذرخواهی به خاطر آن نباشند. بیماران باید سعی کنند بر احساس اکراه و رنجش و تنفر خود غلبه کنند، تلخ‌کامی تندی عاطفی خطرناکی است (مثل خشم) و می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد. بیماران باید بتوانند برای پشت سرگذاشتن تلخ‌کامی، خود را به خاطر رفتار گذشته خود ببخشند. آن‌ها نمی‌توانند گذشته را عوض کنند؛ با ورود به درمان، عذرخواهی، جبران و تصمیم برای دوباره مرتکب همان اشتباهات نشدن، بیماران هرچه در توان داشته‌اند انجام داده‌اند تا خطاهای گذشته را جبران کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماران مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه

داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- ترمیم روابط را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید باید از چه کسانی عذرخواهی کنند.
- از بیماران بپرسید برای چه نیاز به عذرخواهی دارند.
- از بیماران بپرسید تفاوت بین عذرخواهی و جبران‌کردن چیست.
- از بیماران بپرسید وقتی کسی هنوز عصبانی باشد و حاضر به بخشیدن آن‌ها نباشد، طرح آن‌ها برای برخورد با آن موقعیت چیست.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از به سراغ افراد رفتن جهت عذرخواهی و جبران صحبت کند. دستیار با افرادی که حاضر به بخشیدن و پذیرفتن وی نبودند چه کرده است؟
- از بیماران بپرسید برای جبران چگونه آماده می‌شوند. غیر از عذرخواهی چه کار دیگری برای ترمیم روابط می‌توانند انجام دهند؟
- از دستیار بخواهید در مورد راه‌های گوناگونی که وی برای عذرخواهی و جبران استفاده کرده است، با گروه صحبت کند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشد. موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و ششم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک نفر، که باید از وی عذرخواهی کنند را نام برده، روش‌هایی که برای ترمیم روابط با وی به کار خواهند برد را فهرست کنند.

جلسه بیست و هفتم: دعای آرامش

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک اهمیت تفاوت‌گذاشتن بین چیزهایی که می‌توانند تغییر دهند و چیزهایی که نمی‌توانند.
- کمک به بیماران برای درک این‌که دعای آرامش صد در صد مذهبی نیست و در موقعیت‌های زیادی قابل استفاده است.
- کمک به بیماران برای شناسایی چیزهایی که می‌توانند تغییرشان دهند.

تمرینات

دعای آرامش

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. تمیزگذاشتن بین چیزهای قابل تغییر و چیزهای غیر قابل تغییر

تمیزگذاشتن بین چیزهای قابل تغییر و چیزهای غیر قابل تغییر یکی از مهارت‌های بسیار ضروری برای افراد در حال بهبودی است. اگر بیماران در تفاوت گذاشتن بین این امور موفق نباشند، ممکن است دچار ناکامی، خشم، و استرس افزایش‌یافته‌ای بشوند که آن‌ها را نسبت به بازگشت، آسیب‌پذیرتر می‌نماید. حفظ پرهیز و پیشرفت در بهبودی نیاز به توجه کامل

بیماران دارد؛ بیماران برای نگرانی درباره چیزهایی که کنترلی بر آن‌ها ندارند، وقت و انرژی نخواهند داشت. مشاور باید برای بیماران داستان‌های خاصی بگوید و از آن‌ها بخواهد که در مورد این بحث کنند که آیا قادر به تغییر آن موقعیت به خصوص هستند و پاسخ‌دهی آن‌ها به چنین موقعیتی چگونه باید باشد. برای مثال:

- بیماری در ترافیک مانده و دیر به قرار می‌رسد.
- سوپرمارکت یکی از اقلام ضروری برای تهیه غذای مورد نظر بیمار را ندارد.
- رئیس بیمار وی را به خاطر دیر سرکار رسیدن سرزنش می‌کند.
- همسر بیمار هنوز به وی اعتماد ندارد، اگرچه وی ماه‌هاست که در پرهیز بوده است.

۲. درک این‌که آرامش در بافت بهبودی چه معنایی دارد

دعای آرامش توسط گروه الکلی‌های بی‌نام (AA) به‌وجود آمد. همانند برنامه‌های ۱۲ گامی، دعای آرامش نیز لحنی معنوی دارد. اولین لغت در این دعا، «خدا» می‌باشد. این دعا برای اکثر افراد آرامش درونی ایجاد می‌کند، ولی آرامش سودمند برای بهبودی از طرق دیگر، مثل تمرکز یا نوشتن نیز قابل حصول است. بیمارانی که اعتقادات مذهبی ندارند نیز می‌توانند از اصول دعای آرامش سود ببرند. این بیماران می‌توانند به این دعا به‌عنوان یک شعر یا یک نوشتار عاقلانه نگاه کنند. قرار نیست تمام جنبه‌های روش درمانی یا جلسات ۱۲ گامی برای بیماران سودمند باشد. بیماران باید تشویق شوند آن‌چه برای‌شان مفید است از این روش‌ها بگیرند و کاری به بقیه نداشته باشند. به‌عبارت دیگر، بیماران باید عاقلانه‌بودن این دعا را بپذیرند، اگرچه شکل و فرم آن مورد علاقه‌شان نباشد.

۳. شناسایی حوزه‌های نیازمند تغییر

رسیدن به آرامش و صلح درونی دعای آرامش نیاز به آن دارد که بیماران آن چیزهایی که قابل تغییر نیستند را کنار بگذارند، و نیز تمام هم و غم خود را معطوف به آن چیزهایی کنند که قابل تغییر هستند. جنبه‌های مهم زندگی بیماران آن چیزهایی هستند که از بهبودی آن‌ها حمایت کنند. ارتباط با خانواده و دوستان می‌تواند یک منبع قوی حمایت و قدرت در طول بهبودی باشد. غالب اوقات، روابط قابلیت بهترشدن دارند و ارزش ترمیم نیز دارند. مشاور باید به بیماران کمک کند جنبه‌های دیگر زندگی‌شان که هم برای بهبودی اهمیت دارد و هم قابلیت تغییر دارد را شناسایی نمایند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است. نباید وی را مجبور به این‌کار کرد.

تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- دعای آرامش را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید این گفته‌ها برای‌شان چه معنایی دارد.
- نام این دعا، آرامش است، ولی شجاعت و عقل نیز در آن به کار رفته است. از بیماران بپرسید چگونه شجاعت و عقل بخشی از بهبودی است. شجاعت و عقل چگونه در به آرامش‌رسیدن مؤثر است؟
- از بیماران بپرسید آیا این حقیقت که طبق دعا، خداوند به انسان آرامش می‌دهد، آن‌ها را آرام می‌کند یا خیر؟

- از دستیار بخواهید در مورد درک خود از دعای آرامش بحث کند. آیا دستیار با جنبه‌های مذهبی‌دعا دچار مشکل بوده است؟ آیا ایده یک قدرت بالاتر مفید و مؤثر بوده است؟
- از بیماران بخواهید در مورد این بحث کنند که چه چیزهایی در زندگی‌شان را نمی‌توانند تغییر دهند. چگونه این چیزها را شناسایی می‌کنند؟
- از بیماران بپرسید چه چیزهایی در زندگی‌شان باید تغییر کند. برای ایجاد این تغییرات، چه مراحلی را باید طی کنند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چون کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و هفتم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک چیز را در زندگی خود شناسایی کنندکه می‌توانند تغییرش دهند و بهبودی آنان را تقویت خواهد کرد. از بیماران بخواهید مراحلی که برای ایجاد این تغییر باید طی کنند را فهرست نمایند.

جلسه بیست و هشتم: رفتارهای اجباری

✓ *اهداف جلسه*

- کمک به بیماران برای درک این‌که رفتارهای اجباری چه هستند و رفتارهای اجباری، غیر از مصرف مواد، چگونه می‌توانند بر بهبودی اثر منفی بگذارند
- کمک به بیماران برای درک خطرات سندرم تجاوز از پرهیز (پرهیز شکنی)
- کمک به بیماران برای شناسایی و حذف رفتارهای اجباری

تمرینات

رفتارهای اجباری

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. تحت کنترل گرفتن زندگی با حذف رفتارهای اجباری

مشاور باید رفتارهای اجباری را بدین‌شکل تعریف کند: اعمال غیر منطقی یا مخربی‌که افراد در پاسخ به محرک‌های غیر قابل مقاومت انجام می‌دهند. وقتی بیماران مواد محرک را مصرف کردند و بیشتر به آن وابسته شدند، آن‌چه به‌عنوان یک کار غیر قابل اعتنا و تفریحی بود ـ کاری که در مهمانی یا با دوستان خاص انجام می‌دادند ـ تبدیل به مصرف اجباری شد. اکنون که بیماران در پرهیز هستند و در حال بهبودی می‌باشند، ممکن است مصرف مواد محرک اجباری را با رفتارهای اجباری دیگر جایگزین کنند. علایم اجباری‌بودن شامل این موارد می‌شود: لذت‌بردن بیش از حد از غذاخوردن، خرج‌کردن مقدار زیادی پول، لذت‌بردن بیش از حد از تنباکو، نوشابه‌های کافئین‌دار و قهوه، شیرینی، ورزش، کار و استمنا. قمار، و مصرف مواد مخدر غیر محرک نیز می‌توانند رفتارهای اجباری باشند. بیماران باید رفتارهای اجباری را از زندگی خود حذف نمایند. تا وقتی بخشی از زندگی بیماران خارج از

کنترل باشد، بازگشتن به مصرف مواد محرک غیر قابل کنترل نیز آسان است.

بعضی بیماران ممکن است برای مشکل رفتارهای اجباری خود نیاز به کمکی داشته باشند که از حوزه درمان مصرف مواد خارج است (مثلاً مشکلات و اختلالات خوردن، اعتیاد به قمار). مشاور باید نسبت به این بیماران هوشیار بوده، آن‌ها را برای درمان اضافه بر برنامه ارجاع دهد.

۲. درک این‌که چگونه سندرم تجاوز از پرهیز (پرهیزشکنی)، مانع بهبودی می‌شود

بیماران در حال بهبودی ممکن است احساس کنند از گذرگاه باریکی دارند عبور می‌کنند. برای بعضی بیماران، تا وقتی همه چیز در بهبودی مطابق برنامه پیش برود، اوضاع روبراه است. ولی اگر حتی یک قدم کوچک اشتباه بردارند، احساس می‌کنند از مسیر بهبودی به دور افتاده‌اند. این الگوی تفکر، سندرم تجاوز از پرهیز (پرهیزشکنی) نام دارد، و خطرناک است. با این منطق خشک و سخت، حتی یک لغزش کوچک معادل مصرف مواد تلقی می‌شود. بیماری که طبق برنامه هر روز بعد از ظهر به شنا می‌رود، اگر یک روز این‌کار را نکند، ممکن است دچار بازگشت شود، چرا که وی در ذهن خود با این‌کار بهبودی را خراب و نابود کرده است. بیماران باید درک کنند که بهبودی هیچ‌کس «تمام و کمال» نیست؛ یک اشتباه بدین معنی نیست که همه چیز از دست رفته و مصرف دوباره مواد حتمی است.

۳. متعادل‌کردن تغییر روش زندگی با بهبودی سالم و موفق

بیماران ممکن است برای حذف رفتارهای اجباری از زندگی خود، رویکردهای متفاوتی داشته باشند. برای بعضی افراد راحت‌تر است که همه تغییرات حذفی را هم‌زمان ایجاد کنند. آن‌ها معتقدند که حالا که قرار است کار سختی انجام دهند، بهتر است تمام رفتارهای اجباری را یک‌جا حذف کنند. بعضی دیگر باید به تدریج و یک به یک تغییرات را ایجاد کنند. برای آن‌ها فکر حذف یکباره تمام رفتارهای اجباری، ترسناک و فلج‌کننده است. بیماران باید برای حذف رفتارهای اجباری به روشی اقدام کنند که برای‌شان راحت‌تر است و باعث می‌شود زندگی آن‌ها و بهبودشان در تعادل باقی بماند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین رفتارهای اجباری را مرور کنید.
- مطمئن شوید بیماران معنای رفتارهای اجباری و اجباری عمل‌کردن را می‌فهمند.
- از بیماران بخواهید در مورد رفتارهای اجباری خود بحث کنند. آیا از وقتی بیماران وارد پرهیز شده‌اند احساس کرده‌اند رفتارهای اجباری‌شان بیشتر شده است؟
- از بیماران بپرسید برای حذف رفتارهای اجباری چه قدم‌هایی برداشته‌اند. چقدر موفق بوده‌اند؟ از چه رویکردی استفاده می‌کنند؟ آیا همه رفتارها را یک‌جا حذف می‌کند یا یک به یک و به‌تدریج؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از سندرم تجاوز از پرهیز (پرهیز شکنی) صحبت کند.

- در طول درمان چیزهای کوچک اشتباهی پیش می‌آید. از بیماران بخواهید در مورد دیدگاه خود نسبت به لغزش‌های کوچک بحث کنند. آن‌ها را تشویق کنید در ذهن خود، اشتباهات کوچکی در آینده را متصور شوند. اگر آن‌ها در رویکرد خود به بهبودی بیش از حد سخت‌گیر باشند، ممکن است به خاطر یک مشکل کوچک، واکنش بزرگی نشان دهند و دچار بازگشت شوند.
- از بیماران بخواهید در مورد تکنیک‌های پیش‌گیری از بازگشت که فرا گرفته‌اند، بحث کنند. اگر بیماران تازه وارد هستند، اطمینان یابید که آن‌ها ضرورت اجتناب از برانگیزاننده‌ها، تمرین توقف فکر، و استفاده از برنامه‌ریزی را می‌فهمند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتر می‌باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و هشتم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یکی از استراتژی‌های پیش‌گیری از بازگشت که فکر می‌کنند برای‌شان از همه بهتر است را انتخاب کنند. از آن‌ها بخواهید توضیح دهند که چه وقتی و چگونه این استراتژی را به‌کار خواهند برد.

جلسه بیست و نهم: کنارآمدن با احساسات و افسردگی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای بازشناسی و درک پاسخ‌های عاطفی خود
- کمک به بیماران برای شناسایی علایم افسردگی
- کمک به بیماران برای پیداکردن راه‌هایی برای مقابله با عواطف و افسردگی

تمرینات

کنارآمدن با عواطف و افسرگی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک الگوهای عاطفی در بهبودی

افراد در حال بهبودی باید قادر باشند پاسخ‌های عاطفی خود را بازشناسی و درک کنند. بعضی بیماران عادت کرده‌اند عواطفی را تجربه کنند که برای‌شان ناگوار است (مثل شرم، خشم، اندوه) و در نتیجه ممکن است در مورد احساسات خودشان با خود صداقت نداشته باشند. تا وقتی بیماران نتوانند احساسات خود را به‌درستی بشناسند، نمی‌توانند با انباشته‌شدن عواطف مشکل‌ساز، مقابله کنند. حتی اگر بیماران دچار عواطف دردناک یا منفی شوند، باید از این احساسات آگاهی داشته باشند. مشاور باید به بیماران یادآور شود که داشتن چنین احساساتی هیچ اشکالی ندارد؛ بیماران

می‌توانند بر اساس این عواطف مشکل‌ساز، عمل نکنند.

هم‌چنین بیماران می‌توانند با جست‌وجوی الگوهای پاسخ‌دهی خود به افراد و موقعیت‌ها، درک بهتری از احساسات خود داشته باشند. آیا بیماران نسبت به بعضی احساسات، آسیب‌پذیرتر هستند؟ آیا موقعیت‌های خاصی همواره سبب افسردگی آن‌ها می‌شود؟ آیا افراد خاصی همواره بیماران را خشمگین می‌کنند؟

۲. درک اهمیت شناسایی و مقابله با افسردگی

افراد در حال بهبودی اغلب دچار دوره‌های افسردگی می‌شوند. برای بعضی بیماران، این یک بخش طبیعی از روند بهبودی است. آن‌ها بلافاصله بعد از شروع پرهیز یا چندین ماه بعد از بهبودی (در طول دوران دیوار) دچار افسردگی می‌شوند. اگر این بیماران در پرهیز باقی بمانند و در مسیر بهبودی باشند، علایم افسردگی آنان فروکش می‌کند. در بیماران دیگر، مصرف مواد محرک علایم افسردگی را پنهان کرده و به محض شروع پرهیز به یکباره این علایم نمایان می‌شوند. مشاور باید نسبت به بیمارانی که علایم افسردگی دارند و بهبودی نمی‌یابند هوشیار بوده، مطمئن شود که این بیماران تحت درمان و ارزیابی مناسب قرار دارند.

۳. استفاده از استراتژی‌های کنارآمدن برای مدیریت عواطف و افسردگی

بسیاری از راه‌های مؤثر برای مقابله با علایم افسردگی شامل همان استراتژی‌هایی است که بیماران در حال حاضر برای پیش‌گیری از بازگشت به کار می‌برند. بیماران به‌ویژه باید در صورت احساس افسردگی به خانواده و دوستان حمایت‌گر دسترسی داشته باشند. صحبت با مشاور یا پزشک نیز کار خوبی است. فعالیت‌هایی که بیمار را از خانه بیرون می‌آورد و وی را مجبور به تعامل با افراد دیگر می‌کند نیز راه خوبی‌برای مقابله با افسردگی است. ورزش ریتم بدن را تثبیت می‌کند و به بیماران اجازه می‌دهد الگوهای خواب و تغذیه منظم‌تری داشته باشند. هم‌چنین ورزش‌کردن برای تسکین‌دادن علایم افسردگی در طول مرحله دیوار نیز مفید است.

زمانی که این اعمال باعث کاهش افسردگی بیمار نشود، مشاور باید به فکر این باشد که آیا بیمار دچار افسردگی بالینی گشته یا خیر، و برای درمان جدی وی را ارجاع دهند. مشاور باید بیمارانی را که مشکوک به افسردگی بالینی هستند به سرعت برای درمان بعدی ارجاع دهد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به‌جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- کنارآمدن با عواطف و افسردگی را مرور کنید.
- از بیماران بپرسید آیا در مورد عواطف خود با خود صداقت دارند یا خیر. آیا احساس می‌کنند که بعضی عواطف آن‌ها بیش از حد و بی‌مرز هستند؟
- بیماران را ترغیب کنید عواطفی که دچارش هستند را بپذیرند. اگر بیماران احساس می‌کنند بعضی عواطف خارج از اندازه قوی هستند، از آن‌ها بپرسید چرا چنین احساسی دارند؟
- از بیماران بپرسید آیا متوجه الگوهایی در احساسات خود شده‌اند یا خیر. آیا اغلب احساس خشم می‌کنند؟ احساس اندوه؟ تلخی و یأس؟ اگر پاسخ مثبت است. این عواطف در

پاسخ به چه چیزی هستند؟

- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از دوران‌های افسردگی در طول بهبودی صحبت کند. آیا بعد از مرحله دیوار، احساس افسردگی فروکش کرد؟
- از بیماران بپرسید آیا قبلاً دچار احساس افسردگی بوده‌اند یا خیر. چگونه متوجه این دوره‌ها شده‌اند؟
- آیا اکنون بیماران احساس افسردگی می‌کنند؟ چه نشانه‌هایی را تجربه می‌کنند؟
- از بیماران بخواهید در مورد استراتژی‌هایی صحبت کنند که به آن‌ها کمک کرده با دوران‌های افسردگی مقابله کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کا ر کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه بیست و نهم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید غیر از پاسخ‌هایی که در جزوه آمده، سه پاسخ دیگر پیدا کنند و بنویسند که بتوانند برای مبارزه با افسردگی از آن استفاده کنند.

جلسه سی‌ام: برنامه‌های ۱۲گامی و کمک دوجانبه

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که چگونه برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه از بهبودی حمایت می‌کنند
- کمک به بیماران برای درک مزایای فراوان برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه
- کمک به بیماران برای درک انواع مختلف برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه

تمرینات

برنامه‌های ۱۲ گامی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک پایه و اساس گروه‌های ۱۲ گامی (مثلاً، چگونگی جلسات، چگونگی پیداکردن جلسات)

بعضی بیماران با NA و دیگر گروه‌های ۱۲ گامی آشنا هستند. مشاور باید بیماران را با اصول و قواعد کلی مشارکت در گروه ۱۲ گامی آشنا سازد. درمان حرفه‌ای اعتیاد، به همراه مشارکت در برنامه ۱۲ گامی، یکی از مؤثرترین راه‌های درمان اعتیاد را می‌سازد. این اجزا برای بهبودی اهمیت زیادی دارند؛ باید به بیماران فرصت داد تا برنامه‌های ۱۲ گامی را درک کنند و با آن آشنا شوند. نکات ذیل باید در جلسه عنوان گردند:

- شکل جلسات: جلسات صبح و بعدازظهر برگزار می‌شوند و یک ساعت طول می‌کشند، قبل و بعد از جلسه برای احوال‌پرسی و آشنایی وقت اضافی وجود دارد. مشاور باید به بیماران فرصتی از جلسات محلی و اطلاعات ارتباط با آن جلسات را بدهد.

- جلسات ویژه بیمار: اجتماعات بزرگ ممکن است جلسات گروهی تخصصی داشته باشند (مثلاً برای پزشکان، وکلا، دیگر صنوف، افراد دچار اختلال ذهنی، جلسات زنانه یا مردانه، جلسات بر اساس گرایش جنسی بیمار). بعضی اجتماعات، جلسات خاصی ویژه افراد تحت درمان از مصرف مت‌آمفتامین دارند.

انواع جلسات: محتوای جلسات ممکن است متمرکز بر موضوع خاصی باشد:

- جلسات دارای سخنران که در آن فردی در حال بهبودی، داستان خود درباره مصرف مواد و الکل را تعریف می‌کند.
- جلسات دارای عنوان که در آن درباره یک موضوع مشخص مثل دوستی، صداقت، پذیرش، یا صبوری بحث می‌شود. هر کسی فرصت صحبت دارد ولی کسی مجبور به صحبت نمی‌شود.
- جلسات سنتی / مرحله‌ای، جلسات خاصی هستند که در آن ۱۲ گام و سنت جلسات مورد بحث می‌باشد.
- جلسات کتاب‌خوانی که در آن یک فصل از کتاب مرجع گروه ۱۲ گامی انتخاب و خوانده می‌شود. (نام این کتاب در AA، کتاب بزرگ است. در NA، کتاب مرجع نام دارد). جلسات کتاب‌خوانی معمولاً متمرکز بر تجربه فرد یا یک موضوع مرتبط با بهبودی است.

بیماران باید در جلسات مختلف حاضر شوند تا بالاخره جلسه مورد علاقه خود را پیدا کنند. قرار نیست تمام جنبه‌های یک جلسه یا یک بحث خاص، مفید واقع شود. ولی بیماران باید تلاش کنند جلسه‌ای بیابند که در آن به‌طور منظم حاضر شوند و سعی کنند در هر جلسه نکته تازه‌ای یاد بگیرند که بهبودی آنان را تقویت کند.

۲. درک حمایت اجتماعی و عاطفی که حضور در جلسات ایجاد می‌کند

گروه‌های ۱۲ گامی از افرادی با مشکلات شبیه به هم تشکیل می‌شود که با هم برای کمک به یکدیگر تلاش می‌کنند. روند گروه باعث می‌شود بیمار احساس تنهایی نکند و برای وی فرصتی جهت پیداکردن دوستان سالم و ساختن یک شبکه حمایتی ایجاد می‌کند. بیماران می‌توانند از افراد دیگری که بهبودشان طولانی‌تر بوده است، راهنمایی و تشویق بگیرند.

۳. پیداکردن جایگزین‌های برنامه‌های ۱۲ گامی

گروه‌های ۱۲ گامی از قبیل AA، NA و کوکائینی‌های گمنام، رایج‌ترین گروه‌های در دسترس هستند. ولی ممکن است هر کسی از این گروه‌ها خوشش نیاید. گروه کریستال مت گمنام، یک گروه ۱۲ گامی است که برای افرادی که در حال ترک مت‌آمفتامین هستند، دوستی و حمایت ایجاد می‌کند. مشاور باید در مورد جایگزین‌های گروه‌های ۱۲ گامی در محل کار خود تحقیق کند و بیماران را با انواع دیگر این گروه‌ها، مثل گروه‌های کمک دو جانبه، آشنا سازد. (در جوامع کوچک، ممکن است جلسه ۱۲ گامی تنها انتخاب بیمار باشد). حتی گروه‌هایی که از اصول دوازده‌گانه تبعیت نمی‌کنند نیز قادرند حمایت و رفاقتی ایجاد نمایند که برای بهبودی ضروری می‌باشد. مشاور می‌تواند در مورد جایگزین‌های جلسات ۱۲ گامی بحث نماید.

مشاور هم‌چنین می‌تواند زمانی را به بحث درباره گروه‌های حمایتی خانواده‌ها اختصاص دهد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را مطالعه کنند. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را ترغیب می‌کند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده با هم بحث داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت

شرکت در بحث دارند.

- برنامه‌های ۱۲ گامی را مرور کنید.
- به افرادی از گروه که به حضور در جلسات ۱۲ گامی علاقه ندارند بی‌احترامی نکنید. مطمئن شوید که آن‌ها برای حضور در جلسات ۱۲ گامی احساس اجبار نکنند.
- از بیماران بپرسید آیا تاکنون در گروه‌های ۱۲ گامی، یا گروه‌های مشابه مشارکت داشته‌اند یا خیر. از بیمارانی که مشارکت داشته‌اند بپرسید که چگونه حضور در این جلسات باعث حمایت و کمک به آن‌ها شده است.
- از بیماران بپرسید آیا در جلسات ویژه‌ای شرکت دارند که برای‌شان مفید باشد یا خیر.
- از دستیار بخواهید در مورد مشکلات و سختی‌های حضور خود در جلسات ۱۲ گامی در آغاز بهبودی صحبت کند.
- از بیماران بخواهید در مورد ابعاد معنوی جلسات ۱۲ گامی بحث کنند. آیا آن‌ها با مفهوم قدرت بالاتر احساس راحتی می‌کنند؟
- از بیماران بپرسید آیا با ارجاع به یک قدرت بالاتر در جلسات ۱۲ گامی دچار مشکل می‌شوند یا خیر. اگر پاسخ مثبت است، چگونه می‌توانند این اعتراضات را با حضور مرتب و مداوم هماهنگ سازند؟
- از بیماران بپرسید آیا در جلسات کمک دو جانبه یا جلسات با گرایش معنویت حضور یافته‌اند یا خیر. اگر پاسخ مثبت است، از آن‌ها بخواهید در مورد تجربیات خود صحبت کنند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه سی‌ام پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید در یک جلسه ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه حاضر شوند و پنج مزیت درباره آن بنویسند.

جلسه سی و یکم: مشتاق‌بودن؛ مدیریت کم‌حوصلگی

✓ *اهداف جلسه*

- کمک به بیماران برای درک خستگی و بی‌حوصلگی به‌عنوان یک برانگیزاننده بازگشت
- کمک به بیماران برای درک مزایای برنامه‌ریزی برای جایزه‌دادن به خود و مدیریت کم‌حوصلگی
- کمک به بیماران برای یافتن راه‌های مختلف مقابله با یکنواختی بهبودی

تمرینات

مشتاق‌بودن؛ مدیریت کم‌حوصلگی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که خستگی می‌تواند برانگیزاننده بازگشت باشد

طبیعی است بیماران در طول بهبودی احساس

خستگی، کسالت و یکنواختی داشته باشند. علت این خستگی ممکن است تغییرات شیمیایی باشد که در مغز در اثر مداوا پیداکردن به وجود می‌آید. هم‌چنین ممکن است علت آن ساختار سخت بهبودی باشد. اگرچه وجود ساختار برای بهبودی ضروری است، خستگی ناشی از آن می‌تواند برای بیماران به‌عنوان برانگیزاننده عمل کند. مصرف تنها راهی بود که به وسیله آن بیماران وقت آزاد خود را پر می‌کردند و به زندگی‌شان رنگ و رونقی می‌بخشیدند. به علاوه، بیمارانی که احساس خستگی می‌کنند ممکن است فاقد انرژی لازم برای حفظ یک بهبودی هوشمندانه و قوی گردند. بیماران باید با احساس خستگی خود مقابله کنند تا بتوانند بهبودی خود را در مسیر درست حفظ کنند.

۲. درک مزایای خردکردن بهبودی به قطعات قابل مدیریت زمان

یکی از راه‌های مبارزه با طبیعت یکنواخت بهبودی آن است که بیماران پاداش‌ها و جوایز کوچکی هر دو هفته یکبار برای خود در نظر بگیرند. لازم نیست این پاداش‌ها، خریدهای بزرگ یا وقایع بزرگی باشند. در واقع، بهتر است بیماران به فکر چیزهای کوچکی باشند که برای‌شان ذوق و خشنودی به همراه دارد (مثلاً، خوردن غذای مورد علاقه، گرفتن پاداش، خریدن یک CD جدید، رفتن به پیک‌نیک یک‌روزه). پاداش‌ها باید چیزهایی باشند که بیماران برای‌شان اشتیاق داشته باشند و بتوانند انگیزه لازم برای گذراندن بخش‌های مدل انگیز بهبودی را در آن‌ها ایجاد کنند. هم‌چنین این پاداش‌ها نباید روند بهبودی را مختل نمایند. برای مثال، ترک‌کردن شهر برای بیشتر از چند روز در هنگام درمان چندان فکر مناسبی نیست. بیماران می‌توانند به این پاداش‌ها به‌عنوان بخش افزوده‌ای بر نشانه‌گذاری پیشرفت جلسات مهارت‌های بهبودی اولیه نگاه کنند. هر دوی این بخش‌ها، تمرین‌هایی برای از بین‌بردن یکنواختی بهبودی و خردکردن آن به دوره‌های کوتاه‌تری است که در انتها به پاداش‌های کوچکی می‌رسند.

۳. پیداکردن راه‌هایی برای پیشرفت بهبودی به وسیله برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و چارچوب‌بندی ملال و کسالت

بیماران ممکن است علاوه بر پاداش‌های گه‌گاهی مثل استراحت یا تفریح، برای از بین‌بردن پیش‌بینی‌پذیری بهبودی نیاز به چیز بیشتری داشته باشند. برای اکثر بیماران، رهایی از استرس زندگی روزانه شامل مصرف مواد بوده است. اکنون که در حال بهبودی هستند، باید راه‌های تازه‌ای برای رهایی از یا کنارآمدن با استرس روزانه بیابند. فعالیت جسمی یک راه عالی برای این‌کار است. ورزش میزان استرس را کاهش می‌دهد. وقتی بیماران ورزش می‌کنند، اعتماد به نفس خود را تقویت می‌کنند و باعث می‌شوند هرگونه علایم جسمی باقیمانده از مصرف مواد نیز بهبودی یابد. ورزش لازم نیست سخت و سنگین باشد، بلکه باید یکنواخت و منظم باشد. پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری در چند روز هفته ورزش خوبی‌در زمان بهبودی است.

فعالیت‌هایی که ذهن بیماران را به فعالیت وا دارد نیز مهم است. شروع یک سرگرمی جدید یا پرداختن به یکی از علایق قدیمی راه فوق‌العاده‌ای برای مقابله با خستگی است. بیماران می‌توانند به کلاس‌های جدیدی بروند یا درس‌های تازه‌ای بخوانند، کار جدیدی یاد بگیرند (مثلاً نواختن یک ساز یا یادگیری یک زبان خارجی) و بدین‌شکل خود را و وجود خود را معطوف به آینده کنند. وقتی بیماران کار جدیدی یاد می‌گیرند یا به‌طور منظم در فعالیتی شرکت می‌کنند، در واقع با تلاش و همکاری خود، از بهبودی خویش حمایت می‌کنند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند، اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- تمرین مشتاق‌بودن، مدیریت کم‌حوصلگی را مرور نمایید.
- از بیماران بپرسید آیا دچار خستگی و یکنواختی عاطفی گشته‌اند یا خیر. به نظرشان این حالات به خاطر چه چیزی است؟
- از بیماران بپرسید خستگی چه تأثیری بر روی بهبودشان دارد. برای رهایی از خستگی روزانه چه می‌کنند؟
- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه تمرین ساختن جزیره‌ها به وی کمک کرده در روند بهبودی باقی بماند.
- از بیماران بپرسید از چه فعالیت‌هایی به‌عنوان پاداش می‌توانند استفاده کنند تا با طبیعت یکنواخت درمان و بهبودی مقابله نمایند.
- از بیماران بپرسید چگونه متوجه می‌شوند که نیاز به استراحت و آرامش دارند. کدام علایم جسمی یا عاطفی باعث می‌شود متوجه شوند نیاز به اوقات فراغت دارند؟
- از بیماران بخواهید سرگرمی‌ها و فعالیت‌هایی که برای‌شان آرامش‌بخش و رضایت‌بخش است توصیف کنند.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از فعالیت‌های گوناگون برای مقابله با خستگی صحبت کند. دستیار برای رهایی از استرس، چه چیزی را جایگزین مصرف مواد کرده است؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه سی‌ویکم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید به‌دقت و به‌طور جزیی و مفصل یکی از جزیره‌های خود و یکی از فعالیت‌ها یا سرگرمی‌هایی که می‌خواهند داشته باشند را توصیف کنند.

جلسه سی و دوم: فقط برای امروز

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای اجتناب از احساس احاطه‌شدن توسط گذشته
- کمک به بیماران برای درک این‌که گذشته، آینده را تعریف نمی‌کند
- کمک به بیماران برای یافتن استراتژی‌هایی برای تمرکز بر زمان حال

تمرینات

فقط برای امروز

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. اجتناب از عقاید شکست‌خورده و سرنوشت انگارانه درباره گذشته

بسیاری از بیماران وقتی وارد درمان می‌شوند، گذشته‌ای دارند که مشخصه اصلی آن شکست است. آن‌ها به ندرت می‌توانند از تاریخچه زندگی خود برای افزایش اعتماد به نفس خود استفاده کنند. تجربیات آنان مؤید موفقیت در بهبودی نمی‌باشد. هم‌چنین وقتی بیماران درحال بهبودی هستند، روند حل و فصل مسایل گذشته آن‌ها را فلج می‌کند و نمی‌گذارد با زمان حال و آینده خوش‌بینانه روبه‌رو شوند.

احساسات منفی و دورنمای تیره و تار آینده بر استرس زندگی بیماران می‌افزاید و احتمال بازگشت را افزایش می‌دهد.

مشاور باید بیماران را متقاعد سازد که آن‌ها قادرند رفتار گذشته خود را تغییر دهند و به‌دست فراموشی بسپارند. به‌عنوان شاهد بر این مدعا، مشاور می‌تواند به این واقعیت اشاره کند که بیماران تصمیم گرفتند درمان شوند. آن‌ها می‌توانند بر اساس این تصمیم، آینده خود را چیزی متفاوت از گذشته نمایند.

۲. درک این‌که آینده توسط فرد تعیین می‌گردد نه توسط رفتارهای گذشته

بیماران اغلب دچار این احساس هستند که از آنجایی که درگذشته نتوانسته‌اند پرهیز خود را حفظ کنند، در آینده نیز نخواهند توانست. اگرچه افراد غالباً رفتارهای گذشته خود را تکرار می‌کنند، غالباً این را انتخاب می‌کنند.

این واقعیت که بیماری مصرف مواد محرک را قطع کرده و بعد دوباره شروع کرده، بدین‌معنی نیست که وی در آینده نیز چنین می‌کند. بیماران در مورد حفظ پرهیز خود، خودشان تصمیم می‌گیرند. با استفاده از یک رویکرد هوشمندانه بیماران می‌توانند عدم موفقیت خود در گذشته را جبران نمایند.

مشاور باید بیماران را به یاد دوران‌هایی در زندگی بیندازد که تصمیم گرفتند رفتار خود را تغییر دهند و موفق هم شدند. مثلاً، شاید بعضی بیماران رژیم غذایی خود را عوض کرده باشند یا دشنام‌دادن را کنار گذاشته باشند. اغلب بیماران می‌توانند دوره‌های این چنینی در زندگی خود را به یاد آورند که تصمیم گرفتند رفتار خود را عوض کنند و بر سر حرف خود نیز باقی ماندند.

مشاور هم‌چنین باید متوجه باشد که بعضی بیماران حاضر در درمان علاوه بر مشکلات مصرف مواد، مشکلات روانی جدی دیگری نیز دارند. این مشکلات ممکن است به علت ترومای سختی باشد که بر بیمار چنین اثری نهاده است. اگر مشاور متوجه شود بیماری مشکلات روانی جدی دارد، باید وی را برای ارزیابی به یک متخصص سلامت روانی ارجاع دهد.

۳. کشف استراتژی‌هایی برای حفظ بهبودی در مسیر درست با استفاده از تمرکز بر زمان حال

عبارت «فقط برای امروز» از برنامه‌های ۱۲ گامی می‌آید و خوب است بیماران آن‌را حفظ کنند. برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه به بیماران راه جدیدی برای ساختارمندکردن تجربیات خود آموزش می‌دهند تا بتوانند بیشتر بر واقعیت زمان حال متمرکز باشند. بیماران باید تلاش کنند کمتر دغدغه گذشته و هراس و نگرانی آینده را داشته باشند.

مشاور می‌تواند به بیماران پیشنهاد کند ورزش کنند (به‌ویژه ورزش‌های دارای تکرار مثل پیاده‌روی، دویدن، شناکردن)، تمرکز نمایند یا در دفترچه شخصی خود بنویسند. ولی بیماران بهتر از مشاور می‌دانند که چه اعمال و افکاری به آن‌ها کمک می‌کند

بر زمان حال تمرکز داشته باشند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- فقط برای امروز را مطالعه نمایید.
- از بیماران بپرسید آیا اجازه می‌دهند افکار مربوط به گذشته بر رفتار زمان حال آن‌ها تأثیر بگذارد یا خیر. در مورد گذشته چگونه افکاری دارند؟
- از بیماران بپرسید آیا بر افکار منفی درباره گذشته تمرکز می‌کنند یا خیر. در عوض چه جنبه‌های مثبتی از گذشته را می‌توانند به خاطر آورند؟
- از بیماران بپرسید آیا ترس‌های مربوط به آینده آن‌ها را فلج می‌کند یا خیر. در مورد آینده چه ترس‌هایی دارند؟
- از بیماران بپرسید آیا برای‌شان ایجاد تغییر در زندگی سخت است یا خیر. آیا زمانی را به یاد می‌آورند که تصمیم گرفتند تغییری در زندگی خود ایجاد کنند و بر سر تصمیم خود ایستادند؟
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از فراموش‌کردن نگرانی‌های گذشته و ترس‌های آینده و تمرکز بر زمان حال صحبت کند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه سی‌ودوم پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید یک فعالیت را شرح دهند که به آن‌ها کمک می‌کند بیشتر بر زمان حال تمرکز داشته باشند، و سپس پیش از جلسه بعدی پیش‌گیری از بازگشت، این فعالیت را انجام دهند.

جلسه اختیاری الف: بررسی وضعیت بیمار

✓ *اهداف جلسه*

- کمک به بیمار برای دریافت یک بررسی اجمالی از مسایل متعددی که در بهبودی با آن روبه‌رو می‌باشد.
- کمک به بیماران برای ایجاد یک الگوی منظم خودپایی

تمرینات

پیش‌گیری از بازگشت اختیاری الف: بررسی وضعیت بیمار

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که بهبودی یک روند فعال است که باید به‌طور فعالانه مدیریت شود.

بهبودی روند پیچیده‌ای است. حفظ پرهیز مهم‌ترین بخش بهبودی است، ولی مسایل زیاد دیگری نیز وجود دارد. هم‌چنان که بیماران در مسیر درمان پیش می‌روند، باید به یاد داشته باشند که زمانی می‌رسد که ساختار جلسات گروهی دیگر وجود ندارد و آن‌ها باید اداره روند پیچیده بهبودی را خود به‌دست بگیرند. بیماران از آغاز درمان ترغیب شده‌اند در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه حضور یابند. زمانی که آن‌ها از درمان خارج می‌شوند، باید همگی در جلسات حضور یافته باشند و از مزایای این جلسات و حمایت و ساختاری که این جلسات ایجاد می‌کنند، بهره‌مند شده باشند.

هم‌چنین بیماران می‌توانند از خانواده و دوستان و کسانی که در برنامه ۱۲ گامی شرکت می‌کنند از حامیان، حمایت دریافت کنند. ولی به هرحال این به عهده بیماران خواهد بود که روزانه تصمیماتی اتخاذ کنند که به بهبودشان تأثیر مثبت داشته باشد و دائماً عملکرد خود در حوزه‌های مختلف بهبودی را بررسی نمایند. برای یک پیش‌گیری از بازگشت موفق بایستی بررسی‌های منظم و فراوانی از طیف گسترده مسایل بهبودی، به عمل آید.

۲. استفاده از اعضای گروه برای یافتن راه‌هایی جهت مؤثرترکردن بهبودی

بیماران باید تشویق شوند از دیگر اعضای گروه الهام بگیرند و توصیه دریافت کنند. وقتی بیماری در حوزه خاصی از بهبودی، عملکرد خوبی‌دارد، باید در مورد این موفقیت صحبت کند تا بقیه گروه تشویق شوند و بتوانند از استراتژی‌ها و رویکرد وی بهره‌مند شوند و آن‌ها را به کار گیرند. بیماران باید به گروه به‌عنوان یک مخزن ایده‌ها و رویکردهای خوب درباره بهبودی نگاه کنند، و بهترین ایده‌ها را بگیرند و آن‌ها را در زندگی خود به کار برند.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین درگروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به‌جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- پیش‌گیری از بازگشت اختیاری الف: بررسی وضعیت بیمار را مرور کنید.
- از بیماران بخواهید صادقانه پیشرفت خود در زمینه‌های مختلف فهرست شده در جزوه را ارزیابی‌کنند. این‌گونه خودآزمایی‌ها باید بخش منظم و مداومی از زندگی بیمار شود، چرا که در حفظ پرهیز کمک بزرگی است.
- از بیماران بپرسید آیا متوجه الگوهای پاسخ‌های خود می‌شوند یا خیر. آیا بعضی جنبه‌های بهبودی برای‌شان آسان‌تر است؟ چرا؟
- از بیماران بخواهید بر حوزه‌هایی که برای‌شان رضایت بخش‌تر است تمرکز کنند. از آن‌ها بخواهید در مورد نظرات خود درباره موفقیت خود در این زمینه‌ها با هم بحث کنند. هر بیمار را تشویق کنید حداقل یک داستان موفقیت‌آمیز، به همراه رویکردی که منجر به این موفقیت شده است، تعریف کند.
- از بیماران بپرسید در مورد حوزه‌هایی که برای‌شان رضایت‌بخش نیست، چه کار می‌توانند بکنند.

- از دستیار بخواهید در مورد این صحبت کند که چگونه شنیدن و به کار گرفتن ایده‌ها و توصیه‌های افراد دیگر در حال بهبودی، به بهبودی وی کمک کرده است.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه درذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه اختیاری الف

از بیماران بخواهید یکی از ایده‌های بحث گروهی که فکر می‌کنند به بهبودشان کمک می‌کند را بنویسند. از آن‌ها بخواهید توضیح دهند که چگونه از این ایده استفاده خواهند کرد و چگونه این ایده به آن‌ها کمک می‌کند.

جلسه اختیاری ب: تعطیلات و بهبودی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک این‌که استرس بیش از حد تعطیلات خطر بازگشت را افزایش می‌دهد
- کمک به بیماران برای ارزیابی‌سطح استرس تعطیلات خود و شناسایی راه‌هایی برای کاهش آن

تمرینات

پیش‌گیری از بازگشت اختیاری ب: تعطیلات و بهبودی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک این‌که تعطیلات، خطرات ویژه‌ای برای افراد در حال بهبودی دارد

مشاور باید این جلسه را پیش از شروع یک تعطیلات بزرگ برگزار نماید. هفته‌های آخر سال و پیش از سال نو ایام دردسرسازی به شمار می‌روند، ولی اعیاد و تعطیلات مذهبی‌دیگر نیز شامل مراسم و جشن‌هایی هستند که باعث افزایش خطر بازگشت می‌شوند. در تعطیلات عوامل استرس‌زای زیادی وجود دارند، از قبیل برنامه‌های سریع و شلوغ، مسافرت و ولخرجی. به علاوه، اغلب مردم در طول تعطیلات عواطف شدیدی را تجربه می‌کنند، چه لذت‌آور و چه افسردگی‌زا. در چنین محیطی، و در مواجهه با برانگیزاننده‌های زیاد، بیماران به سادگی دچار بازگشت می‌شوند.

۲. درک اهمیت برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی برای اجتناب از برانگیزاننده‌ها

بیماران در طول تعطیلات از مسیر منظم بهبودی به دور می‌افتند. ممکن است از خانه دور باشند، زمان فراغت بیشتری داشته باشند، و در حضور در جلسات دچار مشکل شوند. وقتی تعطیلاتی نزدیک است، بیماران باید از خطر آگاه باشند و طرح‌هایی بریزند تا بتوانند از برانگیزاننده‌ها اجتناب کنند. اگر بیماران برنامه‌ریزی فعالیت‌ها را فراموش کرده‌اند یا کنار گذاشته‌اند، وقتی تعطیلات نزدیک می‌شود باید دوباره

این‌کار را شروع کنند. اگر بیماران می‌دانند که در شهر نخواهند بود، باید برای ادامه فعالیت‌های پیش‌گیری از بازگشت برنامه‌ریزی نمایند. چنین کاری می‌تواند شامل یافتن یک گروه ۱۲ گامی در شهری باشد که به آن سفر می‌کنند. برنامه‌ریزی برای صحبت تلفنی با حامیان، اطمینان از برنامه منظم ورزش، یا اختصاص‌دادن زمانی برای تمرکز یا نوشتن از دیگر فعالیت‌های مفید می‌باشد.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر پرکردن تمرین درگروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به‌جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- پیش‌گیری از بازگشت اختیاری ب: تعطیلات و بهبودی را مرور نمایید.
- از بیماران بپرسید آیا تعطیلات برای‌شان ایام پر استرسی هست یا خیر. تعطیلات چگونه بر بهبودی آنان تأثیر خواهد گذاشت.
- از بیماران بپرسید آیا تلاش کرده‌اند در تعطیلات، مثلاً، تعطیلات سال نو، در پرهیز باقی بمانند یا خیر. در طول تعطیلات با چه عوامل استرس‌زای مضاعفی روبه‌رو گشتند؟
- تعطیلات سال نو به‌ویژه می‌تواند برای افراد در حال بهبودی به شدت مشکل‌ساز باشد. در این ایام از افراد انتظار می‌رود جشن بگیرند، مواد مصرف کنند، الکل بنوشند و سال گذشته را ارزیابی‌کنند. تمامی این‌ها می‌تواند برای افراد در حال بهبودی، استرس‌زا باشد. از بیماران بپرسید برای مقابله با استرس مضاعف سال نو چه برنامه‌ای دارند؟
- از بیماران درباره خطرات ویژه تعطیلات سؤال کنید.
- از دستیار بخواهید در مورد تجربه خود از برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی برای حفظ بهبودی در مسیر خود در هنگام تعطیلات صحبت کند.

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم شود چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبودی خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه اختیاری ب

از بیماران بخواهید تعطیلات آینده، یا تعطیلاتی که بیش از همه برای‌شان استرس‌زا می‌باشد را انتخاب و به آن فکر کنند. از آن‌ها بخواهید در مورد چگونگی اجتناب از برانگیزاننده‌ها در طول این دوران، طرحی بنویسند.

جلسه اختیاری ج: فعالیت‌های تفریحی

✓ ***اهداف جلسه***

- کمک به بیماران برای درک اهمیت ایجاد فعالیت‌های جدید در زندگی
- کمک به بیماران برای درک این‌که فعالیت‌های جدید و کارهای قدیمی ممکن است بلافاصله احساس لذت و تفریح ایجاد نکنند

تمرینات

پیش‌گیری از بازگشت اختیاری ج: فعالیت‌های تفریحی

معرفی موضوع (۱۵ دقیقه)

۱. درک نقشی که فعالیت‌ها و سرگرمی‌ها در بهبودی ایفا می‌کنند

فعالیت‌ها و سرگرمی‌ها در طول بهبودی به دلایل زیادی اهمیت دارند. هرگونه علاقه‌ای که بیماران برای خود ایجاد کنند به آن‌ها کمک می‌کند رو به سوی آینده داشته باشند. تمام مفهوم شروع و ادامه یک فعالیت یا سرگرمی در این خلاصه می‌شود که بیماران در روندی قرار گیرند که رو به سوی آینده داشته باشد و پیش چشمان‌شان گشاده شود. بدین‌ترتیب، فعالیت‌هایی که بیماران انتخاب می‌کنند به آن‌ها کمک می‌کند دوباره درگیر زندگی شوند و همکاری خود با بهبودی را نیز افزایش دهند.

ورزش و فعالیت جسمی به بدن و ذهن کمک می‌کند تا بر آثار باقیمانده مصرف مواد غلبه کند، استرس را آزاد نماید و عزت نفس بیمار را تقویت کند. حضور در یک کلاس خاص، عضویت در یک باشگاه یا کار داوطلبانه به بیماران کمک می‌کند با افرادی آشنا شوند که با آن‌ها علایق مشترکی دارند و رابطه صمیمانه بر اساس علایق و فعالیت‌ها ایجاد می‌کند که با مصرف مواد بیگانه است.

۲. یافتن فعالیت‌هایی که محرک و دلپذیر باشند نیاز به صبر و تحمل دارد

وقتی بیماران فعالیت‌های قدیمی را ادامه می‌دهند یا رو به فعالیت‌های جدید می‌آورند، نباید تعجب کنند

اگر در ابتدا این فعالیت‌ها لذت‌بخش نباشد، انگیزه آنان در آغاز یک فعالیت باید تقویت بهبودی باشد. وقتی آن‌ها در فعالیتی درگیر می‌شوند، با گذشت زمان، بیشتر از آن فعالیت لذت خواهد برد. مشاور باید بیماران را تشویق کند به بهبودی به‌عنوان یک فرصت تازه نگاه کنند. اکنون که بیماران دیگر وقت، پول و انرژی خود را صرف مصرف مواد نمی‌کنند، می‌توانند علایق تازه‌ای برای خود بیابند که قبلاً کنارشان گذاشته‌بودند یا برای‌شان دور از دسترس به نظر می‌رسیده است.

جزوه و بحث متمرکز (۴۵ دقیقه)

به بیماران باید وقت داده شود تا پیش از شروع بحث، تمرین را کامل کنند. اگر تکمیل تمرین در گروه برای بیماری مشکل و ناراحت‌کننده است، نباید وی را مجبور به این‌کار کرد. تمرین در اصل محملی برای بحث است. مشاور بیماران را به شکلی هدایت می‌کند که آن‌ها به جای خواندن پاسخ‌های‌شان، تشویق شوند در مورد مسایلی که در تمرین ذکر شده، با هم مکالمه داشته باشند. مشاور باید مطمئن شود که همه بیماران فرصت شرکت در بحث دارند.

- جلسه اختیاری پیش‌گیری از بازگشت ج: فعالیت‌های تفریحی را مرور کنید
- از بیماران بپرسید اکنون که در پرهیز هستند دوست دارند چه فعالیت‌هایی را ادامه دهند. بیماران باید تشویق شوند تا فعالیت‌های زیادی را متصور شوند و توضیح دهند، و به یکدیگر کمک نمایند تا علایق و سرگرمی‌های یکدیگر را پیدا کنند. در اینجا باید این نکته ذکر شود که دوستی‌های شخصی بین اعضای گروه توصیه نمی‌شود. مشاور می‌تواند بیماران را از فعالیت‌های مشترک با افرادی که پرهیز

کوتاه‌تری از آن‌ها داشته‌اند برحذر کند.

- از بیماران درباره سرگرمی‌های لذت‌بخش گذشته آن‌ها سوال کنید. مزایای این فعالیت‌ها چه بوده است؟ چگونه زندگی بیماران را غنی و سرشار می‌کرده‌اند؟
- از بیماران بپرسید آیا فعالیت‌های تازه‌ای شروع کرده‌اند یا سرگرمی‌های قبلی را ادامه داده‌اند یا خیر. این موضوع بر بهبودی آن‌ها چه تأثیری داشته است؟
- از بیماران بپرسید آیا از زمان شروع درمان، ورزش منظم داشته‌اند یا خیر. این موضوع بر بهبودی آن‌ها چه تأثیری داشته است؟
- از دستیار بخواهید در مورد نقش ورزش، علایق و سرگرمی‌ها در بهبودی خود بحث کند. دستیار چگونه از این فعالیت‌ها استفاده کرده تا از برانگیزاننده‌ها اجتناب و از بازگشت پیش‌گیری کند؟

بحث آزاد (۳۰ دقیقه)

مشاور باید هر جنبه‌ای از بحث قبلی را که به‌طور کامل پوشش داده نشده، موضوع بحث قرار دهد. اگرچه برای بیماران صحبت‌کردن از آن‌چه در ذهن‌شان می‌گذرد حایز اهمیت است. مشاور باید مطمئن شود که تمام جنبه‌های موضوع جلسه، پوشش داده شده است.

مشاور باید پنج دقیقه پیش از پایان بحث آزاد از بیماران بخواهد در مورد تجربه انجام‌دادن تکلیف منزل از جلسه قبل، به‌طور خلاصه صحبت کنند. مشاور می‌تواند تصمیم بگیرد که تکلیف بعدی تا چه حد شامل جزئیات بیشتری باشد. هدف از پرسیدن این نیست که معلوم چه کسانی تکلیف‌شان را انجام نداده‌اند، بلکه هدف تشویق بیماران است تا در فاصله بین جلسات بر روی بهبود خود کار کنند و این کار را با گروه به بحث بگذارند.

تکلیف منزل جلسه اختیاری ج پیش‌گیری از بازگشت

از بیماران بخواهید پنج فعالیت تازه که برای پیش‌گیری از بازگشت و اجتناب از برانگیزاننده‌ها انجام داده‌اند یا قصد دارند انجام دهند را فهرست کنند.

گروه حمایت اجتماعی

مقدمه

اهداف گروه حمایت اجتماعی

- ایجاد یک گروه بحث امن که بیماران بتوانند در آن مهارت‌های اجتماعی‌شدن را دوباره تمرین کنند
- ایجاد فرصت برای بیمارانی که در درمان پیشرفت کرده‌اند به‌عنوان مدل آموزشی برای بیمارانی که زمان کمتری از درمان‌شان می‌گذرد
- ترغیب بیماران به گسترش سیاست حمایتی و افزایش ارتباط سالم با کسانی که در جلسات ۱۲ گامی و کمک دوجانبه شرکت دارند
- ایجاد یک محیط گروهی نسبتاً مستقل و با ساختار ضعیف‌تر که به بیماران کمک می‌کند از محیط ساختارمند و کلینیکی جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت به سیستم حمایتی بدون حمایت کلینیکی وارد شوند و نقش فعالتری در حفظ بهبودی خود ایفا کنند

ساختار جلسات و رویکرد مشاوره

بخش حمایت اجتماعی این درمان شامل ۳۶ جلسه‌گروهی است که هفته‌ای یکبار برگزار می‌شود و

۳۶ هفته به طول می‌انجامد.

جلسات گروه حمایت اجتماعی از ۴ هفته آخر درمان فشرده آغاز می‌شود و باعث می‌گردد بیماران پس از اتمام بخش‌های مهم درمان (مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت، آموزش خانواده) هم‌چنان به مدت حدود ۹ ماه به کار گروهی ادامه دهند. بیمارانی که بهبودی پایداری پیدا کرده‌اند و ۱۲ هفته یا بیشتر در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت شرکت داشته‌اند باید در جلسات گروه حمایت اجتماعی حاضر گردند. جلسات گروه حمایت اجتماعی در اصل جلسات بحث و گفت‌وگو می‌باشد. مدت زمان جلسات ۹۰ دقیقه است و تعداد افراد نباید از ۱۰ نفر تجاوز کند، تا هر بیمار فرصت مشارکت داشته باشد.

بیمارانی که در طول جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی یا پیش‌گیری از بازگشت نقش دستیار داشته‌اند دراین جلسات می‌توانند تحت نظارت مشاور، نقش تسهیل‌کننده را به عهده بگیرند. تسهیل‌کنندگان باید از لحاظ ثبات عاطفی، شایستگی عاطفی، شایستگی عقلی و قدرت بهبودی به دقت مورد مطالعه قرار گیرند. آن‌ها باید برای ۶ ماه به‌طور منظم در جلسات حاضر شوند و پیش از جلسات با مشاور گفت‌وگوی کوتاهی داشته باشند تا از موضوع جلسه و مسایل مربوط به بیماران مطلع گردند.

نقش تسهیل‌کننده آن است که کمک کند بحث به خوبی پیش برود تا بیماران از گروه حمایت اجتماعی بیشترین بهره را دریافت کنند. مشاور باید خطوط راهنمایی زیر را برای هدایت بحث با تسهیل‌کننده در میان بگذارد:

- به حرف بیماران گوش دهید، سعی کنید کمک‌شان کنید مقصودشان را واضح بیان کنند، اما برای‌شان سخنرانی نکنید و به سؤالات‌شان پاسخ ندهید.
- اعضای گروه را تشویق کنید یکدیگر را حمایت کنند و بپذیرند.
- بر روی اعضا متمرکز باشید؛ احساس ریاست نکنید و بحث را یکطرفه نکنید.
- اگر بحث از مسیر خود منحرف شده و به نظر می‌رسد هم‌چنان برای همه اعضای گروه مفید است، اجازه دهید این انحراف اندک و کوتاه پیش بیاید.
- اجازه ندهید بیماران شروع به تعریف داستان‌های طولانی مصرف مواد کنند که می‌تواند برای دیگر اعضا برانگیزاننده باشد.
- مطمئن شوید گروه توسط یک یا دو نفر خاص اداره نمی‌شود و هر کسی در گروه وقت صحبت دارد.
- از تعمیم اجتناب کنید و کلی‌نگری نکنید.
- از پرسیدن سؤالاتی که با «چرا» شروع می‌شوند اجتناب کنید (مثلاً سؤال درباره اعمال بیماران و انگیزه‌های آن‌ها)

مشاور جلسه را با خوشامدگویی به بیماران و معرفی موضوع جلسه آغاز می‌کند. سپس مشاور بحثی را آغاز می‌کند که می‌تواند شامل موضوع جلسه، مسایل پرهیز و مشکلاتی که بیماران در ایجاد یک زندگی سالم تجربه می‌کنند باشد. بخش بعدی شامل فهرست تک‌کلمه‌ای موضوعات جلسه‌ها، به همراه سؤالاتی است که مشاور و تسهیل‌کننده برای راه‌انداختن بحث می‌پرسند. اگر مشکلات بالینی وجود داشته باشد که مشاور پیش از پایان جلسه باید از آن‌ها آگاه شود (مثلاً، بیماری اخیراً دچار بازگشت شده باشد یا دچار بحرانی باشد که بهبودی را به مخاطره می‌اندازد)، تسهیل‌کننده باید به مشاور به‌طور خصوصی موضوع را اطلاع دهد. اگر گروه تبدیل به چند گروه کوچکتر شده باشد، مشاور باید ۵ تا ۱۰ دقیقه پیش از

پایان جلسه دوباره گروه را یکدست کند تا مسایل مهم مربوط به موضوع جلسه را دوباره گوشزد نماید و هرگونه مشکل یا مسأله‌ای که در طول بحث پیش آمده است را مورد توجه قرار دهد.

موضوعات گروه حمایت اجتماعی

۳۶ موضوع زیر مفاهیم اصلی بهبودی هستند و باید موضوع اصلی بحث در گروه حمایت اجتماعی باشند. هر موضوعی شامل سؤالاتی است که مشاور و تسهیل‌کننده با پرسیدن آن‌ها می‌توانند بحث را آغاز کنند یا ادامه دهند. در طول بحث، مشاور می‌تواند به اطلاعات ذکر شده در تمرینات یا توصیفات جلسات، ارجاع دهد.

مشاور می‌تواند موضوعاتی را انتخاب کند که در اینجا ذکر نشده باشد، و این بستگی به نوع نیاز بیماران هر گروه دراد. موضوعات ترتیب خاصی ندارند و مشاور می‌تواند به هر نحوی که به نظرش مفیدتر است، موضوعات را عنوان نماید.

✓ *افزایش سن*

۱. نظرتان درباره روند افزایش سن چیست؟ به نظرتان چه جنبه‌های منفی در پیری وجود دارد؟ با بالا رفتن سن، چه مسایل مثبتی اتفاق می‌افتد؟
۲. پیرشدن و بالارفتن سن چه تأثیری بر پرهیز و بهبودی شما دارد؟
۳. آیا اولین بار است که در بهبودی به سر می‌برید؟ اگر خیر، آیا این بار رویکردتان به بهبودی متفاوت بوده است؟
۴. وقتی پیرتر می‌شوید، آیا برای‌تان مهم است که گروه ۱۲ گامی یا کمک دوجانبه‌ای بیابید که از افراد هم‌سن شما تشکیل شده باشد؟
۵. وقتی زمان بیشتری از بهبودتان بگذرد برای حفظ قدرت بهبودی چه خواهید کرد؟

✓ *خشم*

۱. در مورد شیوه مدیریت خشم خود چه نظری دارید؟
۲. وقتی خشم کسی متوجه شما باشد چه احساسی دارید؟
۳. آیا خشم برای‌تان برانگیزاننده بازگشت است؟ چگونه؟
۴. چه استراتژی‌ها یا رفتارهایی به شما برای مقابله با خشم کمک می‌کند؟
۵. وقتی کسی شما را خشمگین کند چگونه از پرخاشگر ـ منفعل (Passive-Aggressive) بودن اجتناب می‌کنید؟

✓ *وابستگی دوجانبه*

۱. مفهوم وابستگی دوجانبه برای‌تان چه معنایی دارد؟
۲. با چه کسانی روابط وابستگی دوجانبه دارید؟
۳. این روابط چه تأثیری بر بهبودی شما دارند؟
۴. در طول بهبودی، برای مقابله با این‌گونه روابط چه تغییراتی ایجاد کرده‌اید؟

✓ *تعهد*

۱. تعهد در بهبودی شما چه مفهومی دارد؟
۲. به چه افراد یا اشیایی در گذشته احساس تعهد کرده‌اید؟ اکنون به چه چیزی متعهد هستید؟
۳. تعهد خانواده و دوستان به بهبودی شما چقدر اهمیت دارد؟
۴. تعهد شما نسبت به دوستان و رفقای درحال بهبودی شما چقدر اهمیت دارد؟
۵. چگونه تعهد خود نسبت به بهبودتان را حفظ خواهید کرد؟

✓ *رفتارهای اجباری*

۱. برای اجتناب از انتقال رفتارهای اعتیادی خود به دیگر رفتارهای اجباری چه کرده‌اید؟

۲. نسبت به کدام رفتارهای اجباری، آسیب‌پذیرید؟
۳. آیا تمام رفتارهای اجباری بد هستند؟
۴. در بهبودی‌بودن چگونه به شما کمک کرده زندگی خود را تحت کنترل بگیرید؟
۵. برای اجتناب از سندرم تخطی از پرهیز چه کار می‌کنید؟

✓ ***کنترل***

۱. چگونه بین چیزهایی که می‌توانیدکنترل کنید و چیزهایی که خارج از کنترل شما هستند، تمیز قایل می‌شوید؟
۲. به چیزهای خارج از کنترل خود چگونه پاسخ می‌دهید؟
۳. حضورتان در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دوجانبه چگونه به شما کمک کرده با این مسایل روبه‌رو شوید؟
۴. برای دست‌یابی به تعادل و آرامش در زندگی چه اعمالی انجام می‌دهید؟
۵. برای حفظ بهبودی و باقی‌ماندن در پرهیز، کدام جنبه‌های زندگی‌تان باید هنوز تغییر کند؟

✓ ***ولع مصرف***

۱. آیا هنوز برای مواد دچار ولع مصرف می‌شوید؟ از زمانی که در بهبودی بوده‌اید ولع مصرف شما چه تغییراتی کرده است؟
۲. آیا احساس می‌کنید بهبودتان به خاطر ولع مصرف به مخاطره افتاده است؟ چرا یا چرا نه؟
۳. چه زمانی از ولع مصرف آگاه می‌شوید؟
۴. برای کاهش ولع مصرف چه تغییراتی ایجاد کرده‌اید؟
۵. برای تحت کنترل داشتن ولع مصرف، چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به کار خواهید برد؟

✓ ***افسردگی***

۱. آیا افسردگی برای‌تان برانگیزاننده است؟ از کجا تشخیص می‌دهید که افسرده شده‌اید؟
۲. از زمانی که در درمان بوده‌اید احساسات افسردگی شما چه تغییراتی کرده است؟
۳. چه افرادی، اتفاقاتی، یا احساساتی باعث افسردگی شما می‌شوند؟
۴. وقتی متوجه افسردگی خود می‌شوید چگونه پاسخ می‌دهید؟
۵. برای اجتناب از افسرده‌شدن چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به شما کمک می‌کند؟ چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به شما کمک می‌کند بر افسردگی غلبه کنید؟

✓ ***عواطف***

۱. آیا عواطف خاصی برای شما حکم برانگیزاننده دارند؟ چه عواطفی؟
۲. روند بهبودی چگونه به شما کمک کرده بیشتر از عواطف خود آگاه باشید؟
۳. با عواطف خطرناک از قبیل تنهایی، خشم و احساس محرومیت چگونه مقابله می‌کنید؟
۴. در طول بهبودی، برای جداکردن عواطف از رفتار چه چیزهایی یاد گرفته‌اید؟
۵. چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به شما کمک می‌کند تعادل عاطفی خود را حفظ کنید؟

✓ ***ترس***

۱. وقتی وارد درمان شدید، از کدام جنبه‌های بهبودی ترس داشتید؟
۲. آیا از زمانی که وارد درمان شدید ترس‌های‌تان نسبت به بهبودی تغییر کرده است؟
۳. چه چیزی به شما کمک کرد از ترس‌های‌تان عبور کنید؟
۴. وقتی به ترک‌کردن روند درمانی فکر می‌کنید چه دغدغه‌های دارید؟
۵. هم‌چنان که بهبودتان پیشرفت می‌کند، از کدام استراتژی‌ها و تکنیک‌ها برای کاهش ترس‌های‌تان

استفاده می‌کنید؟

✓ ***دوستی***

۱. از زمانی که وارد درمان شده‌اید درک‌تان از دوستی چه تغییری کرده است؟
۲. قبل از ورود به درمان، دوستی‌های‌تان بر چه اساسی بود؟
۳. اکنون در یک دوست دنبال چه خصوصیاتی می‌گردید؟
۴. دوست‌بودن برای دیگران چه کمکی به بهبودی شما کرده است؟
۵. برای یافتن دوستان تازه و حمایت‌گر و حفظ دوستی‌های فعلی چه طرحی دارید؟

✓ ***تفریح***

۱. از زمان ورود به درمان فعالیت‌های تفریحی شما چه تغییری کرده است؟
۲. اکنون برای تفریح و کسب آرامش چه می‌کنید؟
۳. با چه کسی یا کسانی تفریح می‌کنید؟
۴. تفریح‌کردن چه نقشی در بهبودی و پرهیز شما دارد؟
۵. چگونه فعالیت‌ها و سرگرمی‌های جدید را وارد زندگی خود می‌کنید؟

✓ ***اندوه***

۱. از اندوه چه تجربیاتی دارید؟
۲. آیا اندوه برای‌تان برانگیزاننده است؟ چگونه؟
۳. از زمان بهبودتان تا کنون روش مقابله شما با اندوه چه تغییری کرده است؟ اکنون با احساسات اندوه چگونه مقابله می‌کنید؟
۴. وقتی احساس اندوه می‌کنید سراغ چه کسی می‌روید؟
۵. برای جلوگیری از تأثیر اندوه بر بهبودتان از چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی استفاده می‌کنید؟

✓ ***گناه***

۱. گناه با شرم چه تفاوتی دارد؟
۲. آیا گناه ممکن است عامل مثبتی در بهبودتان باشد؟ چگونه؟
۳. گناه چگونه می‌تواند بهبودتان را از مسیر خارج کند؟
۴. برای کاهش احساس گناهتان چه کار می‌توانید بکنید؟
۵. پذیرش مسئولیت اعمال گذشته چه نقشی در بهبودتان داشته است؟

✓ ***شادی***

۱. از زمان ورود به درمان، کی خوشحال بوده‌اید؟ چه چیزی خوشحال‌تان کرد؟
۲. از زمان ورود به درمان، چیزهایی که باعث شادی شما می‌شود چه تغییراتی کرده است؟
۳. آیا فکر می‌کنید شادی برای بهبودتان ضروری است؟ چرا یا چرا نه؟
۴. دوستی‌ها چگونه به شما کمک کرده شاد باشید؟
۵. در زمان‌های ناشادبودن، چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به شما کمک می‌کند؟

✓ ***صداقت***

۱. صداقت در پرهیز و بهبودی شما چه اهمیتی دارد؟
۲. در درمان، چگونه یادگرفته‌اید با خودتان صادق باشید؟
۳. در درمان، چگونه یاد گرفته‌اید با دیگران، به‌ویژه خانواده و دوستان صادق باشید؟
۴. صداقت چه ارتباطی به اعتماد به نفس شما دارد؟
۵. برای حفظ صداقت خود در بهبودی، چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به کار خواهید برد؟

✓ ***نزدیکی و صمیمیت***

۱. از زمان بدو ورود به درمان، درک‌تان از نزدیکی چه فرقی کرده است؟

۲. در مورد نزدیکی چه دغدغه‌ها یا ترس‌هایی دارید؟
۳. آیا رابطه جنسی برای‌تان به‌عنوان برانگیزاننده عمل می‌کند؟ چگونه؟
۴. در یک رابطه نزدیک و صمیمی، به دنبال چه خصوصیاتی هستید؟
۵. روابط صمیمانه چگونه از بهبودی شما حمایت می‌کند؟

✓ ***انزوا***

۱. آیا وقت آزاد و تنهابودن برای‌تان برانگیزاننده است؟ چگونه؟
۲. احساس انزوا چگونه به مصرف مواد شما مربوط می‌شود؟
۳. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها چگونه به شما کمک کرده از انزوا دوری کنید؟
۴. حضور در جلسات ۱۲ گامی و کمک دو جانبه چگونه به شما کمک کرده از انزوا دوری کنید؟
۵. چه فعالیت‌هایی قادرید به تنهایی انجام دهید که باعث شود منزوی نشوید؟

✓ ***بهانه‌تراشی‌ها***

۱. نسبت به کدام بهانه‌تراشی‌های بازگشت آسیب‌پذیر هستید؟
۲. کدام عواطف بیشتر سبب می‌شوند برای بازگشت توجیه بتراشید؟
۳. خطرات این طرز فکر که مصرف مواد تحت کنترل شماست، چه می‌باشد؟
۴. باهوش‌بودن چه اهمیتی در حفظ پرهیز و بهبودی شما دارد؟
۵. در درمان، چه استراتژی‌ها و روش‌هایی یادگرفته‌اید تا با بهانه‌تراشی‌های بازگشت مقابله کنید؟

✓ ***پنهان‌کاری***

۱. چگونه از ماسک و نقاب‌های خاصی استفاده می‌کنید تا احساسات خود را بروز ندهید و خود را طور دیگری وانمود کنید؟
۲. در چه شرایطی احساسات خود را پنهان می‌کنید؟
۳. از زمان ورود به درمان، پنهان‌کاری در مورد احساسات‌تان چه تغییری کرده است؟
۵. پنهان‌کردن احساسات واقعی‌تان بر بهبودی شما چه تأثیری دارد؟
۶. صادق‌بودن با خود و دیگران چه اهمیتی در بهبودی شما دارد؟

✓ ***درمانده‌بودن***

۱. چه چیزی باعث می‌شود احساس استیصال کنید؟
۲. احساس درماندگی چه تأثیری بر بهبودتان دارد؟
۳. از زمان ورود به درمان، احساس درماندگی شما چه تغییری کرده است؟
۴. احساس درماندگی چه خطراتی برای بهبودتان ایجاد می‌کند؟
۵. برای این‌که مطمئن باشید احساس درماندگی نمی‌کنید چه کاری می‌توانید بکنید؟

✓ ***صبوربودن***

۱. صبوربودن چگونه به بهبودی شما کمک کرده است؟
۲. چه زمانی صبوربودن برای‌تان مشکل است؟
۳. آیا موقعیت‌هایی هست که در آن‌ها بیش از حد صبور باشید؟ چه موقعیت‌هایی؟ چرا بیش از حد صبوربودن ممکن است بد باشد؟
۴. حضور در جلسات ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه چگونه می‌تواند به شما کمک کرده بیشتر صبور باشید؟
۵. چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی یاد گرفته‌اید که به شما کمک کند بیشتر صبور باشید؟

✓ ***جسمی***

۱. بهبودی شما چگونه به اعتماد به نفس شما مربوط است؟

۲. در طول بهبودی، بدن شما چه تغییراتی کرده است؟
۳. از زمان ورود به درمان چه ورزش‌ها و فعالیت‌های جدیدی را شروع کرده‌اید؟
۴. چگونه سعی کرده‌اید بیشتر مراقب سلامت خود باشید؟
۵. چرا حفظ سلامت برای حفظ بهبودی اهمیت دارد؟

✓ ***بهبودی***

۱. آیا از زمان ورود به درمان، انگیزه شما برای بهبودی تغییر کرده است؟ چگونه؟
۲. تاکنون سخت‌ترین بخش بهبودی برای‌تان کدام بخش بوده است؟ بزرگ‌ترین موفقیت شما چه بوده است؟
۳. در بهبودتان از چه کسی الهام و تشویق دریافت می‌کنید؟
۴. حضور در جلسات ۱۲ گامی و کمک دو جانبه چه کمکی به بهبودی شما کرده است؟
۵. با پیشرفت شما در بهبودی، کدام جنبه‌های بهبودی برای‌تان مهم‌تر از همه می‌شود؟

✓ ***مطرودبودن***

۱. آیا احساس طردشدگی باعث مصرف مواد شما می‌شد؟ چگونه؟
۲. از زمان ورود به درمان شیوه مقابله شما با طردشدن چه تغییری کرده است؟
۳. حمایت خانواده و دوستان چگونه به شما کمک کرده با احساس مطرودبودن مقابله کنید؟
۴. وقتی شروع به عذر خواهی و ترمیم روابط می‌کنید، بعضی افراد ممکن است حاضر نشوند شما را ببخشند. با این احساس طردشدگی چگونه کنار می‌آیید؟
۵. در طول بهبودی، از چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی برای مقابله با طردشدن استفاده می‌کنید؟

✓ ***کسب آرامش***

۱. از زمان ورود به درمان، اعمالی که برای کسب آرامش انجام می‌دادید چه تغییری کرده است؟
۲. آیا استراحت و فراغت برای‌تان برانگیزاننده است؟
۳. چگونه توانسته‌اید کسب آرامش را از مصرف مواد جدا کنید؟
۴. آیا ترجیح می‌دهید به تنهایی کسب آرامش کنید یا با خانواده و دوستان ؟ چرا؟
۵. چگونه از برنامه‌ریزی و جزایر لذت استفاده کرده‌اید تا کسب آرامش کنید و در مسیر بهبودی باقی بمانید؟

✓ ***قوانین***

۱. به قوانین به‌طور کلی چگونه پاسخ می‌دهید؟ با قوانین درمانی چگونه مواجه شده‌اید؟
۲. برای خودتان چه قوانینی می‌گذارید؟
۳. چگونه بین ساختار ناشی از قوانین و نیاز به کسب آرامش و لذت، تعادل ایجاد می‌کنید؟
۴. خطوط راهنمای برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دو جانبه چگونه از پرهیز و بهبودی شما حمایت کرده است؟
۵. در ضمن پیشرفت بهبودتان، چه قوانینی برای‌تان اهمیت بیشتری خواهد داشت؟

✓ ***برنامه‌ریزی***

۱. چگونه از برنامه‌ریزی در طول بهبودتان استفاده کرده‌اید؟ چگونه برنامه‌ریزی از بهبودی شما حمایت کرده است؟
۲. آیا از برنامه‌ریزی به‌صورت دایمی استفاده می‌کنید یا گه‌گاهی؟ چه زمان‌هایی فکر می‌کنید برنامه‌ریزی برای‌تان مفید خواهد بود؟
۳. چه چیزی برنامه‌ریزی را برای‌تان مشکل می‌کند؟
۴. دوستان و خانواده چگونه از برنامه‌ریزی شما

حمایت کرده‌اند؟

۵. آیا فکر می‌کنید بعد از درمان به برنامه‌ریزی ادامه می‌دهید؟ چرا یا چرا نه؟

✓ ***خودخواهی***

۱. خودخواهی چگونه باعث اعتیاد شما می‌شد؟
۲. آیا زمان‌هایی هست که خودخواه‌بودن کار خوبی‌باشد؟ چه زمان‌هایی؟
۳. خودخواهی چگونه ممکن است به بهبودی شما صدمه بزند؟
۴. خانواده و دوستان چگونه به شما کمک کرده‌اند کمتر خودخواه باشید؟ برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک دوجانبه چگونه به شما کمک کرده‌اند کمتر خودخواه باشید؟
۵. آیا فکر می‌کنید زمانی را به تنهایی صرف ورزش، تمرین کسب آرامش، تمرکز، یا نوشتن‌کردن، خودخواهانه است؟ چرا یا چرا نه؟

✓ ***رابطه جنسی***

۱. آیا رابطه جنسی برای‌تان برانگیزاننده است؟ چگونه؟
۲. تفاوت بین رابطه جنسی همراه با صمیمیت و رابطه جنسی تکانشی چیست؟
۳. رابطه جنسی تکانشی چگونه می‌تواند منجر به بازگشت شود؟
۴. رابطه صمیمانه چگونه از بهبودی شما حمایت می‌کند؟
۵. برای ایجاد روابط سالم و صمیمانه در زندگی خود چه کار می‌کنید؟

✓ ***هوش***

۱. چرا نیروی اراده به تنهایی برای حفظ پرهیز و بهبودی کافی نیست؟
۲. باهوش‌بودن چگونه بخشی از بهبودی قدرتمند است؟
۳. پیش‌بینی موقعیت‌هایی که ممکن بود در آن‌ها دچار بازگشت شوید چگونه به شما کمک کرده پرهیز و بهبودی خود را حفظ کنید؟
۴. چه زمانی سعی کرده‌اید به‌جای با هوش‌بودن، قوی باشید؟ نتایج آن چه بوده است؟
۵. در ادامه بهبودی خود از چه استراتژی‌ها و تکنیک-هایی استفاده می‌کنید تا باهوش باشید؟

✓ ***معنویت***

۱. معنویت را چگونه تعریف می‌کنید؟ آیا تعریف شما بعد از حضور در درمان تغییری کرده است؟
۲. چرا حضور یک بخش معنوی در بهبودی شما اهمیت دارد؟
۳. حضور در جلسات ۱۲ گامی و کمک دو جانبه چگونه به شما کمک کرده پرهیز بهبودی خود را حفظ کنید؟
۴. در انتخاب یک گروه ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه چه خصوصیاتی برای‌تان اهمیت دارد؟
۵. جدای از حضور در جلسات، در طول بهبودی چه بخش معنوی دیگری را به زندگی خود وارد کرده-اید؟ آیا این اعمال را ادامه خواهید داد؟

✓ ***توقف فکر***

۱. توقف فکر چگونه به شما کمک کرده با ولع مصرف مقابله کنید؟ چند مثال بزنید.
۲. کدام تکنیک‌های توقف فکر برای‌تان مؤثرتر است؟ چرا؟
۳. وقتی از تکنیک‌های توقف فکر استفاده می‌کنید چه چیزی در ذهن‌تان مجسم می‌کنید؟
۴. آیا فکر می‌کنید اکنون نسبت به زمان ورود به درمان بهتر افکار خود را تحت کنترل دارید؟ چرا یا چرا نه؟
۵. بعد از درمان، توقف فکر چه نقشی در بهبودی شما خواهد داشت؟

✓ ***برانگیزاننده‌ها***

۱. زندگی روزانه خود با کدام برانگیزاننده‌ها هم‌چنان روبه‌رو می‌شوید؟
۲. آیا برانگیزاننده‌ای هست که نتوانید از آن اجتناب کنید؟ این برانگیزاننده‌ها چگونه مقابله می‌کنید؟
۳. فهرست‌بندی برانگیزاننده‌های خارجی و درونی چگونه به بهبودی شما کمک کرده است؟
۴. خانواده و دوستان چگونه به شما کمک کرده‌اند با برانگیزاننده‌ها مقابله کنید؟
۵. کدام استراتژی‌ها و تکنیک‌ها به شما کمک کرده مانع از تبدیل برانگیزاننده به ولع مصرف شوید؟

✓ ***اعتماد***

۱. فقدان اعتماد چگونه به روابط شما در زندگی آسیب رسانده است؟
۲. این‌که دوستان، خانواده و دیگران بتوانند به شما اعتماد کنند در بهبودی شما چه اهمیتی دارد؟
۳. علاوه بر حفظ پرهیز، برای بازگرداندن اعتماد افراد چه کار می‌توانید بکنید؟
۴. اگر مردم به سختی به شما اعتماد کنند که در بهبودی و در پرهیز هستید، چگونه پاسخ می‌دهید؟ اگر اعتماد به بعضی روابط هیچ‌گاه بازنگردد چه خواهید کرد؟
۵. اعتمادکردن به دوستان اعضای گروه‌تان و اعضای گروه ۱۲ گامی یا کمک دو جانبه، چه کمکی به بهبودی شما کرده است؟

✓ ***کار***

۱. زندگی کاری شما چگونه بر بهبودتان تأثیر داشته است؟ آیا تأثیرش مثبت بوده است؟ تأثیرات منفی؟
۲. برای حفظ تعادل بین کار و بهبودی چه کرده‌اید؟ آیا موفق بوده‌اید؟
۳. با پیشرفت شما در بهبودی، تعادل بین کار و بهبودتان چه تفاوتی کرده است؟
۴. آیا به فکر ترک شغل خود افتاده‌اید؟ مشکلات بالقوه چنین کاری چیست؟ مزایای آن چیست؟
۵. غیر از پول، چه چیز دیگری در کارتان برای‌تان جذاب است؟

پیوست‌ها

فرم طرح درمان

نام و نام خانوادگی: کد بیمار: کلینیک:

تاریخ مراجعه: تاریخ طرح درمان: تاریخ پذیرش:

بیان مشکل:	تاریخ:

هدف یا اهداف کلی

اهداف جزیی (objectives)	معیار ترخیص (D/C Criteria)

زمان حل مشکل Resolution Date	زمان منظورشده Target Date	کد خدمات Service codes	مداخلات Interventions

شرکت بیمار در طراحی فرایند درمان (Participation in the Treatment Plannig Process)

شرکت سایرین در طراحی فرایند درمان (Participation of Others in the Treatment Plannig Process)

ملاحظات:

امضای درمان‌گر: امضای پزشک مسئول درمانگاه:

تاریخ: تاریخ:

امضای بیمار: امضای همراه:

تاریخ: تاریخ:

بررسی انگیزه

نام و نام خانوادگی: **تاریخ:**

توضیح: هر عبارت، احساس درونی شما را در یک مورد خاص بیان می‌کند. عددهایی که در جدول کوچک زیرآمده است، نشان‌دهنده میزان موافقت یا عدم موافقت شما با هر عبارت است. پس از خواندن هر عبارت، یکی از خانه‌های روبه‌روی آن را با علامت × پرکنید. اطلاعات این پرسش‌نامه به‌صورت محرمانه در پرونده شما محفوظ خواهد بود.

شماره	شرح سؤال	کاملاً مخالف		نسبتاً مخالف		نسبتاً موافق		کاملاً موافق
	نمره	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	فکر می‌کنم مصرف مواد برای من مشکل ایجاد کرده است.	□	□	□	□	□	□	□
۲	برای مشکل مصرف مواد خود، نیاز به کمک دارم.	□	□	□	□	□	□	□
۳	زمان و شرایط لازم را برای شرکت در برنامه درمانی ندارم.	□	□	□	□	□	□	□
۴	مشکلات مصرف مواد برای من، بیشتر از لذت مصرف آن شده است.	□	□	□	□	□	□	□
۵	اگر الان، مصرف مواد را کنار نگذارم ممکن است به زندان بیفتم.	□	□	□	□	□	□	□
۶	مصرف مواد، مشکلات قانونی برای من به وجود آورده است.	□	□	□	□	□	□	□
۷	فکر می‌کنم این برنامه درمانی برای من لازم است.	□	□	□	□	□	□	□
۸	مصرف مواد باعث شده است دیگر نتوانم خوب فکر کنم یا کارهایم را درست انجام دهم.	□	□	□	□	□	□	□
۹	فکر می‌کنم برای ترک مواد، نیاز به کمک فوری دارم.	□	□	□	□	□	□	□
۱۰	فکر می‌کنم ماندن در برنامه درمانی، برای من خیلی سخت است.	□	□	□	□	□	□	□
۱۱	فکر می‌کنم هرطور شده است باید در درمان شرکت کنم.	□	□	□	□	□	□	□
۱۲	فکر می‌کنم مصرف مواد برای خانواده و دوستانم، مشکل درست کرده است.	□	□	□	□	□	□	□

۱۳	فکر می‌کنم این برنامه درمانی، آخرین فرصت من برای ترک مصرف مواد است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۴	مشکلات حاصل از مصرف مواد، دیگر خسته‌ام کرده است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۵	فکر می‌کنم این برنامه درمانی نمی‌تواند به من کمک خاصی بکند.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۶	مصرف مواد باعث شده نتوانم شغلی پیدا کنم (و یا باعث شده شغلم را از دست بدهم).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۷	چون مشکلات قانونی پیدا کرده‌ام، می‌خواهم مواد را ترک کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۸	می‌خواهم برای مدتی، دیگر مواد مصرف نکنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۹	اگر لازم باشد حتی حاضرم دوستان خود را رها کرده و وقت خود راصرف ترک مواد کنم	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۰	فکر می‌کنم به تنهایی نیز می‌توانم مصرف مواد را ترک کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۱	فکر می‌کنم مصرف مواد، سلامتی من را به خطر انداخته است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۲	من به خاطر شخص دیگری در این برنامه درمانی شرکت کرده‌ام.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۳	درباره مشکلات قانونی که مصرف مواد ممکن است برایم ایجاد کند، نگران هستم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۴	به علت مصرف مواد، حالا دیگر توانایی اداره زندگی خود را ندارم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۵	فکرمی کنم مصرف مواد، زندگی‌ام را بدترمی کند.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۶	فکر می‌کنم این برنامه درمانی می‌تواند به من کمک کند.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۷	می‌خواهم در برنامه درمانی ترک مواد شرکت کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۸	اگر مصرف مواد را کنار نگذارم ممکن است بمیرم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۹	می‌خواهم زندگی‌ام را سر و سامان بدهم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳۰	افراد خانواده‌ام از من می‌خواهند مصرف مواد را ترک کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۱	دیگر نمی‌توانم هزینه تهیه مواد را فراهم کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۲	به خاطر ناراحتی اطرافیانم، می‌خواهم مصرف مواد را کنار بگذارم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۳	مطمئن هستم دوباره به سمت مصرف مواد نمی‌روم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۴	فکر می‌کنم درد و علایم بدنی ترک مواد آن‌قدر شدید است که نمی‌توانم مواد را ترک کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۵	به نظر من مصرف مواد، از نظر شرعی گناه محسوب می‌شود.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۶	مصرف مواد باعث شده است دیگران به چشم یک مجرم به من نگاه کنند.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۷	تصوراین‌که می‌توانم از مصرف مواد رها شوم لذت‌بخش است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۸	مصرف مواد، من را از زندگی عقب انداخته است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۹	مصرف مواد بر موقعیت اجتماعی من، تأثیر منفی نداشته است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۰	گاهی به یاد لذت مصرف مواد می‌افتم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۱	مصرف مواد من برای اطرافیانم غیرقابل قبول است.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۲	درد و علایم بدنی ترک مواد را می‌توانم تحمل کنم.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

نمره نهایی:

قرارداد رفتاری		
نام و نام خانوادگی:	**قرارداد شماره.....**	**تاریخ.....**

موضوع قرارداد:

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

۶-

امضاء درمان‌گر: **امضاء مراجع:**

یادداشت پیشرفت روند درمان

نام بیمار:
نام درمان‌گر:
شماره جلسه:

مقدار ماده محرک مصرف شده از جلسه گذشته تاکنون:

مقدار سایر مواد مصرف شده از جلسه گذشته تاکنون:

نتیجه آزمایش ادرار مورخه / / :
پیروی از تکالیف و ارزیابی‌ها:
پیروی از دادن نمونه ادرار هفتگی:
مشکلات/ دغدغه‌های گفته شده توسط بیمار:

موضوعات پوشش داده شده در جلسه:

تاریخ جلسه برنامه‌ریزی‌شده آینده:

امضای مشاور

تعادل تصمیم

	فواید، مزایا	مضرات، خسارت
مصرف مواد		
عدم مصرف مواد		

BDI-II

نام و نام خانوادگی: سن: جنس:

تاریخ: شغل: تحصیلات: شماره بیمار:

دستورالعمل: این پرسش‌نامه حاوی ۲۱ گروه جملات است. لطفاً هر گروه از جملات را به دقت بخوانید. سپس در هر گروه از جملات یک جمله را انتخاب کنید که بهتر از همه گویای احساسات شما طی دو هفته گذشته تا به همین روز است. دور شماره کنار جمله‌ای که انتخاب کرده‌اید یک دایره بکشید. اگر به نظرتان می‌رسد که در یک گروه از جملات، چند جمله به یک اندازه در مورد شما صدق می‌کند، دور شماره‌ای را که از همه بالاتر است دایره بکشید. دقت کنید که در هیچ گروه از جملات بیشتر از یک جمله را انتخاب نکنید.

۱) غمگینی	
۰ من احساس غمگینی نمی‌کنم.	☐
۱ من خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم.	☐
۲ من همیشه غمگین هستم.	☐
۳ من به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم تحمل کنم.	☐
۲) بدبینی	
۰ من نسبت به آینده دلسرد نیستم.	☐
۱ من بیشتر از گذشته نسبت به آینده دلسرد هستم.	☐
۲ من انتظار ندارم اوضاع بر وفق مرادم باشد.	☐
۳ من احساس می‌کنم برای من امیدی به آینده نیست و اوضاع فقط بدتر می‌شود.	☐
۳) شکست گذشته	
۰ من احساس نمی‌کنم که فردی شکست‌خورده هستم.	☐
۱ من بیشتر از آن‌چه که باید شکست خورده‌ام.	☐
۲ وقتی به گذشته می‌نگرم، شکست‌های زیادی را می‌بینم.	☐
۳ من احساس می‌کنم به‌عنوان یک انسان، یک شکست‌خورده تمام عیار هستم.	☐
۴) لذت‌نبردن	
۰ من به اندازه گذشته از زندگی لذت می‌برم.	☐
۱ من به اندازه گذشته از زندگی لذت نمی‌برم.	☐
۲ من از آن‌چه که قبلاً از آن‌ها لذت می‌بردم خیلی کم لذت می‌برم.	☐
۳ من اصلاً نمی‌توانم از چیزهایی که قبلاً از آن‌ها لذت می‌بردم هیچ لذتی ببرم.	☐
۵) احساس گناه	
۰ من به‌طور خاصی احساس گناه نمی‌کنم.	☐
۱ من در مورد خیلی چیزهایی که انجام داده‌ام و باید انجام می‌داده‌ام، احساس گناه می‌کنم.	☐

۲ من اغلب اوقات کاملا احساس گناه می‌کنم.	☐
۳ من همواره احساس گناه می‌کنم.	☐
۶) احساس تنبیه	
۰ من احساس نمی‌کنم که دارم تنبیه می‌شوم.	☐
۱ من احساس می‌کنم که شاید تنبیه شده‌ام.	☐
۲ من انتظار تنبیه‌شدن را دارم.	☐
۳ من احساس می‌کنم که دارم تنبیه می‌شوم.	☐
۷) دوست‌نداشتن خویش	
۰ من همان احساسی را درباره خودم دارم که همیشه داشته‌ام.	☐
۱ من اعتماد به نفسم را از دست داده‌ام.	☐
۲ من از خودم مایوس شده‌ام.	☐
۳ من خودم از خودم بدم می‌آید.	☐
۸) خودانتقادی	
۰ من بیشتر از حد معمول از خودم انتقاد نمی‌کنم یا خودم را مقصر نمی‌دانم.	☐
۱ من بیشتر از گذشته از خودم انتقاد می‌کنم.	☐
۲ من به خاطر تمامی اشتباهاتم از خودم انتقاد می‌کنم.	☐
۳ من خودم را برای هر چیز بدی که اتفاق بیافتد مقصر می‌دانم.	☐
۹) افکار خودکشی یا تمایل به خودکشی	
۰ من هیچ نوع فکری در مورد کشتن خودم ندارم.	☐
۱ من به کشتن خودم فکر کرده‌ام ولی این کار را نمی‌کنم.	☐
۲ من دلم می‌خواهد خودم را بکشم.	☐
۳ اگر این امکان را داشتم خودم را می‌کشتم.	☐
۱۰) گریه‌کردن	
۰ من بیشتر از گذشته گریه نمی‌کنم.	☐
۱ من بیشتر از گذشته گریه می‌کنم.	☐
۲ من به خاطر هر چیز کوچکی گریه می‌کنم.	☐
۳ من دلم می‌خواهد گریه کنم ولی نمی‌توانم.	☐
۱۱) بی‌قراری	
۰ من بیشتر از حد معمول بی‌قرار و تحریک‌پذیر نیستم.	☐
۱ من بیشتر از حد معمول احساس بی‌قراری می‌کنم و تحریک‌پذیر شده‌ام.	☐
۲ من به قدری بی‌قرار و ناآرام هستم که نمی‌توانم آرام باقی بمانم.	☐
۳ من به قدری بی‌قرار و ناآرام هستم که باید دائماً یا حرکت کنم یا به کاری مشغول باشم.	☐

۱۲) از دست‌دادن علاقه

۰ من علاقه‌ام را به سایر آدم‌ها یا فعالیت‌ها از دست نداده‌ام. ☐

۱ من در مقایسه با قبل، کمتر به سایر آدم‌ها یا چیزها علاقمندم. ☐

۲ من بیشتر علاقه‌ام را نسبت به سایر آدم‌ها یا چیزها از دست داده‌ام. ☐

۳ علاقمندشدن به هر چیزی برایم دشوار است. ☐

۱۳) بی‌تصمیمی

۰ من تقریباً به خوبی‌گذشته تصمیم‌گیری می‌کنم. ☐

۱ به نظرم می‌رسد که تصمیم‌گیری برایم مشکل‌تر از حد معمول است. ☐

۲ من در تصمیم‌گیری بیشتر از گذشته مشکل دارم. ☐

۳ من در گرفتن هر نوع تصمیمی مشکل دارم. ☐

۱۴) بی‌ارزشی

۰ من احساس نمی‌کنم که بی‌ارزش هستم. ☐

۱ من خودم را به اندازه گذشته ارزشمند و مفید نمی‌بینم. ☐

۲ من احساس می‌کنم در مقایسه با سایر آدم‌ها کم ارزش‌تر هستم. ☐

۳ من بی‌نهایت احساس بی‌ارزشی می‌کنم. ☐

۱۵) از دست‌دادن انرژی

۰ من به اندازه گذشته انرژی دارم. ☐

۱ من کمتر از گذشته انرژی دارم. ☐

۲ من به آن اندازه انرژی ندارم که خیلی کار کنم. ☐

۳ آن قدر بی‌انرژی هستم که نمی‌توانم هیچ کاری انجام دهم. ☐

۱۶) تغییر در الگوی خواب

۰ من هیچ تغییری در سبک خوابیدنم تجربه نکرده‌ام. ☐

۱ من تا حدودی بیشتر از حد معمول می‌خوابم./ من تا حدودی کمتر از حد معمول می‌خوابم. ☐

۲ من خیلی بیشتر از حد معمول می‌خوابم./ من خیلی کمتر از حد معمول می‌خوابم. ☐

۳ من بیشتر اوقات روز را می‌خوابم./ من یکی الی دو ساعت زودتر بیدار می‌شوم و نمی‌توانم مجدداً بخوابم. ☐

۱۷) تحریک‌پذیری

۰ من بیشتر از حد معمول تحریک‌پذیر نیستم. ☐

۱ من بیشتر از حد معمول تحریک‌پذیر هستم. ☐

۲ من به مراتب بیش از حد معمول تحریک‌پذیر هستم. ☐

۳ من تمام مدت تحریک‌پذیر هستم. ☐

۱۸) تغییر در اشتها

۰ من هیچ تغییری در اشتهایم تجربه نمی‌کنم. ☐

۱ اشتهای من تا حدودی کمتر از حد معمول است./ اشتهای من تا حدودی بیشتر از حد معمول است. ☐

۲ اشتهای من به مراتب کمتر از گذشته است./ اشتهای من بیشتر از حد معمول است. ☐

۳ من اصلاً اشتها ندارم./ من همیشه اشتها به غذا دارم. ☐

۱۹) اشکال در تمرکز

۰ من می‌توانم به خوبی‌گذشته تمرکز داشته باشم. ☐

۱ من نمی‌نوانم به خوبی‌گذشته تمرکز داشته باشم. ☐

۲ خیلی سخت است که فکرم را روی هر چیزی به مدت طولانی متمرکز کنم. ☐

۳ من متوجه شده‌ام که نمی‌توانم روی هر چیزی تمرکز کنم. ☐

۲۰) خستگی یا کسالت

۰ من بیشتر از حد معمول خسته یا کسل نیستم. ☐

۱ زودتر و بیشتر از حد معمول خسته یا کسل می‌شوم. ☐

۳ من به قدری خسته یا کسل می‌شوم که نمی‌توانم بسیاری از کارهایی را که قبلاً می‌کردم انجام دهم. ☐

۳ من به قدری خسته یا کسل می‌شوم که نمی‌توانم اغلب کارهایی را که قبلاً می‌کردم، انجام دهم. ☐

۲۱) از دست‌دادن علاقه جنسی

۰ من متوجه تغییر تازه‌ای در علاقه جنسی‌ام نشده‌ام. ☐

۱ من کمتر از گذشته به امور جنسی علاقه دارم. ☐

۲ من در حال حاضر به مراتب کمتر به امور جنسی علاقه دارم. ☐

۳ من علاقه جنسی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام. ☐

پرسش‌نامه غربال‌گری مواد

نام و نام خانوادگی:

تاریخ: مرکز درمانی

سؤالات زیر از شما راجع به مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته می‌پرسد. اصطلاح «مصرف مواد» اشاره به مصرف هرگونه مواد است که به منظور رسیدن به نشئگی، احساس خوب یا رفع هر گونه ناخوشی است. دور هر یک از پاسخ «بلی» یا «خیر» بر اساس تجربه خود در ۱۲ ماه گذشته دایره بکشید.

شماره	سؤال	بلی	خیر
۱	آیا مصرف مواد بر توانایی شما در برعهده گرفتن مسئولیت‌های‌تان اثر می‌گذارد (نظیر مدرسه، خانه‌داری و کار و شغل) ؟	□	□
۲	آیا در موقعیت‌هایی که می‌توانست آسیب یا صدمه جسمی در پیش داشته باشد مواد مصرف کرده‌اید؟ (رانندگی یا کار با دستگاه‌های خطرناک در حالت نشئگی و ...)	□	□
۳	آیا سابقه مشکلات قانونی، حقوقی در خصوص مواد داشته‌اید؟	□	□
۴	آیا در صورت رویارویی با مشکلاتی مانند مشکل با خانواده، دوستان یا سایر مردم، مصرف مواد را ادامه می‌دهید؟	□	□
۵	آیا برای رسیدن به میزان اثربخشی مواد به حد سابق، مقدار مصرف مواد را خود افزایش داده‌اید؟	□	□
۶	آیا تا کنون علایم محرومیت از مواد (حالت خماری) را تجربه و برای رفع آن مواد مصرف کرده‌اید؟	□	□
۷	آیا تاکنون بیش از مقدار مورد نظر مصرف مواد داشته‌اید؟	□	□
۸	آیا تاکنون تلاش ناموفق در توقف یا قطع مصرف مواد داشته‌اید؟	□	□
۹	آیا برای تهیه، مصرف و حل و فصل اثرات مصرف مدت زمان قابل توجهی صرف می‌کنید؟	□	□
۱۰	آیا از بعضی فعالیت‌های مهم به خاطر مصرف مواد چشم‌پوشی می‌کنید؟	□	□
۱۱	آیا با علم به این‌که مصرف مواد می‌تواند منجر به مشکلات و بیماری جسمی یا آشفتگی روحی روانی شود مصرف آن را ادامه دادید؟	□	□

علایم اخطار بازگشت به مصرف مواد

شماره	نشانه‌های اخطاردهنده	+	چه خواهم کرد؟
۱	دلواپسی درباره سلامت و خوشبختی		
۲	انکار		
۳	تعهد تسلیم‌ناپذیر به پاکی		
۴	تلاش اجبارگون برای تحمیل ترک به دیگران		
۵	حالت دفاعی		
۶	رفتارهای اجبارگون		

۷	تنهایی
۸	دید تونلی
۹	افسردگی خفیف
۱۰	نداشتن برنامه سازنده
۱۱	شکست در شروع برنامه‌ها
۱۲	رویاهای بلا استفاده و آرزوهای غیر عملی
۱۳	احساس این‌که هیچ چیز حل نخواهد شد.
۱۴	آرزوی خام برای خوشحالی
۱۵	دوره‌های گیجی
۱۶	عامل تحریک با دوستان
۱۷	به راحتی خشمگین‌شدن
۱۸	الگوی تغذیه نامنظم
۱۹	بی‌حال و کم‌حوصله، بی‌دل و دماغ
۲۰	الگوی خواب نا منظم
۲۱	عدم ساختار و برنامه روزانه/ پیشرونده
۲۲	دوره‌های افسردگی عمیق
۲۳	شرکت نامنظم در گروه و درمان‌ها
۲۴	دارابودن نگرش « برایم مهم نیست»
۲۵	رد واضح کمک
۲۶	نارضایتی از زندگی
۲۷	احساس درماندگی، بیچارگی و بی‌قدرتی
۲۸	احساس ترحم برای خود
۲۹	افکار مصرف گه‌گاهی یا بی‌ضرر مواد
۳۰	دروغ‌های مصلحتی
۳۱	از دست‌دادن کامل اعتماد به نفس
۳۲	رنجش یا دلخوری بی‌دلیل
۳۳	عدم پی‌گیری و ادامه درمان
۳۴	تنهایی، ناکامی، خشم و تنش بیش از حد
۳۵	شروع به مصرف کنترل شده مواد
۳۶	از دست‌دادن کنترل
۳۷	رفتار تکانشی

پرسش‌نامه اعتماد به خود در موقعیت‌های مختلف

نام و نام خانوادگی:

تاریخ: مرکز درمانی

من قادر خواهم بود در مقابل میل و وسوسه مصرف مواد مقاومت کنم

شماره	شرح	عدم اعتماد ۰	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	اعتماد کامل ۱۰۰
۱	اگر با دوستانم باشم و آن‌ها مشغول مصرف مواد باشند.	□	□	□	□	□	□
۲	اگر با دوستانم بیرون باشم و بخواهیم خوش باشیم.	□	□	□	□	□	□
۳	اگر درد یا ناخوشی جسمی و بدنی داشته باشم.	□	□	□	□	□	□
۴	اگر به خانه کسی دعوت شوم و او به من تعارف کند.	□	□	□	□	□	□
۵	اگر به این فکر کنم که یکبار مصرف مواد مشکل و آسیبی نخواهد رساند.	□	□	□	□	□	□
۶	اگر یکی از نزدیکانم را در رنج و عذاب ببینم.	□	□	□	□	□	□
۷	اگر احساس کنم در زندگی به همه چیز رسیدم.	□	□	□	□	□	□
۸	اگر احساس کنم بعد از پاکی آدم جدیدی شدم و می‌توانم گه‌گاه مصرف کنم.	□	□	□	□	□	□
۹	اگر به‌طور تصادفی مصرف یکبار مواد حال مرا بهتر کرد.	□	□	□	□	□	□
۱۰	اگر به این نتیجه برسم که جایی برای برگشتن ندارم.	□	□	□	□	□	□
۱۱	اگر در موقعیتی باشم که همیشه در آن مصرف می‌کردم.	□	□	□	□	□	□
۱۲	اگر در خانه جنگ و دعوا باشد.	□	□	□	□	□	□
۱۳	اگر بخواهم مراسمی مانند تولد، عروسی، عید یا ... را جشن بگیرم.	□	□	□	□	□	□
۱۴	اگر احساس کنم در برقراری رابطه جنسی توان مرا افزایش می‌دهد.	□	□	□	□	□	□
۱۵	اگر تحت فشار زیاد از طرف اطرافیان مخصوصاً خانواده باشم.	□	□	□	□	□	□
۱۶	اگر بخواهم بعد از ترکم قدرت اراده خود را با توقف مصرف بعد از یک یا دو با مصرف نشان دهم.	□	□	□	□	□	□
۱۷	اگر همه چیز برای من بد یا نادرست پیش برود.	□	□	□	□	□	□
۱۸	اگر کسی به‌عنوان بدهی یا پرداخت به من مواد بدهد.	□	□	□	□	□	□
۱۹	اگر کسی در همان اتاقی که من هستم مصرف کند.	□	□	□	□	□	□
۲۰	اگر دچار گرفتگی یا تنش جسمی شوم.	□	□	□	□	□	□
۲۱	اگر اتفاق خوبی‌رخ دهد و بخواهم آن را جشن بگیرم.	□	□	□	□	□	□
۲۲	اگر بخواهم با دوستان و آشنایان جشنی بر پا کنم.	□	□	□	□	□	□

MAUDSLEY ADDICTION PROFILE (MAP)
نیمرخ اعتیاد مادزلی

بخش الف: اطلاعات فردی

نام و نام خانوادگی: درمانگاه:

مطالعه: تاریخ شمسی: تاریخ میلادی:

ساعت شروع: ساعت خاتمه: مصاحبه‌گر:

بخش ب: مصرف مواد

کارت ۱					
هیچ	فقط ۱ روز	فقط ۲ روز	فقط ۳ روز	۱ روز در هفته	۲ روز در هفته
۰	۱	۲	۳	۴	۹
۳ روز در هفته	۴ روز در هفته	۵ روز در هفته	۶ روز در هفته	هر روز	سایر
۱۳	۱۷	۲۱	۲۶	۳۰	

کارت ۲				
خوراکی	استنشاقی	تدخین	تزریق داخل رگ	تزریق داخل عضله
۱	۲	۳	۴	۹

ماده مصرفی	روزهای مصرف (طی ۳۰ روز گذشته) (کارت ۱)	مقدار مصرف در یک روز معمولی	روش مصرف (کارت ۲)
ب ۱. الکل			
ب ۲. هروئین			
ب ۳. تریاک			
ب ۴. متادون غیر قانونی			
ب ۵. بنزودیازپین غیر قانونی		نام دارو:	
ب ۶. کوکائین			
ب ۷. موادآمفتامینی (شامل شیشه)			
ب ۸. کانابیس (حشیش)			
ب ۹. سایر مواد (مشخص کنید)			
سایر:			
سایر:			

بخش ج: رفتار خطرناک

اگر در طی ۳۰ روز گذشته تزریق مواد نداشتید به سؤالات رفتار جنسی رجوع کنید.

ج ۱. تعداد روزهای تزریق مواد طی ۳۰ روز گذشته (کارت ۱)	..... روز
ج ۲. دفعات تزریق در یک روز معمول در طی ۳۰ روز گذشته	..... مرتبه

ج ۳. دفعات تزریق در روز با سرنگی که توسط شخص دیگر مورد مصرف قرار گرفته باشد.	..... مرتبه

اگر در ۳۰ روز گذشته رابطه جنسی کامل (منجر به دخول) نداشتید به قسمت «د» رجوع کنید

ج ۴. تعداد افرادی که بدون استفاده از کاندوم با آن‌ها رابطه جنسی داشتید.	..... نفر
ج ۵. تعداد دفعاتی که بدون استفاده از کاندوم رابطه جنسی داشتید.	..... مرتبه

بخش د: علایم سلامتی

د ۱. کدام‌یک از علایم سلامت جسمی ذیل را اغلب تجربه کرده‌اید.

	هیچ‌وقت (۰)	به‌ندرت (۱)	گاهی اوقات (۲)	اغلب (۳)	همیشه (۴)
الف) اشتهای کم / بی‌اشتهایی					
ب) خستگی/ ضعف					
ج) تهوع (احساس حال به هم خوردگی)					
د) درد معده					
هـ) اشکال در تنفس					
و) درد قفسه سینه					
ز) درد مفاصل/ استخوان					
ح) درد عضلات					
ت) کرخی/ مورمورشدن					
ی) لرز/ لرزش اندام					

د ۲. کدام‌یک از علایم عاطفی و روان‌شناختی ذیل را اغلب تجربه کردید.

	هیچ‌وقت (۰)	به‌ندرت (۱)	گاهی اوقات (۲)	اغلب (۳)	همیشه (۴)
الف) احساس تنش					
ب) هراس ناگهانی و بدون دلیل					
ج) احساس ترس					
د) عصبانیت و لرزیدن از درون					
هـ) حمله وحشت و آسیمگی					
و) احساس ناامیدی درباره آینده					
ز) احساس بی‌ارزشی					
ح) احساس بی‌علاقگی به همه چیز					
ت) احساس تنهایی					
ی) افکار مربوط به پایان‌دادن به زندگی					
ک) توهم و هذیان					

بخش ه: عملکرد فردی/ اجتماعی

اگر در ۳۰ روز گذشته هیچ‌گونه ارتباطی نداشتید به سؤالات بستگان رجوع کنید.

ه ۱. تعداد روزهایی که در طی ۳۰ روز گذشته با شریک (همسر) تماس گرفتید (نظیر مکالمه یا تماس تلفنی) (کارت ۱).	..... روز
ه ۲. تعداد روزهایی که با شریک (همسر) در تعارض یا درگیری بودید (نظیر داشتن بحث جدی).	..... روز

اگر بستگانی ندارید یا با هیچ‌یک از آن‌ها در طی ۳۰ روز گذشته تماس نداشتید به سؤالات دوستان مراجعه کنید.

ه ۳. تعداد روزهایی که در طی ۳۰ روز گذشته با بستگان تماس گرفتید (نظیر مکالمه یا تماس تلفنی) (کارت ۱)	..... روز
ه ۴. تعداد روزهایی که با بستگان در تعارض یا درگیری بودید (نظیر داشتن بحث جدی)	..... روز

اگر دوستی ندارید یا با هیچ یک از آن‌ها در طی ۳۰ روز گذشته تماس برقرار نکردید به بخش ه ۷ مراجعه کنید.

ه ۵. تعداد روزهایی که در طی ۳۰ روز گذشته با دوستان تماس گرفتید (نظیر مکالمه یا تماس تلفنی) (کارت ۱).	..... روز
ه ۶. تعداد روزهایی که با دوستان در تعارض یا درگیر بودید (نظیر داشتن بحث جدی).	..... روز
ه ۷. تعداد روزهایی که در طی ۳۰ روز گذشته در ازاء دریافت پول کار کردید (شغل) (کارت ۱).	..... روز
ه ۸. تعداد روزهایی که در طی ۳ روز گذشته به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفتید.	..... روز
ه ۹. تعداد روزهایی که در طی ۳۰ روز گذشته رسماً شغلی نداشتید.	..... روز

ه ۱۰. جرائم در ۳۰ روز گذشته

جرائم	روزهای انجام آن (کارت ۱)	تعداد دفعات انجام در طی یک روز معمول (کارت ۲)
فروش مواد		
کلاه‌برداری / جعل اسناد		
دزدی		
سرقت از خانه		
سرقت وسیله نقلیه		
سرقت از وسیله نقلیه		
سایر جرائم:		

منابع

1. Lynne Magor-Blatch, James A. Pitts, Treatment Protocol for use by staff & clinicians working with ATS clients of Therapeutic Communities, Odyssey House McGrath Foundation, 2009.
2. Paul Birchall, Clinical Guidelines: Management of Acute Amphetamine Related Problems, Drug and Alcohol Office, Government of Western Australia, 2007.
3. Management of Patients with Psychostimulant Use Problems: Guidelines for General Practitioners, Commonwealth of Australia, 2007.
4. Nicole Lee, Linda Jenner, Treatment Approaches for Users of MethAmphetamine, a practical guide for frontline workers, Commonwealth of Australia, 2008.
5. Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M.; Richard A. Rawson, Ph.D.; Michael J. McCann, M.A.; and Walter Ling, M.D, Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders, Counselor's Treatment Manual, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, 2006.
6. David B. Rosengren, Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook, the Guilford Press, London, 2009.
7. Jane Ellen Smith, Robert J. Meyers, Motivating Substance Abusers to Enter Treatment, Working with Family Members, the Guilford Press, New York, 2004.
8. Enno Freye, Pharmacology and Abuse of Cocaine, Amphetamines, Ecstasy and Related Designer Drugs, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany, Springer Science and Business Media B.V. 2009.

9. Wendy Haight, Teresa Ostler, Children of Methamphetamine-Involved Families, Oxford University Press, Inc., 2009.

10. Niclosa T. Taylor, Herbert C. Covey, Helping People Addicted to Methamphetamine, A Creative New Approach for Families and Communities, British Library Cataloguing, 2008.

11. John M. Roll, Richard A. Rawson, Methamphetamine Addiction From Basic Science to Treatment, the Guilford Press, 2009.

12. James N. Parker, M.D., Philip M. Parker, PH.D., The Official Patient's SourceBook on MethAmphetamine Dependence, ICON Group International, 2002.

13. Kathleen M Carroll Ph. D., A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction, Yale University, National Institute on Drug Abuse, 1998.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

کتاب راهنما و تمرین های مراجع در

درمان سرپایی اختلال مصرف مواد محرک

بر اساس مدل ماتریکس

نویسندگان:

حمیدرضا طاهری نخست

دکتر فیروزه جعفری

باهمکاری: خانم دکتر مهسا گیلانی پور

سپیدبرگ

فهرست مطالب

مقدمه ۴
پیش‌گفتار ۶
تقدیر و سپاسگزاری ۷
فصل ۱: راهبردهای مقابله‌ای مناسب ۸
مدیریت استرس ۸
آرام بخشی ۹
گسترش فعالیت‌های لذت‌بخش ۱۱
مشکل‌گشایی و حل مسئله ۱۵
مهارت‌های اجتماعی ۱۶
کنترل تکانه ۱۸
چگونه احساسات خود را می‌شناسید ۱۹
چگونه اهداف را گسترش دهید ۱۹
فصل ۲: واکنش‌ها و پیامدها ۲۰
زنجیره رفتار ۲۰
برانگیزاننده ۲۱
احساسات منفی ۲۱
فشارهای اجتماعی ۲۱
تعارضات بین فردی ۲۲
احساسات مثبت ۲۲
افکار ۲۲
احساسات ۲۴
خشم ۲۵
ترس ۲۶
رفتار ۲۶
پیامد رفتار ۲۷
کنترل خشم ۲۹
سرزنش‌کردن ۳۳

فصل ۳: راه‌های پیشگیری ۴۵
مقابله با وسوسه ۴۵
مهارت‌های شناختی رفتاری ۴۵
تصمیمات و رفتارهای مشکل‌ساز ۴۶
پیش‌گیری از بازگشت (عود) ۴۶
راهبری لغزش ۴۷
کاربرد تکنیک‌های شناختی رفتاری در پیش‌گیری از عود ۴۷
بهبودی دوازده گام ۴۹
گروه‌های خودیاری ۵۰
فصل ۴: تمرینات درمان ماتریکس ۵۲
تمرینات جلسات فردی/ مشترک ۵۲
فهرست کنترل بهبودی ۵۵
تمرینات جلسات گروهی مهارت‌های اولیه بهبودی ۶۰
تمرینات جلسات گروهی پیشگیری از عود ۹۰

مقدمه

مشکل سوءمصرف و وابستگی به مواد صناعی به ویژه مت‌آمفتامین در سالهای اخیر به ویژه در دو سال گذشته به شکل جدی و بحث‌برانگیز تبدیل شده، به‌طوری که بسیاری از مسئولان را در تمام سطوح از تصمیم‌گیری تا اجرا به فکر چاره‌اندیشی انداخته است. بر اساس آخرین آمار و طبق نتایج تحلیل وضعیت سریع در سال ۱۳۸۶ حدود ۰/۴ درصد افراد سوءمصرف‌کننده مواد را افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین به خود اختصاص می‌دهند. هم‌چنین بر اساس نتایج مطالعه انجام‌شده بر روند مصرف مواد محرک در تهران نشان از رشد فزاینده این مواد به ویژه مت‌آمفتامین می‌دهد.

سوءمصرف مت‌آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، هم‌چنین وسوسه شدید و همراه‌شدن با علایم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیش‌گیری را دچار چالش‌های جدی کرده است. در حال حاضر بخش قابل ملاحظه‌ای از خدمات درمانی روان‌پزشکی متوجه درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شده و این در حالی است که استرس بیماران روان‌پزشکی که نیاز به این خدمات دارند محدود گشته است.

متأسفانه در حال حاضر درمان‌های مبتنی بر شواهد و استانداردی که مختص سوءمصرف‌کنندگان و افراد وابسته به مت‌آمفتامینی باشد در حد بسیار بسیار اندک (تقریباً هیچ) ارائه می‌گردد و تنها چند مرکز هستند که توانایی ارائه خدمات درمانی مختصر و نه کامل را به سوءمصرف‌کنندگان مت‌آمفتامینی دارند. دیگر این‌که بسیاری از کلینیک‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری و حتی اقامتی اقدام به ارائه خدمات درمان رایج برای موادمخدر به بیماران وابسته به مت‌آمفتامینی کرده که مشخصاً پاسخگو نبوده و حتی در مواردی آسیب‌رسان نیز بوده است.

به‌علاوه نبود راهنما و بسته‌های استاندارد و درمانی، عدم آموزش‌های تخصصی و کمبود متخصصین تربیت‌شده برای درمان سوءمصرف مت‌آمفتامین سبب شده که بخشی سودجو و غیرعلمی نیز فعال شده و از بازار وفور بیماران وابسته به موادمحرک سوء استفاده کند که گاهی نتایج نامطلوبی را در پی داشته است.

خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال جلسه هم‌اندیشی که با حضور صاحب‌نظران درمان سوءمصرف مت‌آمفتامینی برگزار کرد، بر آن شد که اولویت را بر آموزش نیروهای تخصصی درمان سوءمصرف مواد

محرک قرار دهد و به منظور استانداردسازی ارائه درمان با کمک مراکز تحقیقاتی و افراد متخصص نسخه اولیه بسته آموزشی درمان سوءمصرف محرک را تدوین نماید. این بسته نسخه اولیه راهنمای درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک است که به مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ارائه می‌گردد.

هدف از تدوین نسخه اولیه راهنمای بسته آموزشی درمان غیر دارویی سوءمصرف مواد محرک برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (روان‌شناسان و پزشکان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران، پرستاران و بهیاران) فراهم‌آوردن یک راهنما بر اساس مداخلات مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک است. این راهنما سعی دارد ظرفیت ارائه خدمات به بیماران مصرف‌کننده مواد محرک را از طریق افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس و بهبودی شایستگی و ظرفیت‌های آنان و نهایتاً افزایش اثربخش ارائه‌دهندگان خدمات درمانی برای درمان سوءمصرف محرک، هم‌چنین فراهم‌آوردن استاندارد درمانی ارتقاء بخشد.

هم‌چنین این راهنما می‌تواند به‌عنوان یک دستنامه به منظور آموزش فنی به درمان‌گران غیر دارویی باشد. استفاده از مداخلات روان‌شناختی در مراکز درمانی سوءمصرف مواد به منظور ارتقاء کیفیت درمان و اثربخش حداکثر درمان اجتناب‌ناپذیر است. پیچیدگی بیماری اعتیاد سبب شده تا رویکردهای جامع متعدد درمانی مورد نیاز باشد. با وجود استفاده از مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی درکنار اقدامات پزشکی و روان‌پزشکی کماکان میزان موفقیت درمان قابل‌ملاحظه مطلوب نیست. در بررسی‌ها مشخص گردیده یکی از عوامل ناکارآمدی درمان، عدم آموزش و تربیت صحیح نیروهای تخصصی مداخله‌گر در مقابله با اعتیاد است.

یکی دیگر از اهداف تدوین این راهنما در زمینه مداخلات روان‌شناختی در درمان سوءمصرف مواد، تهیه خط مشی واحد درمان در زمینه بعضی مداخلات غیر دارویی، ایجاد هماهنگی و یکپارچه‌کردن مداخلات و اقدامات روانی اجتماعی بر اساس اصول و یافته‌های پژوهش است. به دلیل تعدد و تنوع رویکردهای مشاوره و مداخلات غیر دارویی، هم‌چنین در پاره‌ای موارد ناآگاهی و کاربرد غلط و نابجای تکنیک‌های مشاوره و روان درمانی، کارآمدی این مداخلات در حد مطلوب و قابل انتظار نیست. از این رو به منظور افزایش کارآمدی و اثربخشی مداخلات غیر دارویی، ضروری است درک صحیح و واحدی از اختلال سوءمصرف و وابستگی به مواد، ارزیابی کلی شامل غربالگری، ارزیابی اولیه در همه حیطه‌ها و طرح درمان، مهارت‌های مصاحبه و اصول مشاوره و درمان مؤثر، دانش درمان، نظام ارجاع، هماهنگی و مستندسازی، آمادگی حرفه‌ای از نظر نگرش و ارزش، مشاوره گروهی، خانوادگی، زوج و آموزش مراجع، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده و اجتماع، مطابقت درمان با بیمار و نحوه کاربرد مشاوره و مداخلات روان‌شناختی ارائه گردد. هم‌چنین باید توجه داشت استفاده این مداخلات باید براساس ملاحظات اجتماعی فرهنگی هر منطقه و اقلیم ارائه گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سیدحسن امامی‌رضوی

پیش‌گفتار

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهم‌ترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوءمصرف مواد به‌طور هم‌زمان به بیماری‌های جسمی متعدد مبتلا هستند. هم‌چنین این افراد با احتمال مرگ‌ومیر بیشتر مواجه‌اند، به نحوی که افراد دچار سوءمصرف مواد به‌طور متوسط ۱۳٫۸ سال کمتر از سایرین عمر می‌کنند.

موقعیت استراتژیک ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهایی هم‌چون افغانستان و پاکستان که از تولیدکنندگان عمده مواد مخدر در جهان می‌باشند و از طرفی ترانزیت و عبور و مرور مواد مخدر از کشور ما به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای بازار مصرف داخلی مواد مخدر را تشدید کرده است. بر اساس گزارشات سازمان ملل متحد، از ۷۷۰۰ تن مواد مخدر تولیدی افغانستان در سال ۲۰۰۸، سه هزار تن مواد مخدر به ایران وارد شده است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند. اگرچه اعتیاد به‌عنوان یک آسیب اجتماعی، هیچ‌گاه به‌طور کامل ریشه‌کن نخواهد شد، آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، نیاز به توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌عنوان سیاست‌های کاهش تقاضا را تأکید می‌کند.

کتاب حاضر یکی از مجموعه کتاب‌هایی است که توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ارتقاء سطح دانش پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد تهیه و چاپ شده است و امید است قدم مفیدی در این راه باشد.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تقدیر و سپاس‌گزاری

سوءمصرف مواد محرک روان‌گردان در چند سال اخیر یکی از معضلات جدی حوزه سوءمصرف مواد و چه بسا حوزه سلامت است، که پژوهشگران و متخصصین بسیاری در تلاش برای کاهش آن مشغول به تحقیقات هستند. تدوین بسته آموزشی حاضر که با زحمات جناب آقای طاهری‌نخست انجام شده است نمونه‌ای از این فعالیت‌ها است که بر خود لازم می‌دانم از کوشش ایشان صمیمانه سپاس‌گزاری نمایم.

هم‌چنین از مدیر کل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ناصحی و قائم مقام ایشان در این دفتر جناب آقای دکتر نیک‌فرجام جهت تأمین منابع مالی و حمایت‌های معنوی از این طرح قدردانی و سپاس‌گزاری می‌نمایم.

در پایان از سایر همکارانی که در مراحل مختلف انجام این طرح ما را یاری کردند، خصوصاً سرکار خانم پارسا که زحمت ویراستاری و تنظیم آن را متقبل شده‌اند قدردانی نمایم.

فصل ۱

راهبردهای مقابله‌ای مناسب

مدیریت استرس

فشار روانی حل‌نشده، به وابستگی به مواد، سوخت می‌رساند و آن را دامن می‌زند. افراد سوءمصرف‌کننـده مـواد در برخورد با فشار روانی به جای استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، مصرف مواد را انتخـاب مـی‌کننـد. همـه افـراد دارای فشار روانی (استرس) هستند و همه باید بیاموزند در زندگی خود چگونه فشار روانـی را برطـرف و حـل کننـد. فشار روانی یک پاسخ تعمیم‌یافته فیزیولوژیکی به یک عامل فشارآور (استرس زا) است. عامل فـشارآور مـی‌توانـد هـر چیزی که بدن را برای تغییر بسیج می‌کند باشد، می‌تواند شامل از دست‌دادن تعادل روان‌شـناختی یـا فیزیولـوژیکی، عدم حضور تحریک، تحریک شدید، محرومیت از یک پـاداش مـورد انتظـار، تعـارض و درگیـری یـا مواجـه‌شـدن یـا پیش‌بینی یک رویداد دردناک باشد (Zegans, 1982) .

پاسخ سلامت به فشار روانی خوب و سازگارانه است و بدن را برای حل مشکل فعال می‌کند، تنهـا هنگـامی فـشار روانی تخریب‌کننده است که مزمن شود. بدنی که بیش از حد فشار روانی به آن وارد شـود فـرو مـی‌پاشـد. در اولـین واکنش، بدن مواد شیمیایی خاصی برای کنترل موقعیت فشار آور تولید می‌کند. در ابتدای امر این تغییرات شیمیایی سازگارانه و مفید است، ولی هنگامی که به درازا بکشد، مخرب خواهند شد. فشارهای روانی مزمن یا شدید می‌تواند با بیماری‌های غیر قابل برگشت متصل شود. بیماری‌هایی نظیر آسیب‌های کلیه، فشار خون بالا، آتروز پلروز، زخم معـده و تضعیف سیستم ایمنی بدن که ممکن است منجر به افزایش عفونت و سرطان شود (سلیه، Selye-1956).

هنگامی که حیوانات در موقعیتی قرار می‌گیرند که کاهش استرس و حل مشکل برای آن‌ها غیرممکن است، نهایتاً بیمار می‌شوند. این حیوانات در معرض حیطه وسیعی از اختلالات روانی و جسمانی قرار می‌گیرند و قربانی آن‌ها می‌شوند. در شرایط فشار روانی مزمن، ارگانیسم نهایتاً نابود خواهد شد.

به نظر می‌رسد همه افراد هنگامی که تحت فشار روانی مزمن قرار می‌گیرند استعداد ژنتیکی در انهدام (تخریب و مرگ) سیستم جسمانی خاص دارند. بعضی افراد دچار افسردگی می‌شوند، بعضی‌ها زخم معده می‌گیرند و عده‌ای نیز به مصرف مواد وابسته می‌شوند.

در درمان شما می‌آموزید چگونه با فشارهای روانی به طریقی غیر از استفاده از مواد محرک یا مخدر مقابله کنید. باید از علائمی که بدن تحت شرایط فشارآور به شما می‌دهد در جهت حل مشکلات استفاده کنید. اگر خود نتوانید مشکل خود را حل کنید، باید از شخص دیگری کمک بگیرید. بیشتر مصرف کنندگان مواد درگیر مشکلات یا دردهای حل نشده‌ای هستند که کمتر در جهت حل آن‌ها تلاش کرده‌اند. آن‌ها جهت راحت‌شدن از دست مشکل یا درد خود مواد مصرف می‌کنند و بعد از مدتی کوتاه وابسته به مواد می‌شوند. اعتیاد یک بیماری اولیه است. ولی بعد تمام زندگی فرد را گرفته و همه چیز را وخیمتر می‌کند.

تکنیک‌های کنترل استرس یا فشار روانی به افراد سوء مصرف‌کننده موادی که در درمان هستند کمک می‌کند، کنترلی که در زندگی از دست دادند را دوباره بازیابند. با برقراری و نگهداری برنامه بهبودی روزانه، آن‌ها می‌آموزند چگونه با فشار روانی مقابله کنند. اگر با فشار روانی بهتر مقابله کند، احتمال بازگشت نخواهد بود. سه عنصر برای کاهش سطح استرس یا فشار روانی کلی وجود دارد:

- یک برنامه منظم ورزشی تمرینی
- آرام بخشی منظم
- تغییر شیوه زندگی

آرام بخشی

قرن‌هاست مردم برای رسیدن به آرامش، ذهن و جسم خود را آرام می‌کنند. هنگامی که حیوانات تغذیه مناسب داشته باشند و احساس امنیت کنند، دراز کشیده و استراحت می‌کنند. ولی انسان چنین کاری نمی‌کند زیرا انسان تنها حیوانی است که نگران آینده است. ما می‌ترسیم زیرا اگر امروز آرام باشیم، فردا دچار مشکل خواهیم شد. هربرت بنسون (Herbert Benson, 1975) نشان داد اگر افراد دو بار در روز به مدت ۱۰ تا۲۰ دقیقه به آرامش برسند، تأثیر شگرفی روی کاهش میزان استرس یا فشار روانی کلی آن‌ها خواهد داشت. افرادی که چنین عملی را انجام می‌دهند کمتر بیمار می‌شوند، احساس بهتری دارند و سلامت‌تر هستند. بیماری‌هایی نظیر فشار خون بالا، زخم معده و سردرد می‌توانند کاملاً با استفاده از یک برنامه آرام‌بخش منظم از بین بروند.

بنسون به این نتیجه رسید که با استفاده از تکنیک آرام‌بخشی ساده می‌توان خود را آرام کرد. تمرین زیر را انجام دهید:

۱. در یک مکان راحت به‌طور ساکت و آرام بنشینید.
۲. به آرامی نفس بکشید و ریه خود را از هوا پر کنید.
۳. به تنفس خود توجه کنید.
۴. به آرامی هوای داخل ریه را تخلیه کنید.
۵. هر بار که بازدم می‌کنید به آرامی برای خود بگویید: «یک»
۶. اگر افکار دیگر به ذهن‌تان آمد امری است طبیعی ولی سعی کنید به کلمه "یک" بازگشته و به تنفس توجه کنید.
۷. روزانه دوبار و هر بار به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه این عمل را انجام دهید.

حتماً مجبور نیستید از کلمه «یک» استفاده کنید، می‌توانید هر کلمه یا عبارتی که مورد علاقه شماست را انتخاب کنید، ولی هنگام تکرار حتماً باید تنها یک کلمه یا عبارت را تکرار کنید. حتی می‌توانید به نوار یا موسیقی که شما را آرام می‌کند گوش کنید. مهم‌ترین چیز این است که تا حد توان کاملاً آرام باشید. اگر چنان کنید، میزان استرس یا فشار روانی شما تا حد امکان کم خواهد شد و بهتر قادر خواهید بود توان خود را جهت مقابله با فشارهای روانی بسیج کنید. همان طوری که آرام‌بخشی را تمرین می‌کنید، فرا خواهید گرفت چگونه آرامش را احساس کنید. سعی کنید این احساس را در تمام طول روز برای خود نگه‌دارید. هنگامی که احساس می‌کنید دچار فشار روانی شده‌اید، صبر کنید و چند نفس عمیق بکشید، نفس را از طریق بینی به داخل دهید و از طریق دهان و بینی خارج کنید. همان‌طوری که بازدم می‌کنید حس کنید امواج گرم آرامش در سراسر بدن شما پخش می‌شوند. هنگامی که حالت آرامش خود را باز یافتید به کارهای خود باز گردید ولی این بار کمی آرام‌تر انجام دهید. به خاطر داشته باشید هیچ چیزی خیلی خوب یا خیلی آهسته انجام نمی‌شود. مجبور نیستید کارهایی انجام دهید که سریعاً به موفقیت بیانجامد.

هنگامی که می‌خواهید کار جدیدی را انجام دهید، نیاز است چندین بار از خود پرسش‌های مهمی نظیر سؤالات زیر را بپرسید:

- آیا من باید این کار را انجام دهم؟
- آیا باید همین حالا این کار را انجام دهم؟
- آیا انجام این کار در زندگی من تغییری به وجود می‌آورد؟

اگر عامل فشارآور جدید خیلی مهم نباشد، شاید نیازی به انجام آن نباشد. سعی نکنید در شرایطی که آمادگی ندارید کاری را انجام دهید که تغییری را به وجود نمی‌آورد. آگاه باشید که شما هم همانند سایر مردم محدودیت‌هایی دارید. سعی کنید صبح‌ها حالت آرامش را به‌دست آورید، و به نوای جسم خود در طول روز گوش فرا دهید. اگر چیزی آرامش شما را تهدید کرد سعی کنید کنار کشیده و اجازه دهید مشیت الهی مسئولیت آن را بر عهده گیرد.

در برنامه هفته ترتیبی اتخاذ کنید که روزانه دوبار تمرین آرام‌بخشی را انجام دهید. می‌توانید از تمرینات مراقبه یا

آرام‌بخشی دیگر نیز استفاده کنید. به میزان آرامشی که بر اثر تمرین آرام‌بخشی کسب کرده‌اید نمره دهید. نمره ۱ به کم‌ترین حد آرامش و نمره ۱۰۰ به بیشترین حد آرامش، به همین ترتیب به میزان فشار روانی که در طول روز تجربه کرده‌اید نیز نمره دهید. اگر پیشنهاد یا مطلبی درباره فشار روانی خود دارید بنویسید. هم‌چنین شرایط و موقعیت‌هایی که در آن دچار بیشترین حالت تنفس می‌شوید را یادداشت کنید.

نمره آرام‌بخشی:

نمره فشار روانی روزانه:

گسترش فعالیت‌های لذت‌بخش

یکی از مهم‌ترین چیزهایی که مصرف‌کنندگان مواد محرک در درمان از آن هراس دارند این است که اگر مواد محرک را ترک کنند، دیگر لذت و خوشی نخواهند داشت. برای مدت زمان نسبتاً طولانی مصرف مواد محرک تنها لذتی بوده که آن‌ها می‌بردند زیرا مستقیماً درگیر هیچ لذت دیگری نبودند. تصور این‌که زندگی آینده بدون لذت بردن باشد غیر قابل تحمل است. ولی در واقع در هنگام ترک، شما لذت را از دست نخواهید داد بلکه فقط راه رسیدن به سرخوشی و لذت‌بردن را تغییر می‌دهید. شما برای همیشه نمی‌توانید از مواد محرک استفاده کنید زیرا تحت هیچ شرایطی برای شما خوب نیست. ولی می‌توانید از فعالیت‌های متعددی لذت ببرید، بدون این‌که مواد یا الکل مصرف کنید. اگر به خوبی درباره آن فکر کنید، خواهید فهمید به هر حال لذت واقعی در سلامتی است. لذتی را که در هنگام ترک گم کرده‌اید مبتنی بر احساس کاذبی بوده که مواد به وجود آورده بود. به محض این‌که متوجه شوید در حالت پاکی و ترکی چقدر می‌توانید لذت ببرید متحیر خواهید شد.

افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش باعث بالارفتن خلق و کاهش میزان استرس می‌شود. اگر در جریان بهبودی احساس خوبی ندارید، به این معنا است که به اندازه کافی فعالیت‌های لذت‌بخش ندارید. اگر سطح لذت را بالا ببرید احساس بهتری خواهید داشت و احتمال بازگشت نیز کمتر خواهد بود.

فعالیت‌هایی که باعث لذت شما می‌شود را شناسایی کنید و یک فهرست از کارهایی که بیشتر انجام می‌دهید نیز تهیه کنید. فهرستی از فعالیت‌ها تهیه کنید که قرار است روزانه انجام دهید. برنامه خود را بنویسید. هرچه فعالیت‌های لذت‌بخش بیشتری داشته باشید، احساس بهتری خواهید داشت.

فهرست فعالیت‌ها:

۱. گردش‌کردن
۲. پوشیدن لباس‌های بامزه
۳. صحبت‌کردن درباره ورزش‌ها
۴. ملاقات یک شخص جدید
۵. رفتن به کنسرت موسیقی

۶. نرمش‌کردن
۷. مسافرت‌رفتن
۸. خریدکردن
۹. به ساحل‌رفتن
۱۰. انجام کارهای هنری
۱۱. کوه‌نوردی
۱۲. ورزش‌کردن
۱۳. مطالعه
۱۴. تغییر دکور منزل یا اطاق
۱۵. والیبال
۱۶. رفتن به یک سخنرانی
۱۷. تنفس در هوای پاک
۱۸. خواندن یک آهنگ
۱۹. قایق‌سواری
۲۰. دیدار از والدین یا فامیل
۲۱. تماشای تلویزیون
۲۲. تفکر در جای آرام
۲۳. پیک‌نیک
۲۴. تعمیر ماشین
۲۵. پیگیر اخبار شدن
۲۶. تفکر به چیزهای خوب در آینده
۲۷. بازی‌کردن
۲۸. خندیدن
۲۹. درست‌کردن پازل
۳۰. صرف ناهار با یک دوست یا همکار
۳۱. تنیس
۳۲. دوش‌گرفتن
۳۳. رانندگی‌کردن
۳۴. کارهای چوبی‌کردن
۳۵. نامه نوشتن

۳۶. سرگرم حیوانات‌شدن
۳۷. پرواز با هواپیما
۳۸. پیاده‌روی در جنگل
۳۹. صحبت با افراد جدید
۴۰. کارهای عقب افتاده را انجام‌دادن
۴۱. به مهمانی رفتن
۴۲. رفتن به مسجد
۴۳. دیدار بستگان
۴۴. ملاقات دوستان قدیمی
۴۵. نواختن ساز موسیقی
۴۶. رفتن به رستوران
۴۷. آوازخواندن
۴۸. بازیگری
۴۹. کار روی صنایع دستی
۵۰. بودن با بچه‌ها
۵۱. بازی شطرنج
۵۲. آرایش خود
۵۳. ملاقات بیماران
۵۴. بولینگ
۵۵. با راهنما یا حامی خود صحبت‌کردن
۵۶. باغبانی‌کردن
۵۷. رقصیدن
۵۸. جلو آفتاب نشستن
۵۹. نشستن و فکرکردن
۶۰. عبادت‌کردن
۶۱. مراقبه
۶۲. گوش‌دادن به صدای طبیعت
۶۳. سر قراررفتن
۶۴. به رادیو گوش‌کردن
۶۵. هدیه‌دادن

۶۶. کمک به کسی که رنج می‌برد
۶۷. با همسر صحبت‌کردن
۶۸. با دوست صمیمی صحبت‌کردن
۶۹. تماشای ابرها
۷۰. خوابیدن روی چمن‌ها
۷۱. کمک به کسی که نیازمند کمک شماست
۷۲. جک‌گفتن یا شنیدن
۷۳. به عبادتگاه رفتن
۷۴. خوردن غذای خوب
۷۵. شکار
۷۶. ماهی‌گیری
۷۷. تماشای صخره‌ها
۷۸. کار روی بهبودی و سلامتی خود
۷۹. رفتن به پایین شهر و گشتن در شهر
۸۰. تماشای رویداد ورزشی
۸۱. رفتن به باشگاه ورزشی
۸۲. فرا گرفتن چیزهای جدید
۸۳. اسب سواری‌کردن
۸۴. بیرون رفتن برای خوردن غذا
۸۵. تلفن صحبت‌کردن
۸۶. رویاهای روزانه را مرورکردن
۸۷. رفتن به سینما
۸۸. تنها ماندن
۸۹. احساس حضور خدا
۹۰. بوکردن گل‌ها
۹۱. نگاه‌کردن به طلوع خورشید
۹۲. انجام کار مطلوب برای دوست
۹۳. ملاقات غریبه‌ها
۹۴. خواندن روزنامه
۹۵. شناکردن

۹۶. پابرهنه قدم‌زدن
۹۷. فریزبی بازی‌کردن
۹۸. تمیزکردن اطاق و خانه
۹۹. به موسیقی گوش‌دادن
۱۰۰. مهمان دعوت‌کردن
۱۰۱. بودن با شخص مورد علاقه
۱۰۲. برقراری ارتباط جنسی با همسر (در صورت موافقت)
۱۰۳. به کتابخانه رفتن
۱۰۴. به مردم نگاه‌کردن
۱۰۵. تعمیر چیزی
۱۰۶. دوچرخه‌سواری
۱۰۷. لبخندزدن به مردم
۱۰۸. رسیدگی به گیاهان سبز خانه
۱۰۹. جمع‌آوری و تشکیل کلکسیون
۱۱۰. رفتن به گاراژ فروش ماشین‌ها
۱۱۱. اسکی روی آب
۱۱۲. موج سواری
۱۱۳. مسافرت‌کردن
۱۱۴. آموزش به دیگران
۱۱۵. شستن ماشین
۱۱۶. خوردن بستنی

مشکل‌گشایی و حل مسئله

شما باید قادر به شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به مشکلات زندگی خود باشید. مشکلات حل‌نشده، باعث افـزایش میزان فشار روانی شما می‌گردد. مشکلات بخش جدانشدنی زندگی است، و شما برای کنارآمدن مؤثر با آن‌ها نیازمنـد کسب مهارت‌هایی هستید. برای هر مشکل مطابق مراتب زیر عمل کنید:

۱. مشکل را شناسایی کنید.
۲. اهداف را روشن کنید. چه چیزهایی می‌خواهید؟
۳. هر راه‌حل مناسب را مورد بررسی قرار دهید.

۴. روی هر راه‌حل فکر کنید، هربار یکی را حذف کنید تا به بهترین راه‌حل برسید.
۵. روی مشکل کار کنید.
۶. نتیجه عمل (کار) خود را در جهت مشکل ارزیابی کنید.

اگر مشغول گذراندن دوره درمانی خود هستید با کمک مشاور یا دیگران روی مشکلات کار کنید. تأثیر مشاوره با دیگران در حل مشکل خود را می‌بینید. شما باید از دیگران کمک بطلبید.

مهارت‌های اجتماعی

شما از لحاظ زندگی اجتماعی چه کاری انجام می‌دهید. آیا می‌توان مردم و اجتماع را نادیده گرفت؟ یا این‌که باید آنان را به حساب آورد. اگر یکی از کارهای زیر را انجام ندهید احتمال این‌که مردم (اجتماع) را کنار گذارید زیاد است:

۱. لبخند نزنید.
۲. در برقراری تماس چشمی ناتوان باشید.
۳. صحبت نکنید.
۴. شکایت کنید.
۵. مشکلات خود را به همگان بگویید.
۶. به مردم پاسخ ندهید.
۷. منفی‌گرا باشید.
۸. به خود نرسید.
۹. به مردم علاقه نشان ندهید.
۱۰. مردم را نادیده بگیرید.
۱۱. خصمانه نگاه کنید.
۱۲. ژست‌های عصبی بگیرید.
۱۳. برای خود احساس تأسف کنید.
۱۴. همیشه درباره مسائل منفی صحبت کنید.

و اگر کارهای زیر را انجام دهید و پیروی کنید همیشه مردم را دارید:

۱. لبخند بزنید.
۲. به چشمان مردم نگاه کنید.
۳. نشان دهید به همه چیز توجه دارید.
۴. درباره چیزهای خوشایند صحبت کنید.

۵. حمایت‌کننده و تقویت‌گر باشید.
۶. به مردم بگویید چقدر زیبا به نظر می‌رسند.
۷. قدردان باشید.
۸. به مردم بگویید اهمیت دارید.
۹. خوب گوش کنید.
۱۰. ارتباط برقرار کنید.
۱۱. از مردم بخواهید همراه شما کارهایی انجام دهند.
۱۲. اعمال مورد علاقه خود را انجام دهید.
۱۳. از نام افراد استفاده کنید (با رعایت اصول فرهنگی افراد را به اسم کوچک صدا بزنید).
۱۴. درباره چیزهای مثبت صحبت کنید.
۱۵. به خودتان خوب برسید.

در داشتن مهارت‌های اجتماعی خوب، باید جسور باشید. نمی‌توانید منفعل، پرخاشگر باشید. تمام این موارد به این معناست که باید به مردم بگویید چه احساسی دارید و خواسته خود را اعلام کنید، حتی اگر باعث احساس ناراحتی آن‌ها شوید. همیشه و در همه جا باید راست‌گو و صادق باشید. اگر تودار باشید و اطلاعات را نزد خود نگه‌دارید یا آن‌ها را تحریف کنید، هیچ‌گاه نمی‌توانید به کسی نزدیک شوید. هیچ‌گاه به مردم دیگر نگویید چه کاری انجام دهند، می‌توانید از آن‌ها تقاضا کنید. اجازه ندهید دیگران به شما بگویند چه کاری انجام بدهید، ولی می‌توانید با آن‌ها مشورت کنید. برای رسیدن به منظور خود مسئله را با روشنی توضیح دهید، هرگز فریاد نزنید. هرگز خود را به دیگران تحمیل نکنید. هنگامی که اشتباه کردید، سریعاً آن را بپذیرید. خوشحالی آن است که با دیگران سهیم شوید. هرچه بیشتر نثار کنید بیشتر دریافت می‌کنید.

در برنامه‌های گروه‌های خودیاری نظیر معتادان گمنام، هیچ‌گاه تنها نخواهید ماند. نیروی برتر همیشه با شماست. درباره لذت از حضور خدا و ارتباط با خدا و این‌که همیشه در کنار شماست چیزهای زیادی بیاموزید. هر روز با یکی از هم گروهان تماس بگیرید. به جلسات مختلف و زیادی بروید. یاور افرادی شوید که هنوز رنج می‌برند. بسیاری مردم در زندان‌ها و بیمارستان‌ها نیازمند کمک شما هستند. پیش‌قدم عضوشدن به نیروی کمک گروه‌های خودیاری شوید. چنانچه مجاز باشد، از هم‌گروهان دعوت کنید بعد از گروه با شما برای صرف چای همراه شوند. از این‌که اول شما باید دعوت کنید، نگران نباشید و مواظب باشید این عمل متوقف نشود. اگر از کسی درخواست نکنید، تجربه این‌که کسی در جواب به شما بگوید بله را نخواهید داشت.

استفاده از فهرست فعالیت‌های خوشایند، باعث حرکات در جهت برنامه‌ریزی‌ها و اهداف مربوط به افزایش تقابلات اجتماعی می‌شود. پیشرفت خود را مرحله به مرحله همراه با جزئیات پاداش‌دهی به خود یادداشت کنید. در اینجا چندین اشاره برای راهنمایی شما آورده می‌شود.

۱. بخش فعالت و سرگرمی های روزنامه‌ها را بخوانید، برنامه‌ای که مطابق به علاقه شماست و با فعالیت‌های شما تطابق دارد را علامت بزنید و برای شرکت در آن برنامه‌ریزی کنید.
۲. بیشتر در فعالیت‌های گروه‌های خودیاری شرکت کنید.
۳. از مرکز درمانی معتبر درخواست اطلاعات درباره گروه‌های مختلف کنید.
۴. آخر هفته خود را صرف کشف نقاط جدیدی از شهر کنید.
۵. لبخند بزنید.
۶. به گروه‌های خودیاری و حمایتی دیگری که مستقیماً ارتباطی با موضوع شما ندارد بروید.
۷. جذب مسجد و فعالیت‌های آنجا شوید، بگویید می‌خواهید کمکی انجام دهید.
۸. داوطلب کمک به دیگران در بیمارستان محلی خود شوید و تجارب، توانایی‌ها و امیدهای خود را با دیگران سهیم شوید.
۹. جزو گروه تمرینی ورزشی مثل پیاده‌روی، کوه‌نوردی، شکار، تماشای پرندگان، گروه تئاتر، باشگاه‌های ورزشی و مانند آن شوید.
۱۰. از هم گروهی خود درباره کارهای مورد علاقه وی در این حیطه‌ها سؤال کنید.

مهم‌ترین چیز قابل یادآوری این است که شما در حال بهبودی هستید، شما زندگی جدیدی را شروع کرده‌اید، برای رسیدن به هدف باید خطراتی را متقبل شوید، باید همتی کنید که تاکنون هرگز نکرده باشید.

کنترل تکانه

اگر شما به احساسات خود سریعاً واکنش نشان می‌دهید، با تکانه‌های خود مشکل دارید. شما دائماً از پیامدهای منفی رفتارهای این چنینی رنج می‌برید زیرا بدون فکر رفتار می‌کنید.

اگر کمی فکر می‌کردید دچار این دردسر نمی‌شدید. شاید همین پاسخ سریع شما منجر به بازداشت شدن، توهین کردن به شخص مورد علاقه، مصرف مواد یا دردسرهای دیگری شده باشد. این مقاله شامل یک‌سری تمرینات برای افرادی است که در رفتار خود، کنترل را از دست می‌دهند. این یک طرح کلی از مهارت‌های مورد نیاز جهت پایان بخشیدن به مشکلات مربوط به کنترل تکانه است.

اولین چیزی که باید بدانید این است که شما در جامعه تنها برای چیزی که واقعاً هستید به حساب آورده می‌شوید، نه برای چیزی که فکر یا احساس می‌کنید.

هر حرکت یا فعالیتی که از شما سر می‌زند قابل حساب است و این چیزی است که مردم می‌بینند و براساس آن درباره شما قضاوت می‌کنند. شما می‌توانید بارها و بارها تصور کنید که بانکی را سرقت کنید و دستگیر هم نشوید، ولی اگر عملاً بانک را سرقت کنید، یک جرم انجام داده‌اید و ممکن است دچار دردسر بزرگی شده باشید. برای کنترل

تکانه‌ها، باید بیاموزید هر حرکتی که از شما سر می‌زند را کنترل کنید.

چگونه احساسات خود را می‌شناسید

برای کنترل تکانه‌ها باید احساسات خود را درک کنید. احساسات همان تکانه‌ها هستند و رفتار را بر می‌انگیزانند. در واقع آن‌ها علاوه بر این‌که نیروهای قدرتمندی هستند، رفتارها را نیز جهت می‌دهند.

هر احساس مربوط به فعالیت خاصی است. بیایید چند احساس و رفتاری که تحریک شده است را امتحان کنیم. تنها چند احساس اصلی وجود دارد که ترس، خشم، غمگینی و خوشحالی تعدادی از آن‌ها هستند. ترس برانگیزاننده فرار است. خشم برانگیزاننده جنگ و جدال، غمگینی هم مربوط به از دست دادن چیزی با ارزش است. هر یک از احساسات و حرکتی که به آن وابسته است را بررسی کنید. پس بیاموزید هر احساس، فعالیت خاصی را بر می‌انگیزاند. احساسات را بشناسید و بیاموزید رفتار از کجا سرچشمه گرفته است.

چگونه اهداف را گسترش دهید

حالا وقت این است که به چیزی که دقیقاً می‌خواهید تغییر دهیم نگاهی نزدیک بیاندازیم. به خاطر بیاوریم که رفتار یک حرکت است. یک برگ کاغذ سفید بردارید و جزئیات دقیق چیزی که می‌خواهید متفاوت با حالا انجام دهید را یادداشت کنید. برای مثال فردی که با همسر یا فرزند خود بدرفتاری جسمی داشته، ممکن است چنین بنویسید:

«من می‌خواهم کتک زدن همسر و بچه‌ام را متوقف سازم»

هر یک از اهداف خود را بررسی کنید، آیا رسیدن به چنین اهدافی عقلانی و عملی است؟ مطمئن شوید که اهداف با اصطلاحات رفتاری نوشته شده باشد. یعنی یک حرکتی که بتوانید ببینید، بشنوید یا احساسی کنید. حالا رفتار خاصی را که می‌خواهید تغییر دهید را دارید، ما می‌توانیم دقیقاً به چگونگی فرایند تغییر شما نگاه کنیم.

فصل ۲

واکنش‌ها و پیامدها

زنجیره رفتار

رفتار می‌تواند با مطالعات زنجیره رفتار تحلیل و تعبیر شود. این زنجیره با یک محرک یا برانگیزاننده که یک تفکر را به دنبال دارد، شروع می‌شود، تفکر احساسات را باعث می‌شوند، و احساسات فعالیت را بر می‌انگیزانند.

همه رفتارها دارای نتیجه و پیامدهای خاص خود هستند. این پیامدها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. زنجیره رفتار به صورت زیر است:

برانگیزاننده ← فکر ← احساسات ← رفتار ← پیامد

در بین زنجیره رفتار نکات و مسائل بسیار زیادی وجود دارد، جایی که می‌توانند متفاوت از آنچه قبلاً انجام می‌دادید، عمل کنید، به این راه نگاه کنید: اگر، در قطاری هستید که عازم زنجان است و اگر در همان جا باقی بمانید در آخر حتماً به زنجان می‌رسید. به همین صورت اگر از زنجیره رفتاری قدیمی خود استفاده کنید و آن را دچار دردسرهای زیادی کرده باشید و دیگر نخواهید چنین رفتاری را تکرار کنید، دفعه بعد اراده می‌کنید رفتاری متفاوت از قبل داشته باشید. کلمه کلیدی در اینجا «عمل یا رفتار» است. اگر قرار باشد چیزی تغییری کند باید به روش متفاوت از آنچه که قبلاً انجام می‌دادید عمل کنید.

برانگیزاننده

بیایید به زنجیره رفتار نگاه نزدیک‌تری بیاندازیم و ببینیم در کجا می‌توانید تغییر کنید. رفتار تحت شرایط و محرک خاص نمایان خواهد شد. مارلات و گوردون، (Marlatt & Gordon, 1985) برانگیزاننده‌های بازگشت به مصرف مواد را به چندین گروه طبقه‌بندی کرده‌اند. اولین برانگیزاننده عواطف منفی است. رفتارهای قدیمی اغلب وقتی باز می‌گردند که احساسات منفی، به خصوص خشم و ناکامی تجربه شود. ممکن است تحت شرایط فشار اجتماعی یا هنگامی که در یک تعارض بین فردی قرار داشته باشید از رفتارهای قدیمی خود استفاده کنید. حتی هنگامی که احساس خوب داشته باشید نیز ممکن است به استفاده از رفتارهای قدیمی خود بپردازید. بگذارید موقعیت‌های خطرناک را فهرست کنیم و زمانی را با آن‌ها صرف کنیم.

۱. احساسات منفی
۲. فشارهای اجتماعی
۳. تعارض‌های بین فردی
۴. احساسات مثبت

احساسات منفی

چنین شروع کنید، اول یک برگ کاغذ سفید برداشته و بالای صفحه بنویسید، «احساسات منفی». پایین این موضوع تمام احساسات منفی خود را بنویسید، این احساسات منفی باید احساساتی باشند که فکر می‌کنید ممکن است منجر به استفاده از رفتاری شود که می‌خواهید آن را تغییر دهید. شاید هنگامی که خشمگین، بی‌حوصله، تنها، خوشحال، شرمنده، ناکام، تحریک‌پذیر یا هیجان‌زده باشید، از رفتار قدیمی استفاده کنید. احساساتی را بنویسید که به نظر می‌رسد اعمالی را موجب می‌شود که شما خواهان تغییر آن هستید.

فشارهای اجتماعی

یک برگ کاغذ دیگر برداشته، عنوان آن را چنین بنویسید، «فشارهای اجتماعی» و تمام موقعیت‌های اجتماعی که ممکن است باعث استفاده شما از رفتارهای قدیمی شود را بنویسید. به خاطر داشته باشید که فشارهای اجتماعی می‌توانند مستقیم باشند. مثل وقتی که کسی شما را عملاً تشویق به انجام رفتاری قدیمی می‌کند، یا این‌که غیر مستقیم باشند، مثل وقتی که در یک موقعیت اجتماعی قرار دارید که رفتار به طور نرمال باید انجام شود. شاید هنگامی که با دوستی ویژه یا در موقعیت یا در رویدادی خاص باشید احتمال استفاده از رفتارهای قدیمی بیشتر باشد. هر یک از موقعیت‌های اجتماعی که در آن احساس آسیب‌پذیری می‌کنید را بنویسید.

تعارضات بین فردی

«تعارضات بین فردی» عنوان بعدی برای برگ کاغذ شماست. زیر عنوان، هر موقعیتی که فکر می‌کنید با فردی دیگر دچار تعارض شوید و در نهایت از رفتاری قدیمی که خواهان تغییر آن هستید استفاده کنید را بنویسید. سعی کنید تمام موقعیت‌ها را در نظر بگیرید، مثل: چه کسی چه چیزی گفت و چگونه؟ چه اتفاقی افتاده؟ چه موقع کنترل خود را از دست داده‌اید؟ چه چیزهای رفتار شما را منجر شد؟ نتیجه رفتار شما چه چیزی بود؟

احساسات مثبت

حالا «احساسات مثبت» را به عنوان موضوع بنویسید و اوقاتی که دارای احساسات خوب هستید و برای افزایش احساسات خوب، یا خوش‌گذرانی از رفتار قدیمی استفاده می‌کنید را فهرست کنید، جزئیات موقعیت‌ها و بعد از آن احساساتی که خواهان افزایش آن بودید را به دقت یادداشت و بررسی کنید.

افکار

افکار نسبت به موارد قبل کمی حیله‌گر است. پس توجه دقیق‌تری به آن کنید، آرون بک و همکاران (Aron Beck et al., 1979) درمان شناختی را برای درمان افسردگی گسترش دادند. دیوید برنز (David Barns, 1980) بعدها این تکنیک را رواج داد.

بیشتر افکار بسیار سریع از ذهن ما می‌گذرد، آن‌قدر سریع که خارج «از آگاهی» اتفاق می‌افتد. این افکار، «افکار خودآیند» (Automatic Thoughts) نامیده می‌شوند، زیرا از چیزی که سعی در تفکر درباره آن موضوع است ناشی نمی‌شوند، آن‌ها به‌طور خودکار به وجود می‌آیند.

یک برگ کاغذ دیگر بردارید و در بالای آن موقعیت‌هایی را بنویسید که فکر می‌کنید در آن کنترل خود را از دست می‌دهید. موقعیت خاصی را تا آنجا که می‌توانید توأم با جزئیات و دقیق بنویسید. حالا چگونگی احساسات خود را در این موقعیت کشف کنید. هشت احساسات اولیه را به خاطر آورید:

- خشم
- پذیرش و آرامش
- خوشحالی
- غمگینی
- اضطراب
- شگفت‌زدگی
- ترس
- تنفر

هر یک از احساسات خود را بنویسید و میزان شدت احساسات را تعیین نمایید. نمره ۱۰۰ به عنوان بیشترین میزان شدت ممکن احساسات می‌باشد. بگذارید یک مثال بزنیم: محسن به خانه می‌آید و همسر خشمگین او از او می‌پرسد «تا حالا کجا بودی؟». او دیر از سر کار به خانه برگشته بود. محسن به شدت میزان رنجش خود نمره ۴۵، به شدت خشم نمره ۹۰ و به شدت ترس نمره ۷۵ داد.

حالا نوبت شماست، هر موقعیتی که داشتید و تمام احساساتی که تجربه کرده‌اید را بنویسید. شما به میزان شدت هر احساسی که تجربه کرده‌اید امتیاز دهید. گاهی‌اوقات امتیازدهی به احساسات، زمان قابل ملاحظه‌ای را طلب می‌کند، پس عجله نکنید و به آرامی این مرحله را انجام دهید. سعی کنید به تمام افکاری که از ذهن‌تان در بین وقوع رویداد و به وجودآمدن احساس گذشته بود فکر کنید. بگذارید ببینیم محسن چگونه این کار را انجام داد. «همسرم از من پرسید: تا حالا کجا بودی؟». من فکرهای زیر به ذهنم آمد: دوباره شروع شد، او عصبانی است، او فکر کرده من دوباره شیشه مصرف کرده‌ام. او همیشه از دست من عصبانی است، او هیچ موقع به من اعتماد نمی‌کند، او من را دوست ندارد، او هیچ وقت مرا دوست نداشته است».

تا آنجا که می‌توانید فهرست افکار خود را طولانی کنید و سعی کنید تمام افکار خود را بنویسید. در رویارویی با شمار نسبتاً زیاد افکاری که در مدت زمان کوتاهی داشتید، شگفت‌زده خواهید شد.

در مرحله بعد، به افکار نگاه کنید و به دقت هر کدام را وارسی کنید. کدام‌یک از افکار درست و کدام‌یک نادرست است؟ محسن فکر می‌کرد همسر خیلی عصبانی شده، عصبانیت او به خاطر این بود که فکر کرده او دوباره مصرف شیشه را شروع کرده است. این افکار، افکار درستی هستند. ولی همسر محسن همیشه از دست محسن عصبانی نبوده و در بیشتر اوقات نیز به محسن اعتماد داشته، محسن را دوست دارد و از خیلی وقت پیش او را دوست داشته پس دیگر افکار نادرست بودند.

حالا با مشاور یا اعضای گروه خود، کشف کنید کدام فکر اشتباه و کدام فکر درست است.

یک برگ کاغذ دیگر بردارید، مجدداً موقعیت را بر روی آن بنویسید. این بار تنها افکار درست را نوشته و نمره‌گذاری کنید. به تمام احساساتی که در برگ کاغذ قبلی نوشته بودید امتیاز دهید.

محسن بدین طریق عمل کرد:

همسر من از من سؤال کرد «کجا بودی؟» او ترسیده بود که من مصرف شیشه را دوباره شروع کنم و نسبت به این فکر کمی خشمگین شده بود. من برای او مهم هستم، او مرا خیلی دوست دارد و نگران سلامتی من است. این مسئله من را نمی‌آزارد پس من به رنجش خود نمره صفر می‌دهم. هنوز این مسئله مرا خیلی خشمگین می‌کند ولی مقدار آن خیلی کم است. پس می‌خواهم به آن نمره ۲۰ دهم. من را نمی‌ترساند پس نمره صفر می‌دهم. حالا نمرات هر برگ را با هم جمع کنید. مقایسه کنید هنگامی که درست و هنگامی که نادرست فکر کردید جمع نمرات احساسات چگونه بوده. نمونه زیر مربوط به برگ محسن است.

احساسات	افکار نادرست	افکار درست
آزرده‌شدن	۴۵	۰
خشم	۹۰	۲۰
ترس	۷۵	۰
جمع	۲۱۰	۲۰

حالا باید دید بعد از این مرحله چه کار باید کرد. بسیاری از افکار خودآیند، نادرست هستند و منجر به احساسات ناخوشایند می‌شوند. تجربه بسیاری از این احساسات غیر ضروری است زیرا آن‌ها ارزیابی‌های نادرست از واقعیت هستند. مشخصاً اگر به موقعیتی به طور نادرست بنگرید مسلماً واکنش شما نیز نادرست خواهد بود. اگر در خود مهارت‌های توقف و ارزیابی صحیح موقعیت را پرورش دهید، احساس آرامش و راحتی بیشتری خواهید کرد و در نتیجه قادر خواهید بود ماهرتر و دقیق‌تر با موقعیت‌ها روبه‌رو شوید.

در چند روز آینده اگر با موقعیت‌های ناخوشایندی روبه رو شدید از همین تمرین استفاده کنید. بعد از چند روز، متوجه به وجودآمدن الگویی در نحوه تفکر خود می‌شوید. احتمال دارد متوجه شوید در بعضی از موقعیت‌های مختلف همان افکار نادرست مجدداً به سراغتان آمده است. این افکار، افکاری است که باید در جلسات درمانی با آن مقابله شود. سعی کنید جزئیات و مشخصات این افکار را به اعضای گروه یا مشاور خود بگویید و شروع به مراقبت از آن‌ها کنید و هنگامی که مجدداً ظاهر شدند آن‌ها را اصلاح یا متوقف سازید و سعی کنید تفکر خود را درست نگاه دارید.

احساسات

تمام احساسات دوستانه و صمیمی هستند. حتی آن‌هایی که دردناکند، آن‌ها به ما کمک می‌کنند با محیط خود سازگار شویم و به ما انرژی و جهت می‌دهند تا رفتاری را به مرحله اجرا گذاریم. برای کنارآمدن صحیح و مطلوب با احساسات، لازم است مهارت‌هایی آموخته شود که «مهارت‌های مقابله‌ای» نام دارند.

احساسات نباید نادیده گرفته شوند بلکه باید روی آن‌ها کار کرد. هر عملی که انجام می‌دهید باید در جهت مهارتی باشد که می‌خواهید فرا گیرید. شما باید مدت زمان کافی را با بعضی از احساسات گذرانده و مهارت‌های مقابله‌ای را برای مقابله با این احساسات یاد بگیرید. پس باید مهارت‌های جدید را تمرین کرده تا آن‌ها خودکار (اتوماتیک) شوند. در واقع فقط نمی‌توانید یاد بگیرید که چه کار کنید، بلکه باید رفتارهای عملی را تمرین کرده تا به صورت فطری و طبیعت ثانوی در آیند. رسیدن به این مرحله دقت و تمرین زیادی نیاز دارد. سعی نکنید در ابتدا این کار را به‌طور کامل انجام دهید، سعی کنید آن را پیش ببرید.

خشم

خشم در مقایسه با دیگر احساسات از جمله احساساتی است که به فرد سوء مصرف‌کننده مواد محرک آسیب بیشتری وارد می‌کند. ممکن است هنگامی که خشمگین یا ناکام شوید، به استفاده از رفتارهای قدیمی دست بزنید.

خشم برای جدال به شما نیرو می‌دهد و جهت را برای شما مشخص می‌کند. خشم خوب است، و جدال هم خوب است، البته تا وقتی که عمل و رفتار مناسب باشد. مشکل هنگامی است که استفاده از جنگ و جدال همیشگی و به صورت غیر مناسب باشد.

خشم اگر شنیده و گفته شود ماهیتی صمیمانه دارد. شما باید یاد بگیرید چگونه از خشم خود به صورت درست، جسورانه و در راه صحیح استفاده کنید نه این‌که آن را با خصومت و پرخاشگری همراه سازید. در واقع پرخاشگری کلامی یا جسمانی ضروری نیستند و حتی می‌تواند مضر هم باشد. کار روی خشم و به‌طور جسورانه و توأم با اعتماد به نفس برای رسانیدن منظور شما مؤثرتر است. در اینجا یک فرمول جرأت ورزی وجود دارد که شما باید آن را به خاطر سپرده و تمرین کنید تا به صورت خودآیند شوند.

- من احساس می‌کنم (بیان احساسات خود)
- هنگامی که تو (بیان علت به وجودآمدن احساسات)
- من بهتر می‌دانم اگر (چه چیزی می‌خواهید)

وقتی شما نسبت به کسی خشمگین شوید، اول با توصیف کامل احساس خود شروع کنید و سپس بر اساس زبان رفتاری، توصیف کنید. چه چیزی باعث به وجودآمدن آن احساسات در شما می‌شود. سپس دوباره بر اساس زبان رفتاری به آن‌ها می‌گویید که چه کاری از آن‌ها می‌خواهید که انجام دهند.

حالا بگذارید با استفاده از مثالی نشان دهیم که چگونه فرمول جرأت‌ورزی عمل می‌کند.

پاسخ خشمگینانه

محسن یک ساعتی از سرکارش دیر به خانه آمد، همسرش آزرده و خشمگین بود.

همسر: تو تا حالا کجا بودی! تو یک جونور غیرقابل اعتماد هستی.

حالا احساس محسن باید چگونه باشد؛ تحت حمله قرار گرفته، آزرده شده، خشمگین شده یا حالت دفاعی به خود گرفته؟ او شاید بخواهد انتقام گرفته و بگوید:

محسن: چرا هی نق‌نق می‌کنی! تو همیشه از دست من عصبانی هستی!

یک پاسخ توأم با اعتماد به نفس و جسورانه:

همسر: وقتی که تو دیر می‌کنی من احساس آزردگی، نگرانی و خشم می‌کنم. من بهتر می‌دانم تو به من تلفن کنی و بگی که نمی‌توانی سر موقع به خانه برسی.

استفاده از فرمول توأم با جرأت ورزی، اطلاعات درستی را در اختیار دیگران قرار می‌دهد که می‌فهمند چه کاری کرده‌اند و می‌فهمند چه کاری باید انجام می‌داده‌اند.

فرمول جرأت‌ورزی را حداقل برای دو بار در روز تمرین کنید، بعد از هر استفاده، موقعیت را یادداشت کرده و نتیجه آن را بررسی کنید. به احساساتی که دارید توجه کنید. اگر مثل اکثر مردم باشید احساس کنترل بیشتری روی احساسات خود خواهید داشت. در ضمن چیزی که عاید شما خواهد شد بیشتر از چیزی خواهد بود که انتظار داشتید. این عمل منجر به کاهش خشم می‌شود.

ترس

ترس یکی دیگر از احساسات مشکل‌ساز است. ترس ما را بر می‌انگیزاند تا از موقعیت‌های خطرناک کناره‌گیری یا فرار کنیم. ترس دوستانه است. کناره‌گیری نیز دوستانه است و می‌تواند سازگارانه هم باشد ولی همیشه بر اساس اصول درست و مناسب نیست. مهم این است که درست بیاندیشیم. و قبل از کناره‌گیری پیامدها را بررسی کنیم. بررسی کنیم که نقاط قوت و ضعف کناره‌گیری از یک موقعیت چیست؟ این درست نیست که از تمام مشکلات خود فرار کنیم، حتی اگر ترسناک باشند، اگر چنین کاری کنیم، نخواهیم توانست مشکلات را حل کنیم. ما باید بیاموزیم سرجای خود بایستیم حتی اگر موقعیت دردناک باشد. این راهی است که از طریق آن می‌توانیم مشکلات را حل کنیم. اگر فرار را به عنوان یک روش پیدا کرده تا در هنگام احساس ترس از آن استفاده کنیم، همان فرمول جرأت‌ورزی در اینجا نیز کارآتر خواهد بود. «من احساس می‌کنم ... هنگامی که شما ... من بهتر می‌دانستم اگر ...» همان‌طوری که با خشم خود از چنین فرمولی استفاده کردید در ترس نیز از آن استفاده کنید. اگر مردم بفهمند شما ترسیده‌اید، ترس شما را دامن زده و به آن پاسخ مثبت می‌دهند. احساس ترس خود را با کسی که درگیر موقعیت شما نیست در میان بگذارید. به خاطر داشته باشید که احساسات را باید با دیگران در میان گذاشت. این یک مهارت مقابله‌ای مهم است و می‌تواند برای تمام احساسات به کار گرفته شود.

رفتار

حالا دیگر می‌دانیم در مواقعی که درگیر مشکلات کنترل تکانه‌ها هستیم، استفاده از رفتار درست در زمان درست رمز موفقیت ما است. این یک حرکت است، رفتار است که افراد مسئول آن هستند پس باید تمرین کنید، خیلی سریع حرکت نکنید. شما باید عمل را به تأخیر انداخته تا فکر کافی برای برنامه‌ریزی آن داشته باشید. بعضی افراد باید کاملاً از موقعیت دور شوند تا بتوانند چنین فرصتی تفکری را داشته باشند. مثلاً باید مدتی قدم بزنند، بدوند یا رانندگی کنند. شاید مجبور باشند خانه یا محل درگیری را ترک کرده و خود را به جای دیگری برسانند. شما خود را بهتر از هر کسی می‌شناسید، و قبل از این‌که کنترل خود را از دست دهید از این مسئله آگاه می‌شوید. شما باید سعی کنید از افزایش احساسات خود جلوگیری کنید، قبل از این‌که کنترل خود را از دست بدهید، در این هنگام باید از موقعیت دوری کنید. نمی‌توانید به امید این‌که کنترل خود را به‌دست آورید همانجا بمانید، این بسیار خطرناک است، نگران نباشید، شما برای حل مشکل خود باز خواهید گشت، موقعیت راهبری خواهد شد و برای هر مشکلی راه حلی

یافت خواهد شد، ولی شما نیاز دارید مدتی دور از مشکل باشید.

اگر شما در موقعیتی که کنترل خود را از دست می‌دهید بمانید، مثل این است که با آتش، بازی کرده‌اید. به هیچ وجه این کار را با خود نکنید.

به طور حتم استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت خاص، یک برنامه مناسب برای حل مشکل شما خواهد داشت. این برنامه‌ریزی باید قبل از به وجودآمدن موقعیت باشد و تا زمانی که خودآیند شود باید تمرین شوند. یک برگ کاغذ سفید دیگر برداشته و موقعیتی که برای شما مشکل‌ساز است را یادداشت کنید.

در این هنگام لازم است با مشاور یا هم گروهی‌های خود آن را به بحث بگذارید: در آن موقعیت چه کار مناسبی می‌توانستید انجام دهید، آن‌ها را بررسی کنید. همسر محسن سعی در کنترل تمایل به تنبیه بچه‌های خود دارد. او از این پس هنگامی که خمشگین می‌شود سعی می‌کند از چنین برنامه‌ای استفاده کند.

وقتی من خشمگین شدم، باید بدین ترتیب عمل کنم:

- خشم و علت عصبانیت خود را تا حد ممکن بشناسم.
- از موقعیتی که در آن خشمگین شدم دوری کنم تا خشم کاهش پیدا کند.

پس می‌توانم:

- به یک اطاق دیگری بروم.
- بروم قدم بزنم.
- بروم رانندگی کنم.
- خانه مادرم بروم.
- بروم خانه همسایه و با او حرف بزنم
- به دوستم زنگ بزنم.

- وقتی توانستم درست و روشن فکر کنم، پاسخ و راه‌حل را طراحی می‌کنم و آن را با کسی که به او اعتماد دارم در میان می‌گذارم.
- پیش بچه‌هایم برمی‌گردم و طرحم را پیاده می‌کنم.
- اگر مجدداً خیلی عصبانی شدم برخواهم گشت و تمام کارها را تکرار می‌کنم.

پیامد رفتار

این مهم است که نگاه دقیقی به پیامد رفتار خود بیاندازید. شما تنها زمانی از رفتار خود چیزی خواهید آموخت که روشن ببینید وقتی از روش خاصی استفاده کردید چه اتفاقی افتاد. در طرف دیگری از کاغذ خود به طور خلاصه بنویسید، هر باری که کنترل خود را از دست دادید چه اتفاقی افتاد. زیر هر موقعیت، پیامدهای منفی که در اثر از دست دادن کنترل خود داشتید را یادداشت کنید. این قسمت را دقیق همراه با جزئیات کامل بنویسید.

مدت زمانی روی آن فکر کنید. به خاطر اتفاقی که افتاده، دیگران را مقصر ندانید و سرزنش نکنید. روی رفتار خود

تمرکز کنید. از هر موقعیتی که می‌توانید بیاندیشید استفاده کنید. هرچه بیشتر و واضح‌تر قادر به نگریستن بر پیامدهای منفی رفتار خود باشید، بیشتر با خود خواهید گفت «دیگر این کار را نخواهم کرد». اگر قبل از اقدام به هر واکنش، کمی مکث کنید، فکر کنید و قبل از عمل برنامه‌ریزی کنید، خواهید توانست نکات مهم و بیشتری درباره خود بیاموزید.

ما به رفتاری که شما خواهان تغییر آن بودید نگاه دقیقی انداختیم. محرک، افکار، احساسات، رفتار و پیامد را مورد مطالعه قرار دادیم. بگذارید مرور کنیم وقتی در موقعیت خطرناک قرار گرفتید چه کاری باید بکنید و وقتی احساس تکانه‌ای کردید چه برنامه‌ای خواهید داشت؟ اول به کلمات ایست بازرسی فکر کنید.

ایست + باز + ر + سی

ایست: توقف کرده و خود را با پاسخ منطقی روبه‌رو سازید.

باز: بازبینی و تفکر

۱. موقعیت چیست؟
۲. چیزهایی که از دست می‌دهید کدام است؟
۳. فکر خود را درست کنید.

ر: راه‌حل‌های بررسی شود؛ حق انتخاب.

۱. حق انتخاب‌ها کدامند؟
۲. نقطه قوت و ضعف هر یک چیست؟
۳. بهترین آن‌ها را انتخاب کنید؟

سی: سیر و روش، برنامه‌ریزی و اجرا

- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه

با مشاور و گروه خود روی موقعیت‌ها و احساساتی که برای شما مشکل‌ساز است کار کنید. اگر با احساس خشم مشکل دارید. در جلسات مشاوره فردی یا گروهی به دقت درباره آن صحبت کنید.

مهارت‌های مقابله‌ای ویژه آن را انتخاب کنید و برای هر احساس به کار برید. این دقیقاً همان کاری است که باید انجام دهید. فهرست راه‌حل‌ها را در دسترس داشته باشید و همیشه آن را همراه خود داشته باشید.

شما باید تمرین کنید، تمرین کنید. تمرین کنید. هر گاه استفاده از رفتارهای قدیمی مجدداً به سراغ شما آمد، تسلیم نشوید. از آن شکست درس بگیرید. بنگرید چه اتفاقی افتاده؟ چه مهارت مقابله‌ای را می‌توانید استفاده کنید؟ چگونه می‌توانید استفاده کنید؟ چگونه می‌توانید دفعه بعد رفتاری متفاوت داشته باشید؟ شما می‌توانید این کار را انجام دهید، دیگر بنده و غلام تکانه‌های خود نخواهید بود و قادر خواهید بود رفتار خود را تغییر دهید. شما اکنون تمام مهارت‌های لازم را دارید.

کنترل خشم

خشم احساسی است که به شما کمک می‌کند با محیط اطراف خود سازگار شوید. خشم در واقع برای متوقف‌کردن فشارهای عصبی (استرس) طراحی شده است. خشم باعث می‌شود تا شما حریمی را در اطراف خود به وجود آورید و از آن محافظت کنید، به علاوه به شما انرژی و جهت می‌دهد تا در برابر حملات فیزیکی از خود دفاع کنید.

خشم مزمن دردناک است و منجر به شکسته‌شدن حلقه ارتباطات بین فردی می‌شود که در آن صورت نه تنها کمک‌کننده نیست، بلکه آسیب رساننده هم است. مطالعات نشان داده بیمارانی که دارای خشم مزمن هستند، خیلی زودتر از موعد مقرر می‌میرند. آن‌ها در روابط بین فردی خود خیلی سرد و همیشه آماده انفجار هستند و بیشتر از دیگران دچار بیماری‌های جسمانی می‌شوند. خشم مزمن عواقب دردناک فراوانی به دنبال دارد.

علت این‌که این مقاله را می‌خوانید این است که خشم شما هم گاهی‌اوقات غیر قابل کنترل می‌شود. هنگامی که خشمگین و عصبانی می‌شوید، کارهایی انجام می‌دهید که بعدها درباره آن احساس گناه می‌کنید. خشم مزمن یک سیکل شرم‌آور درد است. شما نمی‌خواهید به دیگران آسیبی برسانید، ولی وقتی به خودتان می‌آیید می‌بینید که این کار را بارها و بارها انجام داده‌اید.

بسیاری از تمرینات این مقاله مربوط به کاری است که راجرز و مک کی Rogers & Mckay (1989) تحت عنوان «وقتی خشم صدمه می‌زند» انجام دادند، هرگاه فرصت کردید آن کتاب را تهیه کرده و بخوانید. این تمرینات به شما کمک می‌کند خشم خود را کنترل کنید. البته کار آن‌چنان آسانی نیست و نیاز دارد که عمیقاً روی آن کار شود. یادگیری رفتارهای جدید، تمرین و ممارست زیاد و جدی را می‌طلبد. شما سال‌ها تمرین کرده‌اید تا یاد بگیرید چگونه خشمگین شوید، حال نیاز دارید مهارت‌های جدیدی را یاد بگیرید که از بین برنده چنین مشکلاتی باشند. استفاده از راهبردهای جدید شما را قادر خواهد ساخت تا خشم کمتری احساس کنید. شما قادر خواهید شد بسیاری از مشکلات را حل کنید از وخیم‌ترشدن آن‌ها جلوگیری کنید.

دفتر یادداشت خشم

یک دفتر برای یادداشت خشم‌های هر روز خود تهیه کنید. هرگاه که خشمگین شدید آن را در دفتر خود یادداشت کنید. دقیقاً و با جزئیات بنویسید چه اتفاقی افتاده است و به احساس خشم خود در یک مقیاس ۱۰۰ نمره‌ای از ۱ (کمترین احساس خشم) تا ۱۰۰ (آخرین حد خشم) نمره بدهید. هم‌چنین به رفتار پرخاشگرانه خود نیز از ۱ تا ۱۰۰ نمره بدهید. هرچه بیشتر و دقیق‌تر به موقعیت‌های ثبت شده می‌نگرید، چیزهای بیشتری درباره خود فرا می‌گیرید، و به همین ترتیب می‌آموزید که چگونه رفتار خود را کنترل کنید. نمونه یادداشت شما در دفتر یادداشت ممکن است این چنین باشد:

۱۹ مرداد، ساعت ۱۶/۰۵: وقتی داشتم تلویزیون می‌دیدم، همسرم سه مرتبه از من خواست سطل آشغال را بیرون بگذارم. من احساس کردم او می‌خواهد مرا دیوانه کند. او می‌دانست که من روز سختی را پشت سر گذاشته‌ام و

احتیاج به کمی استراحت، آرامش و تنهایی دارم. همان موقع بچه‌ها داشتند توی اطاق کناری دعوا می‌کردند.

شدت احساس عصبانیت: ۱۰۰

پرخاشگری: ۹۰ من به او گفتم خفه شود و من را تنها بگذارد و بالش را محکم به دیوار کوبیدم.

۱۹ مرداد: قبل از این‌که جلسه فروش تمام بشود، من تمام ذهنم را متوجه فرصتی کرده بودم تا با رئیسم صحبت کنم. من باید با او حرف می‌زدم تا درباره کار خودم به او اطمینان خاطر بدهم. من می‌دانستم که فروش من پایین آمده و پرداخت‌ها هم به تعویق افتاده است. من احساس بدی داشتم و حال خوشی نداشتم.

شدت احساس عصبانیت: ۷۵

پرخاشگری: من هیچ کاری نکردم.

با نظارت و مراقبت از خشم خود، قادر خواهید بود پیشرفت در کنترل خود را مشاهده کنید و همان‌طور که شاهد کنترل خشم خود هستید، احساس موفقیت بیشتری خواهید نمود.

افسانه خشم

یک باور غلط قدیمی وجود دارد که می‌گوید خشم همیشه باید نمایان و برون‌ریزی شود و گرنه به صورت رفتارهای پرخاشگرانه و انفجاری خود را نشان می‌هد و پس از انجام آن، خشم فروکش خواهد کرد. خشم می‌تواند مثل آب، پشت یک سد جمع شود. اگر آن را ابراز نکنید، سد خواهد شکست و یک‌دفعه همه چیز را نابود خواهد کرد. تحقیقات به‌طور جدی با این افسانه مخالف هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که خشم حتماً نباید به یک رفتار پرخاشگرانه منجر شود و سپس فروکش کند هرچه بیشتر رفتار یا اعمال پرخاشگرانه انجام دهید یا به افکار خشمگینانه فکر کنید بیشتر احساس خشم خواهید کرد. خشم از خودش تغذیه می‌کند به خودش هم سوخت می‌رساند. هیچ‌وقت مشت بر دیوار زدن یا بالشت‌کوبیدن یا نعره‌زدن به کسی کمک نخواهد کرد. این‌گونه رفتارها نه تنها خشم را کاهش نخواهد داد بلکه باعث خواهد شد که خشمگین‌تر شوید و خشمگین‌تر عمل کنید.

خشم با مردم چه می‌کند؟

۱. آن‌ها را شوکه کرده و می‌ترساند.
۲. باعث می‌شود که احساس بدی درباره خود داشته باشند.
۳. هرچه بیشتر خشم خود را بروز دهید، تأثیر بروز خشم خود کم‌تر می‌شود. دیگران به خشم شما عادت می‌کنند و دست شما را می‌خوانند و دیگر اهمیتی نمی‌دهند.
۴. دیگران از شما فاصله می‌گیرند.
۵. خشم ارتباط شما با واقعیت را خدشه‌دار می‌کند.
۶. هرچه بیشتر خشم خود را بروز دهید، رفتار پرخاشگرانه هم بیشتر می‌شود و در نتیجه دیگران را طلب‌کارتر می‌کنید.
۷. خشم باعث ادامه عصبانیت در هر دو طرف دعوا می‌شود.

۸. خشم هیچ گاه توقف پیدا نخواهد کرد، راهش را ادامه خواهد داد و به خودش در ادامه راه سوخت کافی می‌رساند.
۹. اگر خشمتان دوباره ادامه داشته باشد، هر بار بدتر خواهد شد.
۱۰. خشم باعث خشکی رفتار و ارتباط و سخت‌گیری بیشتر می‌شود و در نتیجه هر دو طرف انعطاف‌ناپذیر و بی‌گذشت می‌شوند.
۱۱. خشم باعث سربرآوردن حس انتقام می‌شود.
۱۲. به وسیله خشم سعی می‌کنید دیگر اشخاص را کنترل کنید، در صورتی که به طور غیر قابل اجتنابی کنترل خود را از دست می‌دهید.
۱۳. خشم باعث می‌شود دیگران به‌طور دفاعی و با مقاومت در برابر شما رفتار کنند.
۱۴. دیگران با دوری از شما حفاظی برای مقابله با خشم شما برای خود درست می‌کنند.

افراد خشمگین احساسی مثل افراد قربانی، یا کسانی که در دام افتاده‌اند، دارند. آن‌ها میل به نزدیکی و ایجاد ارتباط دارند ولی از این‌که مورد پذیرش دیگران قرار نگیرند هراس دارند. در فرایند دوستی، خودخواه و بی‌احساس، در همکاری خسیس و سربه هوا و در عشق و دوست داشتن بی‌مهر و محبت و طردکننده هستند. در زندگی آن‌ها هیچ چیز خوشحال‌کننده و شادی‌آفرینی وجود ندارد.

خشم در چهار قدم باعث درماندگی می‌شود:

۱. شما فکر می‌کنید مشکلی برای‌تان رخ داده است.
۲. شما فکر می‌کنید دیگران باید رعایت شما را بکنند ولی نمی‌خواهند.
۳. شما نسبت به آن‌ها عصبانی می‌شوید.
۴. کناره‌گیری دیگران از شما بیشتر می‌شود.

خشم یک انتخاب است

شما مجبور نیستید خشمگین شوید. شما می‌توانید مشکل خود را به طریق دیگری حل کنید. تا اینجا خشم یک فرایند خودبه‌خودی، یک تصمیم بدون فکر و یک انتخاب از روی عادت است. شما برای مدت‌ها فکر می‌کردید که خشم می‌تواند شما را نجات دهد و به شما کمک کند اما در همان موقع به شما صدمه می‌زند. شما می‌خواهید دوست‌تان بدارند و مورد پذیرش دیگران قرار گیرند، خشم به شما چنین فرصتی نمی‌دهد. چه بار داشته باشید و چه نداشته باشید، شما می‌توانید خشم را حس کنید ولی سازنده عمل کنید. به خاطر داشته باشید، عملکرد خشم توقف عامل فشار در شما است. پس عامل فشار مشکل شماست، نه خشم.

خشم هدایت‌شده به چندین طریق می‌تواند در مقابله با عامل فشار به شما کمک کند:

۱. خشم از درک و حس درد جلوگیری می‌کند.
۲. خشم احساس ترس، صدمه، گناه و غمگینی را بیش از حد کاهش می‌دهد.
۳. هنگامی که نیازهای شما برآورده نشود خشم از افزایش درد ناشی از آن جلوگیری می‌کند.
۴. خشم احساس گناه را کم می‌کند.
۵. خشم احساس تقصیر و سرزنش را به شخص دیگری منتقل می‌کند.

راه‌های زیادی به غیر از خشمگین‌شدن برای کاهش فشار وجود دارد. می‌توانید گریه کنید، ورزش کنید، لطیفه بگویید، در دفتر یادداشت خود موارد را یادداشت کنید. تمرینات آرام‌بخشی را انجام دهید، احساسات خود را به صورت کلامی بیان کنید، مشکلات خود را بررسی و حل کنید، به موسیقی گوش کنید و می‌توانید چیزهای بسیار دیگری انجام دهید تا فشار عصبی کم شود.

خشم یک فرایند دوقدمی است

۱. شما از استرس آگاه می‌شوید.
۲. شما شخص دیگری را مقصر می‌دانید.

چیزی که به شما کمک نخواهد کرد این است که دیگران را مقصر بدانید یا این‌که درباره چیزی فکر کنید که آن‌ها می‌بایست انجام می‌داده‌اند ولی نداده‌اند.

سرزنش و مقصردانستن دیگران: برای سرزنش، شما باید اعتقاد داشته باشید دیگران از روی عمد کار اشتباهی انجام داده‌اند و قصدشان صدمه‌زدن به شما بوده است.

بایدها: برای اثبات بایدها، شما باید اعتقاد داشته باشید، دیگران باید می‌دانستند کاری که می‌کنند درست نبوده و نباید آن‌را انجام می‌دادند. در صورتی که شاید آن‌ها نمی‌دانستند چه چیزی درست بوده است.

«بایدها» و «سرزنش» تفکرات نادرست هستند. حقیقت این است که اگر دیگران کار درست و بهتر را می‌دانستند کار نادرست را انجام نمی‌دادند و به شما هم صدمه‌ای وارد نمی‌شد. در واقع آن‌ها می‌خواستند با احتیاجات و نیازهای خود روبه‌رو شوند.

برای رهایی از خشم، شما باید سرزنش دیگران را متوقف سازید.

تنها چیزی که همیشه حقیقت دارد این است که وقتی شما خشمگین می‌شوید در واقع متحمل درد می‌شوید. افکار برانگیزاننده که به خشم شما دامن می‌زنند و به آن سوخت می‌رسانند معمولاً ناصحیح و اشتباه هستند. خشم شما ممکن است هیچ اساس منطقی و درستی نداشته باشد. اگر شما از افکار نادرست استفاده کنید، طوفانی از احساسات نادرست می‌سازید. پس به حقیقت واقعی و طرز تفکر صحیح مسلح باشید تا در نهایت خشمگین نشوید.

این خشم نیست که جمع می‌شود بلکه استرس است که ساخته می‌شود. شما نیاز به مهارت‌های مقابله با استرس دارید.

چه چیزی به شما فشار عصبی وارد می‌کند:

به دفترچه یادداشت خشم خود برگردید و به هر یک از موقعیت‌هایی که در آن خشمگین شده‌اید نگاه کنید.

۱. مشخص کنید قبل از این‌که خشمگین بشوید چه چیزی باعث به هم ریختگی شما شد. درد عاطفی، درد جسمانی، محرومیت یا تهدیدهایی که منجر به خشم شده چه چیزهایی بوده است؟ قبل از احساس خشم، آیا احساس درونی از صدمه دیدن، ترس، غمگینی و گناه کردید؟ آیا احساس ناراحتی جسمانی یا روانی کردید؟ تمامی این نکات را یادداشت کنید.

۲. سعی کنید افکار برانگیزاننده را مشخص کنید. در فاصله بین موقعیتی که در آن بودید تا زمانی که خشمگین شدید به چه چیزهایی فکر می‌کردید؟ آیا «از سرزنش» یا «باید» استفاده کردید؟ تمام چیزهایی که به آن فکر می‌کردید را بنویسید.

«محسن از سرکار به خانه آمد، وقتی وارد خانه شد چند بطری نوشابه که در وسط اطاق افتاده بود، دید. او فکر کرد «بچه‌ها باید می‌دانستند این رفتار اشتباه است و باید بهتر از این رفتار می‌کردند. آن‌ها فقط به خودشان فکر می‌کنند، برای هیچ کس مهم نیست که من اینجا چه‌کار می‌کنم. آن‌ها اصلاً برایشان فرقی نمی‌کند و اهمیت نمی‌دهند که من وارد چنین خانه کثیفی بشوم.» محسن به شدت خشم خود نمره ۱۰۰ را داد. اوسر بچه‌ها فریاد زد و به پرخاشگری خود هم نمره۸۵ را داد. بعداً راجع به فریادی که سربچه‌ها کشیده بود احساس گناه کرد و مجبور به معذرت‌خواهی شد.

چگونه افکار نادرست محسن باعث بروز خشمش شد.

بچه‌ها باید می‌دانستند و بهتر رفتار می‌کردند.

آن‌ها فقط به فکر خودشان هستند.

آن‌ها به من اهمیتی نمی‌دهند.

هیچ کس ارزش کاری که من اینجا می‌کنم را نمی‌داند.

من در خانه کثیفی زندگی می‌کنم.

جای تعجب نیست اگر کسی این چنین فکر کند و عصبانی و خشمگین شود. ولی او دست فکر نکرده بود. احساس خشم او از افکار نادرستش نشأت گرفته بود.

او می‌توانست تعبیر متفاوت دیگری از رفتار بچه‌ها، داشته باشد و در نتیجه به خشم خود پایان دهد.

سرزنش کردن

تکانه شروع یک سرزنش، ریشه در تمام خشم‌های مزمن دارد وقتی شما عصبانی می‌شوید چه کسی مسئول دردکشیدن شماست، پس خود را محق به انجام یک عمل پرخاشگرانه می‌دانید. شما خود را در خطر می‌بینید و نیازمند حفاظت از خود هستید، پس آن کار را انجام دهید و در آن صورت درمانده که قربانی حماقت و خودخواهی دیگران شده‌اید باشید.

در سرزنش کردن، لذتی نهفته است. شما می‌توانید مسئولیت مشکل خودتان را به راحتی برگردن شخص دیگری بیاندازید، او را سرزنش کنید و از مسئولیت خود فرار کنید. شما توجه و تمرکز را از خود برداشته و همه‌چیز و همه‌کس را متوجه و متمرکز اشتباه دیگری می‌کنید. اشکالی که در سرزنش کردن دیگران وجود دارد، این است که غیر واقعی است. واقعیت این است که مردم مسئول زندگی ما نیستند بلکه شما مسئول زندگی و اعمال خود هستید.

۱. شما تنها کسی هستید که می‌دانید و می‌فهمید به چه چیزهایی نیاز دارید.
۲. دیگران هم باید به نیازهای خودشان توجه کنند.
۳. نیازهای مردم گه‌گاه با نیازهای شما دچار تعارض می‌شوند.
۴. رضایت شما در زندگی بستگی به چگونگی روبه‌روشدن با نیازهایتان دارد.

راهبردهای روبه‌روشدن با نیازها

شما باید مهارت‌های جدیدی را برای بهتر برخورد نمودن با نیازهایتان در خود پرورش دهید. به کمک مشاور، مهارت‌های مقابله‌ای زیر را در خود بارور سازید و آن‌ها را همیشه تمرین کنید.

۱. یاد بگیرید به کسانی که کاری بر وفق مراد شما انجام می‌دهند پاداش دهید. همیشه دیگران را تقویت کنید. هرچه بیشتر دیگران را تقویت کنید، احساس رضایت بیشتری خواهید کرد.
۲. یاد بگیرید خود مواظب نیازهای خود باشید. در روبه‌روشدن با نیازها روی دیگران حساب نکنید.
۳. منابع حمایت، قدردانی و احترام و سرزندگی را در خود تقویت کنید. به گروه‌های خودیاری بپیوندید و همیشه به آنجا بروید. کسی را به صرف چای دعوت کنید. با راهنمای خود تماس بگیرید.
۴. یاد بگیرید«نه» بگویید.
۵. یاد بگیرید چگونه احساسات خود را با دیگران در میان بگذارید و چیزی را که می‌خواهید بیان کنید.
۶. یاد بگیرید به خدا و مشیت الهی اعتماد کنید.

بازگرداندن احساس مسئولیت

به دفترچه یادداشت وقایع روزانه خود مراجعه کنید و موقعیت‌هایی که در آن خشمگین شدید را بررسی کنید.

۱. چه چیزی در آن موقع به شما فشار می‌آورد و شما را آشفته می‌ساخت؟
۲. افکار برانگیزاننده، کدام‌ها بودند؟
۳. چه کار دیگری می‌توانستید انجام دهید؟
۴. چگونه می‌توانستید با نیازهای خود روبه‌رو شوید؟
۵. چگونه می‌توانستید منابع حمایتی دیگری پیدا کنید؟
۶. چه محدودیت‌هایی باعث شکست شما در مقابله با مشکل شده بود؟ آیا قادر به گفتن «نه» نبودید؟
۷. چگونه می‌توانستید خواسته‌های خود را بهتر بیان کنید؟
۸. چقدر به خدا و مشیت الهی اعتماد کردید؟

نبرد افکار برانگیزاننده

تفکر نادرست باعث می‌شود تا شما احساس درد نادرست کنید. اگر شما شخص دیگری را سرزنش کنید، نمایان‌گر آن است که مردم را با قوانین خاص خود مورد قضاوت قرار داده‌اید. ممکن است در راه‌بندان شلوغ خیابان ناگهان ماشینی از پشت شما بیرون آید و خط را قطع کند و از کنار شما در باند بغل ادامه حرکت دهد، شما از کوره در روید و به خود بگویید: «اون احمق می‌دانست که نباید این کار را بکند!» ولی واقعیت این است که بسیاری از راننده‌ها فکر می‌کنند قطع‌کردن خط وسط و ادامه مسیر دادن خوب است و گاهی‌اوقات کمک‌کننده است. مشکل سرزنش‌کردن این است که آن‌هایی که مورد سرزنش قرار می‌گیرند با شما موافق نیستند. آن‌ها از مجموعه قوانین خود پیروی می‌کنند و با معیارهای خود، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند. مردم کمتر کاری را انجام می‌دهند، که فکر می‌کنند باید انجام دهند، آن‌ها کاری را انجام می‌دهند که برای‌شان مفید باشد و به دردشان بخورد.

باور نادرست استحقاق

باور نادرست استحقاق باوری است که شما را مستحق اعمال یا چیزهای مضاعفی می‌داند زیرا شما بر این باورید که مشکلات و فشارهای زیادی را تحمل کردید و مستحق پاداش اضافی هستید یا این‌که شایسته و سزاوار چیزهایی هستید که شدید طالب آن‌ها هستید چون میل شما برای به‌دست‌آوردن آن چیزها خیلی شدید است. نیازهای شما تقاضاهای‌تان مبنی بر این‌که دیگران باید هر آنچه که شما می‌خواهید را برای‌تان تهیه کنند را توجیه می‌کنند. احساس مستحق بودن، شما را می‌بلعد و تمام وجود شما را فرا می‌گیرد. چگونه دیگران می‌توانند بگویند «نه»؟ واقعیت این است که مردم هر آن‌چیزی را که خودشان می‌خواهند به شما می‌دهند نه آن چیزی که شما می‌خواهید، و نه چیزی بیشتر! آن‌ها سعی می‌کنند با نیازهای خودشان روبه‌رو شوند نه نیازهای شما.

باور نادرست عدالت

این عقیده بدین معناست که در هر جامعه معیارهای مطلق رفتاری وجود دارد که همگان باید از آن پیروی کنند. همه افراد باید این قوانین را بشناسند و از آن پیروی کنند. اگر چنین کاری نکنند، بد و شایسته تنبیه هستند. مشکل این نوع طرز تفکر این است که هیچ استاندارد رفتاری مطلق درست یا غلط وجود ندارد. چیزی که عدالت نامیده می‌شود کاملاً ذهنی است. ممکن است شخص دیگری چنان عمل کند که کاملاً از ارزش‌های متفاوت دیگری پیروی کند.

سرزنش

سرزنش‌کردن و مقصردانستن دیگران به شما اجازه می‌دهد تا از احساس مسئولیت و به عهده گرفتن مشکلات خود طفره روید. سرزنش‌کردن بدین‌ترتیب برانگیزاننده خشم شما می‌شود که فکر می‌کنید اشتباه دیگران باعث آزرده‌شدن و ایجاد درد و رنج در شما هنگامی که افراد از مهارت‌های مقابله‌ای برای حل مشکلات خود استفاده می‌کنند شده‌اند. اگر آن‌ها را برای کاری که انجام می‌دهند مقصر بدانیم کاری نکرده‌ایم جز این‌که برچسبی نامناسب

به آن‌ها زده‌ایم. با سرزنش‌کردن، مردم را به خاطر این‌که نتوانستند کمکی به شما بکنند تنبیه می‌کنید.

خواندن فکر

گاهی‌اوقات وقتی فکر دیگران را می‌خوانید خشمگین می‌شوید. شما فکر می‌کنید می‌دانید چرا کسی، کار خاصی را انجام داده است. شما فکر می‌کنید تمام مسائل را می‌دانید. شما فکر می‌کنید که شخص تعمداً کاری را برای صدمه‌زدن به شما انجام داده است. این طرز تفکر غالباً اشتباه است. در واقع دیگران سعی دارند با نیازهای خودشان روبه‌رو شده و آن‌ها را مرتفع کنند.

تغییر افکار برانگیزاننده

به دفترچه یادداشت وقایع روزانه خود رجوع کنید و مشخص کنید در فاصله بین آن موقعیت تا خشمگینی کامل، به چه چیزی فکر می‌کردید. این همان تفکرات خودبه‌خودی شماست که بدون حجابی نمایان شده است.

هنگامی که فهرست افکار برانگیزاننده‌تان کامل شد، به عقب برگردید و افکاری که درست شکل گرفته بودند را پرورش دهید. سعی کنید بفهمید در آن موقعیت چه نوع فکری درست بوده و چگونه باید فکر می‌کرده‌اید؟

وقتی ببینید چگونه افکار نادرست خشم را دامن می‌زنند و به خشم سوخت می‌رسانند تعجب خواهید کرد. از افکار خود برای حداقل ۱۲ هفته رونوشت کتبی داشته باشید. در این موقع است که قادر به درک افکار قدیمی خود خواهید شد. وقتی شما درست بیاندیشید، درست هم عمل خواهید کرد. به‌زودی مشخص می‌شود که افکار قدیمی، دیگر بانگ اطمینان و درستی را سر نمی‌دهند. بعد از شناسایی افکار نادرست و جایگزین کردن افکار درست، شما دیگر احساس یک فرد قربانی را ندارید.

متوقف ساختن وخامت اوضاع

جارلد پتروسون محقق مرکز یادگیری اجتماعی به این نتیجه رسید که خشم میان مردم به «زنجیره تنفر» رفتاری بستگی دارد که توسط آن مردم سعی دارند از طریق تغییر سریع رفتار و برقراری ارتباطات تنبیهی روی یکدیگر اثر بگذارند. این زنجیره‌ها بیشتر هنگامی شکل می‌گیرند که افراد دارای قدرت نسبتاً مساوی باشند، برای مثال زن و شوهر، والدین و فرزندان و همکاران. زنجیره‌های تنفر معمولاً با یک حادثه کوچک شروع می‌شود و در طی یک مسیر قابل پیش‌بینی حرکت می‌کنند. در ابتدا این تغییرات معمولاً نادیده گرفته می‌شود چون به نظر بی‌اهمیت می‌آیند.

زنجیره‌های تنفر، آجرهای ساختمان رفتارهای غلط و پرخاشگرانه هستند

چون حلقه‌های رفتاری که به هم متصل هستند تشکیل زنجیر تنفر را می‌دهند و به صورت سلسله مراتب برای طی‌کردن زنجیر باید از حلقه‌ای به حلقه دیگر حرکت کرد، می‌توان جلوی حرکت و پیشرفت تنفر را از همان حلقه اول گرفت یعنی اگر از حلقه اول توقف کنید به حلقه‌های دیگری نخواهید رسید. مثلاً یکی از اعضای خانواده عمداً دیگران را اذیت کرد ولی دیگران باجی به وی ندادند.

اگر فردی به اذیت و آزار دیگری عکس‌العمل نشان ندهد، مشکل بعد از چند ثانیه متوقف خواهد شد. سه یا چهار حلقه از زنجیر معمولاً بیش از چند دقیقه دوام نخواهند آورد و چون این مسئله در خانه‌های ما هم وجود دارد ما آن را باور داریم. وقتی زنجیر تنفر بیش از چند دقیقه دوام آورد، ممکن است داد و فریاد، تهدیدکردن یا حتی کتک‌زدن اتفاق افتد. هرچه بیشتر زنجیر دوام آورد، احتمال ازدست‌رفتن کنترل روی امور و رفتار بیشتر خواهد شد.

یک زنجیره تنفر را در همان لحظات ممکن اولیه متوقف سازید

آخرین حلقه یک زنجیر تنفر برانگیزاننده یک رفتار است. این رفتارها معمولاً منجر به رفتارهای نادرست و حتی پرخاشگرانه می‌شود. برانگیزاننده‌ها معمولاً رفتارهای کلامی یا غیرکلامی هستندکه احساس طردکردن، کنارگذاشتن و حتی نپذیرفتن را بر ملا می‌سازد. روبه‌روشدن با این احساس‌ها بسیار دردناک و رنج‌آور است و احساس هر فرد این است که باید آن را سریعاً متوقف سازد.

شمار متنوعی از عبارات می‌توانند در آخرین حلقه زنجیر تنفر وجود داشته باشند.

این عبارات پاسخ‌هایی هستند که باید حذف شوند و جای آن‌ها را مهارت‌های مقابله‌ای جدید پُر کنند.

برانگیزاننده رفتار، که کلامی هستند

- حرف‌های کنایه‌دارزدن: «بهشون بگو بیشتر بهت پول بِدَن، ما به پول احتیاج داریم.»
- بر چسب‌های کلی زدن: «تمام زن‌ها همین‌طورند.»
- انتقاد: «اُووَه، انگار کوه کنده، تو که کاری نکردی.»
- سرزنش: «حتماً کاری داشتی که این طرف‌ها پیدات شده.»
- محدودکردن غیرمنتظره موقعیت: «همش همین بود، من دیگر نیستم.»
- تهدیدکردن: «همینی که هست، اگه دوست نداری برو بیرون»
- نفرین‌کردن: «بری به جهنم.»
- شکایت‌کردن: «از همون موقع که با تو ازدواج کردم، اصلاً رنگ خوشحالی رو ندیدم.»
- خواندن ذهن: «تو می‌خواهی منو دیوونه کنی.»
- گوش‌نکردن: «دیگه چیزی نمونده که دربارش صحبت کنیم.»
- مشاهدات طعنه‌آمیز: «تو توی اطاق اشغال انداختی؟»
- عبارات تحقیرکننده: «وقتی که ازدواج کردی، قیافت بهتر بود»
- عبارات طردکردن: «برو بیرون.»
- بی‌ارزش‌کردن: «تو به این می‌گی تمیزی؟»
- تهمت زدن: «تو دوباره این کار رو کردی؟ نه؟»
- احساس گناه به وجود آوردن: «تو می‌دونستی من نمی‌توانم اونو تحمل کنم»
- اتمام حجت: «اگر درستش نکنی، من یکی می‌رم.»

صداهای برانگیزاننده غیرکلامی

- غرغرکردن، ناله‌کردن
- آه کشیدن

برانگیزاننده‌های مربوط به کیفیت صدا

- نق‌نق‌کردن «با تُن تحریک‌کننده»
- بی‌تفاوتی در صدا «مثل این‌که هیچ اتفاقی نیافتاده»
- لحن سرد «تو هیچ وقت به من نمی‌رسی.»
- منقبض‌کردن گلو «غضب با کنترل زورکی»
- لحن خشن و بلند «تهدیدکردن»
- تقلید با لحن تحقیر آمیز «باعث خجالت‌کشیدن»
- مِن‌مِن‌کردن و غرغرکردن زیر لب «طوری که شخص دیگر بتواند حدس بزند که شما چه گفته‌اید»
- پوزخند زدن «خندیدن به دیگری»
- غرغرکردن با غضب یا دندان قروچه‌کردن «تو بهتره حرف نزنی»

حرکات برانگیزاننده

- اشاره‌کردن با انگشت
- تکان‌دادن مُشت
- پَر در آوردن ناشی از خوشحالی
- تاکردن آرنج
- پیچ و تاب خوردن

برانگیزاننده حالات مربوط به صورت

- خیره‌شدن
- چرخاندن چشم
- نازک‌کردن چشم
- بازکردن چشم
- اخم‌کردن
- ریشخندزدن
- نگاه خشم‌آلود
- فشاردادن لب‌ها

- بالا بردن ابرو
- فشردن چهره

برانگیزاننده حرکات بدن

- تکان‌دادن سر
- بالا انداختن شانه
- استفاده از پا و انگشتان
- جهش سریع: جلو (برای ترساندن)
- ردکردن دست
- دست روی کمر گذاشتن
- حرکت سریع و ناگهانی
- زدن یا پرت‌کردن یک شئی
- هُل‌دادن یا پاره‌کردن

هر روز عصر مدت زمانی را برای بررسی دفترچه یادداشت خود صرف کنید. برانگیزاننده‌های رفتار کلامی یا غیرکلامی خود را بنویسید. در این موقع است که شما قادر به شناخت الگوهای رفتاری خود هستید. شروع به حذف رفتارهای برانگیزاننده کنید و به جای آن مهارت‌های جدید مقابله‌ای را جایگزین کنید.

مثال زنجیره تنفر

علی آقا از محل کار به خانه آمد و همسرش نرگس را دید که خیلی آرام و راحت روی مبل لم داده است. امروز رئیس علی او را بازخواست کرده بود و علی نیاز به حمایت داشت. علی به جای این‌که تقاضاهایش را مطرح کند و بگوید به چه چیزی احتیاج دارد، گفت:

«من می‌تونم حدس بزنم که امروز خیلی جلوی تلویزیون به تو سخت گذشته.»

نرگس در مقابل به حالت دفاعی گفت: «من امروز تمام کارها را کرده‌ام.»

علی در حالی که دست‌هایش را به‌طور کنایه‌آمیز تکان می‌داد گفت: «من می‌دونم تو چه کار کردی. تو تمام روز لم داده بودی.»

نرگس با حالت خشمگینی به او نگاه کرد. «من هم همیشه خیلی سخت‌تر از تو کار می‌کنم.»

علی به آشپرخانه رفت. «حتماً امشب هم من باید شام بپزم.»

نرگس بلند شد و به دنبال او رفت. «امروز چه اتفاقی برایت افتاده؟»

علی فریاد زد: «سر من داد نزن.»

نرگس به گریه افتاد. «من هر کاری بکنم برای تو هیچ اهمیتی ندارد و همیشه میگی کاری نکردی.»

علی غیر قابل کنترل بود و از روی خشم می‌لرزید. «اگر دوست نداری، می‌تونی گورتو گم کنی.»

علی حالا دیگر حمایت نرگس را هم ندارد. او به همسرش نیاز دارد تا به او کمک کند، ولی دقیقاً در نقطه مقابل آن چیزی که می‌خواست قرار گرفت. حالا از نیازهای بیشتری محروم شده او خود را برای جنگ بعدی آماده می‌کند.

در هر نقطه این زنجیره تنفر، علی و نرگس می‌توانستند از وخیم‌ترشدن مشکل جلوگیری کنند. به یادآورید که خشم یک انتخاب است.

شکستن زنجیره تنفر

زمان خلوت

بهترین کاری که می‌شود در هنگام غوطه‌ورشدن در زنجیره تنفر انجام داد، چیزی به نام زمان خلوت (گرفتن وقت) است. هر طرف از طرفین دعوا به محض این‌که متوجه شد در زنجیره تنفر افتاده سریعاً نشانه زمان خلوت (علامت T با دست) را نشان می‌دهد. او می‌گوید «زمان خلوت» طرف دیگر می‌گوید:

«زمان خلوت». طرف دعوایی که زمان خلوت را اعلام کرده برای مدت زمانی مشخص محل درگیری را ترک می‌کند. معمولاً یک ساعت کافی است. بعد از این که مدت زمانی سپری شد شخص بازگشته و روی مشکلاتش کار می‌کند یا این‌که وقت دیگری را برای کار روی مشکل معین می‌کند. «زمان خلوت» هیچ وقت نباید به عنوان عادتی برای اجتناب از مشکل باشد. زمان خلوت به معنی کاستن از وخامت استرس است. زمان خلوت فقط می‌گوید: «حالا وقت جداشدن است، من برخواهم گشت». هر شخص باید دقیقاً بداند بعد از اعلام زمان خلوت چه اتفاقی خواهد افتاد. آن‌ها باید مطمئن شوند که شخصی که زمان خلوت را اعلام کرده باز خواهد گشت. در اینجاست که طردکردن و از خود راندن اتفاق می‌افتد و باعث ایجاد ترس فراوانی می‌شود. قرارداد زمان خلوت باید منعقد و نوشته شود و هر دو طرف دعوا باید آن را امضا کنند. زوج‌ها نیاز دارند که زمان خلوت را چندین بار در موقعیت‌های بی‌خطر و بدون تهدید تمرین کنند.

بعد از این‌که اعلام زمان خلوت کردید، منتظر باشید احساس‌تان آرام شود، این باعث می‌شود که به‌درستی بیاندیشید. این عبارات مقابله‌ای را یاد بگیرید و برای خودتان بخوانید.

«دیگران را سرزنش نمی‌کنم.»

«سعی نمی‌کنم دیگران ران محدود کنم.»

«چه کاری غیر از این می‌توانم بکنم.»

«دیگران سعی در صدمه زدن به من ندارند، آن‌ها درگیر نیازهای خود هستند.»

«دیگران تنها کاری را انجام می‌دهند که فکر می‌کنند باید آن موقع انجام دهند.»

«اگر من موقعیت دیگری را می‌خواهم، باید رفتارم را تغییر دهم.»

تغییر موضوع دادن

اگر خود را در زنجیره تنفر یافتید، موضوع صحبت‌را به موضوعی که بی‌خطر است و تهدیدکننده نیست عوض کنید. هرچه زودتر این عمل در زنجیره تنفر صورت گیرد، تأثیرش بیشتر خواهد بود. گاهی‌اوقات شما فقط باید

سکوت اختیار کنید و این برای جلوگیری از یک جدال جدی کافی است. به خشم‌تان با انجام رفتارهای محرک بی‌خود غذا نرسانید و با استفاده از عبارات مقابله‌ای جدید آن‌ها را پراکنده سازید.

عباراتی مثل:

- «در این موقعیت هیچ پاسخ قطعی «نه» یا «آری» وجود ندارد».
- «ما هر دو به نوعی درست می‌گوییم.»
- «حالا وقتشه که این بحث را عوض کنیم.»
- «بگذار این مسئله را بعداً دنبال کنیم.»
- «آیا می‌توانیم درباره این مسئله یک ساعت دیگر صحبت کنیم؟»

پرسیدن

وقتی که خود را در زنجیره تنفر دیدید، به دنبال کسب اطلاعات از طرف‌های دیگر دعوا باشید. این باعث به وجودآمدن احساس اهمیت و دوست داشته‌شدن در آن‌ها می‌شود. به خاطر بسپارید، خشم پاسخ به درد است. از طرف دیگر بپرسید که احساس و تفکرش چیست؟

- «چه چیزی شما را ناراحت می‌کند؟»
- «من نگران تو هستم.»
- «به من بگو از چه چیزی ناراحتی؟»
- «برای حل این مشکل فکر می‌کنی، باید چه کار کنیم؟»

خواندن افکار دیگران

خواندن فکر نقشه جاده است که از گذشته ما کشیده شده و تا زندگی کنونی ادامه دارد. ما انتظار داریم، همه مردم باید طوری با ما رفتار کنند که عده‌ای از آنان قبلاً با ما آن طور رفتار کرده‌اند. اگر والدین ما طوری باشند که قابل حساب‌کردن نباشند ما فرض می‌کنیم که دیگران هم همین‌طور هستند. اگر ما از ارتباط قبلی و گذشته خود در موقعیت خاصی ناراحت شده باشیم، انتظار داریم در ارتباط بعدی هم آسیب ببینیم.

کلید اصلی برای جلوگیری از «خواندن فکر» این است که آن مسئله را با دیگران بررسی کنیم. فکر نکنید که می‌توانید رفتار دیگران را پیش‌بینی کنید، می‌توانید از خود آن‌ها بپرسید.

اگر شما از دیگران درباره چگونگی احساسات یا تفکرات‌شان درباره موضوع خاصی سؤال کنید می‌توانید چیزهای زیادی درباره خود یاد بگیرید. درباره نقشه کهنه و غلط جاده زندگی خود چیزهایی فرا می‌گیرید که می‌توانید آن‌ها را اصلاح کنید.

- «احساس تو چیه؟»
- «از من می‌خواهی چه کار کنم؟»
- «درباره چگونگی فکر و نظراتت بیشتر به من توضیح بده»

- «برای این‌که مشکل را حل کنیم چه چیزی پیشنهاد می‌کنی؟»

اصلاح‌کردن صحبت‌کردن با خود

شما نیاز دارید تا بسیاری از نکات مثبت را در خود بپرورانید تا آن‌ها را به خود بگویید. فهرستی از عبارات مثبت مربوط به خود تهیه کنید و آن را پیش‌خود نگه‌دارید. هرگاه احساس ناراحتی کردید، آن‌ها را بیرون آورده و برای خود بخوانید. بعضی از آن‌ها بهتر از دیگران تأثیر می‌گذارند. آن‌هایی که برای شما مؤثرتر بوده را به خاطر بسپارید.

- «من آدم خوبی هستم.»
- «من با هوش و با ظرفیت هستم.»
- «من مخلوق خدا هستم.»
- «صرف نظر از هر اتفاقی که بیافتد، من می‌خواهم خوب باشم.»
- «من می‌توانم از خودم مواظبت کنم.»

اطمینان‌دهی به خود

شما باید به خود در خصوص داشتن قدرت مقابله با زنجیره تنفر اطمینان دهید:

- «من می‌توانم از پسش برآیم.»
- «من می‌توانم وقتی که لازم شد اعلام زمان خلوت کنم.»
- «من می‌توانم راهبردهای مقابله‌ای مناسبی را پیدا کنم.»
- «من به خودم اعتماد دارم.»

توقف افکار برانگیزاننده

اجازه ندهید افکار قدیمی‌تان دوباره به سراغ شما بیایند. شما قربانی نیستید. شما همیشه حق انتخاب دارید.

- «من مسئول اتفاقاتی هستم که برایم پیش می‌آید.»
- «من هرگز یک قربانی نیستم، من حق انتخاب دارم.»
- «من می‌توانم از پس نیازهای خودم برآیم.»
- «دیگران را سرزنش نمی‌کنم.»
- «مردم همیشه کاری را که باید بکنند، نمی‌کنند.»
- «من آزادم تا هر کاری را که دلم می‌خواهد انجام دهم.»
- «هیچ پاسخ قطعی درست یا غلط وجود ندارد.»
- «مقدار حمایتی که من می‌گیرم همانی است که می‌توانم در یک لحظه بگیرم.»
- «خشم هیچ وقت چیزی را که من می‌خواهم به من نمی‌دهد.»
- «ذهن دیگران را نخواهم خواند ...»

مقابله‌های فیزیولوژیکی

عملکرد فیزیولوژیکی خود را بازرسی کنید. اگر آشفته‌اید، به خود بگویید: آرام باش. این باعث کاهش استرس در شما می‌شود و باعث می‌شود با موقعیت‌ها به‌طور صحیح‌تری برخورد کنید.

- «نفس عمیق بکشید.»
- «آرام باشید.»
- «احساس کنید دست‌ها و پاهای‌تان آرام و شل هستند.»
- «خونسرد باشید.»
- «یکی از مکان‌های مورد علاقه‌تان را تصور کنید.»

حل مسئله

هنگامی که مشکلی دارید، از این مهارت‌های حل مسئله استفاده کنید. تمام حالات و اطلاعات مختلف را پردازش کنید تا این‌که راه‌حل مناسبی پیدا کنید.

- مشکل را روی کاغذ بنویسید.
- احساس خود را با آن مشکل ارتباط دهید.
- چیزی که می‌خواهید را درخواست کنید.
- از نقطه نظرات دیگران استفاده کنید.
- حالت و موقعیت‌های مختلف را در یک فهرست بنویسید.
- عملی‌بودن یا نبودن هر یک از حالات را مورد بحث قرار دهید.
- تا وقتی که به راه‌حل مناسبی دست نیافته‌اید به کار خود ادامه دهید.

کارنامه مقابله‌ای شما

با یک سری از عبارات مقابله‌ای، آماده رویارویی با یک موقعیت خشمگین‌کننده باشید. عبارات مقابله‌ای را انتخاب کنید که به نظر خود برای شما بهترین هستند. شما باید آن‌ها را گاه به گاه یا از موقعیتی به موقعیت دیگر عوض کنید. دفعه دیگری که خشمگین می‌شوید چه چیزهایی به خود خواهید گفت؟

برای اطمینان‌دهی به خود
برای توقف افکار برانگیزاننده
برای مقابله فیزیولوژیکی
برای حرکت به سوی حل مسئله

تمام چهار عبارت را به‌خاطر بسپارید و هنگامی که در موقعیت زنجیره تنفر قرار گرفتید، آن‌ها را با خود بگویید.

برانگیزاندن خود

هر روز صبح به سراغ نمره‌ای که قبلاً به مقدار خشم خود داده‌اید بروید. اثرات آن را روی خود و چیزهایی را که دوست دارید کشف کنید. پیامدهای آخرین دوره خشم‌تان را مرور کنید. با اشخاص و افراد مورد توجه قراردادی مبنی بر کار روی استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای جدید ببندید.

قرارداد زمان خلوت

هرگاه من احساس کردم (یا این‌که شریکم احساس کرد) که خشم من افزایش یافته، علامت زمان خلوت (T) را نشان می‌دهم و صحنه را ترک می‌کنم. نه چیزی را می‌زنم و نه چیزی را می‌شکنم و در را هم محکم نمی‌کوبم.

من ظرف مدت کمتر از یک ساعت برخواهم گشت، در این مدت قدم خواهم زد و از مشروب یا موادمحرک استفاده نخواهم کرد. من روی گرفتاری‌های خود تمرکز نمی‌کنم. هنگامی که بازگشتم با این عبارت صبحت خود را شروع می‌کنم «می‌دانم که از بعضی جهات غلط و از بعضی جهات درست عمل کردم» من اشتباه خود را قبول خواهم کرد و سعی می‌کنم آن را اصلاح کنم.

اگر طرف من علامت (T) را نشان داد و مرا ترک کرد، من هم علامت را نشان می‌دهم و اجازه می‌دهم طرفم بدون درگیری برود. صرف نظر از هر اتفاقی که بیافتد من به هیچ وجه مشروب نخواهم خورد و موادمحرک هم استفاده نخواهم کرد. من می‌دانم که دارای اشتباهاتی هستم و باید آن‌ها را اصلاح کنم.

نام: تاریخ: امضاء:

نام: تاریخ: امضاء:

فصل ۳

راه‌های پیشگیری

مقابله با وسوسه

وسوسه یک اشتغال ذهنی در خصوص انجام یا عدم انجام یک فعالیت یا رفتار است. وسوسه مصرف مـواد معمـولاً قسمت جدا نشدنی از فرایند بهبودی است که در آغاز درمان ظاهر شده و با ادامه فرایند بهبودی فروکش کرده و قابل کنترل می‌گردد. بعضی خصوصیات وسوسه شامل موارد ذیل هستند:

- معمولاً در ابتدا درمان/بهبودی بسیار قدرتمند است.
- می‌تواند در هر زمانی رخ دهد.
- به وسیله محرک‌هایی مانند افراد، مکان‌ها و تصورات/افکار برانگیخته می‌شود.
- مصرف مواد وسوسه را افزایش می‌دهد.
- در بسیاری موارد طول مدت وسوسه کوتاه است.

مهارت‌های شناختی رفتاری

در درمان شناختی رفتاری درمان‌گر با آموزش مهارت‌های خاص به مراجع و تمرین آن‌ها توسط مراجع، سـعی در خلق یا بازگرداندن توانایی او دارد. شماری از این مهارت‌های شناختی ـ رفتاری شامل موارد ذیل هستند:

- اجتناب از محرک‌ها و برانگیزاننده

- فعالیت‌های منحرف‌کننده
- چالش با حافظه و خاطرات انتخاب‌شده مربوط به مصرف مواد
- بررسی پیامدهای مثبت و منفی و متعادل‌ساختن آن‌ها در برابر یکدیگر

تصمیمات و رفتارهای مشکل‌ساز

مشکل مصرف‌کنندگان مواد با شروع رفتارهای زنجیره‌ای مربوط به عود آغاز می‌شود. در این شرایط فرد مصرف کننده خود را در معرض موقعیت‌های پرخطر قرار داده و مصرف مواد رویدادی اتفاقی یا ناچارانه قلمداد می‌شود. در ذیل نمونه‌هایی از این‌گونه تصمیم‌ها آورده شده است:

- شکست در برنامه‌ریزی برای روزهای معمولی، روزهای تعطیل یا آخر هفته
- نیاز به ملاقات دوستان مصرف‌کننده مواد به منظور رهایی از تنهایی
- نیاز به بازگشت به محله‌ای که در آن مواد مصرف می‌کرده است.
- تمایل به نشان‌دادن قدرت اراده در کنترل مصرف مواد و قرارگرفتن در معرض مواد
- بی‌خطرپنداشتن نگهداری مواد و وسایل مصرف مواد
- حساسیت زیاد به نحوه برخورد دیگران به ویژه اعضای خانواده و بهانه‌گیری

در این شرایط درمان‌گر با کمک به مراجع باید روی موارد ذیل کار کند.

- کار روی لغزش‌هایی که در گذشته داشته
- تفکر راجع به همه تصمیمات و رفتار، صرف نظر از کوچک‌بودن یا بی‌ارزش‌بودن آن‌ها

پیش‌گیری از بازگشت (عود)

لغزش یا گریز (Lapse) به حالتی گفته می‌شود که در آن فرد مصرف‌کننده مواد ترک یا پرهیز خود را بعد از شروع درمان شکسته و مصرف مواد را مجدداً تجربه می‌کند. بازگشت یا عود (Relapse) هنگامی اتفاق می‌افتد که تعداد لغزش‌ها فزونی یافته و فرد به وضعیت قبلی مصرف مواد بازگشته و همان الگوی گذشته را آغاز می‌کند. هر لغزش یا بازگشت قبل از رخ دادن دارای علایم مشخص بوده و این علایم نشان‌گرهای مناسبی برای به وجودآمدن لغزش یا بازگشت است.

- حالات عاطفی منفی
- تعارضات بین فردی
- لذت اجتماعی

راهبری لغزش

در رویارویی با لغزش، درمان‌گر می‌تواند از نکات ذیل استفاده کرده و به مراجع کمک کند تا با شناخت کافی عوامل خطر و سوق‌دهنده به طرف مصرف مواد آن را هدایت و احتمال وقوع آن را کاهش دهد.

- پیش‌گیری از احساس شرم، گناه و اضطراب ناشی از لغزش و جلوگیری از به وقوع پیوستن بازگشت(عود) کامل
- لغزش می‌تواند شناخت با ارزشی در پی داشته باشد و می‌توان از آن درس گرفت (مانند شناسایی محرک‌ها و برانگیزاننده‌های مصرف مواد)
- برنامه ریزی و گسترش آن برای علائم اخطاردهنده اولیه لغزش و بعد از لغزش

کاربرد تکنیک‌های شناختی رفتاری در پیش‌گیری از عود

می‌توان از شماری از تکنیک‌های شناختی رفتاری در درمان و پیش‌گیری از عود استفاده کرد. در ذیل به بعضی از تکنیک‌ها اشاره شده است.

- ترک یا تغییر موقعیت
- به تأخیرانداختن تصمیم به مدت ۱۵ دقیقه
- چالش با افکار مربوط به مصرف مواد
- فکرکردن به چیزهایی غیر مربوط به مصرف مواد
- یادآوری موفقیت‌های قبلی
- فهرست‌کردن فعالیت‌های خاص هنگام روبه‌روشدن با موارد اضطراری

هر یک از علایم و نشانه‌ها باید با بیماران به بحث گذاشته شود تا آن‌ها درک صحیح از آن داشته باشند و بتوانند نشانه‌ها را تشخیص و مشخص کنند. این علایم هشداردهنده شامل موارد زیر است[۱]:

۱. ترس و عدم اطمینان از سلامت خود
۲. انکارکردن (انکار جدی‌بودن اعتیاد)
۳. تعهد سرسختانه و متعصبانه افراطی به عدم مصرف مواد (قانع‌کردن خود و این باور که دیگر هرگز مصرف نخواهد کرد)
۴. تلاش‌های وسواس‌گونه و اصرار افراطی در وادارساختن دیگران به استفاده‌کردن از مصرف مواد (... اظهار نظر و دخالت در مورد کیفیت بازیابی دیگران)
۵. حالت دفاعی داشتن (... وقتی راجع به خودتان حرف می‌زنید)

---

۱. مطالب داخل پرانتز () برگرفته از جزوه علائم هشداردهنده لغزش یا عود بیماری ترجمه معتادان گمنام ایران می‌باشد.

۶. رفتار وسواسی (رفتار افراطی ـ عدم انعطاف، رفتار تکراری و تکرار در روش‌های مقابله با زندگی)
۷. رفتار تکانه‌ای و انفجاری (عکس‌العمل‌های لحظه‌ای ـ عکس‌العمل شدید در مقابل استرس و فشار روحی)
۸. تمایل به گوشه‌گیری و تنهایی
۹. دید تونلی (توجه افراطی به مسائل کم اهمیت، تمرکز فقط روی قسمت کوچکی از زندگی)
۱۰. افسردگی خفیف
۱۱. از دست دادن توانایی در برنامه‌ریزی سازنده
۱۲. شروع عدم موفقیت در برنامه‌های طرح‌ریزی شده (منجر به شکسته‌شدن اهداف به دلیل غفلت)
۱۳. خیال‌پردازی و تفکر آرمانی بیهوده (... اگر می‌شد که ...)
۱۴. احساس این‌که هیچ مشکلی حل نمی‌شود (احساس درماندگی و این‌که اوضاع لاینحل شده)
۱۵. آرزوهای دور از دست و ناپخته برای آن‌که بتوان خوشحال بود (انتظار این‌که اوضاع به‌طور معجزه‌آسایی تغییر خواهد کرد و همه‌چیز درست خواهد شد).
۱۶. دوره‌هایی از اغتشاش ذهنی و سردرگمی
۱۷. رنجیدن و عصبی برخوردکردن با دوستان (... با دوستانی که به نوعی مشکل‌تان را به شما یادآوری می‌کنند)
۱۸. به آسانی از کوره در رفتن و عصبانی‌شدن (... و بروز عکس‌العمل شدید)
۱۹. بی‌نظمی و غیر معقول‌شدن عادات تغذیه (زمان، دفعات و مقدار)
۱۶. بی‌علاقگی و بی‌میلی (بلاتکلیفی و بی‌هدف بودن ـ ناتوانی در آغاز نمودن فعالیت‌ها یا پروژه‌های جدید و احساس اسارت)
۱۷. به‌هم‌خوردن و نامرتب‌شدن عادات خواب (کم‌خوابی ـ پرخوابی و ...)
۱۸. از دست دادن فزاینده نظم و ترتیب انجام برنامه‌های روزمره زندگی (عدم رسیدگی به برنامه‌های روزانه، در هم ریختن عادات مثبت روزانه)
۱۹. دوره‌هایی از افسردگی عمیق
۲۰. حضور نامنظم در جلسه‌ها (حضور نامرتب در جلسات درمانی و توسل جستن به بهانه‌های مختلف)
۲۱. شکل‌گیری این نگرش که: «من به هیچ چیز اهمیت نمی‌دهم». (بی‌خیالی به مفهوم واقعی کلمه ــ ظاهراً بی‌تفاوت، باطناً درمانده)
۲۲. رد و امتناع آشکار از دریافت کمک (... کمک دیگران)
۲۳. نارضایتی از زندگی (... اوضاع آن‌قدر خراب شده که بر فرض هم اگر چیزی بزنم فرقی نخواهد کرد.)
۲۴. احساس ناتوانی و ناامیدی (... نسبت به دریافت‌کردن)
۲۵. احساس دلسوزی برای خود (تأسف به حال خود «من بدبخت بیچاره»)
۲۶. فکر استفاده از مواد در جمع‌هایی که به عنوان تفریح و جشن‌گرفتن، مواد مصرف می‌کنند (فکر مصرف‌کردن به نوع کنترل شده، حالا اگر یک بار بزنم ....)

۲۷. دروغ گفتن آگاهانه (انکار واقعیات و توجیه‌کردن به‌طور پی در پی)
۲۸. کاملاً اعتماد به نفس را از دست دادن
۲۹. رنجش‌ها و خشم‌های ناموجه (رنجش غیر منطقی ـ تقصیر را به گردن همه انداختن)
۳۰. ادامه ندادن تمام مراحل درمان (قطع‌کردن درمان ـ «هیچ‌کس نمی‌تواند به من کمک کند» و از این قبیل ...)
۳۱. غوطه‌ورشدن در تنهایی، سرخوردگی، خشم و تنش
۳۲. شروع به استفاده از مواد به صورت کنترل شده
۳۳. از دست دادن کنترل عدم استفاده از مواد

به همراه و بستگان بیمار و همین‌طور خودش این علایم و نشانه‌ها باید داده شود. پیش گیری از بازگشت امکان‌پذیر است. در شرح حال یا خاطرات روزانه‌ای که بیمار برای خود تهیه می‌کند باید فهرست هر نشانه و علامت برگشت به مصرف مواد که در خود مشاهده می‌کند و حس می‌کند یادداشت کرده و در اسرع وقت با یک برنامه قبلی از پس این نشانه‌ها برآید و تلاش کند که این علایم را تغییر دهد. اگر هر نشانه از برگشت به مصرف مواد محرک، نسبت به تغییر از خود مقاومت نشان داد و هم چنان باقی ماند باید با مسئول یا گروه معتادان گمنام تماس گرفت و در مورد آن گفت‌وگو کرد.

ممکن است بیماران خود از عهده تشخیص نشانه‌های هشداردهنده ابتدایی برگشت بر نیایند و نیاز باشد شخص دیگری مراقب این وضعیت باشد. به همین دلیل مسئول، گروه مراقبت و توجه بعدی و همین طور حضور منظم در جلسه‌های گروه بسیار ضروری و اساسی است. لازم است بیماران به حرف‌های همه در این رابطه گوش دهند. هم‌فکری، مطمئن‌ترین روش پایان بخشیدن به مشکلات است.

بیماران باید درک کنند که برگشت (عود) یک فرایند است و آغازش استفاده ازمواد یا الکل نیست بلکه برگشت دارای علایم و نشانه‌هایی است که بعضی از این نشانه‌ها مدت‌ها قبل از آن‌که استفاده عملی از مواد و الکل شروع شود، ظاهر می‌شوند. نشانه‌ای که هر کسی باید آن را بشناسد و جدی بگیرد، کاهش حضور در جلسه‌های گروه است. هر گونه غیبت و کاهش حضور بیمار در جلسه‌ها باید به دقت با خانواده بیمار، مسئول و گروه به بحث و گفت وگو گذاشته شود.

بهبودی دوازده گام

استفاده به موقع و مناسب از بهبودی ۱۲ گام می‌تواند درمان یا مکمل آن باشد. بهتر است درمان‌گر در خصوص درمان مصرف‌کنندگان مواد، موارد ذیل را در نظر داشته باشد.

- آموزش مراجع در خصوص اصول ۱۲ گام
- پیشنهاد شرکت فعال در گروه‌های خودیاری معتبر و شناخته شده مانند بعضی از معتادان گمنام
- تأکید برگرفتن حمایت از طرف اجتماعات بهبود محور

گروه‌های خودیاری

همان‌گونه که از عنوان گروه خودیاری پیداست اساس این گروه‌ها استفاده از قدرت یاری‌رسانی و حمایت بی‌قید و شرط افراد درمان شده یا تحت درمان در فرایند بهبودی است. در این گروه‌ها هیچ فرد متخصص و حرفه‌ای در زمینه درمان سوءمصرف مواد نقش درمان‌گر را برعهده ندارد و افراد درمان‌شده یا ترک‌کرده، راهبری گروه‌ها و افراد تحت درمان را برعهده دارند. بعضی خصوصیات این گروه شامل موارد ذیل هستند.

- اعتیاد یک بیماری است و دارای عناصر جسمی، روحانی و عاطفی است.
- گروه با رهبری همتایان با تجربه بوده و حمایت دو طرفه اساس جلسات است.
- بهبودی با حرکت در مسیر گام‌ها و براساس اصول بهبودی قابل دسترسی است.
- استفاده از فرد راهنما مفید خواهد بود (راهنما شخصی است که مراحل اولیه درمان را سپری کرده و دارای ثبات در بهبودی خویش است. فعالیت راهنما فراهم‌آوردن حمایت عاطفی، راهنمایی و تشویق است.
- شرکت در جلسات و برقراری تماس‌های تلفنی سلامت محور می‌تواند جایگزین مصرف مواد شود.
- شعارها و به یادآوردن دو راهبرد، مفید و کمک‌کننده برای حرکت در جهت بهبودی است.

بهبودی دوازده گام، معتادان گمنام

درمان‌گر می‌تواند مراجع را در مراحل مختلفی از درمان به گروه‌های خودیاری معرفی و ارجاع کند. بسیار مهم است که ارجاع بیمار در شرایط مناسب صورت پذیرفته و مراجع برای استفاده از این تسهیلات آمادگی داشته باشد. بسیاری از این جلسات مانند معتادان گمنام با دارو درمانی و مصرف هرگونه دارو توسط بیمار مخالف بوده و آغاز پاکی خود را به دنبال پایان دارودرمانی یا قطع مصرف هر دارو می‌دانند. از این رو باید توجه داشت پیروی از بعضی دستورات ارائه شده در جلسات ممکن است باعث مختل‌شدن درمان شود. اخیراً شاخه‌هایی از معتادان گمنام مصرف داروهای درمانی و نگه‌دارنده مانند متادون را مجاز دانسته و درمان نگه‌دارنده را با طی طریق خود دارای منافات نمی‌دانند. جلسات دیگری مانند کنگره ۶۰ اعتقاد به ترک تدریجی مواد داشته و آغاز فرایند بهبودی را قطع مصرف مواد نمی‌داند. بعضی نکات قابل توجه در جلسات شامل موارد ذیل هستند.

- مراجع از آغاز می‌پذیرد که مشکل مربوط به مصرف مواد داشته و به تنهایی نمی‌تواند به خود در رهایی از آن کمک کند.
- مراجع مفهوم تسلیم‌شدن را درک کرده و می‌پذیرد که کنترل مصرف مواد در وابستگی و اعتیاد غیر ممکن است.
- در این جلسات از عنصر قدرتمند روحانیت یا معنویت در جهت بهبودی استفاده می‌شود.
- همدلی با دیگران محور اصلی جلسات است.
- فراهم‌آوردن مرجع و معرفی افرادی که دارای مشکلات مشابهی هستند به یکدیگر
- فراهم‌آوردن پذیرش اجتماعی برای افراد مصرف‌کننده

- به وجودآوردن احساس هویت جمعی و تعلق به گروه
- بیان تجارب مختلف و ارائه مثال‌های متعدد در خصوص راهبری مشکلات مربوط به لغزش یا بازگشت (عود) توسط سایر اعضای گروه
- فراهم آوردن حمایت قوی و تشویق برای نیل به نگه‌داری پاکی از مصرف مواد

فصل ۴

تمرینات درمان ماتریکس

تمرینات جلسات فردی/ مشترک

جزواتی که در پی می‌آیند جهت استفاده بیمار و دست‌یابی مشاور به حداکثر بهره از جلسات فردی/ گروهی، تنظیم شده‌اند.

نمونه توافق‌نامه خدمات و رضایت‌نامه

[هر برنامه‌ای دارای توافق‌نامه و رضایت نامه‌ای است که بر اساس نیازهای ویژه آن برنامه تدوین شده است. این فرم، تنها به عنوان نمونه تهیه گردیده است]

شما باید انواع خدماتی که در اینجا به شما ارائه می‌شود، و شرایط و ضوابطی که تحت آن، این خدمات به شما ارائه می‌گردد را به خوبی دریابید.

اینجانب، ..... از مرکز درمانی ..... تقاضای ارائه درمان دارم. به عنوان پیش شرط این نوع درمان، من از موارد زیر آگاه بوده و با آن‌ها موافقت می‌کنم. (لطفاً هر مورد را امضاء بفرمایید).

من متوجه هستم که:

۱. کادر درمانی معتقدندکه روش درمان سرپایی، درمان مناسبی برای مشکلات مربوط به وابستگی به مواد محرک است. با این وجود، هیچ‌گونه تضمینی برای دست‌یابی به یک نتیجه خاص وجود ندارد.
۲. برای مشارکت در درمان باید از یک سری قوانین اولیه پیروی کرد. این شرایط برای دست‌یابی به یک درمان موفق ضروری هستند. عدم پیروی از این قوانین می‌تواند منجر به قطع درمان شود.

من با موارد زیر موافقت خود را اعلام می‌کنم:

الف) حضور به موقع و سر وقت در جلسات الزامی است. در هر جلسه‌ای آماده خواهم بودکه آزمایش ادرار بدهم.

ب) شرایط درمان ایجاب می‌کند که من تا پایان دوره درمان، به هیچ‌وجه هیچ‌گونه مواد یا الکل مصرف نکنم. اگر من قادر به انجام این مورد نباشم، در مورد راه‌های دیگر درمان با کار درمانی مشورت خواهم کرد.

ج) در طول درمان درباره هرگونه مصرف مواد یا الکل با کادر درمانی و گروه صحبت خواهم کرد.

د) درمان شامل جلسات فردی و گروهی است. درصورت لزوم، زمان جلسات فردی تغییر می‌کند. من متوجه هستم که زمان جلسات گروهی به هیچ عنوان قابل تغییر نیست و حضور من در این جلسات بسیار مهم است. اگر قرار باشد در یک جلسه گروهی حاضر نشوم، حتماً قبلاً به مشاور خود اطلاع خواهم داد. در صورتی که در لحظه آخر مجبور به اطلاع‌دادن شوم، می‌توانم از تلفن استفاده کنم.

ه) در صورتی که من قصد فروش مواد به دیگر بیماران را داشته باشم یا آن‌ها را تشویق به مصرف مواد کنم، درمان قطع خواهد شد.

و) متوجه هستم که داستان‌های تصویری از مصرف مواد ممنوع می‌باشد.

ز) توافق می‌کنم که با دیگر بیماران حاضر در درمانگاه رابطه عاشقانه یا جنسی برقرار نکنم.

ح) متوجه هستم که هرگونه ارتباط کاری و تجاری با دیگر بیماران، ممنوع می‌باشد.

ط) متوجه هستم که هویت اشخاص و موضوعاتی که در جلسات گروهی مطرح می‌شوند، کاملاً محرمانه هستند. متعهد می‌شوم این اطلاعات را در اختیار افراد غیر قرار ندهم.

ی) درمان، داوطلبانه است. اگر تصمیم به خاتمه درمان بگیرم، کادر درمانی را از تصمیم خود مطلع خواهم ساخت.

۳. کادر درمانی: خدمات درمانی توسط روان‌شناسان، مشاوران یا دیگر افراد دارای مجوز فعالیت در زمینه اعتیاد ارائه خواهد شد.

۴. رضایت برای فیلم برداری/ ضبط صدا: برای تضمین کیفیت بالای خدمات درمانی، و نیز به منظور آموزش، ممکن است از جلسات، فیلم‌برداری یا صدابرداری شود. مشاور و در صورت امکان خانواده وی، با مشاهده، فیلم برداری، و صدابرداری موافقت دارند.

۵. محرمانه‌بودن: تمامی اطلاعات که در این جلسات مطرح می‌شود، کاملاً محرمانه بوده و هیچ کس بدون اجازه کتبی از بیمار یا خانواده وی، حق فاش‌کردن این اطلاعات برای افراد خارج ازکادر درمانی را ندارد. تنها استثنای این موضوع، زمانی است که آشکارکردن اطلاعات با مجوز قانونی یا به درخواست قانون صورت بگیرد؛ یعنی مواردی که مربوط به صدمه زدن به خود یا دیگران، یا سوء استفاده از کودکان و سالمندان می‌باشد.

۶. دست‌یابی به اهداف درمان نیازمند مشارکت فعالانه و همکاری تمام و کمال درمان‌جو و خانواده وی می‌باشد. به ندرت پیش می‌آید که عدم همکاری بیمار مانع ارائه خدمات مؤثر درمانی به وی یا دیگران می‌گردد. در چنین شرایطی ارائه خدمات به آن بیمار متوقف خواهد شد.

اینجانب تأیید می‌کنم که مفاد توافق‌نامه خدمات و رضایت‌نامه را خوانده‌ام، درک کرده‌ام، و پذیرفته‌ام. این توافق‌نامه و رضایت‌نامه تا زمانی که من در دوره درمانی این مرکز حضور دارم، معتبر می‌باشد.

امضای بیمار: تاریخ:

فهرست کنترل بهبودی

درمان سرپایی نیاز به مقدار زیادی انگیزه و همکاری دارد. برای این‌که از درمان حداکثر استفاده را ببرید، باید بسیاری ازعادات قدیمی را کنار گذاشته و به‌جای آن رفتارهای جدیدی یاد بگیرید.

تمام اعمالی که به‌طور معمول انجام می‌دهید یا از زمان شروع درمان انجام داده‌اید را علامت بزنید:

- ☐ برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه
- ☐ اجتناب از برانگیزاننده‌ها (درصورت امکان)
- ☐ ملاقات با پزشک
- ☐ استفاده از توقف فکر برای وسوسه یا ولع مصرف
- ☐ نابودکردن تمام وسایل مصرف مواد
- ☐ حضور در جلسات فردی/ مشترک
- ☐ دوری از افرادی که الکل مصرف می‌کنند
- ☐ حضور در جلسات مهارت‌های اولیه بهبودی و پیش‌گیری از بازگشت
- ☐ دوری از افرادی که هرگونه مواد مصرف می‌کنند.
- ☐ حضور در جلسات خودیاری یا ۱۲ مرحله‌ای
- ☐ دوری از مکان‌هایی که در آنجا مواد یا الکل مصرف می‌شود
- ☐ پیداکردن حامی
- ☐ عدم مصرف الکل
- ☐ ورزش روزانه
- ☐ عدم مصرف هیچ‌گونه مواد
- ☐ در میان‌گذاشتن صادقانه افکار، احساسات و رفتارها با مشاور خود
- ☐ پرداخت داوطلبانه هزینه درمان و سایر بدهی‌ها
- ☐ شناسایی رفتارهای مربوط به اعتیاد

از زمانی که وارد درمان شده‌اید، چه رفتارهای دیگری را تصمیم گرفته‌اید در پیش بگیرید؟

.....

.....

انجام کدام رفتارها برای‌تان آسان بوده است؟

.....

.....

انجام کدام رفتارها برای‌تان از همه سخت‌تر بوده است؟

.....

.....

آیا رفتاری هست که هنوز انجام نداده‌اید؟ چه رفتاری؟ چه چیزی باید عوض شود تا بتوانید این رفتـــار را شروع کنید؟

رفتاری که شروع نشده:

.....

.....

.....

تغییر مورد نیاز:

.....

.....

.....

جدول تحلیل بازگشت

نام: تاریخ بازگشت:

دوره بازگشت، زمانی که شما مواد مصرف می‌کنید آغاز نمی‌شود. اغلب اتفاقاتی که قبل از مصرف مواد مـی‌افتنـد نشان دهنده آغاز بازگشت هستند. شناختن الگوهای رفتاری، به شما کمک می‌کند بازگشت را بشناسید و جلـویش را بگیرید. با استفاده از جدول زیر، مواردی که درست یک هفته قبل از بازگشت برای شما اتفاق افتاد را بنویسید.

اتفاقات شغلی	اتفاقات شخصی	اتفاقات درمانی	رفتارهای مرتبط با مصرف مواد	الگوهای رفتاری	افکار مربوط به بازگشت	وضعیت سلامتی
احساس شما نسبت به اتفاقات بالا						

ارزیابی درمان

بهبودی نیاز به فعالیت‌های ویژه و تغییرات رفتاری در حوزه‌های متعدد زندگی دارد. پیش از این‌که درمان خود را به اتمام برسانید، حتماً بایستی اهداف جدیدی تنظیم کنید و طرح یک شیوه زندگی تازه را بریزید. این راهنما به شما کمک می‌کند نقشه‌ای طرح کنید و مراحلی که باید طی کنید تا به اهداف‌تان برسید را بشناسید. برای حوزه‌های مختلف زندگی که در ستون سمت راست آمده‌اند، وضعیت فعلی و اهداف‌تان را بنویسید.

موضوع	الان کجا هستید؟	می‌خواهید کجا باشید؟	چه مراحلی را باید طی کنید؟	چه زمانی؟
خانواده				
کار / شغل				
دوستی‌ها				
الزامات مالی، قانونی				
تحصیلات/ آموزش				
ورزش				
فعالیت‌های تفریحی				
جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری				

امضای بیمار: تاریخ: امضای مشاور: تاریخ:

تداوم طرح درمان

بهبودی، روندی است در کل زندگی. شما می‌توانید با گذشت ۴ ماه از درمان، مصرف مواد را متوقف کنید و روش زندگی تازه‌ای را انتخاب کنید. آگاه‌بودن و آگاه‌ترشدن از آنچه که بهبود شما را به تعویق می‌اندازد، بخش مهمی از این روند است. ولی شما تازه در آغاز روند بهبودی هستید. هم‌چنان‌که در طول درمان، در مسیر بهبودی پیشروی می‌کنید نیاز به حمایت بیشتری خواهید داشت، و ممکن است نسبت به زمانی که تحت درمان هستید، در آینده نیاز به حمایت باز هم بیشتری داشته باشید. شما و مشاورتان می‌توانید از اطلاعات زیر استفاده کنید تا بتوانید تصمیم بگیرید که چگونه به بهترین وجه ممکن از بهبودی خود حمایت کنید.

کار گروهی

شما باید بعد از شروع درمان، هر هفته حداقل یکبار و به‌طور منظم در جلسات گروهی بهبودی شرکت کنید. در این برنامه یک گروه حمایت اجتماعی وجود دارد که هفته‌ای یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد. گروه‌های بهبودی دیگری نیز در سطح جامعه فعالیت می‌کنند. در مورد گروه‌های بهبود محلی از مشاورتان سئوال کنید.

درمان فردی

جلسات فردی مشاور سوءمصرف مواد می‌تواند مفید باشد. وقتی درمان فعلی شما خاتمه یافت، می‌توانید در مورد تداوم درمان خود دست به انتخاب بزنید. می‌توانید درمان خود را با فرد دیگری ادامه دهید، می‌توانید به سراغ همان درمان‌گری بروید که شما را به درمان ارجاع داد، یا می‌توانید هم‌چنان به درمان خود با مشاور فعلی خود ادامه دهید.

درمان زوجین

در این زمان، فکر خوبی است که همراه با همسرتان پیش مشاور خانواده بروید و با همدیگر بر روی مسایل مربوط به ارتباط خود کار کنید.

جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری

حضور در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری بخش مهمی از روند بهبودی است. حتماً باید جلسه‌ای پیدا کنیدکه بتوانید به‌طور منظم در آن شرکت کنید.

تداوم طرح درمان

طرح من برای ماه‌های بعد از درمان عبارت است از:

امضای درمان‌جو تاریخ:

امضای مشاور تاریخ:

تمرینات جلسات گروهی مهارت‌های اولیه بهبودی

جزواتی که در ادامه می‌آیند، با راهنمایی مشاور، توسط بیمار مورد استفاده قرار خواهند گرفت. این جزوات به بیماران کمک می‌کند بیشترین بهره را از ۸ جلسه مهارت‌های اولیه بهبودی ببرند.

برنامه یک

اهمیت برنامه‌ریزی

اگر به برنامه‌ریزی عادت نداشته باشید، ممکن است به نظرتان کار سخت و خسته‌کننده‌ای بیاید. با این وجود، برنامه‌ریزی، بخش مهمی از روند بهبودی است. افراد دچار اختلالات مصرف مواد برای وقت خود برنامه‌ریزی نمی‌کنند. برنامه‌ریزی زمانی به شما کمک می‌کند که مصرف مواد را ترک کنید و در ترک باقی بمانید.

چرا برنامه‌ریزی لازم است؟

اگر بهبودی خود را در یک درمانگاه آغاز کنید، ساختار برنامه درمانگاه به شما کمک می‌کند مصرف مواد را ترک کنید. به عنوان فردی که در درمان سرپایی حاضر شده است، شما باید هم چنان که به اعمال خود در دنیای خارج از مرکز ادامه می‌دهید، سعی کنید آن ساختار را برای خود به‌وجود بیاورید تا از بهبود خود حمایت کنید. برنامه شما همان ساختاری است که بدان نیاز دارید.

آیا باید برنامه‌ام را روی کاغذ بنویسم؟

قطعاً برنامه‌هایی که فقط در ذهن شما باشند خیلی سریع تغییر می‌کنند. اگر زمانی که ذهن منطقی شما در حال فعالیت است برنامه خود را بنویسید و سپس آن را اجرا کنید، آن کاری را خواهید کرد که فکر می‌کنید درست است، نه آن کاری که احساس می‌کنید باید انجام دهید.

اگر آدم منطقی نباشم چه کار باید بکنم؟

یاد بگیرید منظم باشید. یک دفترچه برنامه‌ریزی بخرید و با مشاورتان بر رویش کار کنید. برنامه‌ریزی کامل فعالیت‌های شما، در درمان اختلال مصرف مواد شما بسیار مهم است. به‌خاطر داشته باشید، ذهن منطقی شما برنامه‌ریزی می‌کند. اگر از برنامه پیروی کنید، مواد مصرف نخواهید کرد. ذهن معتاد دوست دارد خارج از کنترل شما باشد. اگر از برنامه پیروی نکنید، ممکن است ذهن معتاد شما، شما را به سمت مصرف مواد یا الکل سوق دهد.

چه کسی در مورد برنامه من تصمیم می‌گیرد؟

خودتان ممکن است با مشاور یا اعضای خانواده‌تان مشورت کنید، ولی تصمیم نهایی با شماست. فقط باید مطمئن باشید که آنچه می‌نویسید را انجام خواهید داد. از برنامه‌تان پیروی کنید؛ سعی کنید در آن تغییر ندهید.

اکثر افراد می‌توانند یک برنامه ۲۴ ساعته بریزند و از آن پیروی کنند. اگر شما قادر به این کار هستید، معلوم است که دارید کنترل زندگی‌تان را به‌دست می‌گیرید. اگر قادر به این کار نباشید، ممکن است به‌عنوان شروع نیاز به مراقبت سطح بالاتر داشته باشید.

جزوه برنامه دو

برنامه روزانه / ساعتی

چند ساعت می‌خوابید ؟ از ..... تا .....

یادداشت:

تاریخ:

۷ صبح: .....

۸ صبح: .....

۹ صبح: .....

۱۰ صبح: .....

۱۱ صبح: .....

۱۲ صبح: .....

۱ بعدازظهر: .....

۲ بعدازظهر: .....

۳ بعدازظهر: .....

۴ بعدازظهر: .....

۵ بعدازظهر: .....

۶ بعدازظهر: .....

۷ بعدازظهر: .....

۸ بعدازظهر: .....

۹ شب: .....

۱۰ شب: .....

۱۱ شب: .....

یادآوری‌ها:

.....

.....

.....

تقویم ۱

علامت‌گذاری پیشرفت بهبودی

همواره، دانستن این‌که همیشه در فرایند درمان قرار دارید، هم برای شما و هم برای مشاورتان مفید خواهد بود. علامت گذاشتن در یک تقویم، هم چنان که در مسیر بهبودی پیشرفت می‌کنید، از راه‌های مختلفی به شما کمک می‌کند:

- به شما یادآوری می‌کند که چقدر در مسیر بهبودی قدم برداشته‌اید.
- با دیدن تعداد روزهایی که مواد مصرف نکرده‌اید، می‌توانید احساس غرورکنید.
- بهبودی ممکن است به نظرتان خیلی طولانی برسد، مگر این‌که بتوانید پیشرفت خود را با واحدهای زمانی‌کوتاه بسنجید.

در صفحات تقویم، برای هر روزی که مواد مصرف نکرده‌اید یک علامت بگذارید. ممکن است دلتان بخواهد بعد از درمان هم، به این‌کار ادامه دهید.

اگر به‌طور منظم روزهای ترک خود را نشانه‌گذاری کنید، همین کار ساده باعث می‌شود خودتان و مشاورتان، از میزان پیشرفت شما آگاه شوید.

عکس تقویم

جزوه تقویم دو

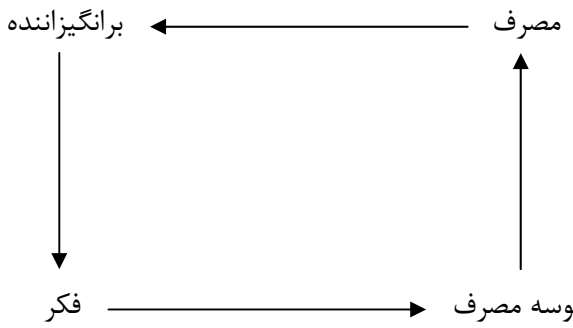
تقویم

ماه:

جمعه	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهار شنبه	پنج شنبه

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: الف ۱

برانگیزاننده‌ها



برانگیزاننده‌ها عبارتنداز افراد، مکان‌ها، چیزها، احساسات، و زمان‌هایی که باعث وسوسه یا ولع مصرف می‌شوند . برای مثال، اگر فردی هر شب جمعه از بانک پول می‌گیرد، با دوستانش بیرون می‌رود، و مواد محرک مصرف می‌کند، برانگیزاننده ها می‌توانند این موارد باشند :

شب جمعه، زمان بعد از کار، پول، دوستانی که مواد مصرف می‌کنند و محل مصرف مواد

ذهن شما برانگیزاننده‌ها را با مصرف مواد مرتبط می‌سازد. در نتیجه برانگیخته‌شدن و مصرف همیشگی، بعداز مدتی یک برانگیزاننده می‌تواند شما را به مصرف مواد بکشاند. چرخه برانگیزاننده، فکر، وسوسه یا ولع، مصرف شخص را در برمی‌گیرد. متوقف‌کردن این چرخه بخش مهمی از درمان است. بهترین راه برای این کار، انجام اعمال زیر است:

۱. شناسایی برانگیزاننده‌ها
۲. جلوگیری از مواجهه با برانگیزاننده‌ها در مواقعی که امکان آن وجود دارد (مثلاً، پول زیاد در جیب نگذاشتن)
۳. مقابله با برانگیزاننده‌ها به شکلی که با گذشته فرق کند (مثلاً برنامه‌ریزی برای ورزش‌کردن و حضور در جلسه گروه ۱۲ گامی در شب‌های جمعه)

به یاد داشته باشید، برانگیزاننده‌ها بر ذهن شما اثر می‌گذارند. حتی وقتی تصمیم گرفته‌اید که دیگر مواد مصرف نکنید، باعث وسوسه مصرف می‌شوند. تصمیم شما برای ترک مواد باید تبدیل به تغییرات رفتاری شود تا شما را از برانگیزاننده‌های احتمالی دور نگه دارد.

قوی‌ترین برانگیزاننده‌ها برای شما چه چیزهایی هستند؟ چند مورد نام ببرید.

.....

.....

فکر می‌کنید کدام برانگیزاننده‌ها در آینده نزدیک برای شما مشکل ساز خواهند شد؟

.....

.....

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب ۱

برانگیزاننده ـ فکر ـ ولع مصرف (وسوسه) ـ مصرف

جدال منجر به باخت

اگر شما تصمیم گرفته باشید که مصرف مواد و الکل را ترک کنید ولی دوباره به سمت مصرف بروید، ذهن شما، با استفاده از فعل و انفعالی به‌نام توجیه بازگشت، به شما اجازه بازگشت داده است. افکار مرتبط با مصرف مواد درون شما جدلی برپا می‌کنند، جنگی بین ذهن منطقی شما و ذهن معتادتان، شما حس می‌کنید درون‌تان جنگی برپاست، و برای باقی‌ماندن در ترک باید دلایل زیادی برای خودتان بیاورید. ذهن شما به‌دنبال عذر و بهانه‌ای برای مصرف دوباره مواد می‌گردد. شما به دنبال توجیه بازگشت هستید. جدال و جنگ درون شما بخشی از یک سری اتفاقات است که منجر به مصرف می‌گردد. در گذشته چند بار اعتیادتان در این جدال بازنده شده است؟

افکار تبدیل به وسوسه یا ولع می‌شود.

وسوسه یا ولع مصرف همیشه یک شکل قابل تشخیص و سر راست ندارد. اغلب افکار مصرف مواد بدون کوچکترین تأثیری از ذهن شما می‌گذرند. ولی باید بتوانند این افکار را شناسایی کنید و جلویشان را بگیرید. شناسایی یک فکر و متوقف‌کردن آن کار پر زحمتی است. ولی باید یادتان باشد که ادامه‌دادن این افکار حکم بازگشت را صادرکردن است. هرچه این افکار بیشتر ادامه پیدا کنند احتمال این‌که دچار بازگشت شوید بیشتر می‌شود.

فرایند «خودبه‌خودی»

در زمان اعتیاد، به‌نظر می‌رسد که برانگیزاننده‌ها، افکار، وسوسه یا ولع و مصرف، هم‌زمان اتفاق می‌افتد. با این وجود، معمولاً ترتیب آن‌ها بدین شکل است:

برانگیزاننده ⟵ فکر ⟵ وسوسه یا ولع ⟵ مصرف

توقف فکر

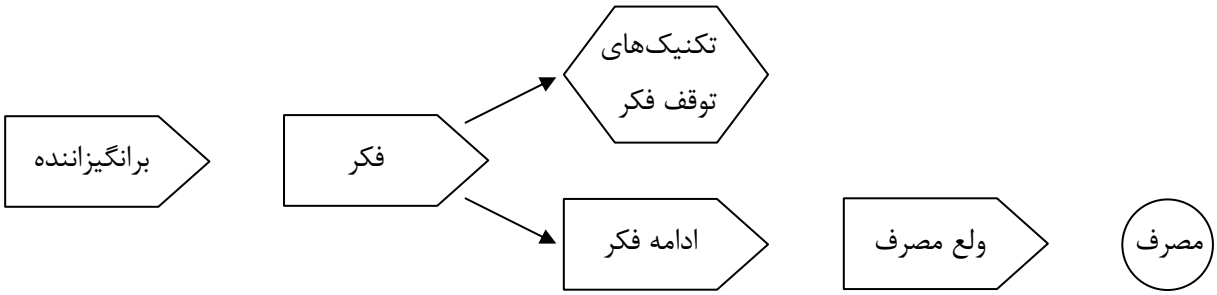
تنها راه مطمئن برای جلوگیری از منتهی‌شدن یک فکر به بازگشت، متوقف‌کردن آن قبل از ایجاد وسوسه یا ولع است. متوقف‌کردن فکر در همان زمان شروع، مانع می‌شود که آن فکر، یک وسوسه یا ولع غیر قابل مقاومت ایجاد کند. باید تا متوجه چنین فکری شدید، سریعاً جلویش را بگیرید.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ج ۱

تکنیک‌های توقف فکر

یک توالی جدید

برای شروع بهبودی، لازم است که توالی برانگیزاننده ـ فکر ـ وسوسه یا ولع ـ مصرف را بهم بزنید. توقف فکر، وسیله‌ای است برای به‌هم‌زدن این توالی.



این روند، خودبه‌خودی نیست. شما می‌توانید انتخاب کنید که هم چنان به مصرف فکر کنید (و را ه بازگشت را در پیش بگیرید) یا این فکرها را متوقف کنید.

تکنیک‌های توقف فکر

تکنیک‌هایی که در زیر توضیح داده می‌شود را امتحان کنید، و از آن تکنیکی استفاده کنید که برای‌تان بهتر از همه است:

تجسم: در ذهن خود تصویری مجسم کنید که در آن تصویر، شما بتوانید قدرت فکر مصرف را انکار کنید.

برای مثال، در ذهن خود یک کلید یا یک اهرم تصور کنید. خودتان را تصور کنید در حالی که دارید کلید را از حالت روشن به خاموش می‌برید و با این‌کار افکار مصرف را متوقف یا خاموش می‌کنید. تصویر دیگری در ذهن خود آماده داشته باشید تا فوراً به‌جای این افکار، درباره آن تصویر فکر کنید.

کش دست: یک کش لاستیکی را به‌صورت نسبتاً شل روی مچ دست‌تان ببندید. هر موقع متوجه افکار مصرف شدید، کش را بکشید و رها کنید تا با اصابت کش به دست‌تان احساس درد یا سوزش خفیف کنید. و بگویید « نه!». فوراً به موضوع دیگری فکر کنید. موضوعی در ذهن خود آماده داشته باشید. موضوع‌تان باید پر معنی و جالب باشد.

آرام سازی: احساس خالی‌بودن معده، سنگینی معده و دل‌پیچه، ممکن است علامت وسوسه مصرف باشد. معمولاً این حالت‌ها را می‌توان با این روش از بین برد که ابتدا نفس عمیقی بکشید (ریه‌هایتان را با هوا پر کنید) و بعد به آرامی نفس‌تان را بیرون بدهید. این کار را سه مرتبه انجام دهید. باید احساس کنید که فشار از بدن‌تان بیرون می‌رود. هر موقع این احساس دوباره برگشت، دوباره همین اعمال را تکرار کنید.

برقراری تماس با دیگران: صحبت‌کردن با فرد دیگر باعث می‌شود احساس‌تان تخلیه شود و شما بتوانید به افکار خود گوش کنید. همواره شماره تلفن افراد حمایت‌گر و در دسترس را همراه خود داشته باشید تا بتوانید هر موقع که احتیاج داشتید با آن‌ها صحبت کنید.

اجازه تبدیل افکار وسوسه یا ولع مصرف یعنی، انتخاب ادامه وابستگی به مواد.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: الف ۲

پرسش‌نامه برانگیزاننده بیرونی

در کنار فعالیت‌ها، موقعیت‌ها و وضعیت‌هایی که اغلب در آن‌ها مواد مصرف می‌کردید ضربدر بگذارید. در کنار فعالیت‌ها و موقعیت‌ها، وضعیت‌هایی که هیچ‌گاه در آن‌ها مواد مصرف نکرده‌اید عدد صفر بگذارید.

☐ تنها در خانه	☐ قبل از قرار	☐ بعد از دریافت حقوق
☐ خانه با دوستان	☐ هنگام قرار	☐ قبل از بیرون‌رفتن برای شام
☐ خانه دوست	☐ قبل از فعالیت جنسی	☐ قبل از صبحانه
☐ مهمانی	☐ هنگام فعالیت جنسی	☐ هنگام وقت ناهاری
☐ اتفاقات ورزشی	☐ بعد از فعالیت جنسی	☐ سر شام
☐ سینما	☐ قبل از کار	☐ بعد از کار
☐ ساحل	☐ هنگام حمل پول	☐ مدرسه
☐ با دوستانی که مواد مصرف می‌کردند.	☐ بعد از رفتن به محل فروشنده‌های قدیمی مواد	☐ بعد از عبور از یک خیابان یا گذر خاص
☐ کنسرت	☐ رانندگی	☐ پارک
☐ باشگاه/کلوپ	☐ دیدن مشروب	☐ در محله
☐ هنگام افزایش وزن	☐ هنگام کار	☐ آخر هفته
☐ مسافرت‌ها/ تعطیلات رسمی	☐ صحبت با تلفن	☐ با اعضای خانواده
☐ وقتی باران می‌آید.	☐ گروه‌های بهبودی	☐ هنگام درد

فعالیت‌ها، موقعیت‌ها و وضعیت‌های دیگری که در آن‌ها اغلب مواد مصرف می‌کردید را فهرست کنید.

.....

.....

فعالیت‌ها، موقعیت‌ها و وضعیت‌هایی که در آن‌ها مواد مصرف نمی‌کردید/ نمی‌کنید را فهرست کنید.

.....

.....

فهرست افرادی را بنویسید که می‌توانید با آن‌ها باشید و مواد مصرف نکنید.

.....

.....

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب۲

جدول برانگیزاننده بیرونی

نام: تاریخ:

دستورالعمل: افراد، مکان‌ها، چیزها یا موقعیت‌ها را بر اساس میزان ارتباط‌شان با مصرف مواد، در زیر فهرست کنید.

احتمال مصرف ۱۰۰٪		احتمال مصرف ۰٪	
همیشه مصرف می‌شود.	تقریباً همیشه مصرف می‌شود.	تقریباً هرگز مصرف نمی‌شود.	هرگز مصرف نمی‌شود.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
حضور در این موقعیت‌ها یعنی ادامه مصرف. باید کاملاً اجتناب شود.		این موقعیت‌ها، پرخطر هستند. باقی‌ماندن در این موقعیت‌ها به‌شدت خطرناک است.	این موقعیت‌ها خطر کمی دارند، ولی احتیاط لازم است.	این موقعیت‌ها «امن» هستند.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: الف ۳

پرسش‌نامه برانگیزاننده درونی

در زمان بهبودی، احساسات و عواطف و هیجانات خاصی وجود دارند که **اغلب برانگیزاننده ذهن برای فکرکردن** به مصرف مواد می‌باشند. **فهرست عواطف و احساسات زیر را مطالعه کنید، و کنار آن‌هایی که ممکن است برانگیزاننده شما باشند و باعث مصرف مواد شوند فکر کنید، ضربدر بگذارید.**

☐ نگران	☐ انتقاد شده	☐ هیجان‌زده	☐ برانگیخته
☐ جلوگیری شده	☐ ناکافی	☐ حسود	☐ انتقام‌گیر
☐ بی‌اهمیت فرض‌شده	☐ تحت فشار	☐ خسته	☐ ترسان
☐ خشم	☐ افسرده	☐ فرسوده	☐ زاری‌کنان
☐ احساس گناه	☐ ناامن	☐ تنها	☐ پشیمان
☐ عصبی	☐ آرام	☐ چشم و هم‌چشمی	☐ مغلوب
☐ مطمئن	☐ خجالت زده	☐ محروم	☐ بد فهمیده شده
☐ خوشحال	☐ تحریک‌شده	☐ تحقیرشده	☐ مظنون
☐ پرشور و شوق	☐ غمگین	☐ کلافه	☐ گرسنه

کدام حالات عاطفی وجود دارند که در فهرست بالا ذکر نشده‌اند و برانگیزاننده شما برای مصرف مواد بوده‌اند؟

آیا در هفته‌های قبل از شروع درمان، مصرف شما:

- وابسته به حالات عاطفی بود؟
- به‌صورت عادت و خودبه‌خودی بود و چندان برانگیزاننده عاطفی نداشت؟

آیا در گذشته نزدیک، وقت‌هایی بود که شما مصرف نمی‌کردید و بعد تغییر خلق و خو و حالات عاطفی شما باعث می‌شد که دلتان بخواهد مصرف کنید (برای مثال، با کسی دعوایتان شد و بعد برای کم‌کردن عصبانیت خود می‌خواستید مصرف کنید)؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، توضیح بدهید:

.....

.....

.....

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب۳

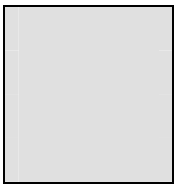
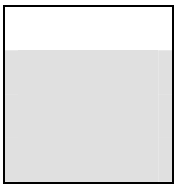
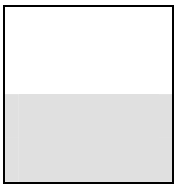
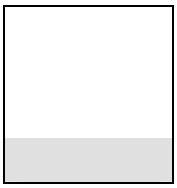
جدول برانگیزاننده درونی

نام : تاریخ:

دستورالعمل: حالات عاطفی را، با توجه به میزان ارتباط‌شان با مصرف مواد، در زیر بنویسید.

احتمال مصرف ۱۰۰٪		احتمال مصرف ۰٪	
همیشه مصرف می‌شود.	تقریباً همیشه مصرف می‌شود.	تقریباً هرگز مصرف نمی‌شود.	هرگز مصرف نمی‌شود.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

باقی‌ماندن در این حالات یعنی انتخاب ادامه مصرف. کاملاً اجتناب شود.	این احساسات پرخطر هستند.	این احساسات کم خطر هستند. ولی احتیاط لازم است.	این احساسات «امن» هستند.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: الف ٤

معرفی ۱۲ گامی

جلسات

برنامه ۱۲ گامی چیست؟

در دهه ۱۹۳۰، دو مرد که قادر نبودند از طریق روان‌پزشکی یا دارو، با الکلی‌بودن خود کنار بیایند، انجمن الکلی‌های بی نام (AA) را تأسیس کردند. آن‌ها پایه‌گذار قوانین خاصی شدند که به افراد کمک می‌کرد بر اعتیاد خود به الکل غلبه کنند. آن‌ها با تأسیس AA، افراد الکلی را با این قوانین که باید توسط خود شخصی اجرا شود آشنا کردند. مفاهیم AA در درمان اعتیاد به مواد دیگر، از جمله مواد محرک، مورد استفاده قرار گرفته، مثلاً در گروه کریستال مت‌آمفتامین گمنام، معتادان گمنام [NA]، و گروه کوکائینی‌های گمنام و در درمان رفتارهای وسواسی اجباری، مثل قمار یا پرخوری، کاربرد گسترده‌ای دارد.

افرادی که به مواد محرک، مخدر یا الکل وابسته هستند، دریافته‌اند که می‌توانند حمایت و کمک زیادی به افراد دیگر وابسته به مواد محرک، مخدر و الکل بدهند و در مقابل همین حمایت و کمک را از آنان دریافت کنند. به همین دلیل، به این گروه‌ها، نام «دوستی‌ها» داده شده، که افراد می‌توانند در آن از طریق درد دل و درک متقابل، برای یکدیگر توجه و حمایت ایجاد نمایند.

آیا لازم است من در جلسات ۱۲ گامی حاضر شوم؟

اگر می‌خواهید درمان شما طبق این برنامه درست پیش برود، حتماً باید برای بهبودتان، یک شبکه حمایتی ایجاد کنید. حضور در جلسات درمانی و عدم حضور در جلسات ۱۲ گامی ممکن است فقط یک تأثیر موقتی داشته باشد. ولی بدون حضور در گروه‌های خودیاری، خیلی بعید است که درمان موفقی داشته باشید. افراد حاضر در این برنامه درمانی، باید هفته‌ای سه بار در طول درمان در جلسات ۱۲ گامی حاضر شوند. بسیاری از افرادی که بهبودی موفقی دارند، در نود روز در ۹۰ جلسه شرکت می‌کنند. هرچه بیشتر در جلسات درمانی و جلسات ۱۲ گامی حضور پیدا کنید، احتمال بهبودتان بالاتر می‌رود.

آیا همه‌جلسات مثل هم هستند؟

خیر. جلسات انواع مختلفی دارند:

- جلسات دارای سخنگو که در آن فردی که بهبود یافته داستان مصرف مواد و الکل و بهبود خود را تعریف می‌کند.
- جلسات دارای موضوع که در آن در مورد موضوعاتی مثل رفاقت، اعتماد و صداقت، پذیرش، یا صبوربودن بحث می‌شود. هر کسی فرصت حرف زدن دارد، ولی کسی مجبور به حرف زدن نیست.

- جلسات سنتی/ مرحله‌ای، جلسات خاصی هستند که در آن در مورد ۱۲ گام و ۱۲ سنت بحث می‌شود.
- جلسات کتاب خوانی که در آن فصلی از کتاب مرجع گروه ۱۲ گامی خوانده می‌شود. (کتاب مرجع AA، کتاب بزرگ نام دارد، کتاب مرجع NA، کتاب پایه است). جلسات کتاب‌خوانی اغلب شامل تجربه یک نفر یا یک موضوع مرتبط با بهبودی می‌باشد.
- بسته به این‌که شما در کجا زندگی می‌کنید، ممکن است جلساتی بر مبنای زبان، جنس، گرایش جنسی، یا جلساتی برای افرادی که دچار اختلال روانی نیز هستند («مشکل دوگانه» جلسات بهبود دوگانه گمنام) برگزار گردد.

آیا برنامه‌های ۱۲ گامی، مذهبی هستند؟

خیر، هیچ‌کدام از برنامه‌های ۱۲ گامی، مذهبی نمی‌باشند. ولی رشد معنوی، بخشی از بهبودی به‌شمار می‌رود. مسایل معنوی بسیار شخصی و فردی هستند. هر کسی برای خودش تصمیم می‌گیرد که معنای « قدرت برتر» چیست. به هر حال، هم افراد غیر مذهبی و هم افراد مذهبی در این جلسات حمایت می‌شوند و به آن‌ها به یکسان ارزش و بها داده می‌شود.

چگونه می‌توانم برای خودم جلسه‌ای پیدا کنم؟

می‌توانید با پیداکردن شماره تلفن هر کدام از گروه‌های، NA، به آن‌ها زنگ بزنید. می‌توانید به شماره تلفن‌هایی که موجود است زنگ بزنید و بپرسید که برنامه زمانی و مکانی جلسات به چه صورتی است. در جلسات راهنماهایی هستند که در آن‌ها فهرست جلسات بر اساس شهر، خیابان و زمان وجود دارد و شامل اطلاعاتی در مورد جلسه هستند (مثلاً نوع جلسه، دارای سخنگو، سنتی، غیر سیگاری،مخصوص مردان یا زنان). یک راه دیگر برای پیداکردن یک جلسه مناسب، پرسیدن از فردی است که در این جلسات شرکت می‌کند.

حامیان/راهنماها

هفته‌های اول و ماه‌های اول بهبود خیلی سخت می‌گذرند. اتفاقات زیادی می‌افتد که ممکن است باعث سردرگمی یا ترس شود. در طول این دوران مشکل، خیلی وقت‌ها افراد دلشان می‌خواهد راجع به مشکلات و ترس‌هایشان با کسی صحبت کنند. حامی کسی است که به فرد تازه وارد در این دوران کمک می‌کند.

حامی‌ها یا راهنماها چه کار می‌کنند؟

- حامیان با پاسخ دادن به سؤالات و توضیح مراحل ۱۲ گانه به افراد تازه‌وارد کمک می‌کنند.
- حامیان قبول می‌کنند که همواره برای شنیدن مشکلات و مسایل افراد تحت حمایت‌شان آماده باشند و به آن‌ها راه‌حل و کمک ارائه دهند.
- حامیان، افراد تحت حمایت‌شان را در مورد مشکلاتی که دارند راهنمایی و کمک می‌کنند. پندهای آن‌ها بر مبنای تجربه خودشان از ترک طولانی‌مدت است.

- حامیان کسانی هستند که افراد می‌توانند با خیال راحت با آن‌ها در مورد رازهای مربوط به اعتیاد و احساس گناه صحبت کنند. آن‌ها این اسرار را محرمانه نگاه می‌دارند و از ناشناس‌بودن افراد تازه‌وارد حمایت می‌کنند.
- حامیان، وقتی افراد تحت حمایت آن‌ها از مسیر بهبود خارج شوند، به آن‌ها هشدار می‌دهند. اغلب اوقات حامیان اولین کسانی هستند که متوجه می‌شوند افراد تحت حمایت‌شان دچار لغزش یا بازگشت شده‌اند. برای همین، حامیان اغلب افراد تحت حمایت‌شان را تشویق می‌کنند که در جلسات بیشتری حاضر شوند یا برای مشکلات درخواست کمک کنند.
- حامیان به افراد تحت حمایت‌شان کمک می‌کنند ۱۲ گام را به خوبی پشت سر بگذارند.

چگونه حامی/راهنما انتخاب کنم؟

انتخاب حامی کار آسانی است. فرد تازه‌وارد می‌تواند درخواست کند کسی حامی او شود. ولی باید در مورد این‌که از چه کسی چنین تقاضایی کنید، به‌دقت فکر کنید. اکثر افراد کسی را به عنوان حامی انتخاب می‌کنند که زندگی سالم و مسئولیت‌پذیری داشته باشد، یعنی شکلی از زندگی که فردی که در درمان به‌سر می‌برد، خواهان آن است.

اصول کلی انتخاب حامی به شرح زیر می‌باشد:

- حامی باید چندین سال مصرف کلیه مواد محرک یا مخدر را ترک کرده باشد.
- حامی باید زندگی سالمی داشته باشد و دچار مشکلات جدی یا اعتیاد نباشد.
- حامی باید عضو فعال و منظم جلسات ۱۲ گامی باشد. هم‌چنین، حامی باید کسی باشد که فعالانه روی ۱۲ گام کار می‌کند.
- حامی باید کسی باشد که بتوانید با وی صحبت کنید. ممکن است همیشه با حامی‌تان موافق نباشید، ولی باید بتوانید به وی احترام بگذارید.
- حامی باید کسی باشد که شما را از لحاظ عاطفی جذب نکند و شما علاقه عاشقانه نسبت به وی نداشته باشید.

جایگزین‌های برنامه‌های ۱۲ گامی

جایگزین‌هایی برای گروه‌های ۱۲ گامی وجود دارند که اغلب در آن‌ها مفهوم قدرت برتر به‌کار نمی‌رود. اگرچه فلسفه این گروه‌ها با هم فرق می‌کند، اغلب رویکرد درمانی متمرکز بر کمک دو جانبه را به‌کار می‌برند، که در این رویکرد، تکیه اصلی بر مفاهیمی هم‌چون مسئولیت‌پذیری شخصی، توانایی شخصی و قدرت یافتن از طریق یک شبکه اجتماعی سالم است. تعدادی از جایگزین‌های معروف گروه‌های ۱۲ گامی عبارتند از:

- کنگره ۶۰ (البته این کنگره برنامه شبیه ۱۲ گام ولی کاملاً متفاوت دارد)
- تولد دوباره
- همیاران سلامت

پرسش‌هایی برای فکرکردن

- آیا هیچ‌گاه در جلسه ۱۲ گامی شرکت کرده‌اید؟ اگر پاسخ مثبت است،تجربه خود را شرح دهید.
- آیا در انواع دیگر جلسات بهبودی شرکت کرده‌اید؟ (مثل جلساتی که در اینجا ذکر شد)
- آیا قصد دارید در یک برنامه ۱۲ گامی شرکت کنید؟ کجا؟ چه زمانی؟
- چطور می‌توانید از جلسات ۱۲ گامی برای قطع مصرف مواد استفاده کنید؟
- آیا جایگزین‌هایی برای جلسات ۱۲ گامی وجود دارد که بخواهید در آن‌ها شرکت کنید؟

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب٤

دعای آرامش و ۱۲ گام معتادان گمنام

دعای آرامش:

خدایا به من آرامشی اعطا کن تا آن‌چه نمی‌توانم تغییر دهم را بپذیرم، شجاعت اعطا کن کـه آن‌چـه مـی‌تـوانم را تغییر دهم، و حکمتی که تفاوت این دو را به نیکی بفهمم.

۱۲ مرحله معتادان گمنام

۱. ما پذیرفتیم که در مورد مواد ناتوان گشته بودیم، زندگی ما از حوزه اختیارمان خارج گشته بود.
۲. ما پذیرفتیم که قدرتی برتر از ما می‌تواند به ما، عقل را بازگرداند.
۳. تصمیم گرفتیم تا اراده و زندگی‌مان را به‌دست خدا بسپاریم، چنان‌که او را می‌شناسیم .
۴. بدون ترس و با اشتیاق، خود را از لحاظ اخلاقی سنجیدیم .
۵. به خداوند، به خود و به انسانی که ریشه تمامی خطاهاست، ایمان آوردیم .
۶. پذیرفتیم که خداوند، به لطف خود، تمامی این نقایص و خطاها را از ما بگیرد.
۷. از او خاضعانه درخواست کردیم که ما را یاری دهد .
۸. فهرست افرادی که به آن‌ها آسیب رسانده بودیم تهیه کردیم و تصمیم گرفتیم از آن‌ها عذرخواهی نماییم.
۹. هرگاه ممکن بود، از این افراد مستقیماً عذرخواهی‌کردیم، مگر در مواقعی که چنین کاری باعث آسیب به آن‌ها یا دیگران می‌شد .
۱۰. هم‌چنان به سنجش خود ادامه دادیم و هرگاه برخطا بودیم، آشکارا آن را پذیرفتیم.
۱۱. سعی‌کردیم از طریق دعا، مراقبه و نیایش، ارتباط هوشیارانه خود با خداوند را قوی‌تر سازیم. خداوندی که مـا می‌شناسیم و از او خواستیم اراده‌اش را برما آشکار سازد و به ما توان پیروزی اعطا فرماید.
۱۲. پس از بیداری معنوی از طریق این مراحل، سعی کردیم این پیام را به تمام معتادان برسانیم و ایـن اصـول را در تمامی روابط خویش به‌کار بندیم.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ۵

نقشه راه بهبودی

بهبودی از مصرف مواد چیز مرموز و عجیبی نیست. پس از این‌که مصرف مواد متوقف شد، ذهن از لحاظ زیست‌شناختی خود را دوباره تطبیق می‌دهد. این تطبیق دوباره، عبارت از بهبود یافتن مغز از تغییرات شیمیایی است که به‌خاطر مصرف مواد ایجاد شده بود. افرادی که در مراحل اولیه بهبودی هستند، باید بفهمند که چرا ممکن است دچار بعضی مشکلات عاطفی یا جسمی باشند. زمان مراحل که در پایین ذکر شده، یک زمان تقریبی است و یک برنامه قطعی. مدت زمان مراحل در افراد مختلف فرق می‌کند. هم‌چنین، نوع ماده مصرفی بر پیشرفت درمان‌جو تأثیر دارد.

بیمارانی که مت آمفتامین مصرف کرده‌اند، نسبت به کسانی که کوکایین یا سایر مواد محرک مصرف کرده‌اند، معمولاًمدت زمان بیشتری در مراحل مختلف صرف می‌کنند.

مراحل

مرحله کناره‌گیری (۱ الی ۲ هفته)

در روزهای اول پس از قطع مصرف مواد، بعضی افراد دچار علایم مشکلی می‌شوند. شدت علایم بستگی دارد به مقدار، دفعات، و نوع ماده‌ای که آن‌ها مصرف می‌کرده‌اند.

در افرادی که مواد محرک مصرف می‌کنند، علایم ترک می‌تواند شامل وسوسه یا ولع مصرف، افسردگی، انرژی کم، مشکل درخوابیدن یا خواب بیش از اندازه، اشتهای زیاد واشکال درتمرکز باشد. اگرچه افرادی‌که مواد محرک مصرف می‌کنند، علائم جسمی را به آن شدتی تجربه نمی‌کنند که افرادی که الکل یا مواد افیونی مصرف می‌کنند، علایم جسمی و افسردگی ممکن است در آن‌ها نیز بسیار شدید باشد. بیماران ممکن است نتوانند فشارها را تحمل کنند و بیش از اندازه تحریک پذیر شوند.

افرادی که مقدار زیادی الکل می‌نوشند معمولاً دچار بدترین و شدیدترین علایم ترک می‌شوند. علایم می‌تواند شامل تهوع، انرژی کم، اضطراب، رعشه، افسردگی، عواطف شدید، بی‌خوابی،تحریک‌پذیری، مشکل در تمرکز و مشکلات حافظه باشد. این علایم معمولاً ۳ تا ۵ روز طول می‌کشند ولی ممکن است تا چندین هفته نیز به‌طول انجامند. در این دوران بعضی افراد نیاز به بستری‌شدن در بیمارستان پیدا می‌کنند.

برای افرادی که مواد افیونی یا دارو مصرف می‌کرده‌اند، دوره ۷ الی ۱۰ روزه ترک (یا دوران طولانی‌تر در افرادی که بنزودیازپین مصرف می‌کرده‌اند) ممکن است از لحاظ فیزیکی بسیار سخت باشد و نیاز به بستری‌شدن و دارودرمانی داشته باشد. افرادی که به این مواد اعتیاد داشته‌اند، باید تحت مراقبت ویژه پزشک باشند. علاوه بر مشکلات جسمی، افراد ممکن است دچار عصبی‌بودن، مشکلات خواب، افسردگی، و مشکل در تمرکز باشند. کامل‌کردن موفقیت آمیز دوران ترک در مورد این مواد، پیشرفت بزرگی در آغاز بهبود است.

پرهیز اولیه (٤ هفته، پس از ترک)

برای افرادی که مواد محرک مصرف می‌کرده‌اند، این دوران ماه عسل نامیده می‌شود. اکثر افراد در این دوران احساس خوبی دارند و احساس می‌کنند شفا یافته‌اند. بنابراین، بیماران ممکن است در درمان، یا حضور در جلسات ۱۲ گامی در طول این دوران انرژی، شورو اشتیاق و خوش‌بینی خود را به سمت فعالیت‌های بهبودی ببرند و بستر مناسبی برای موفقیت بعدی فراهم کنند.

در افرادی که الکل مصرف می‌کرده‌اند، این دوران ۴ هفته‌ای، دوران بهبود مغز می‌باشد. اگر چه علایم جسمی ترک به پایان رسیده‌اند، بیماران هنوز به عدم مصرف مواد عادت نکرده‌اند. افکار ممکن است در این دوران ناواضح باشد، تمرکز دچار اشکال باشد، عصبی‌بودن و اضطراب ایجاد مشکل کنند، خواب نامنظم باشد، و زندگی به‌طور کلی سخت به‌نظر بیابد.

افرادی که مواد افیونی یا دارو مصرف می‌کرده‌اند، در طول این دوران، یک بهنجارشدن تدریجی را تجربه می‌کنند. این روند از بسیاری جهات شبیه به روند بهبودی از مصرف الکل است. بهبود آهسته و تدریجی علایم، نشانه آن است که فرد در حال پیشرفت می‌باشد.

پرهیز طولانی‌مدت (۳/۵ ماه، بعد از پرهیز اولیه)

از ۶ هفته تا ۵ ماه پس از قطع مصرف مواد، بیماران ممکن است دچار علایم مشکل‌ساز و آزاردهنده‌ای شوند. علت این علایم ـ مشکل در افکار و احساسات ـ ادامه روند بهبودی مغز می‌باشد . نام این مرحله "دیوار" می‌باشد. بیماران باید آگاه باشند که بعضی احساسات در این دوران، در نتیجه تغییر در شیمی مغز حاصل می‌شوند. اگر بیماران پرهیز را ادامه دهند، این احساسات می‌گذرند. شایع‌ترین علایم عبارتند از: افسردگی، حساسیت بالا، اشکال در تمرکز، انرژی کم، و فقدان شور و شوق. هم‌چنین بیماران در این دوران ممکن است میل شدیدی به مصرف مواد در خود احساس کنند. احتمال بازگشت در این دوران زیاد می‌شود. بیماران باید هر روز توجه زیادی به ادامه پرهیز داشته باشند. ورزش در این دوران بسیار سودمند است. برای اکثر بیماران کامل‌کردن این دوران موفقیت بسیار بزرگی به‌شمار می‌رود.

تطبیق دوباره (۲ ماه، بعد از پرهیز طولانی‌مدت)

بعد از ۵ ماه مغز به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته است. اکنون، زمان آن است که بیمار به شکلی زندگی کند که فعالیت‌های ارضاکننده وی، مشوق ادامه بهبودی باشد. اگر چه بخش سختی از بهبودی پشت سر گذاشته شده، برای بهبود کیفیت زندگی باید بسیار تلاش کرد. از آنجایی که وسواس یا ولع مصرف بعد از شش ماه درمان کاهش می‌یابد و شدتش کم می‌شود، بیماران ممکن است خطر بازگشت را دست کم بگیرند و خود را در موقعیت‌های پرخطر قرار دهند و خطر بازگشت را زیاد کنند.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: الف ٦

پنج چالش رایج در آغاز بهبودی

هر کسی که تلاش می‌کند مصرف مواد را قطع کند، با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شود که مصرف‌نکردن در آن موقعیت‌ها مشکل است. فهرست پنج موقعیت رایج در اولین هفته‌های درمان در زیر می‌آید. در کنار این مشکلات، جایگزین‌ها و راه‌حل‌هایی برای این موقعیت‌ها توصیه شده است.

چالش‌ها	رویکردهای تازه
۱. **دوستان و آشنایان مصرف کننده مواد:** می‌خواهید ارتباط خود با دوستان قدیم یا دوستانی که مواد مصرف می‌کنند را حفظ کنید.	o سعی کنید در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری دوستان تازه پیدا کنید. o در سرگرمی‌ها و فعالیت‌های تازه‌ای مشارکت کنید که احتمال ملاقات افراد سالم در آن‌ها زیاد باشد. o برای فعالیت‌های مشترک با دوستان سالم یا اعضای خانواده، طرح‌ریزی کنید.
۲. **خشم، حساسیت‌پذیری:** اتفاقات کوچک منجر به خشم شما می‌شوند و با اشغال‌کردن ذهن شما می‌توانند باعث بازگشت شوند.	o به خود یادآور شوید که بهبود شامل شفا یافتن شیمی مغز است. عواطف قوی و غیرقابل‌پیش‌بینی یک بخش طبیعی بهبود باشند. o ورزش کنید. o با مشاور یا یک دوست حمایت‌گر صحبت کنید.
۳. **مواد در خانه :** شما تصمیم گرفته‌اید مصرف نکنید ولی دیگران در خانه شما هنوز مصرف می‌کنند.	o تمام مواد و الکل موجود را دور بریزید. o از دیگران بخواهید در خانه ننوشند و مصرف نکنند. o اگر هم‌چنان مشکل داشتید، مدتی آنجا را ترک کنید.
۴. **خستگی، تنهایی:** قطع مصرف مواد اغلب بدین معناست که باید فعالیت‌های تفریحی گذشته و دوستان درگیر در این فعالیت‌ها را کنار بگذارید.	o فعالیت‌های تازه ای در برنامه خود بنویسید. o به فعالیت‌هایی بازگردید که پیش از اعتیاد، از آن‌ها لذت می‌بردید. o در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری، دوستان تازه بیابید.
۵. **مناسبت‌های اجتماعی:** شرکت در میهمانی، جلسات کاری و تعطیلات، بدون مصرف مواد سخت است.	o برای پاسخ به این سؤال که چرا مصرف نمی‌کنید، طرحی بریزید. o برای خود مناسبت‌های جدید سالمی ایجاد کنید. o با وسیله حمل و نقل شخصی (و نه همراه کسی) به این‌جور اماکن بروید و بازگردید. o اگر احساس ناراحتی یا محرومیت کردید آنجا را ترک کنید.

آیا ممکن است بعضی از مسایل ذکر شده، در طول چند هفته آینده، برای شما مشکل‌ساز شوند؟ کدام‌ها؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

چگونه این موقعیت‌ها را اداره خواهید کرد؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب٦

بحث مواد و الکل

آیا شما قادر به توقف مصرف سایر مواد و الکل به‌طور کامل بوده‌اید؟ بسیاری از افراد مصرف‌کننده مواد حتی بعد از ۶ هفته در برنامه بهبودی به مصرف آن بر می‌گردند. آیا ذهن اعتیادی شما در این مسئله نقشی دارد؟ این‌ها بعضی از بحث‌ها و پاسخ‌های رایجی است که در مقابل توقف مصرف مواد یا الکل وجود دارد.

- من برای توقف مصرف شیشه به اینجا آمده‌ام نه برای توقف مصرف حشیش یا نوشیدن الکل.
- بخشی از توقف مصرف مت‌آمفتامین، توقف مصرف سایر مواد شامل مصرف الکل است.
- من الکل نوشیدم ولی شیشه مصرف نکردم. پس هیچ ارتباطی با هم ندارند.
- زمان به طول قابل ملاحظه‌ای خطر بازگشت را افزایش می‌دهد. مصرف تک‌باره الکل ضرورتاً باعث بازگشت نمی‌شود هم‌چنان که مصرف یک سیگار سبب سرطان حنجره نمی‌شود. هر چند با ادامه مصرف الکل خطر بازگشت به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.
- مصرف الکل گاهی کمکم می‌کند. مثلاً وقتی وسوسه دارم مصرف الکل مرا آرام می‌کند و وسوسه‌ام دور می‌شود. الکل با فرایند مداوای مغز تداخل دارد. ادامه مصرف الکل تدریجاً وسوسه را شدت می‌بخشد حتی اگر مصرف تک باره آن به نظر وسوسه را کاهش دهد.
- من الکلی نیستم، پس چرا باید مصرف الکل را متوقف کنم. اگر شما الکلی نیستید، پس نباید توقف مصرف الکل مشکلی باشد. اگر نمی‌توانی مصرف را متوقف کنید، ممکن است مشکل الکل بیش از آنی باشد که فکر می‌کنید.
- من هیچ وقت دوباره مواد مصرف نخواهم کرد ولی مطمئن نیستم هیچ وقت الکلی مصرف نکنم.
- یک تعهد ۶ ماه برای پاکی کامل بدهید. به خود این فرصت را بدهید تا دوباره همراه یک ذهن عاری از مواد تصمیم بگیرید. اگر به خاطر ترس از «ترک همیشگی الکل» پاکی الکل را رد کنید، پس مصرف الکل را توجیه کرده و خطر بازگشت به مصرف مواد را افزایش داده‌اید.
- آیا ذهن اعتیادی شما توجیحات دیگری را نمایان کرده؟ اگر بلی آن‌ها کدامند؟

برنامه شما برای کنترل مصرف الکل در آینده چیست؟

.....

.....

.....

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب۷

افکار، عواطف و رفتار

مصرف مواد در طولانی‌مدت طرز فکر، عواطف و رفتار فرد را تغییر می‌دهد. این تغییرات چه تأثیری بر روند بهبودی خواهند داشت.

افکار

افکار در ذهن منطقی به‌وجود می‌آیند. افکار مانند تصاویری بر روی صفحه تلویزیون ذهن هستند. افکار قابل کنترل می‌باشند. وقتی از افکار خود آگاه باشید، می‌توانید کانال ذهن خود را عوض کنید. یادگیری خاموش کردن افکار مرتبط با مصرف مواد، بخش مهمی از بهبودی است. آگاهی از افکار و کنترل آن‌ها کار راحتی نیست. با تمرین، این کار راحت‌تر می‌شود.

عواطف

عواطف یعنی احساسات. شادی، غصه، خشم و ترس از عواطف اولیه به‌شمار می‌روند. احساسات، پاسخ ذهن هستند به آن‌چه برای‌تان اتفاق می‌افتد. احساسات قابل کنترل نیستند؛ احساسات نه خوب هستند و نه بد. بسیار مهم است که از احساسات خود آگاه باشید. صحبت‌کردن با خانواده، دوستان یا مشاور به شما کمک می‌کند از احساسات خود آگاهی یابید. افراد معمولاً احساسات گوناگونی را تجربه می‌کنند. مواد، با تغییر مغز شما، ممکن است احساسات شما را تغییر دهند. در طول بهبودی، اغلب احساسات وضعیت آشفته‌ای دارند. بعضی وقت‌ها ممکن است بی دلیل احساس عصبی‌بودن یا خوب‌بودن کنید. شما نمی‌توانید احساسات خود را انتخاب یا کنترل کنید، ولی می‌توانید آن‌چه در پاسخ به احساسات انجام می‌دهید راکنترل نمایید.

رفتار

رفتار یعنی آن‌چه شما انجام می‌دهید. کار یک رفتار است. بازی یک رفتار است. رفتن به جلسه درمانی یک رفتار است، مصرف مواد یک رفتار است. رفتار می‌تواند ناشی از احساسات، افکار یا مخلوطی از هر دو باشد. مصرف مداوم یک ماده افکار شما را تغییر می‌دهد و احساسات شما را به سمت مصرف دوباره می‌کشاند. برای بهبودیافتن، این روند خودبه‌خودی و قدرتمند، باید دوباره تحت اختیار شما قرار بگیرد. مدیریت زمان، حضور در جلسات ۱۲ گامی یا خودیاری و مشارکت در فعالیت‌های تازه، راه‌های خوبی برای به‌دست‌آوردن دوباره کنترل می‌باشند. هدف از بهبودی، یادگرفتن این است که چگونه افکار و احساسات خود را با هم مخلوط کنید و آن رفتاری را انجام دهید که بهترین است.

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب۷

رفتار اعتیادی

افرادی که مواد مصرف می‌کنند اغلب حس می‌کنند زندگی‌شان از کنترل‌شان خارج است. هرچه بیشتر مواد مصرف می‌کنند، حفظ کنترل سخت‌تر و سخت‌تر می‌شود. افراد برای طبیعی به نظرآمدن دست به اقدامات مأیوسانه‌ای می‌زنند. این اقدامات مأیوسانه را، رفتار اعتیادی می‌نامند. رفتارهایی که مرتبط با مصرف مواد هستند. بعضی‌اوقات این رفتارها تنها زمانی رخ می‌دهند که افراد مواد مصرف می‌کنند یا می‌خواهند مصرف کنند.

باید تشخیص دهید که چه زمانی دچار این رفتارها می‌شوید. در این زمان‌ها، باید به سختی بجنگید تا دچار بازگشت نشوید.

فکر می‌کنید کدام‌یک از رفتارهای زیر برای‌تان مرتبط با مصرف مواد یا الکل است؟

- ☐ دروغ‌گویی
- ☐ اجباری رفتارکردن (مثلاً، پرخوری، پرکاری، ارتباط جنسی زیاد)
- ☐ بی‌مسئولیتی (مثلاً، عدم ملاقات خانواده یا شرکای کاری)
- ☐ غیرقابل اعتماد بودن (مثلاً، بدقولی و عهدشکنی)
- ☐ بی‌توجهی به سلامت و بهزیستی (مثلاً، لباس‌های نامناسب پوشیدن، دوری از ورزش، کم‌غذایی، قیافه تابلوداشتن)
- ☐ تنبلی و نامنظمی در خانه‌داری
- ☐ تکانه‌ای رفتارکردن (بدون فکر)
- ☐ دزدی
- ☐ تغییر عادات کاری (مثلاً، پرکاری، کم‌کاری، کار نکردن، کار جدید، تغییر ساعت کار)
- ☐ ازدست‌دادن علاقه به امور (مثلاً، فعالیت‌های تفریحی، زندگی خانوادگی)
- ☐ انزوا (اغلب اوقات با خود تنها بودن)
- ☐ دیرکردن یا نیامدن به جلسه درمانی
- ☐ مصرف مواد دیگر یا الکل
- ☐ عدم مصرف داروی تجویزی (مثلاً، بوپره‌پیون)

جزوه مهارت‌های اولیه بهبودی: ب۸

پندهای ۱۲ گامی

برنامه معتادان گمنام پندهای کوتاهی دارد که به افراد کمک می‌کند در طول روز هوشیار باقی بمانند. این مفاهیم، اغلب در حفظ و ادامه هوشیاری، ابزارهای مؤثری هستند.

فقط برای امروز: این یک مفهوم اساسی در ادامه پرهیز است. راجع به همیشه در ترک‌بودن فکر نکنید. فقط به امروز فکر کنید.

ورق بزن: بعضی‌اوقات افراد معتاد بهبود خود را با مسایل مشکل به غیر قابل حل به خطر می‌اندازند. پیداکردن راهی برای خلاص‌شدن از این مسایل و در ترک باقی ماندن، مهارت بسیار مهمی است.

ساده بگیر: اگر شما قطع مصرف مواد را کنترل نکنید، ممکن است به‌نظرتان خیلی پیچیده و ترسناک بیاید. در واقع مفاهیم بسیار ساده‌ای در این‌کار وجود دارند. روند بهبودی را برای خودتان سخت نکنید، ساده باشید.

آن‌چه احتیاج داری بردار و باقی را به حال خود بگذار: هیچ‌کس از تمام بخش‌های جلسات ۱۲ گامی سود نمی‌برد. این یک برنامه کامل نیست. اگر بتوانید به جای توجه به بخش‌های خسته‌کننده به بخش‌هایی توجه کنید که برای‌تان مفید است، برنامه برای‌تان مفید خواهد بود.

جسم خود را بیاور، ذهن خواهد آمد: مهم‌ترین جنبه برنامه‌های ۱۲ گامی، حضور در جلسات است. مدتی طول می‌کشد تا کاملاً احساس راحتی کنید. جلسات مختلف را امتحان کنید، افراد را ملاقات کنید و جزوه ها را بخوانید . فقط بروید و به رفتن ادامه دهید.

HALT (خستگی Tired، تنهایی Lonely، خشم Anger، گرسنگی Hungry): این کلمه اختصاری برای افرادی که با برنامه های ۱۲ گامی آشنایی دارند، مفهوم مشخصی دارد. این یک میانبر برای یادآوری است به افرادی که در حال بهبودی هستند، که مراقب باشند که نسبت به گرسنگی، خشم، تنهایی و خستگی، بسیار آسیب پذیر هستند.

گرسنگی: وقتی افراد مواد مصرف می‌کنند، اغلب تغذیه‌شان مشکل پیدا می‌کند. افراد در حال درمان باید دوباره اهمیت تغذیه منظم را یاد بگیرند. گرسنه‌بودن می‌تواند باعث تغییراتی در شیمی بدن شود که باعث می‌شود افراد کمتر بتوانند خود را کنترل کنند و وسوسه یا ولع مصرف بیشتری پیدا کنند. اکثر اوقات فرد عصبی و مضطرب می‌شود ولی نمی‌داند که احساساتش با گرسنگی ارتباط دارند. تغذیه منظم ثبات عاطفی را زیاد می‌کند.

خشم: این حالت عاطفی، بیشترین دلیل بازگشت به مصرف است. یادگیری کنارآمدن با خشم به صورت سالم، برای اغلب افراد کار سختی است. بدون فکرکردن به عواقب، خشمگین رفتارکردن، کار سالمی نیست. نگه‌داشتن خشم و بیان‌کردنش نیز کار خوبی نیست. صحبت درباره موقعیت‌های خشم‌انگیز و چگونگی مدیریت آن‌ها، بخش مهمی از بهبودی است.

تنهایی: بهبودی اغلب روندی است همراه با تنهایی. افراد به خاطر مصرف مواد، روابط خود را از دست می‌دهند. به عنوان بخشی از روند ترک افراد ممکن است مجبور شوند دوستان مصرف کننده مواد را کنار بگذارند. احساس تنهایی، واقعی و دردناک است. این احساسات فرد را نسبت به بازگشت بسیار آسیب پذیر می‌نمایند.

خستگی: اختلالات خواب معمولاً بخشی از بهبودی اولیه است. افراد در بهبود، غالباً مجبور هستند داروهای شیمیایی برای خوابیدن که در گذشته مصرف می‌کردند را کنار بگذارند. خسته‌بودن اغلب برانگیزاننده بازگشت است. احساس خستگی شدید و انرژی پایین، افراد را آسیب‌پذیر می‌کند و مانع عملکرد سالم آن‌ها می‌شود.

چند وقت یک‌بار متوجه می‌شوید که در یکی یا چند تا از این حالات عاطفی قرار گرفته‌اید؟

.....

.....

.....

چه کار متفاوتی می‌توانید انجام دهید تا این‌قدر آسیب‌پذیر نباشید؟

.....

.....

.....

تمرینات جلسات گروهی پیش‌گیری از عود

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱

الکل

اغلب قطع مصرف الکل برای افرادی که به تازگی تحت درمان قرار گرفته‌اند، دشوار است. بعضی از دلایل این امر در ذیل آورده شده است:

محرک‌های مصرف الکل همه جا هستند. گاهی‌اوقات بدون ملاقات با افرادی که الکل مصرف می‌کنند، انجام فعالیت‌های اجتماعی دشوار است. **چگونه می‌توانید بدون مصرف الکل در کنار دوستان خود باشید؟**

.....

.....

بسیاری از افراد برای پاسخ‌گویی به محرک‌های داخلی، الکل مصرف می‌کنند و تصور می‌کنند که الکل افسردگی و نگرانی آن‌ها را از بین می‌برد. ممکن است درک این‌که گاهی‌اوقات الکل موجب افسردگی می‌شود، دشوار باشد. **چه احساساتی شما را به مصرف الکل ترغیب می‌کند؟**

.....

.....

اگر فرد وابسته به داروی غیرمجاز باشد و به میزان کمتری الکل مصرف کند، تا زمانی که برای قطع مصرف الکل تلاش نکند، آن را به عنوان مشکل در نظر نمی‌گیرد. **از زمانی‌که تحت درمان قرار گرفته‌اید، با چه چالش‌هایی در قطع مصرف الکل مواجه شده‌اید؟**

.....

.....

الکل بر قسمت منطقی و تفکر مغز تأثیر می‌گذارد. فکرکردن منطقی به ماده‌ای که تفکر را با مشکل روبه‌رو می‌کند، دشوار است. هوشیاربودن در یک مهمانی و نگاه‌کردن به افرادی که الکل مصرف می‌کنند و رفتار احمقانه از خود نشان می‌دهند، چه احساسی دارد؟

.....

.....

الکل فعالیت‌های قسمت منطقی مغز را کند می‌کند. هم‌چنین باعث کاهش قدرت بازداری، خصمانه‌شدن رفتار جنسی، کاهش خودآگاهی و اجتماعی‌ترشدن فرد می‌شود. کسانی که به علت کاهش قدرت بازداری و اجتماعی‌شدن، الکل مصرف می‌کنند بدون آن احساس خوبی ندارند. **به چه دلایلی به الکل وابسته هستید؟ دلایل جنسی یا**

اجتماعی؟

.....

.....

بعضی افراد برای بزرگداشت مراسم خاص الکل مصرف می‌کنند. گاهی تصور این‌که این موقعیت‌ها را چگونه بدون الکل جشن بگیرند، دشوار است. **به نظر شما در چه مراسم و جشن‌های خاصی مشروبات الکلی مصرف می‌شود؟**

.....

.....

در حال حاضر چگونه جشن می‌گیرید؟

.....

.....

در بسیاری از خانواده‌ها و گروه‌های اجتماعی، مصرف الکل نشانه قدرت و بلوغ است. در اغلب موارد، افراد با مصرف الکل نشان می‌دهند که "جزیی از یک گروه " هستند. **آیا وقتی که الکل مصرف نمی‌کنید، احساس می‌کنید که وابستگی کمتری "با گروه" خاصی دارید؟**

.....

.....

الکل با فعالیت‌های مشخصی در ارتباط است. ممکن است انجام فعالیت‌ها در مراحل اولیه درمان، بدون آب‌جو یا مشروبات الکلی دیگر مشکل باشد. (برای مثال، خوردن غذاهای خاص یا رفتن به رویدادهای ورزشی). **اگر شما الکل می‌نوشید، هنگام انجام چه فعالیت‌هایی دوست دارید الکل مصرف کنید؟**

.....

.....

باید به خاطر داشته باشیم که تمام افرادی که مصرف الکل را قطع می‌کنند در ابتدا با چنین مشکلاتی روبه‌رو هستند. همان‌طور که در وضعیت‌های مشکل قرار می‌گیرید و زمان بیشتری را با هوشیاری سپری می‌کنید، قطع مصرف آسان‌تر می‌شود.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲

خستگی روحی

اغلب، افرادی که مصرف مواد را قطع می‌کنند، می‌گویند که زندگی خسته‌کننده است. بعضی از دلایل مربوطه در ذیل آورده شده است:

- زندگی با برنامه و عادی از شیوه زندگی مبتنی بر مصرف مواد متفاوت است.
- ممکن است تغییرات شیمیایی مغز هنگام درمان، موجب بروز احساس بی‌میلی یا خستگی روحی شود.
- افرادی که مواد مصرف می‌کنند اغلب نوسانات شدید (شدید به ضعیف و برگشت به شدید) هیجانی را تجربه می‌کنند. در مقایسه احساسات عادی نوسانی ندارند.

افرادی که برای مدت طولانی از مصرف مواد پرهیز کرده‌اند، به ندرت از خستگی روحی مداوم شکایت می‌کنند. مشکل ملالت در طول درمان بهبود می‌یابد، ولی لازم است که فعالیت‌های مختلفی را برای کمک به حل مشکل خستگی روحی خود انجام دهید.

پنج فعالیت تفریحی را نام ببریدکه قصد دارید آن‌ها را انجام دهید.

۱. .....

۲. .....

۳. .....

۴. .....

۵. .....

آیا فعالیت‌هایی را انجام می‌دهید که قبل از مصرف مواد از انجام آن‌ها لذت می‌بردید؟ آیا انجام فعالیت‌های جدیدی را که به آن‌ها علاقه دارید، شروع کرده‌اید؟ این فعالیت‌ها کدامند؟

.....

.....

آیا می‌توانید برای فعالیتی که برای انجام آن انتظار می‌کشید، برنامه ریزی کنید ؟ این برنامه چیست؟

.....

.....

چه مدت از آخرین زمانی که به تعطیلات رفته‌اید، می‌گذرد؟ تعطیلات الزاماً مسافرت‌کردن نیست و تنها کافی است که از روال عادی زندگی خود خارج شوید. چه تفریحاتی را برای خود در نظر خواهید گرفت؟

.....

.....

توصیه‌هایی برای کاهش حس خستگی روحی در ذیل آورده شده است:

- یک زندگی با برنامه و عادی با زندگی که بر پایه مصرف مواد است، تفاوت دارد.
- برای فعالیت‌های خود برنامه‌ریزی کنید. خود را موظف کنید تا فعالیت‌هایی را که باید در هر روز انجام دهید، بنویسید. این کار به شما کمک می‌کند تا تجربیات جالب تری داشته باشید.
- سعی کنید تا در مراحل درمان از رفتار خود راضی نشوید. کارهایی را انجام دهید که به پیشرفت شما کمک کند. گاهی‌اوقات زمانی احساس ملالت می‌کنید که در زندگی روزمره خود با چالش‌های کافی روبه‌رو نیستید.

کدام‌یک از پیشنهادهایی که در بالا به آن‌ها اشاره شده است برای شما مناسب است؟ امتحان‌کردن راه‌های جدید برای مبارزه با ملالت اهمیت دارد. خستگی روحی می‌تواند محرکی برای عود باشد.

.....

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳ الف

اجتناب از کشیده‌شدن به سمت عود

عود چگونه اتفاق می‌افتد؟

عود بدون هشدار و به سرعت اتفاق نمی‌افتد. حرکت تدریجی پرهیز از مصرف مواد به سمت عود با زیرکی صورت می‌گیرد و به سادگی کم اهمیت جلوه داده شده یا انکار می‌شود. اغلب تصور می‌شود که عود به صورت ناگهانی اتفاق می‌افتد. این حرکت کند از پرهیز از مصرف مواد می‌تواند با یک کشتی که به تدریج از لنگرگاه دور می‌شود، مقایسه گردد. این حرکت آن‌قدر آهسته است که حتی متوجه آن نیز نمی‌شویم.

متوقف‌کردن حرکت به سمت عود

در طی دوره درمان، مردم فعالیت‌های مشخصی را برای پرهیز از مصرف مواد انجام می‌دهند. این فعالیت‌ها " طناب‌های لنگر " نامیده می‌شوند. باید متوجه کارهایی باشید که برای پرهیز از مصرف مواد انجام می‌دهید. برای این منظور لازم است که فهرستی از طناب‌های لنگر را به صورت مشخص و قابل اندازگیری تهیه کنید. این فعالیت‌ها "طناب هایی" است که درمان را در مسیر صحیح خود نگاه داشته و از وقوع عود بدون هشدار جلوگیری می‌کند.

حفظ روند بهبودی

با استفاده از جدول طناب‌های لنگر بهبودی (پیشگیری از عود مصرف مواد ـ ۳ ب) اعمالی را که درمان شما را در مسیر صحیح قرار می‌دهد، فهرست کرده و دنبال کنید. به دستورالعمل‌های ذیل هنگام تکمیل فرم توجه کنید.

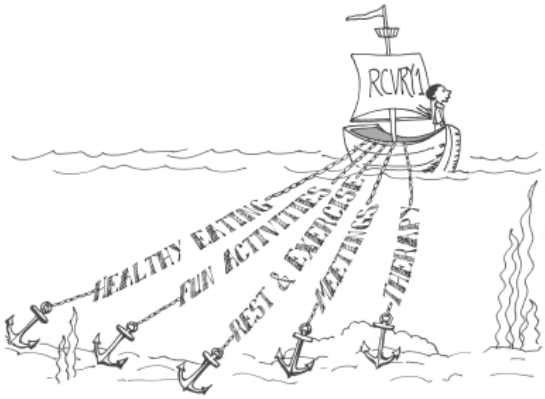
- چهار یا پنج فعالیت مشخص را شناسایی کنید که به شما در پرهیز از مصرف مواد کمک می‌کنند. (برای مثال سه بار در هفته و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه ورزش کنید).
- مواردی مانند ورزش، درمان‌گر، ملاقات‌های گروهی، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها، جلسات ۱۲ گامی و الگوهای تغذیه‌ای را در فهرست خود قرار دهید.
- نگرش‌ها را در فهرست قرار ندهید زیرا مانند رفتار قابل اندازگیری نیست.
- افراد یا مکان‌های خاصی را مشخص کنید که محرک‌های شناخته‌شده‌ای هستند و باید در طول دوره درمان از آن‌ها اجتناب کرد.

در طول هفته جدول طناب‌های لنگر بهبودی را تکمیل کنید. در کنار طناب‌های لنگر ایمن علامت (√) زده و تاریخ آن را یادداشت کنید. اگر نتوانید دو مورد یا بیشتر را علامت بزنید به این معنی است که در مسیر عود حرکت می‌کنید. گاهی‌اوقات بعضی از وقایع در طناب‌های لنگر شما تداخل ایجاد می‌کنند. وضعیت‌های اضطراری و بیماری قابل کنترل نیست و موجب ناپدیدشدن طناب‌های لنگر می‌شود. برای بسیاری از افراد، عود در این مواقع اتفاق می‌افتد. با استفاده از جدول تشخیص دهید که در چه زمانی احتمال عود برای شما بیشتر است. سپس کارهایی را

مشخص کنید که می‌توانید برای جلوگیری از وقوع عود انجام دهید. (پس از ۵ هفته زمانی که جدول تکمیل شده است، فهرست طناب‌های لنگر را به دفتر اتفاقات روزانه منتقل کنید و به علامت زدن در کنار طناب‌های لنگر ادامه دهید.)

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳ ب

جدول طناب‌های لنگر بهبودی



حال رفتارهای جدیدی را آموخته‌اید که شما را در مسیر بهبودی نگه می‌دارند. این رفتارها طناب‌های لنگر هستند که روند بهبودی را تداوم بخشیده و آن را در مسیر درست قرار می‌دهد. رفتارهای جدید را در جدول ذیل بنویسید و آن‌ها را هر هفته علامت بزنید تا از وجود طناب‌های لنگر مطمئن شوید. رهاشدن یک یا چند طناب لنگر به معنی حرکت شما به سمت عود است.

در جدول ذیل فعالیت‌هایی را فهرست کنید که در تداوم روند بهبود شما اهمیت دارند. افراد یا موارد مشخصی را که ضروری است از آن‌ها کنارگیری کنید، فهرست کنید. هر هفته فهرست خود را بررسی کرده تا از محکم‌بودن طناب‌های لنگر بهبودی‌تان اطمینان حاصل کنید.

رفتارهای ایمن	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
رفتارهای ایمن	**تاریخ**	**تاریخ**	**تاریخ**	**تاریخ**	**تاریخ**

جزوه پیش‌گیری از عود: ٤

کار و بهبودی

مشاغل خاصی درمان و روند بهبودی را با مشکل مواجه می‌کنند. تعدادی از این مشاغل در ذیل نشان داده شده است:

استخدام در شغل پر زحمتی که درمان را مشکل می‌کند.

تنها در صورتی درمان شما با موفقیت انجام می‌شود که ۱۰۰٪ تلاش خود را برای آن مصروف کنید. افرادی که تحت درمان قرار دارند باید بین کار و درمان خود تعادل برقرار کرده و تا حد ممکن برای درمان خود تلاش کنند. ساعات بعضی از مشاغل طولانی و نامعمول است. در اغلب موارد، برنامه کاری یکی از عوامل مصرف است. اگر چنین شغلی دارید، به عنوان اولین مهارت، در برنامه کاری خود جایی را برای درمان در نظر بگیرید. با مشاور یا رییس خود یا نماینده برنامه کارمندیاری در مورد انجام این کار صحبت کنید. در مورد قابل انعطاف‌بودن ساعات کاری سؤال کنید. زمانی که تحت درمان قرار دارید، بهبودی باید اولین اولویت شما باشد.

اگر از شغل خود راضی نیستید در مورد تغییر آن فکر کنید.

در صورت امکان لازم است که در طی مراحل درمان ایجاد تغییرات مهم (در زمینه شغلی، روابط و ...) را تا ۶ ماه یا یک سال به تعویق بیندازید. دلایل این امر عبارتند از:

- افرادی که تحت درمان قرار دارند با تغییرات مهمی روبه‌رو می‌شوند. گاهی‌اوقات این افراد نظرات خود را در مورد وضعیت‌های شخصی تغییر می‌دهند.
- هر تغییری، فشار روانی وارد می‌کند. در طول دوره درمان باید تا حد امکان از فشارهای روانی مهم اجتناب کرد.

کارکردن در وضعیتی که روند بهبودی را با مشکل روبه‌رو می‌کند.

بعضی از مشاغل بیشتر از بقیه فضای مناسبی را برای درمان ایجاد می‌کنند. مشاغلی که درمان سرپایی را با مشکل مواجه می‌کنند، عبارتند از:

- وضعیت‌هایی که فرد را در ارتباط با کسانی قرار می‌دهد که الکل یا مواد مصرف می‌کنند.
- مشاغلی که در آن‌ها مقدار زیادی پول در زمان‌های غیر قابل پیش‌بینی در دسترس قرار می‌گیرد.

بهتر است افرادی که در این مشاغل کار می‌کنند در مورد تغییر شغل خود برنامه‌ریزی کنند.

آیا بی‌کار و در جست‌وجوی کار هستید

در زمان بیکاری به دلایل ذیل درمان مشکل می‌شود:

- جست‌وجوی کار اغلب اولین اولویت است.
- پرکردن زمان آزاد زیاد مشکل بوده و فاقد ساختار لازم برای درمان مؤثر سرپایی است.
- به علت محدودبودن منابع، حمل و نقل و مراقبت از کودک مشکل خواهد شد.

در صورتی که بیکار هستید و تحت درمان قرار دارید، به یاد داشته باشید که درمان هم‌چنان باید اولین اولویت شما باشد. با مشاور خود در مورد وضعیت‌تان صحبت کنید و تلاش کنید تا بین جست‌وجو برای کار و درمان تعادل ایجاد کنید.

راه‌حل‌های ساده‌ای برای این مشکلات وجود ندارد. آگاهی از این موضوعات به شما امکان می‌دهد که درمان خود را با تمام توان دنبال کنید.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۵

احساس گناه و شرمساری

گناه احساس بد نسبت به کاری است که انجام داده‌اید: " متأسفم زمان زیادی را با مصرف مـواد گذرانـده‌ام و بـه خانواده‌ام توجهی نداشته‌ام."

تعدادی از کارهایی را نام ببرید که در گذشته انجام داده‌اید و در مورد آن‌ها احساس گناه می‌کنید.

.....

.....

.....

احساس گناه می‌تواند واکنش درستی باشد. این احساس بیان‌گر آن است که شما کاری را انجام داده‌اید که مطابق با ارزش‌ها و اصول اخلاقی‌تان نبوده است. احساس گناه از کارهایی که انجام داده‌اید، غیر طبیعی نیـست. نمـی‌توانیـد گذشته را تغییر دهید و باید با خودتان در صلح باشید. برای این منظور گاهی‌اوقـات لازم اسـت مطـالبی را کـه بیـان کرده‌اید یا کارهایی را که انجام داده‌اید، جبران کنید.

موارد ذیل را به خاطر داشته باشید:

- اشتباه‌کردن اشکالی ندارد.
- گفتن "نمی‌دانم" یا "اهمیت نمی‌دهم" یا "متوجه نمی‌شوم" اشکالی ندارد.
- در صورتی که به شیوه‌ای مسئولانه عمل می‌کنید، مجبور نیستید اعمال خود را برای دیگران توضیح دهید.

آیا هنوز در مورد اعمالی که فهرست کرده‌اید، احساس گناه می‌کنید؟ برای بهبود اوضاع چه کاری می‌توانید انجـام دهید؟

.....

.....

شرمساری احساس بدی است که شما در مورد خود دارید: "من ناامید و بی‌ارزش هستم."

آیا به علت وابستگی به مواد احساس شرمساری می‌کنید؟

☐ بلی ☐ خیر

آیا احساس می‌کنید به این علت که نتوانستید یا نمی‌توانید مصرف مواد را ترک کنید، ضعیف هستید؟

☐ بلی ☐ خیر

آیا برای کاری که انجام داده‌اید، احساس حماقت می‌کنید؟

☐ بلی ☐ خیر

آیا به علت این‌که مواد مصرف می‌کنید، احساس می‌کنید فرد بدی هستید؟

☐ بلی ☐ خیر

روند بهبودی همیشه دشوار است. مشخص نیست چرا بعضی افراد می‌توانند مصرف مواد را هنگامی که برای اولین بار تحت درمان قرار می‌گیرند، کنار بگذارند و تصمیم بگیرند که دیگر به سراغ آن نروند درحالی‌که دیگران برای پرهیز از مصرف مواد باید بسیار تلاش کنند. نتایج تحقیقات نشان داده است که تاریخچه خانوادگی، ژن و تفاوت‌های فردی در این زمینه نقش کلیدی را ایفا می‌کنند. وابستگی به مصرف مواد یا الکل به این معنی نیست که شما انسان بد، احمق یا ضعیفی هستید.

می‌دانیم که بهبودی شما از طرق ذیل امکان‌پذیر نیست:

- تلاش در جهت به کارگیری اراده
- تلاش در جهت خوب‌بودن
- تلاش در جهت قوی بودن

دو موردی که موجب موفقیت روند بهبودی می‌شوند، عبارتند از:

- هوشیار بودن
- سخت‌کوشی

هر فردی که درمان را با موفقیت پشت سر گذاشته است، می‌گوید که این کار "سخت‌ترین کاری بوده است که تا به حال انجام داده‌ام." هیچ کس نمی‌تواند این کار را برای شما انجام دهد و به صورت تصادفی هم برای شما اتفاق نمی‌افتد.

در صورتی که کارهای لازم را انجام دهید، بهبودی امکان‌پذیر است.

جزوه پیش‌گیری از عود: ٦

مشغول بودن

آموختن نحوه برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و ساختارمندکردن روند بهبودی در درمان سرپایی اهمیت دارد. مشغول‌بودن به دلایل متعددی اهمیت دارد.

اغلب عود به ذهن فردی راه پیدا می‌کند که کاری برای انجام‌دادن و جایی برای رفتن ندارد. ذهن معتاد فرد با به یادآوری خاطرات مصرف مواد در گذشته، وارد مراحل وسوسه می‌شود. **چگونه اوقات فراغت، شما را به سوی عود سوق می‌دهد؟**

.....

.....

.....

در شرایطی که وقت آزاد، افکار مرتبط با مصرف مواد را به ذهن شما می‌آورد، چگونه از عود پیش‌گیری می‌کنید؟

.....

.....

.....

اغلب افرادی که دچار سوء مصرف مواد هستند، به تدریج خود را از دیگران جدا می‌کنند. بودن در کنار دیگران آن‌ها را ناراحت می‌کند درحالی که تنهایی مشکلات آن‌ها را کاهش می‌دهد. **آیا در هنگام مصرف مواد، خود را از دیگران جدا می‌کردید؟ این انزوا چه تأثیری بر سوء مصرف مواد شما داشته است؟**

.....

.....

.....

در حال حاضر تنهایی چگونه شما را به یاد تجربیات گذشته‌تان می‌اندازد؟

.....

.....

.....

در ارتباط‌بودن با افراد و انجام‌دادن کار، زندگی را جالب می‌کند. گاهی‌اوقات ممکن است زندگی عاری از مصرف

مواد، کاملاً کسل‌کننده و بی روح باشد. به تدریج تصور می‌کنید که پرهیز از مصرف مواد کاری خسته‌کننده و مصرف مواد عملی هیجان‌انگیز و خوشایند است. باید راه‌هایی را برای داشتن تفریح در زندگی عاری از مواد بیابید. **اخیراً چه برنامه تفریحی داشته‌اید؟**

.....

.....

.....

زمانی که زندگی افراد با مصرف مواد سپری می‌شود، بسیاری از کارهایی را که در گذشته انجام می‌دادند و هم‌چنین افرادی را که برای انجام آن کارها ملاقات می‌کردند، پشت سر می‌گذارند. ایجاد ارتباط مجدد یا پایه‌گذاری زندگی بر اساس فعالیت‌های عاری از مواد و افراد مرتبط با مواد برای تضمین روند بهبودی حیاتی است. **چگونه ارتباط خود را با فعالیت‌های گذشته خود و دوستان قدیمی‌تان برقرار کردید؟ چگونه فعالیت‌های جدیدی را انجام می‌دهید و افراد جدیدی را وارد زندگی خود می‌کنید؟**

.....

.....

.....

درصورتی که با فعالیت‌ها و دوستان قدیمی خود ارتباط ندارید یا اگر فعالیت‌ها یا افراد جدیدی را به زندگی‌تان وارد نکرده‌اید، چه برنامه‌ای برای انجام این کار دارید؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۷

انگیزه برای بهبودی

اگر از افراد یا گروه‌هایی که اخیراً تحت درمان قرار گرفته‌اند، در این مورد سؤال کنید که چرا می‌خواهند مصرف مواد را همین حالا قطع کنند، پاسخ‌های ذیل را دریافت خواهید کرد:

- دستگیر شدم. یا باید ترک می‌کردم یا به زندان می‌رفتم.
- همسرم می‌گوید اگر ترک نکنی، تو را رها می‌کنم.
- دفعه آخری که مواد کشیدم فکر کردم که دارم می‌میرم. می‌دانم که اگر یک بار دیگر مصرف کنم، می‌میرم.
- اگر ترک نکنیم، بچه‌ها را از ما می‌گیرند.
- ۲۰ سال است که مواد مصرف کرده‌ام؛ دیگر زمان تغییر فرا رسیده است.

به نظر شما کدام‌یک از افراد بالا، درمان موفقی خواهند داشت؟ اگرچه منطقی به نظر می‌رسد افرادی که اعتیاد را به خاطر خودشان و نه به خاطر دیگران کنار می‌گذارند، درمان موفق‌تری داشته باشند، ولی این مورد درست نیست. تحقیقات نشان داده است که دلایل افراد برای ترک اعتیاد نمی‌تواند زندگی عاری از مواد آن‌ها را تضمین کند.

ولی آیا افراد می‌توانند برای مدت طولانی از مصرف مواد پرهیز کنند تا فواید نوع متفاوتی از زندگی را تجربه کنند؟ زمانی که بدهی‌ها خیلی سنگین نیست، روابط با اطرافیان خوب است، کار مناسب است و وضعیت جسمی نیز در حد مطلوب قرار دارد، فردی که تحت درمان قرار دارد می‌خواهد پرهیز خود را حفظ کند.

اگرچه ترس افراد را به سمت درمان سوق می‌دهد،

ولی به تنهایی برای نگه‌داشتن آن‌ها در مراحل درمان کافی نیست.

تعدادی از دلایل خود را برای شروع درمان فهرست کنید (برای مثال، مشکلات پزشکی، فشار خانوادگی، مشکلات شغلی یا افسردگی).

.....

.....

.....

.....

تعدادی از دلایل خود را برای این‌که در حال حاضر درمان خود را دنبال می‌کنید، ذکر کنید.

.....

.....

.....

.....

آیا دلایلی که در ابتدا برای ترک اعتیاد داشته‌اید، همان دلایلی است که امروز برای مصرف نکردن مــواد دارید؟ چرا و چرا نه؟

.....

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۸

صداقت

در زمان وابستگی به مواد

نداشتن صداقت در اثر وابستگی به مواد اتفاق می‌افتد. پاسخ‌گویی به نیازهای زندگی روزانه (روابط، خانواده و مشاغل) در زمانی که مواد به صورت مکرر مصرف می‌شود، مشکل است. همان‌طور که بیشتر به مواد وابسته می‌شوید، فعالیت‌های مرتبط با مصرف مواد و درمان، قسمت اعظم زندگی شما را به خود اختصاص می‌دهد. این در حالی است که نگاه‌داشتن زندگی بر روی مسیر درست به تدریج مشکل و مشکل‌تر می‌شود. افرادی که به مواد وابستگی دارند اغلب برای اجتناب از مشکلات، هر کاری را که لازم بدانند انجام می‌دهند و هر چیزیی را بر زبان می‌آورند. گفتن حقیقت برای آن‌ها اهمیتی ندارد.

مواردی را نام ببرید که در هنگام مصرف مواد، صداقت کمتری داشتید؟

.....

.....

.....

در طی دوران بهبودی

- صادق‌بودن با خود و دیگران در طی دوران بهبودی بسیار مهم است. گاهی‌اوقات صادق‌بودن به دلایل ذیل دشوار است:
- ممکن است دیگران تصور کنند که انسان خوبی نیستید.
- ممکن است مشاور یا اعضاء گروه شما از رفتارتان ناراضی باشند.
- ممکن است شرمنده باشید.
- ممکن است به احساسات دیگران لطمه وارد کرده باشید.

اگر در مراحل درمان صداقت نداشته باشید، وقت خود را به هدر می‌دهید.

هنگام درمان در چه مواردی صادق‌بودن برای‌تان مشکل بوده است؟

.....

.....

.....

صداقت بیان‌کردن پاره‌ای از حقیقت نیست.

آیا شما

باعث می‌شوید که فردی قسمتی از حقیقت را باور کند؟ ☐ **بلی** ☐ **خیر**

به مردم چیزهایی را می‌گویید که می‌خواهند بشنوند؟ ☐ **بلی** ☐ **خیر**

به مردم چیزهایی را می‌گویید که آرزو می‌کردید درست باشند؟ ☐ **بلی** ☐ **خیر**

حقیقت کامل را نمی‌گویید؟ ☐ **بلی** ☐ **خیر**

شرکت در گروه‌ها و جلسات، رفتن به یک درمانگاه یا
ملاقات مشاور بدون داشتن صداقت، اتلاف زمان و پول است.

ترک اعتیاد بدون صداقت امکان‌پذیر نیست.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۹

پرهیز کامل

آیا تا به حال یکی از موارد ذیل را گفته‌اید؟

- مشکل من مصرف شیشه است. الکل یا ماری‌جوانا (کانابیس) مشکلی را برای من ایجاد نکرده است.
- نوشیدن آبجو یا یک لیوان شراب به معنی الکلی‌بودن نیست.
- فقط وقتی که می‌خواهم، مشروبات الکلی مصرف می‌کنم. مصرف الکل من خارج از کنترل نیست.
- واقعاً به الکل اهمیت نمی‌دهم. برای این‌که اجتماعی باشم الکل مصرف می‌کنم.

اگر برای قطع مصرف مواد محرک مانند شیشه وارد برنامه درمان شده‌اید، ممکن است از این‌که از شما خواسته می‌شود موافقت‌نامه‌ای را مبنی بر آمادگی برای قطع مصرف دیگر مواد و از جمله الکل امضاء کنید، متعجب خواهید شد. بنا به دلایل بی‌شماری، هدف اصلی افرادی که تحت درمان قرار گرفته‌اند، دست‌یابی به پرهیز کامل است. پاره‌ای از این دلایل را در ذیل ملاحظه می‌کنید:

- مطالعات پی‌گیری نشان داده‌اند که احتمال عود افرادی که مواد محرک مصرف می‌کنند در صورت مصرف الکل هشت برابر و در صورت مصرف ماری□جوانا (کانابیس) سه برابر افرادی خواهد بود که از این مواد استفاده نمی‌کنند. می‌توانید با حفظ وضعیت پرهیز کامل، احتمال عود را کاهش دهید.
- مکان‌ها و افراد مرتبط با مشروبات الکلی اغلب همان مکان‌ها و افرادی هستند که فرد را به مصرف محرک‌ها ترغیب می‌کنند.
- وقتی که یاد می‌گیرید بدون استفاده از محرک‌ها، مشکلات خود را کنترل کنید، استفاده از داروی دیگر یا الکل برای کاستن از مشکلات مراحل آموزشی به دو علت مضر است. ۱. چنین مصرفی امکان مقابله مستقیم با مصرف مواد محرک را از شما سلب می‌کند و ۲. درحالی که سعی می‌کنید بر وابستگی به محرک‌ها غلبه پیدا کنید، شما را در معرض خطر وابستگی به الکل یا مواد دیگر قرار می‌دهد.

به‌خاطر داشته باشید که قطع مصرف مشروبات الکلی مشکل تر از آن چیزی است که تصور می‌کنید. شاید بیش از آن‌چه که فکر می‌کنید به الکل وابسته هستید.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۰

روابط جنسی و درمان اعتیاد

روابط جنسی صمیمانه

روابط جنسی صمیمانه با شریک زندگی برقرار می‌شود. روابط جنسی بخشی از ارتباط را تشکیل می‌دهد. گاهی‌اوقات احساس جنسی گرم و دلپذیر است و گاهی نیز مهارنشده و شهوانی است. اما این احساسات در نتیجه احساس دو طرف به یکدیگر ایجاد شده و تقویت می‌شوند.

روابط جنسی تکانشی

در روابط جنسی تکانشی، معمولاً هویت فرد مقابل اهمیتی ندارد و او تنها وسیله‌ای برای نشئگی است. روابط جنسی تکانشی می‌تواند به صورت خودارضایی بیش از حد باشد. روابط جنسی تکانشی همانند دارو می‌تواند مورد مصرف یا سوء مصرف قرار گیرد. هم‌چنین این روابط می‌تواند به یک اعتیاد تبدیل شود.

چه تجربیاتی در زمینه روابط جنسی تکانشی داشته‌اید؟

.....

.....

.....

آیا روابط جنسی تکانشی با مصرف مواد در ارتباط است؟ چگونه؟

.....

.....

.....

یک رابطه جنسی سالم و صمیمی را که تجربه کرده‌اید یا آرزو دارید که تجربه کنید، توضیح دهید.

.....

.....

.....

روابط جنسی تکانشی در برنامه درمان سوء مصرف مواد جایی ندارد و اولین قدم به سوی عود محسوب می‌شود. همانند مصرف الکل یا مواد در کنار مصرف محرک‌ها، رابطه جنسی تکانشی نیز موجب تحریک عود شده و به مصرف مواد محرک منجر می‌شود.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۱

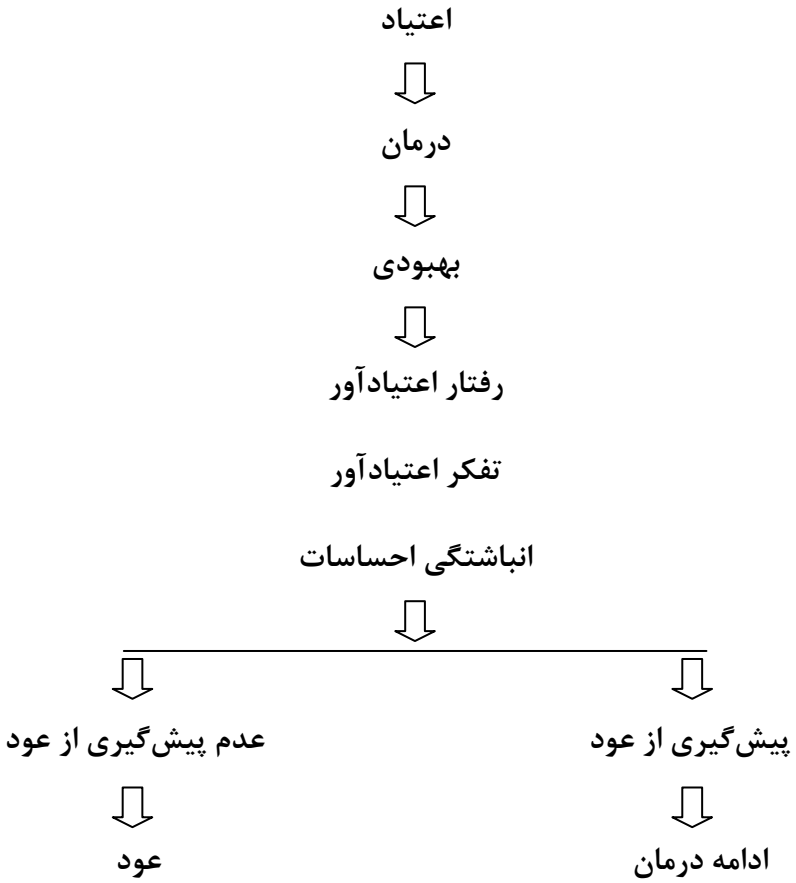
پیش‌بینی و پیش‌گیری از عود

چرا پیش‌گیری از عود اهمیت دارد؟

درمان چیزی بیش از قطع مصرف مواد و الکل است. در واقع قطع مصرف مواد و الکل اولین قدم در درمان محسوب می‌شود. قدم بعدی عدم مصرف مجدد است که بسیار اهمیت دارد و شامل مراحلی است که "پیش‌گیری از عود" نام دارد.

عود چیست؟

عود برگشت به مصرف مواد و تمام رفتارها و الگوهایی است که با آن همراه است. در اغلب موارد، رفتارها و الگوها قبل از مصرف مجدد مواد ظاهر می‌شوند. تشخیص شروع عود می‌تواند به افراد تحت درمان کمک کند تا قبل از شروع مجدد مصرف مواد، مراحل آن را متوقف کنند.



جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۲

پیش‌بینی و پیش‌گیری از عود

رفتارهای اعتیادآور کدامند؟

کارهایی را که افراد در ارتباط با سوء مصرف مواد یا الکل انجام می‌دهند، رفتارهای اعتیادآور نام دارد. این رفتارها تهیه مواد یا الکل، پنهان‌کردن عمل سوء مصرف مواد یا خود سوء مصرف مواد را در بر می‌گیرد. دروغ‌گویی، دزدی، غیرقابل اعتمادبودن و اعمال بی‌اراده از جمله رفتارهای اعتیادآور شمرده می‌شوند. هنگامی که این رفتارها دیده می‌شوند، باید به افراد تحت درمان هشدار داد که در صورت عدم مداخله، به سمت عود کشیده خواهند شد.

رفتارهای اعتیادآور شما کدامند؟

.....

.....

.....

تفکر اعتیادآور چیست؟

تفکر اعتیادآور، داشتن افکاری است که مصرف مواد را عملی درست جلوه می‌دهد. (تفکر اعتیادآور در برنامه ۱۲ گامی به عنوان "تفکر بودار" نامیده می‌شود.) تعدادی از مثال‌های این نوع تفکر عبارتند از:

- می توانم بر نوشیدن یک گیلاس مشروب کنترل داشته باشم.
- اگر دیگران فکر می‌کنند که مواد مصرف می‌کنم، پس این کار را انجام می‌دهم.
- خیلی سخت کار کرده‌ام. نیاز به استراحت و تفریح دارم.

آیا سعی کرده‌اید که بهانه‌هایی را برای مصرف مواد پیدا کنید؟

.....

.....

.....

انباشتگی احساسات چیست؟

انباشتگی احساسات در نتیجه احساساتی شکل می‌گیرد که از بین نرفته و قوی‌تر می‌شوند. گاهی‌اوقات این احساسات غیرقابل تحمل هستند. بعضی از احساسات که قابلیت انباشتگی دارند عبارتند از: خستگی روحی، نگرانی، سرخوردگی جنسی، زودرنجی و افسردگی.

آیا در هر یک از احساساتی که در بالا ذکر شد، انباشتگی احساسی داشته‌اید؟

.....

.....

.....

اقدام‌کردن به محض شناسایی علائم خطر بسیار اهمیت دارد.

کدام‌یک از فعالیت‌های ذیل به شما کمک می‌کند تا از عود جلوگیری کنید؟

- ☐ تماس تلفنی با مشاور
- ☐ ورزش
- ☐ تماس تلفنی با یک دوست
- ☐ صحبت با همسر خود
- ☐ مرخصی
- ☐ زمان‌بندی برنامه‌ها به صورت فشرده‌تر
- ☐ صحبت با خانواده خود
- ☐ شرکت در جلسات حمایتی ۱۲ گامی یا کمک متقابل
- ☐ موارد دیگر:

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۲

اعتماد

مصرف مواد چگونه بر اعتماد بین شما و افرادی که دوست‌شان دارید، تأثیر گذاشته است؟

.....

.....

اگر به شخصی بگویید که مواد مصرف نمی‌کنید و آن فرد حرف شما را باور نکند، آیا این موضوع شما را تحریک می‌کند که مواد مصرف کنید؟ آیا می‌گویید "اگر مردم فکر می‌کنند من مواد مصرف می‌کنم، پس من هم همین کار را می‌کنم"؟

.....

.....

داشتن روابط آزاد و صادقانه برای افرادی که به مواد وابسته هستند مشکل است. اعمال و حرف‌هایی به اعتماد و روابط صدمه زده است. در این شرایط سوء مصرف مواد اهمیتی برابر یا بیش از دیگران پیدا می‌کند.

با قطع سوء مصرف مواد، اعتماد به سرعت جلب نمی‌شود. اعتماد به این معنی است که می‌توانید به کسی اطمینان کنید. تنها خواست افراد برای اطمینان‌کردن کافی نیست. اعتماد در یک لحظه از بین می‌رود ولی در طول زمان بازسازی می‌شود. فردی که اعتماد را از بین برده است با توضیح‌دادن دلایل خود می‌تواند آن را به تدریج بازسازی کند. اگرچه ممکن است یک طرف یا هر دو طرف بخواهند که به سرعت به یکدیگر اعتماد کنند ولی تغییر احساسات به زمان نیاز دارد.

چگونه با سوء ظن مرتبط با مصرف مواد کنار می‌آیید؟

.....

.....

برای بازسازی اعتماد چه کارهایی را می‌توانید انجام دهید؟

.....

.....

مراحل بهبودی اعتیاد طولانی است. بازسازی اعتماد بخشی از این مراحل بوده و ممکن است یکی از آخرین تغییراتی باشد که صورت می‌پذیرد.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۳

هوشیار باشید نه قوی

- "می‌توانم به مواد یا الکل دسترسی داشته باشم ولی مطمئن هستم که مصرف نمی‌کنم و به محض این‌که این تصمیم را بگیرم، قوی خواهم بود."
- " تا به حال خوب عمل کرده‌ام و حالا وقت آن رسیده که خود را امتحان کنم تا ببینم آیا می‌توانم در کنار دوستانم که مواد مصرف می‌کنند باشم یا نه. این موضوعی است که فقط به اراده من بستگی دارد."
- "می‌توانم یک گیلاس مشروب بنوشم ولی مواد مصرف نکنم. من هیچ‌وقت با الکل مشکل نداشتم."

پرهیز کامل با قوی‌بودن شما ارتباطی ندارد، بلکه به میزان هوشیاری شما بستگی دارد. افرادی که پرهیز از مصرف مواد را حفظ کرده‌اید، می‌دانندکه دورماندن از موقعیت‌هایی که آن‌ها را به سوی مصرف ترغیب می‌کند، تنها راه مصرف‌نکردن الکل و مواد است. اگر در محیطی باشید که در آن مواد وجود دارد (برای مثال یک باشگاه یا مهمانی) یا با دوستانی باشید که الکل و مواد مصرف می‌کنند، احتمال مصرف شما بسیار بیشتر از زمانی است که در آن موقعیت قرار ندارید. افراد هوشیار از طریق اجتناب از محرک‌ها و موقعیت‌هایی که موجب عود می‌شوند، هم‌چنان به پرهیز خود ادامه می‌دهند.

به قوی‌بودن خود اعتماد نکنید. هوشیار باشید.

تا چه اندازه هوشیار هستید؟ به اجتناب از عود امتیاز بدهید (به دور عدد مربوطه دایره بکشید).

نوع پرهیز	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
۱. تمرین متوقف‌کردن افکار	۱	۲	۳	۴
۲. برنامه‌ریزی	۱	۲	۳	۴
۳. حاضرشدن در قرارهای ملاقات	۱	۲	۳	۴
۴. اجتناب از مصرف مواد محرک	۱	۲	۳	۴
۵. مصرف نکردن الکل	۱	۲	۳	۴
۶. مصرف نکردن مواد	۱	۲	۳	۴
۷. دوری از افرادی که مواد و الکل مصرف می‌کنند.	۱	۲	۳	۴
۸. دوری از مکان‌هایی که ممکن است در آن‌ها مواد یا الکل وجود داشته باشد.	۱	۲	۳	۴

۹. ورزش‌کردن	۱	۲	۳	۴
۱۰. صادق‌بودن	۱	۲	۳	۴
۱۱. شرکت در جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل	۱	۲	۳	۴

اعدادی را که دور آن‌ها دایره کشیده‌اید، با یکدیگر جمع کنید. هرچه امتیاز شما بالاتر باشد، ضریب هوشی بهبودی شما نیز بالاتر خواهد بود. حداکثر ضریب هوشی ۴۴ است.

امتیاز من _____ .

این ضریب هوشی بهبودی شما است. برای افزایش ضریب هوشی بهبودی خود چه کارهایی را می‌توانید انجام دهید؟

.....

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ١٤

تعریف معنویت

تعاریف معنویت را که در ذیل آمده است، ملاحظه کنید. به نظر شما کدام یک از این موارد، معنویت را برای شما معنی می‌کند.

معنویت:

۱. ارتباط فرد با خدا است.
۲. عمیق‌ترین سطح عمل فرد است.
۳. ساختار فلسفی زندگی انسان (ارزش‌ها، قوانین، افکار و عقاید) را تشکیل می‌دهد.
۴. همان مذهب است.
۵. موارد دیگر:

.....

.....

تعاریف دوم و سوم مفهوم گسترده‌ای از معنویت را ارائه می‌دهند. این تعاریف گسترده از معنویت، نقش مؤثری در بهبودی فرد ایفاء می‌کنند. مطابق این تعاریف، معنویت با روح و روان فرد ارتباط دارد و نه با جسم او. بعضی از افـراد عقیده دارند که سطح و میزان معنویت در زندگی فرد تعیین‌کننده کیفیت زندگی او است. با پاسخ‌گویی بـه سـؤالات ذیل کیفیت معنویت خود را بسنجید:

از زندگی چه می‌خواهید؟ آیا به آن‌ها دست یافته‌اید؟

.....

.....

امنیت معنوی شما بر چه پایه‌ای استوار است؟ (چه چیزی به عزت نفس شما صدمه می‌زند؟)

.....

.....

برای راضی‌بودن از خودتان، چه شرایطی را باید دارا باشید؟ (چه مواردی برای شما بیشتر اهمیت دارد؟)

.....

.....

موفقیت برای شما چه معنایی دارد؟ ("کسب موفقیت" برای شما چه معنایی دارد؟)

.....

.....

برای یک زندگی عاری از مصرف مواد، فرد تحت درمان باید با خودش راحت باشد. معنویت به بسیاری از افراد آرامش درونی می‌دهد و نیاز به سوء مصرف مواد را از بین می‌برد. برنامه‌های ۱۲ گامی و کمک متقابل، راهی را برای دوست‌داشتن دوباره خود و زندگی ارائه می‌دهد.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۵

مدیریت زندگی؛ مدیریت پول

مدیریت زندگی

روش زندگی که بر اساس مصرف مواد استوار است، زمان و انرژی زیادی را تلف می‌کند. کسانی که به مواد وابسته هستند، به مسئولیت‌های روزمره خود کمتر فکر می‌کنند. با شروع درمان، سیل عظیمی از مسئولیت‌هایی که برای مدت‌های طولانی به فراموشی سپرده شده بودند، به ذهن فرد هجوم می‌آورند. گاهی‌اوقات فکرکردن به تمام چیزهایی که باید انجام شود، بیش از حد تحمل است. هم‌چنین فکرکردن به بسیاری از مسئولیت‌ها، ناامیدکننده و وقت گیر است.

با پاسخ دادن به سؤالات ذیل می‌توانید دریابید که زندگی خود را چگونه مدیریت می‌کنید؟

- آیا برگه‌های جریمه شما سنگین است؟ .....
- آیا تا به امروز کلیه اظهارنامه‌های مالیاتی خود را تسلیم کرده‌اید؟ .....
- آیا قبوض پرداخت‌نشده‌ای را در دست دارید که باید پرداخت کنید؟ .....
- خانه یا آپارتمان شما به چه تعمیراتی نیاز دارد؟ .....

.....

- آیا ماشین شما نیاز به سرویس یا تعمیر دارد؟ .....
- آیا از پوشش بیمه‌ای کافی برخوردارید؟ .....
- آیا حساب جاری بانکی یا راهی برای مدیریت امور مالی خود دارید؟ .....
- آیا کارهای روزمره (مانند خرید خواربار، شستن لباس‌ها و تمیزکردن منزل) را انجام می‌دهید؟ .....

اگر بخواهید تمام این کارها را در یک مرحله انجام دهید، احساس یأس و ناامیدی خواهید کرد. هر هفته یکی از این موارد را انجام دهید و هر بار قسمتی از منزل خود را تمیز کنید. با مدیریت صحیح این امور، کنترل زندگی خود را دوباره در دست می‌گیرید.

اولین موردی که باید به آن بپردازم: .....

از اینجا شروع می‌کنم: .....

دومین موردی که باید به آن بپردازم: .....

از اینجا شروع می‌کنم: .....

مدیریت پول

با کنترل امور مالی خود بر زندگی‌تان نیز کنترل خواهید داشت. شیوه زندگی خارج از کنترل افرادی که به مواد وابسته هستند، بر امور مالی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

چند مورد از موارد ذیل در مورد شما صادق است؟

..... پول بیشتر از ..... محرکی برای خرید مواد است.

..... پولی را برای خرید مواد مخفی کرده‌ام.

..... قرض‌های سنگینی دارم.

..... با پولم قمار می‌کنم.

..... وقتی احساس خوبی ندارم، بی‌اختیار خرج می‌کنم.

..... اغلب با اعضاء خانواده بر سر پول مشاجره می‌کنم.

..... برای تهیه مواد، پول سرقت می‌کنم.

بعضی از مراجعان، هنگامی که برای اولین بار درمان را شروع می‌کنند، کنترل پول خود را به فردی که اعتماد دارند، می‌سپارند. اگر چنین تصمیمی می‌گیرید، بر امور مالی خود کنترل دارید و از فرد معتمد خود می‌خواهید که به عنوان بانک‌دار شما عمل کند. با کمک مشاور خود در مورد زمانی که می‌توانید کنترل پول خود را مجدداً در دست بگیرید، تصمیم‌گیری کنید. به این ترتیب به تدریج می‌توانید بلوغ مالی پیدا کنید. ممکن است یکی از اهداف ذیل را داشته باشید:

o با قسط‌های کوچک و مرتب، بدهی‌های سنگین خود را پرداخت کنید.	o از حساب‌های بانکی برای کمک به مدیریت پول خود استفاده کنید.
o پول خود را به دقت بودجه‌بندی کنید و برای زمان خود برنامه داشته باشید.	o نحوه زندگی خود را با میزان درآمدتان هماهنگ کنید.
o با شرکای مالی خود، موافقت‌نامه‌هایی را در مورد نحوه هزینه‌کردن امضاء کنید.	o برنامه‌ای برای پس‌انداز داشته باشید.

دیگر اهداف مالی شما کدام‌اند؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۶

توجیه‌کردن عود (۱)

زمانی که فردی تصمیم می‌گیرد که دیگر مواد مصرف نکند، چگونه دوباره به مصرف مواد روی می‌آورد؟ آیا عود کاملاً تصادفی اتفاق می‌افتد؟ یا نشانه‌های هشداردهنده یا راه‌هایی برای اجتناب از عود وجود دارد؟

توجیه‌کردن عود مراحلی است که در ذهن فرد اتفاق می‌افتد. ممکن است فرد تصمیم بگیرد که مصرف مواد را ترک کند، اما ذهن او که هنوز در حال درمان است احساس می‌کند به مواد نیاز دارد. ذهن معتاد فردی که تحت درمان قرار دارد تلاش می‌کند تا بهانه‌هایی را برای نزدیک‌شدن به موقعیت‌هایی پیدا کند که در آن احتمال عود بالا است. شاید وقتی را به خاطر آورید که تصمیم داشتید عاری از مواد باقی بمانید ولی بهانه‌ای را برای مصرف پیدا کردید و قبل از این‌که متوجه شوید، دوباره مصرف مواد را شروع کردید.

با استفاده از سؤالات ذیل، توجیه‌هایی را که ذهن معتاد شما پیدا کرده است، شناسایی کنید. شناسایی و پیش‌بینی توجیه‌ها به شما کمک می‌کند تا این مراحل آن را متوقف کنید.

تقصیر شخص دیگری بود

آیا تا به حال ذهن معتادتان، شما را متقاعد کرده است که چاره‌ای جز مصرف ندارید؟ آیا یک وضعیت غیر منتظره شما را غافلگیر کرده است؟ آیا یکی از موارد ذیل را به خود گفته‌اید؟

- یک دوست قدیمی تلفن کرد و تصمیم گرفتیم که با هم باشیم.
- دوستانم برای شام آمدند و برایم شراب آوردند.
- در مهمانی بودم و کسی به من آب‌جو تعارف کرد.
- موارد دیگر: .....

.....

.....

وقایع مصیبت بار

آیا رویداد غیر محتمل و مهمی وجود دارد که تنها به دلیل آن دوباره مصرف مواد را شروع کنید؟ چه رویدادی؟

- همسرم مرا ترک کرد. دیگر دلیلی برای پاک‌بودن ندارم.
- مجروح شدم و تمام برنامه‌هایم از بین رفت. من هم مصرف را شروع کردم.
- کارم را از دست دادم. چرا مواد مصرف نکنم؟
- یکی از اعضای خانواده فوت کرد. نمی‌توانم بدون مواد، چنین چیزی را تحمل کنم.

- موارد دیگر: .....

.....

.....

برای دلیل خاص

آیا ذهن معتاد شما تا به حال پیشنهاد کرده است که مصرف مواد یا الکل تنها راه دست‌یابی به موردی خاص است؟

- دارم اضافه وزن پیدا می‌کنم و برای کنترل وزن نیاز به مصرف شیشه دارم.
- انرژی ندارم و با مصرف مواد عملکرد بهتری خواهم داشت.
- برای این‌که با مردم راحت‌تر ارتباط داشته باشم، مواد مصرف می‌کنم.
- بدون مواد از رابطه جنسی لذت نمی‌برم.
- موارد دیگر: .....

.....

.....

افسردگی، خشم، تنهایی و ترس

آیا مصرف مواد می‌تواند احساس افسردگی، خشم، تنهایی یا ترس را فرونشاند؟

- افسرده هستم. چه تفاوتی می‌کند که مواد مصرف کنم یا نه؟
- وقتی که خیلی عصبانی می‌شوم، بر رفتارم کنترلی ندارم.
- می‌ترسم. می‌دانم که مصرف مواد این حس را از بین می‌برد.
- حالا که همسرم فکر می‌کند مواد مصرف می‌کنم، من هم این کار را انجام می‌دهم.
- موارد دیگر: .....

.....

.....

وقتی که ذهن معتاد شما این بهانه‌ها را برای مصرف‌کردن مواد می‌آورد، چه کارهایی می‌توانید انجام دهید؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۷

مراقبت از خود

افرادی که به مواد وابستگی دارند، اغلب از خود مراقبت نمی‌کنند. این افراد زمان یا انرژی کافی را برای توجه به وضعیت سلامتی و نظافت خود ندارند و به بهداشت و ظاهر خود، کمتر از مصرف مواد اهمیت می‌دهند. اهمیت‌ندادن به خود، عامل مهمی در از دست‌دادن عزت نفس است. محترم شمردن چیزی به معنی دیدن ارزش‌های آن و اذعان به اهمیت آن است.

افراد تحت درمان باید ارزش‌های خود را بشناسند. در درمان، همان‌طور که شما به خود بیشتر توجه می‌کنید، سلامت و ظاهر شما نیز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. با مراقبت‌کردن از خود، می‌توانید خود را دوباره دوست داشته باشید و به خود احترام بگذارید.

با توجه‌کردن به موارد ذیل تصور بهتری از خود به عنوان فردی سالم، عاری از مواد و تحت درمان خواهید داشت:

- آیا برای کنترل وضعیت سلامت خود به پزشک مراجعه کرده‌اید؟
- آخرین بار چه زمانی به دندانپزشک مراجعه کردید؟
- آیا می‌خواهید ظاهر جدیدی داشته باشید؟
- آیا به تغذیه خود توجه می‌کنید؟
- آیا همان لباس‌هایی را می‌پوشید که هنگام مصرف مواد بر تن دارید؟
- آیا فکر می‌کنید که لازم است تا وضعیت بینایی و شنوایی شما کنترل شود؟
- آیا به صورت مرتب ورزش می‌کنید؟
- آیا مصرف کافیین و نیکوتین شما خارج از کنترل است؟

بعضی افراد ترجیح می‌دهند که تغییرات چشمگیری را در یک زمان ایجاد کنند. بهتر است به جای پرداختن به تمام موارد مرتبط با وضعیت سلامت و بهداشت که در بالا به آن‌ها اشاره شد، هر هفته یک یا دو مورد انجام شود. در ابتدا کارهایی را انجام دهید که بیشتر اهمیت دارند. همان‌طور که ظاهر و احساس بهتری پیدا می‌کنید، قوی‌تر خواهید شد و از روند بهبودی خود بیشتر لذت می‌برید.

اولین موردی که باید برای مراقبت از خود انجام دهم این است که:

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۸

محرک‌های احساسی

وضعیت‌های احساسی خاصی بعضی افراد را مستقیماً به مصرف مواد ترغیب می‌کنند و تا حدی عامل مصرف مواد محسوب می‌شوند. افرادی که تحت درمان قرار دارند، تصور می‌کنند که اگر بتوانند این احساسات (از جمله تنهایی، خشم، احساس محرومیت) را از خود دور کنند، هیچ‌گاه با عود مصرف مواد مواجه نمی‌شوند. مراجعان به مراکز درمانی باید به این محرک‌های احساسی به عنوان هشدارها یا "پرچم‌های قرمز" توجه داشته باشند.

مهم‌ترین محرک‌های احساسی منفی عبارتند از:

تنهایی: قطع رابطه با دوستان و شیوه زندگی مبتنی بر مصرف مواد دشوار است. افراد به علت دوربودن از دوستان و خانواده، احساس تنهایی می‌کنند. اغلب دوستان و اعضاء خانواده که مواد مصرف نمی‌کنند، آمادگی ورود به رابطه‌ای را ندارند که پیش از این از بین رفته است. فردی که تحت درمان قرار دارد بین گروهی از دوستان سرگردان است. احساس تنهایی می‌تواند فرد را به سمت مصرف سوق دهد.

خشم: عصبانیت شدیدی که در اولین مراحل درمان وجود دارد، می‌تواند سیلی از خشم را ایجاد کرده و به عنوان محرک فوری عمل کند. فردی که چنین ذهنیتی را دارد تنها چند قدم با مصرف مواد فاصله دارد. با شروع مصرف، فرد سفری طولانی برای برگشت به قسمت منطقی ذهن در پیش رو خواهد داشت.

احساس محرومیت: حفظ پرهیز از مصرف مواد، دست‌آوردی واقعی است. معمولاً افرادی که تحت درمان قرار دارند به علت توانایی خود در کسب این دست‌آورد، به نحو موجهی احساس خوب و غرورآمیزی دارند. گاهی‌اوقات این افراد احساس می‌کنند که باید از اوقات و چیزهای خوبی که قبلاً در اختیار داشتند، صرف‌نظر کنند. درمان مانند مجازات زندان است که باید تحمل شود. این موضوع، با ارائه تصویری معکوس از واقعیت درمان مصرف مواد را خوب و درمان را بد نشان می‌دهد. این وضعیت وارونه خیلی سریع به عود ختم می‌شود.

آگاهی از این احساسات هشداردهنده حائز اهمیت است. زمانی که خود را به دست سیلی از احساسات منفی بسپارید، به سرعت به سمت عود کشانده می‌شوید.

آیا این احساسات منفی در گذشته شما را تحریک کرده است؟ کدام احساس؟

.....

.....

.....

آیا وضعیت‌های احساسی منفی دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند برای شما خطراتی را ایجاد کنند؟ این احساسات کدامند؟

.....

.....

.....

یکی از اهداف مراحل درمانی، یادگیری جداکردن افکار، رفتارها و احساسات است. این کار به شما کمک می‌کند تا بر نحوه تفکر و رفتار خود کنترل داشته باشید. برای این‌که احساسات شما زمام امور اعمال‌تان را در دست نگیرد، باید آن‌ها را بشناسید و درک کنید.

نوشتن احساسات به بسیاری از افراد در شناسایی و درک احساسات‌شان کمک می‌کند. برای انجام این کار لازم نیست که نویسنده خوبی باشید. بیان احساسات در قالب لغات به افرادی که به نوشتن احساسات‌شان علاقه ندارند و این کار را انجام نداده‌اند، کمک می‌کند تا تجربیات ارزنده‌ای را کسب کنند. دستورالعمل ساده ذیل را دنبال کنید و با روش جدیدی برای شناخت خود آشنا شوید:

۱. در مکانی خلوت، راحت و ساکت، زمانی را به نوشتن اختصاص دهید. سعی کنید هر روز حتی برای چند دقیقه این کار را انجام دهید.

۲. در ابتدا چند نفس عمیق کشیده و آرامش داشته باشید.

۳. سعی کنید به سؤالی در مورد احساسات خود پاسخ دهید (برای مثال، "الان چه احساسی دارم؟"، "چرا عصبانی هستم؟" و "چرا ناراحت هستم؟").

۴. به املای کلمات و علایم نقطه‌گذاری توجه نکنید؛ فقط به واژه‌ها اجازه دهید که بر روی کاغذ جاری شوند.

با نوشتن در مورد احساسات خود، تصویر شفاف‌تری از آن‌ها خواهید داشت. این‌کار هم‌چنین از انباشتگی احساسات که اغلب منجر به عود می‌شود، جلوگیری می‌کند.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۱۹

بیماری

اغلب بیماری زمینه‌ساز عود است. ممکن است این موضوع عجیب یا حتی ناعادلانه به نظر آید. با این وجود، نمی-توانید کاری کنید که بیمار نشوید. بسیاری از افراد در سال چند بار به سرماخوردگی مبتلا می‌شوند. هر چند که نمی‌توانید از بیماری فرار کنید، باید مطلع باشید از آنجایی که بیماری خطر عود را افزایش می‌دهد، ضروری است که اقدامات احتیاطی را برای پیش‌گیری از بیماری انجام دهید.

بیماری به عنوان توجیه عود

بیماری می‌تواند توجییه قوی برای عود باشد. وقتی که بیمار هستید، استثناعات زیادی را در برنامه عادی زندگی خود در نظر می‌گیرید. سر کار نمی‌روید؛ بیش از میزان معمول می‌خوابید و غذاهای مختلفی را می‌خورید. پذیرایی از خود را موجه می‌دانید (برای مثال، "چون مریض هستم، می‌توانم بیشتر روز را دراز بکشم و تلویزیون تماشا کنم"؛ "احساس خوبی ندارم ـ باید چند عدد شیرینی بخورم"). از آنجایی که افراد احساس می‌کنند مریض‌شدن خارج از کنترل آن‌ها است، فکر می‌کنند استراحت‌دادن به خود و انجام ندادن رفتارهای معمول ایرادی ندارد. باید توجه داشته باشید که وقتی که از زندگی عادی خود فاصله می‌گیرید، نباید اجازه دهید که بیماری به بهانه‌ای برای مصرف مواد تبدیل شود.

خطرات عود در زمان بیماری

وقتی که بیمار هستید، از نظر جسمی ضعیف‌تر می‌شوید و ممکن است انرژی ذهنی کمتری برای ادامه درمان خود داشته باشید. علاوه بر کمبود انرژی برای مقابله با اختلالات مصرف مواد، ممکن است هنگام بیماری با خطرات عود که در ذیل آمده است نیز روبه‌رو شوید:

- از دست دادن جلسات درمان
- از دست دادن جلسات کمک متقابل
- ورزش‌نکردن

هنگام بیماری، تهدیدات ذیل می‌توانند محرکی برای عود باشند:

- تنهابودن در بیشتر مواقع
- بهبودی یافتن در تختخواب (که بعضی از افراد را به یاد درمان سوء مصرف مواد می‌اندازد)
- نداشتن برنامه برای زمان آزاد

رفتارهای سالم

اگرچه نمی‌توانید همیشه از بروز بیماری پیش‌گیری کنید، می‌توانید احتمال مریض‌شدن خود را به حداقل

برسانید. رفتارهایی که در ذیل آمده است به درمان و بهبودی شما کمک می‌کند:

- به صورت مرتب ورزش کنید (حتی وقتی که احساس می‌کنید دارید بیمار می‌شوید، ورزش سبک برای‌تان مفید است).
- وعده‌های غذایی سالم را مصرف کنید.
- به میزان کافی بخوابید.
- فشارهای روانی را به حداقل برسانید.

در مراحل اولیه درمان مصرف مواد، باید از انجام فعالیت‌هایی که سلامت شما را تهدید کرده یا وقت درمان شما را تلف می‌کند، خودداری کنید. اعمال جراحی اختیاری، معالجات بیماری‌های شدید دندان و فعالیت‌های بدنی مداوم شما را خسته کرده و نسبت به بیماری‌ها آسیب‌پذیر می‌سازد.

تشخیص دهید که چه زمانی در معرض خطر هستید

از آنجایی که در هنگام بیماری احتمال عود افزایش می‌یابد، باید از نشانه‌های بیماری مطلع باشید. درد، خستگی، سردرد، گرفتگی بینی یا گلو یا خارش گلو می‌توانند نشانه‌های شروع بیماری باشند. حتی گاهی‌اوقات سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual syndrome, PMS) می‌تواند قدرت جسمی شما را تحلیل داده و روند عود را سرعت بخشد.

زمانی که بیمار می‌شوید، سعی کنید هرچه سریع‌تر بهبودی خود را بازیابید و اجازه ندهید که اثرات منفی بیماری بر درمان سوء مصرف مواد تأثیر بگذارد. با انجام آزمایشات و معاینات پزشکی مناسب هرچه سریع‌تر به روند درمان منظم خود بازگردید. در این صورت احساس می‌کنید قوی‌تر هستید و می‌توانید درمان خود را با قدرت بیشتری دنبال کنید.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۰

شناسایی فشار روانی

فشار روانی پاسخ فیزیکی و احساسی به اتفاقات دشوار و ناراحت‌کننده است، به‌خصوص آن وقایعی که برای مدت طولانی تداوم می‌یابند.

فشار روانی زمانی اتفاق می‌افتد که خواسته‌های افراد از خودشان یا انتظارات دیگران از آن‌ها، در زندگی آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند. گاهی‌اوقات تا زمانی که فشار روانی منجر به بروز نشانه‌های جسمی شود، متوجه این وضعیت احساسی نمی‌شویم. در کنار مشکلات ذیل که در ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید، علامت(√) بگذارید.

- ☐ مشکلات خواب (برای مثال مشکل در به خواب رفتن، بیدارشدن مکرر در طول شب، کابوس، بیدارشدن در صبح خیلی زود و عدم توانایی در خوابیدن مجدد)
- ☐ سردرد
- ☐ مشکلات معده
- ☐ بیماری‌های مزمن
- ☐ خستگی
- ☐ نوسانات خلقی
- ☐ زودرنجی
- ☐ مشکل در تمرکز کردن
- ☐ ناراضی‌بودن از زندگی
- ☐ احساس ناامیدی

اگر دو مورد یا موارد بیشتری از مشکلاتی که در بالا به آن‌ها اشاره شد، را علامت زده‌اید، باید به منظور کاهش فشار روانی، تغییراتی را در زندگی خود ایجاد کنید. آگاهی‌داشتن از فشار روانی، اولین قدم برای کاهش آن است. شاید عادت کرده باشید که در زمانی که تحت فشار روانی قرار دارید، مواد مصرف کنید. یادگیری راه‌های جدید برای غلبه بر فشار روانی جزیی از مراحل درمان است. در جلسه دیگر پیش‌گیری از عود، تکنیک‌هایی برای کاهش فشار روانی ارائه می‌شود.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۱

توجیه‌کردن عود (۲)

زمانی‌که فرد تصمیم می‌گیرد دیگر مواد مصرف نکند، چگونه دوباره به مصرف مواد روی می‌آورد؟ آیا عود کاملاً تصادفی اتفاق می‌افتد؟ یا نشانه‌های هشداردهنده یا راه‌هایی برای اجتناب از عود وجود دارد؟

توجیه‌کردن عود مراحلی است که در ذهن فرد اتفاق می‌افتد. ممکن است فرد تصمیم بگیرد که مصرف مواد را ترک کند، اما ذهن فرد که هنوز در حال درمان است احساس می‌کند که به مواد نیاز دارد. ذهن معتاد فردی که تحت درمان قرار دارد تلاش می‌کند با یافتن بهانه‌هایی به موقعیت‌هایی نزدیک شود که در آن احتمال مصرف مواد وجود دارد. شاید وقتی را به خاطر آورید که تصمیم داشتید عاری از مواد باقی بمانید ولی با یافتن بهانه‌ای برای مصرف قبل از این‌که متوجه شوید، دوباره در دام مصرف مواد گرفتار شدید.

شناسایی و پیش‌بینی توجیه‌ها به شما کمک می‌کند تا مراحل آن را متوقف کنید. با استفاده از سؤالات ذیل، توجیه‌هایی را که مستعد آن‌ها هستید، مشخص کنید.

وابستگی به مواد درمان شده است

آیا ذهن معتاد شما، هرگز شما را متقاعد کرده است که می‌توانید فقط یک‌بار و آن هم به میزان کمی مواد مصرف کنید. برای مثال، آیا تا به حال یکی از موارد ذیل را گفته‌اید؟

- من دوباره بر روی خودم کنترل دارم و می‌توانم هر زمانی که بخواهم مصرف مواد را قطع کنم.
- درس‌هایم را به خوبی یاد گرفته‌ام. هر از گاهی فقط مقدار کمی مواد مصرف می‌کنم.
- مواد محرک مشکل من بودند و نه مواد. بنابراین می‌توانم مواد را مصرف کنم و عود هم اتفاق نیفتد.
- موارد دیگر: .....

خود را امتحان کنید

فراموش‌کردن این‌که هوشیاربودن و نه قوی‌بودن کلید عاری‌بودن از مواد است بسیار ساده است. آیا تا به حال خواسته‌اید به خود ثابت کنید که از مواد قوی‌تر هستید؟ برای مثال، آیا یکی از موارد ذیل را بیان کرده‌اید؟

- به اندازه کافی قوی هستم تا بتوانم الان با مواد در تماس باشم.
- می‌خواهم ببینم آیا می‌توانم به مصرف الکل یا مواد "نه" بگویم.
- می‌خواهم ببینم آیا می‌توانم در کنار دوستان قدیمی‌ام باشم.
- می‌خواهم ببینم الان که مصرف مواد را قطع کرده‌ام، نشئگی چه حسی دارد؟
- موارد دیگر: .....

جشن گرفتن

ممکن است دیگران یا ذهن معتادتان، شما را تشویق کنند تا مواردی را از پرهیز مصرف مواد استثناء کنید. **آیا تا به حال سعی کرده‌اید تا مصرف مواد را با یکی از افکار ذیل توجیه کنید؟**

- احساس خیلی خوبی دارم. یک بار مصرف مواد ضرری ندارد.
- الان در تعطیلات هستم. وقتی به خانه برگشتم، دیگر مصرف نمی‌کنم.
- تا به حال خوب عمل کرده‌ام. همه چیز خیلی خوب پیش می‌رود. باید به خودم پاداش بدهم.
- این ر ویداد خیلی خاصی است و می‌خواهم آن را جشن بگیرم.
- موارد دیگر: .....

زمانی که با این بهانه‌ها برای مصرف مواد مواجه می‌شوید، چه کارهایی را ممکن است انجام دهید؟

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۲

کاهش فشار روانی

به‌منظور شناسایی فعالیت‌هایی که در زندگی روزمره، فشار روانی بیشتری را بر شما تحمیل می‌کنند با نهایت صداقت به سؤالات ذیل پاسخ گویید. این مشکلات را به صورت مرحله‌ای حل کنید تا فشار روانی را در زندگی خود کاهش دهید.

۱. با تصمیم‌گیری در زمینه استفاده از زمان، انرژی و پول خود، جهت زندگی خود را تعیین می‌کنید. آیا این موارد را در کار یا سرگرمی‌هایی سرمایه‌گذاری می‌کنید که آن‌ها را مفید می‌دانید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، چگونه این وضعیت را تغییر می‌دهید؟

.....

.....

۲. تمرکز بر روی زمان حال به این معنی است که بدون درگیرشدن در گذشته یا آینده به کاری که در دست دارید، توجه کنید. آیا معمولاً این توانایی را دارید که در زمان حال باشید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، چه چیزی شما را از تمرکزکردن بر روی زمان حال باز می‌دارد؟ چگونه می‌توانید این وضعیت را تغییر دهید؟

.....

.....

۳. آیا هر روز زمانی را برای آرامش‌داشتن اختصاص می‌دهید (برای مثال، بازی‌کردن با فرزندان خود، قدم‌زدن، خواندن کتاب، گوش‌کردن به موسیقی)؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، چه فعالیت آرامش‌بخشی را به فعالیت‌های روزمره خود اضافه می‌کنید؟

.....

.....

۴. آیا کارهای دشواری را که موجب بالا رفتن اعتماد به نفس شما می‌شود، انجام می‌دهید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، برای ارتقاء اعتماد به نفس خود چه کارهایی را می‌توانید انجام دهید.

.....

.....

۵. آیا اهداف بزرگ خود را به اهداف کوچکتر و قابل کنترل‌تر تقسیم می‌کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، تقسیم‌کردن اهداف به مراحل کوچکتر چگونه به شما در مدیریت فشار روانی‌تان کمک

می‌کند؟

.....

.....

۶. آیا سعی می‌کنید تا حد امکان آرامش محیط خود (منزل، محل کار) را حفظ کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، چگونه می‌توانید محیط آرام‌تری را ایجاد کنید؟

.....

.....

۷. آیا می‌توانید هر زمانی که احساس می‌کنید باید مواد مصرف کنید، از انجام آن دوری کنید و بگویید "نه"؟
☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، فکر می‌کنید چگونه گفتن "نه" به شما کمک می‌کند تا بر فشار روانی موجود در زندگی خود غلبه کنید؟

.....

.....

۸. آیا می‌دانید چگونه از تکنیک‌های تن‌آرامی برای آرامش بخشیدن به بدن خود استفاده کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، برای آموختن تکنیک‌های تن‌آرامی چه کارهایی را انجام می‌دهید؟

.....

.....

۹. آیا مراقب هستید تا با مصرف بیش از حد شکر و کافیین از تغییرات زیاد انرژی در بدن خود جلوگیری کنید؟
☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، چگونه مصرف شکر و کافئین خود را محدود می‌کنید؟

.....

.....

۱۰. آیا راه‌های مشخصی را برای غلبه بر خشم خود می‌شناسید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
در غیر این‌صورت، کاهش‌دادن خشم چگونه به شما در مدیریت فشار روانی کمک می‌کند؟

.....

.....

۱۱. با استفاده از چه تکنیک‌هایی می‌توانید از دست خشم رها شوید؟

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۳

مدیریت خشم

خشم احساسی است که بسیاری از افراد را به سمت عود سوق می‌دهد. این موضوع به‌خصوص در مراحل اولیه درمان دیده می‌شود. غالباً خشم به تدریج و با فکرکردن در مورد چیزهایی ظاهر می‌شود که شما را عصبانی می‌کنند. گاهی‌اوقات به‌نظر می‌آید موضوعی که موجب خشم شده است، تنها موضوع مهم در زندگی است.

اغلب خشم با احساس قربانی‌بودن همراه است. آیا سؤالات ذیل برای شما آشنا است؟

- چرا هر چیز بدی برای من اتفاق می‌افتد؟
- چرا کاری را که از او می‌خواهم، انجام نمی‌دهد؟
- چرا متوجه نیازهای من نیست؟

چگونه متوجه خشم خود می‌شوید؟ آیا رفتار شما تغییر می‌کند؟ آیا متوجه تغییرات فیزیکی (مانند قدم زدن به سمت بالا و پایین‌رفتن، فشردن دندان‌ها بر روی هم، بی‌قراری و اضطراب) می‌شوید؟

.....

.....

چگونه خشم خود را بیان می‌کنید؟ آیا آن‌قدر خشم را در درون خود نگه می‌دارید تا در نهایت منفجر شوید؟ آیا با طعنه صحبت کرده و شخصیتی پرخاشگر و منفعل پیدا می‌کنید؟

.....

.....

با چه روش‌های مثبتی برای غلبه‌کردن بر خشم آشنا هستید؟

.....

.....

در اینجا روش‌های جایگزینی برای غلبه بر خشم آورده شده است. کدام‌یک از موارد ذیل در مورد شما صادق است؟

- صحبت با کسی که از دست او عصبانی هستید؟
- صحبت با مشاور، حامی جلسات ۱۲ گامی یا فرد دیگری که می‌تواند شما را راهنمایی کند؟
- صحبت‌کردن درمورد خشم در یک جلسه گروه حمایتی
- نوشتن در مورد احساسات یا خشم
- ورزش‌کردن
- موارد دیگر: .....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۴

پذیرش

"گفتن نه" راه‌حل خوبی برای قطع مصرف مواد است. اما این روش برای افرادی که به مواد وابسته هستند، کافی نیست. برای غلبه بر وابستگی به مواد باید قدرت آن را بشناسید و بتوانید محدودیت‌های حاصل از آن را بپذیرید. بسیاری از افراد هنگام شروع درمان می‌پذیرند که وابستگی به مواد بر آن‌ها تسلط دارد. اما شروع درمان اولین مرحله از پذیرش است و تنها مرحله آن نیست. در طول مراحل درمان باید این نکته را بپذیرید که قدرت وابستگی به مواد از شما بیشتر است.

پذیرش قدرت وابستگی به مواد بر شما به معنی پذیرش محدودیت‌های انسان است. عدم پذیرش اختلال مصرف مواد، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات در حفظ وضعیت عاری‌بودن از مواد محسوب می‌شود. قبول‌نکردن درمان می‌تواند وضعیتی را ایجاد کند که "پرهیز مضطربانه" نام دارد و به این معنی است که فرد به دلیل آن‌که خود را از دیگران جدا کرده و کمکی را قبول نمی‌کند، به پرهیز از مواد روی آورده است. پذیرفتن این‌که با مشکلی مواجه هستید و برای حل آن تقاضای کمک می‌کنید، نشانه ضعف نیست. آیا درمان بیماری قند خون (دیابت) یا بیماری قلبی به معنی آن است که بیمار، فردی با اراده ضعیف است؟

پذیرفتن این‌که شما با اختلال مصرف مواد مواجه هستید به این معنی نیست که بر زندگی خود کنترلی ندارید؛ بلکه بیان‌گر این است که مواردی وجود دارند که شما نمی‌توانید بر آن‌ها کنترلی داشته باشید. یکی از این موارد، مصرف مواد است. با تلاش برای غلبه بر اختلال، تنها آن را قدرتمندتر می‌سازید.

در مراحل درمان تعارضاتی وجود دارد. افرادی که واقعیت وابستگی به مواد را می‌پذیرند، از درمان حداکثر استفاده را می‌کنند. کسانی که با این فکر که آن‌ها به اختلال مصرف مواد دچار هستند، نمی‌جنگند درمان بسیار موفقی خواهند داشت. تنها راه پیروزی در این جنگ تسلیم‌شدن است. به بیان دیگر برای موفقیت در درمان باید بپذیرید که وابستگی به مواد بر شما کنترل دارد.

برای شروع درمان لازم نیست که به "آخر خط" رسیده باشید.

من با اختلال مصرف مواد روبه‌رو هستم. ☐ **بلی** ☐ **خیر**

امیدوارم روزی دوباره بتوانم مصرف کنم. ☐ **بلی** ☐ **خیر**

باید بر روی پذیرش این کار کنم که .....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۵

یافتن دوستان جدید

داشتن دوست موهبتی است؛ کسی که به آن اعتماد کامل داشته باشیم، کسی که نقاط قوت و ضعف ما را بشناسد و علی‌رغم خطاهایمان ما را دوست بدارد. فردی گمنام

داشتن روابط در درمان بسیار اهمیت دارد. دوستان و خانواده به ما قدرت می‌دهند و ما را کمک می‌کنند تا خود را درک کنیم. روابطی که ایجاد می‌کنید می‌تواند موجب تقویت یا تضعیف درمان شود. گفته می‌شود که: "شما مانند کسانی می‌شوید که وقت‌تان را با آن‌ها می‌گذرانید." سؤالات ذیل به شما کمک می‌کنند تا به روابط خود فکر کنید.

آیا دوستانی مانند کسی که در نقل قول بالا توصیف شده است، دارید؟ در صورت پاسخ مثبت، آن‌ها را نام ببرید.

.....

.....

آیا رفتار شما همانند افرادی شده است که با آن‌ها ارتباط دارید؟ از چه نظراتی به آن‌ها شباهت دارید؟

.....

.....

چه تفاوت‌هایی بین دوست و آشنا وجود دارد؟

.....

.....

در چه مکان‌هایی ممکن است با کسانی آشنا شوید که بعدها با آن‌ها رابطه دوستی برقرار کنید؟

.....

.....

با چه کسانی دوست هستید؟

.....

.....

برای داشتن روابط صادقانه‌تر، چه تغییراتی را باید در رفتار خود ایجاد کنید؟

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۶

ترمیم روابط

دوستان و خانواده افرادی که به مواد وابسته هستند اغلب از مصرف مواد توسط آنان آسیب می‌بینند. افراد وابسته به مواد اغلب نمی‌توانند از خود و دیگران مراقبت کنند.

در طول درمان، باید به کسانی که آن‌ها را آزار داده‌اید فکر کنید. هم‌چنین باید به ترمیم روابطی که برای‌تان اهمیت دارند، فکر کنید. در برنامه ۱۲ گامی این مراحل " انجام اصلاحات" نامیده می‌شود.

تعدادی از رفتارهای گذشته خود را که نیاز به اصلاح دارند، نام ببرید.

.....

.....

آیا مواردی وجود دارند که در زمان مصرف مواد، از انجام یا گفتن آن‌ها غفلت کرده‌اید و حال باید به اصلاح آن‌ها بپردازید؟

.....

.....

برای انجام این اصلاحات چه برنامه‌ای دارید؟

.....

.....

آیا احساس می‌کنید که برای انجام این اصلاحات تنها تحت درمان‌بودن و قطع مصرف مواد کافی است؟

.....

ضروری نیست که اصلاحات پیچیده‌ای انجام شود. تصدیق این‌که شما در زمان مصرف به کسانی آزار رسانده‌اید، می‌تواند درگیری‌ها را کاهش دهد. ممکن است همه نتوانند شما را ببخشند، اما در این مسیر آمادگی شما برای بخشیدن خود اهمیت دارد. وجه دیگری از ترمیم روابط، بخشیدن دیگران برای کارهایی است که در زمان مصرف مواد توسط شما انجام داده‌اند.

کسانی را نام ببرید که می‌خواهید آن‌ها را ببخشید.

.....

چه رنجش‌هایی را فراموش می‌کنید؟

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۷

دعای آرامش

خداوندا، آرامشی عطا فرما تا بپذیرم آن‌چه را که نمی‌توانم تغییر دهم،

شهامتی که تغییر دهم آن‌چه را که می‌توانم

و معرفتی که تفاوت این دو را بدانم.

این دعا برای شما چه مفهومی دارد؟

.....

.....

.....

آیا این دعا حتی اگر فردی مذهبی نیستید یا به خدا اعتقاد ندارید برای شما مفهومی دارد ؟

.....

.....

چه جنبه‌هایی از زندگی یا وجود خود را می‌دانید که نمی‌توانید تغییر دهید؟

.....

.....

.....

اخیراً چه موردی را تغییر داده‌اید؟

.....

.....

.....

چه جنبه‌هایی از زندگی یا وجود خود را باید تغییر دهید؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۸

رفتارهای اجباری

بسیاری از افراد که به مواد وابسته هستند تنها به دلیل قطع مصرف ماده خاصی مراحل درمان را شروع می‌کنند و قصد ندارند که تمام جنبه‌های زندگی خود را تغییر دهند. زمانی که این افراد تحت درمان قرار می‌گیرند، به آن‌ها گفته می‌شود که لازم است تغییرات دیگری نیز در روش زندگی خود ایجاد کنند. ایجاد تغییرات در شیوه زندگی، افراد تحت درمان را قادر می‌سازد که مجدداً کنترل زندگی خود رادر دست گیرند.

قبل از شروع درمان، بر چه جنبه‌هایی از زندگی خود، کنترل نداشتید؟

.....

.....

آیا متوجه شده‌اید که یکی از رفتارهای ذیل را بیش از حد انجام می‌دهید؟

- خوردن غذاهایی که حاوی مقادیر زیادی شکر است
- ورزش بیش از حد
- خود ارضایی بی‌اختیار
- قماربازی
- خرج‌کردن مقادیر زیادی پول
- کارکردن در تمام اوقات
- سوء مصرف داروهای تجویزشده
- سیگارکشیدن
- مصرف داروهای غیرمجاز غیر از دارویی که برای درمان سوءمصرف آن تحت درمان قرار دارید
- نوشیدن مقادیر زیادی نوشابه کافئین‌دار یا قهوه
- موارد دیگر: .....

تا به حال برای ایجاد چه تغییراتی تلاش کرده‌اید؟

.....

.....

آیا جملات ذیل برای شما آشنا است؟ " کشیدن سیگار و مصرف مواد را ترک کردم. کار سختی بود. یک روز تسلیم شدم و یک سیگار کشیدم. آن‌قدر احساس بدی داشتم که همه چیز را خراب کردم و دوباره مواد مصرف کردم." این الگو " سندرم نقض پرهیز" نامیده می‌شود. با انجام ندادن بخشی از مراحل درمان، احتمال لغزش خود به سوی عود را افزایش می‌دهید.

آیا اتفاق مشابه مورد بالا را در گذشته تجربه کرده‌اید؟ چه اتفاقی موجب عود مصرف شما گردید؟

.....

.....

در زمان درمان چه تغییرات مهمی را در شیوه زندگی خود اعمال می‌کنید؟

.....

.....

آیا اعمال این تغییرات برای شما مشکل است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا با انجام رفتارهای اجباری دیگر سعی می‌کنید ناراحتی را از خود دور کنید؟ در این صورت، این رفتارها را نام ببرید.

.....

.....

آیا هنوز تغییراتی وجود دارند که باید اعمال شوند؟ در این صورت، این تغییرات کدامند؟

.....

.....

عود و رابطه جنسی

همانند مصرف مواد، روابط پرخطر جنسی توسط مراحلی تحریک‌کننده کنترل می‌شود. (رابطه پرخطر جنسی، داشتن رابطه با یک فرد ناآشنا، روابط جنسی محافظت‌نشده و داشتن رابطه جنسی در مقابل مواد را در بر می‌گیرد.) محرک‌ها فکر رابطه جنسی را ایجاد می‌کنند. افکار مربوط به رابطه جنسی موجب تحریک و عمل می‌شود. در مورد بسیاری از افراد، رابطه پرخطر جنسی با مصرف مواد در ارتباط است. رابطه پر خطر جنسی می‌تواند محرکی برای مصرف مواد باشد. درگیرشدن در رابطه جنسی پرخطر می‌تواند خطر عود مصرف را به همراه داشته باشد.

تعدادی از محرک‌هایی را نام ببرید که شما را به مصرف مواد ترغیب می‌کنند.

.....

.....

تعدادی از محرک‌هایی را نام ببرید که شما را به داشتن رابطه جنسی پرخطر ترغیب می‌کنند.

.....

.....

آیا زمانی که رابطه جنسی، شما را به مصرف مواد تحریک می‌کرد با عود مواجه شدید؟

.....

.....

پیش‌گیری

پس از آشنایی با محرک‌هایی که شما را به مصرف مواد ترغیب می‌کنند، می‌توانید قدم‌هایی را برای پیش‌گیری از عود بردارید. در ذیل پیشنهاداتی را برای پیش‌گیری از عود ملاحظه می‌کنید:

- **ازبودن در معرض محرک‌ها خودداری کنید.** از افراد، مکان‌ها و فعالیت‌هایی که شما را به مصرف مواد ارتباط می‌دهد، دوری کنید.
- **افکاری را که منجر به عود می‌شود، متوقف کنید.** برای انجام این کار می‌توانید از بسیاری از تکنیک‌ها استفاده کنید. در ذیل تعدادی از این تکنیک‌های توقف فکر را مشاهده می‌کنید:
  - **تن‌آرامی:** به آهستگی سه نفس عمیق بکشید.
  - **کشیدن کش لاستیکی:** یک کش لاستیکی را به صورت شل به دور مچ خود ببندید و هر زمانی که فکر تحریک‌کننده‌ای به ذهن شما خطور کرد، آن را بکشید و در ذهن خود به آن فکر بگویید "نه!"
  - **تجسم‌کردن:** کلید برق را در ذهن خود تصور کنید. آن را خاموش کنید تا افکار محرک وارد ذهن شما نشوند.
- **برای وقت خود برنامه ریزی کنید.** با برنامه‌ریزی روزانه فعالیت‌هایی را برای وقت آزاد خود در نظر بگیرید. به عنوان مثال می‌توانید ورزش کنید،کارهای داوطلبانه انجام دهید یا وقت خود را با دوستانی سپری کنید که مواد مصرف نمی‌کنند.
- **برنامه عادی خود را تغییر دهید.** به خارج از شهر مسافرت کنید. به سینما بروید یا یک فیلم ویدیویی تماشا کنید. بیرون غذا بخورید. در زمان‌هایی که به‌طور معمول کار دیگری را انجام می‌دادید، به جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل بروید.

تعدادی از موارد دیگری را نام ببرید که می‌توانید برای پیش‌گیری از عود انجام دهید.

.....

.....

بار دیگری که متوجه می‌شوید در وضعیت عود مصرف قرار گرفته‌اید، چه کاری را انجام می‌دهید؟

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۲۹

غلبه بر احساسات و افسردگی

احساسات

آیا می‌توانید احساسات خود را شناسایی کنید؟

گاهی‌اوقات افراد به خود اجازه نمی‌دهند که احساسات خاصی را تجربه کنند مانند این‌که به خود بگویید "عصبانیت کار درستی نیست" بعضی‌وقت‌ها افراد با احساس خود صادق نیستند، برای مثال وقتی که ناراحت هستید، می‌گویند "روز بدی داشتم،"و با زدن برچسب اشتباه بر روی احساسات خود یا انکار آن‌ها، به آن‌ها توجه نمی‌کنید و موجب می‌شوید که آن‌ها در درون شما بر روی هم انباشته شوند.

آیا از نشانه‌های جسمی احساسات خاص آگاهی دارید؟

ممکن است هنگام نگرانی با مشکل ناراحتی معده روبه‌رو شوید، زمانی که تحت فشار روانی قرار دارید، ناخن‌های دست خود را بجوید یا این‌که در هنگام عصبانیت، خود را تکان بدهید. در مورد احساساتی که برای شما مشکل ایجاد می‌کنند، فکر کنید و سعی کنید نشانه‌های فیزیکی آن‌ها را شناسایی کنید.

در حال حاضر چگونه با احساسات خود کنار می‌آیید؟

چگونه به احساسات منفی پاسخ می‌دهید؟ احساسات شما چه تأثیری بر شما و اطرافیان شما بر جای می‌گذارند؟ برای مثال، آیا احساسات شما ارتباطات شما با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟ آیا افراد سعی می‌کنند که از شما دور شوند، نمی‌گذارند شما ناراحت شوید یا تلاش می‌کنند که شما احساس بهتری داشته باشید؟ بر روی یک یا دو احساسی تمرکز کنید که باید بهتر با آن‌ها کنار بیایید.

احساسات خود را چگونه بیان می‌کنید؟

یافتن راهی برای بیان احساسات اهمیت دارد. می‌توانید احساسات خود را به صورت غیر مستقیم (صحبت با یک گروه، دوست یا مشاور معتمد) بیان کنید یا این‌که به صورت مستقیم با اشخاصی که مسبب ایجاد این احساسات هستند، صحبت کنید. باید بدانید که در چه موقعیت‌هایی می‌توانید احساسات خود را به صورت مستقیم بیان کنید. می‌توانید با تغییر نحوه تفکر خود، احساس خود را نیز تغییر دهید. برای مثال به جای گفتن این‌که " از این‌که او با من موافق نیست، آن‌قدر عصبانی هستم که می‌خواهم مواد مصرف کنم،" می‌توانید بگویید " دیگران حق دارند با من موافق نباشند و مصرف مواد کمکی به بهترشدن اوضاع نمی‌کند."

اجازه ندهید که احساسات خارج از کنترل، شما را به سمت مصرف مواد سوق دهد. یادگرفتن نحوه کنارآمدن با احساسات به معنی آن است که به خود اجازه می‌دهید تا با رفتاری هوشمندانه، پاسخی صادقانه را احساس و متعادل کنید.

افسردگی

اگرچه می‌دانیم که مصرف مواد و افسردگی با یکدیگر در ارتباط هستند، نحوه ارتباط این دو همیشه مشخص نیست. اکثر افرادی که تحت درمان قرار دارند بیان می‌کنند که هر از گاهی احساس افسردگی دارند. افسردگی می‌تواند مشکل خاص افرادی محسوب شود که مواد محرک مصرف می‌کنند. مواد محرک سیلی از مواد شیمیایی که "انتقال‌دهنده‌های عصبی (Neurotransmitters)" نامیده می‌شوند و تنظیم‌کننده احساس لذت هستند را در مغز آزاد می‌سازند و موجب "نشئگی" می‌شوند. در طول درمان، زمان‌هایی وجود دارد که مغز مقادیر کافی از این انتقال‌دهنده‌های عصبی را در اختیار ندارد. مقادیر کم انتقال‌دهنده‌های عصبی احساس موقتی افسردگی را ایجاد می‌کند. اما این فرم متفاوتی از افسردگی بالینی است. در مورد بعضی از افراد، درمان نکردن افسردگی موجب عود می‌شود. آگاهی از نشانه‌های افسردگی و آماده‌بودن برای غلبه بر احساسات مرتبط با آن اهمیت دارد. اگر احساس می‌کنید که نمی‌توانید بر افسردگی خود غلبه کنید یا اگر افسردگی شما برای مدت طولانی ادامه پیدا کرده است، از روان‌شناس یا متخصص بهداشت روانی کمک بگیرید. مشاور شما یا فرد دیگری که در برنامه درمانی شما مشارکت دارد، می‌تواند شما را به متخصص مربوطه ارجاع دهد.

نشانه‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است نشانه افسردگی باشند. **مواردی را که در مورد شما صدق می‌کند، علامت بزنید.**

- ☐ انرژی کم
- ☐ متوقف‌کردن برنامه ورزشی
- ☐ خوردن بیش از اندازه یا نخوردن غذا
- ☐ اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی
- ☐ افکار ناراحت‌کننده
- ☐ احساس خستگی روانی، زودرنجی یا خشم
- ☐ از دست دادن انگیزه به کار یا سرگرمی‌های خود
- ☐ گریه‌کردن در یک دوره زمانی
- ☐ خوابیدن بیش از حد معمول
- ☐ فکر یا اقدام به خودکشی
- ☐ کاهش میل جنسی
- ☐ تشدید فکر نیاز به نوشیدن مشروبات الکلی
- ☐ توقف فعالیت‌های معمول مانند کار، تمیزکردن منزل، خرید خواربار
- ☐ بی‌خوابی
- ☐ شرکت نکردن در جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل

چه نشانه‌های دیگری بیان‌گر افسردگی است؟

.....

.....

در ذیل روش‌های مقابله با افسردگی را ملاحظه می‌کنید:

- صحبت با همسر
- ورزش بیشتر
- صحبت با یک دوست
- برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های جدید
- صحبت با مشاور
- مشورت با پزشک و مصرف دارو

آیا روش‌های دیگری را برای مقابله مؤثر با افسردگی می‌شناسید؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳۰

برنامه‌های ۱۲ گامی

الکلی‌های گمنام (AA) چیست؟

الکلی‌های گمنام (Alcoholics Anonymous) سازمانی جهانی است که در دهه ۱۹۳۰ فعالیت خود را شروع کرد. این سازمان توسط دو مرد الکلی که قادر نبودند از طریق درمان‌های روان‌پزشکی یا دارویی اعتیاد خود را ترک کنند، تأسیس شد. سازمان الکلی‌های گمنام، برای کمک به افرادی که نمی‌خواهند الکل کنترل آن‌ها را در دست داشته باشد، جلسات آزادی را برگزار می‌کند. این جلسات ۷ روز در هفته، صبح‌ها و بعدازظهرها دایر است. این سازمان مطابق با اصول خود به افرادی که به مواد وابسته هستند یا کسانی که از دیگر اختلالات غیر ارادی مانند قماربازی و خوردن بیش از اندازه رنج می‌برند، کمک می‌کند.

آیا جلسات معتادان مشابه جلسات درمانی هستند؟

خیر. در این جلسات گروه‌هایی از افرادی که تحت درمان هستند، شرکت می‌کنند تا به یکدیگر کمک کنند هم‌چنان از مصرف الکل و مواد پرهیز کنند.

آیا ثبت نام یا تعیین وقت ملاقات ضروری است؟

خیر. تنها کافی است که در این جلسات شرکت کنید. می‌توانید از طریق این برنامه درمانی ۱۲ گامی یا تماس تلفنی مستقیم با سازمان معتادان گمنام از زمان و مکان جلسات اطلاع حاصل کنید.

۱۲ گام این برنامه چیست؟

اساس فعالیت گروه‌هایی مانند گروه‌های سازمان معتادان گمنام بر پایه ۱۲ گام استوار است. بر اساس باورها و فعالیت‌هایی که در این قدم‌ها شکل می‌گیرد، برنامه‌ای ساختارمند برای پرهیز تدوین می‌شود. در برنامه ۱۲ گامی و گروه‌های سازمان معتادان گمنام، جنبه‌های عمیق معنوی وجود دارد.

۱۲ گام سازمان معتادان گمنام[1]

۱. ما اقرار کردیم که در برابر اعتیادمان عاجز بودیم و زندگی‌مان غیر قابل اداره شده بود.
۲. ما به این باور رسیدیم که یک نیروی برتر می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.

---

۱. ۱۲ گام با مجوز خدمات جهانی سازمان الکلی‌های گمنام (A.A.W.S) مجدداً چاپ شده‌اند. کسب مجوز برای چاپ مجدد ۱۲ گام به این معنی نیست که A.A.W.S مضامین این نشریه را مورد بازبینی و تأیید قرار داده و یا این‌که با نظراتی که در اینجا بیان شده موافق است. برنامه الکلی‌های گمنام تنها برنامه‌ای برای درمان اعتیاد به مصرف الکل است– استفاده از ۱۲ گام در ارتباط با برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که از الگوی برنامه الکلی‌های گمنام پیروی می‌کنند، بلامانع بوده ولی پرداختن به مشکلات دیگر و در مضامینی غیر از برنامه الکلی‌های گمنام ممنوع است.

۳. ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی‌مان را به مراقبت خداوند، بسپاریم، بدان‌گونه که او را درک می‌کردیم.
۴. ما به شیوه‌ای جست‌وجوگرانه و جسورانه، فهرستی از اخلاقیات خود را تهیه کردیم.
۵. ما ماهیت دقیق خطاهای‌مان را به خداوند، به خود و یک انسان دیگر اقرار کردیم.
۶. ما آمادگی کامل پیدا کردیم که خداوند کلیه نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
۷. ما با فروتنی از خداوند خواستیم که ضعف‌های ما را برطرف کند.
۸. ما فهرستی از تمام کسانی که آن‌ها را آزار داده بودیم، تهیه کردیم و مشتاق بودیم که صدمات آن‌ها را جبران کنیم.
۹. ما در هر زمان ممکن، به‌طور مستقیم صدمات وارده به این افراد را جبران کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان یا دیگران لطمه وارد می‌کرد.
۱۰. ما به تهیه فهرست شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه که در اشتباه بودیم سریعاً به آن اقرار کردیم.
۱۱. ما از راه دعا و مراقبه خواهان ارتقاء رابطه آگاهانه خود با خداوند شدیم، بدان‌گونه که اورا درک می‌کردیم. دعا کردیم که خداوند اراده خود را به ما بنمایاند و به ما قدرتی عطا فرماید که مطابق اراده او عمل کنیم.
۱۲. با بیداری روحانی حاصل از برداشتن این قدم‌ها، کوشیدیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی خود به اجرا در آوریم.

کوکایینی‌های گمنام کدامند؟

دیگر گروه‌های ۱۲ گامی عبارتند از کوکایینی‌های گمنام، کریستالی‌های گمنام، ماری‌جوانایی‌های گمنام، قرصی‌های گمنام، قماربازهای گمنام، پرخورهای گمنام، افراد احساسی گمنام و ... که در کشورهای مختلف جهان جلسه دارند. در ذیل آدرس وب سایت این گروه‌های حمایتی آورده شده است:

- کوکایینی‌های گمنام (CA): www.ca.org
- معتادان گمنام (NA): www.na.org
- ماری□جوانایی‌های گمنام (MA): www.Marijuana-anonymous.org
- قرصی‌های گمنام (PA): groups.msn.com/PillsAnonymous
- قماربازهای گمنام (GA): www.gamblersanonymous.org
- پرخورهای گمنام (OA): www.oa.org
- افراد احساسی گمنام (EA): www.emotionsanonymous.org

روش‌ها و اصول این گروه‌ها مشابه هستند ولی تمرکز اصلی آن‌ها با یکدیگر متفاوت است.

گروه‌های جانبی که از برنامه ۱۲ گامی استفاده می‌کنند عبارتند از آلانان (Al-Anon) و الاتین (Alateen)، فرزندان بزرگسال الکلی‌ها، هم‌وابسته‌های گمنام و فرزندان بزرگسال خانواده‌های نابسامان. در اینجا آدرس‌های وب سایت تعدادی از این گروه‌های حمایتی آورده شده است:

- آلانان و الاتین: www.al-anon.alateen.org
- نارانان: www.naranon.com
- فرزندان بزرگسال الکلی‌ها (ACoA) :www.adultchildren.org
- هم‌وابسته‌های گمنام (CoDA): www.codependents.org

اغلب افراد در بیش از یک گروه شرکت می‌کنند و در جست‌وجوی گروه‌ها یا جلسات مناسبی هستند که مرتبط‌تر و مفیدتر باشد و بیشتر در آن‌ها احساس راحتی کنند.

شیشه‌ای‌ها یا کریستالی‌های گمنام چیست؟

شیشه‌ای‌های گمنام (www.crystalmeth.org). شیشه‌ای‌های گمنام یک گروه ۱۲ گامی است که به افـرادی کـه می‌خواهند اعتیاد به شیشه را ترک کنند، عضویت داده و از آن‌ها پشتیبانی می‌کند. حضور در جلسات شیشه‌ای‌هـای گمنام برای هر کسی که قصد داشته باشد به وابستگی به شیشه پایان دهد، آزاد است. همانند دیگـر برنامـه‌هـای ۱۲ گامی، شیشه‌ای‌های گمنام جنبه معنوی داشته و شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کند تا با کمک حامی، ۱۲ گام را اجرا کنند. شیشه‌ای‌های گمنام از پرهیز کامل از داروهای تجویزنشده حمایت می‌کند.

دست‌آوردهای برنامه ۱۲ گامی کدامند؟

- ایجاد مکانی امن که در طول دوره درمان می‌توان به آن مراجعه کرد.
- مکانی برای ملاقات افرادی که مواد و الکل مصرف نمی‌کنند.
- افزودن عنصر معنوی به درمان
- حمایت عاطفی
- ارتباط با افرادی که برای مدت طولانی از مصرف مواد پرهیز کرده‌اند.
- ایجاد یک شبکه حمایتی جهانی که همیشه در دسترس قرار دارد.

قویاً پیشنهاد می‌شود زمانی که تحت درمان قرار دارید در جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل شرکت کنید. از دیگر مراجعان در انتخاب بهترین جلسه برای خود کمک بگیرید. جلسات متفاوت و متعـددی را امتحـان کنیـد. روش‌هـای اجتماعی، عاطفی و روحانی جلسات ۱۲ گامی را که برای پشتیبانی از درمان شما طراحی شده است، اجرا کنید.

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳۱

نگاه به آینده، مدیریت بی‌حوصلگی

جزایری که در انتظار آن هستید

در یک درمان موفق، بسیاری از عناصر مهم دخیل هستند. ساختار اهمیت دارد. داشتن برنامه اهمیت دارد. تعادل اهمیت دارد. درمان شما زمانی موفق خواهد بود که برای آن سخت تلاش کنید. آیا تصور می‌کنید که علاوه بر تلاش زیاد و ساختار درمان، عنصر دیگری نیز لازم است؟ ممکن است فعالیت‌ها و روش‌های عادی درمان طاقت‌فرسا باشند. آیا احساس می‌کنید که نیاز به هیجان دارید و باید از فعالیت‌های معمول خود کمی فاصله بگیرید؟

دلایل رکود احساسی که در طی درمان تجربه می‌کنید، در ذیل آورده شده است:

- بسیاری از افراد به‌خصوص در ۲ تا ۴ ماه اول درمان احساس می‌کنند که از نظر روانی و جسمی خسته هستند (این دوران به دیوار معروف است).
- به علت مراحل درمان، بدن شما قادر نیست که هیچ احساس قدرتمندی را تجربه کند.
- نسبت به وقتی که مواد مصرف می‌کردید با "تهدیدات کمتری" روبه‌رو هستید.

برنامه‌ریزی برای انجام‌دادن کارهای لذت‌بخش در آینده راهی است که حس انتظار و هیجان را وارد زندگی شما می‌کند. این کار همانند ایجاد جزیره‌ای از آسایش، تفریح و سرگرمی است. انتظارکشیدن برای رسیدن به چنین جزایری باعث می‌شود که آینده خیلی قابل پیش‌بینی و عادی به نظر نیاید. این جزایر موارد خارق‌العاده‌ای نبوده و می‌توانند یکی از موارد ذیل باشند:

- یک سفر ۳ روزه به خارج از شهر در تعطیلات آخر هفته
- یک روز مرخصی از کار
- دیدن یک نمایش‌نامه یا رفتن به یک کنسرت
- حضور در یک رویداد ورزشی
- ملاقات اقوام
- غذاخوردن در خارج از منزل
- ملاقات یک دوست قدیمی
- قرار ملاقات با دوست پسر/دختر

این پاداش‌های کوچک را طوری برنامه‌ریزی کنید که در فواصل مابین آن‌ها، فشار روانی زیادی بر شما وارد نشود و هم‌چنین دچار خستگی جسمی و روانی نشوید.

تعدادی از جزایری را که به عنوان پاداش در نظر گرفته‌اید، فهرست کنید.	تعدادی از جزایری را که در حال حاضر در اختیار دارید، نام ببرید.

کنترل بی‌حوصلگی

مشکل

تحت درمان‌بودن به معنای مسئولانه زندگی‌کردن است. از هوشیاری همیشگی و گارد دفاعی برای عود، خسته می‌شوید. به راحتی انرژی خود را از دست می‌دهید و خسته و بدخلق می‌شوید. زندگی برای‌تان یکنواخت می‌شود، هر روز صبح از تختخواب بلند می‌شوید، به سر کار می‌روید، به خانه برمی‌گردید، بر روی کاناپه دراز می‌کشید، به تختخواب می‌روید و فردا هم مانند امروز دوباره همین کارها را انجام می‌دهید. افرادی که تحت درمان قرار دارند و به این مرحله از خستگی روانی و جسمی می‌رسند، در مقابل عود مصرف بسیار آسیب‌پذیر هستند. زمانی که سطح انرژی شما پایین است، مقاومت در برابر محرک ها و عود مصرف دشوار خواهد بود.

پاسخ قدیمی

مواد و الکل خیلی سریع خستگی روانی و بی‌حوصلگی شما را برطرف می‌کنند. زمانی که بدن و ذهن شدیداً نیاز به سوخت‌گیری دارند، تمام دلایل برای مصرف نکردن مواد به سرعت فراموش می‌شوند.

پاسخ جدید

هر فردی باید تشخیص دهد که با جایگزین‌کردن چه موردی به جای عود می‌تواند تجدید قوا کرده و از فعالیت-های یکنواخت روزانه فاصله گیرد. ممکن است آنچه که در مورد شما مؤثر است برای دیگران بی‌تأثیر باشد. تنها موضوعی که در زمان بی‌حوصلگی شما اهمیت دارد این است که آرامش داشته باشید و با نشاط شوید و این‌که چه فعالیت‌هایی (غیر از مصرف مواد) را در طی این مدت انجام می‌دهید، اهمیتی ندارد. هر چقدر خسته‌تر و مغلوب‌تر باشید، برای هوشیاربودن و متعهدبودن نسبت به درمان انرژی کمتری خواهید داشت.

توجه کنید که هر چند وقت یکبار احساس می‌کنید که تحت فشار روانی قرار دارید یا بی‌حوصله، عصبانی یا از نظر احساسی بسته هستید. این موارد نشانه این است که به زمان استراحت بیشتری نیاز دارید. کدام‌یک از فعالیت‌هایی که در ذیل آمده‌اند، به شما کمک می‌کنند که نشاط خود را دوباره به‌دست آورید؟

- ☐ پیاده‌روی
- ☐ خواندن
- ☐ مراقبه یا یوگا
- ☐ گوش‌کردن به موسیقی
- ☐ بازی با حیوانات خانگی
- ☐ فعالیت در مکان‌های مذهبی
- ☐ صحبت با دوستی که مواد مصرف نمی‌کند
- ☐ رفتن به یک کلاس
- ☐ انجام ورزش‌های گروهی
- ☐ دوچرخه‌سواری
- ☐ نقاشی، طراحی
- ☐ ورزش در سالن ورزشی
- ☐ آشپزی
- ☐ رفتن به جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل
- ☐ رفتن به سینما
- ☐ نوشتن
- ☐ بافتن
- ☐ ماهی‌گیری
- ☐ تهیه آلبوم از بریده جراید
- ☐ نگاه‌کردن به ویترین مغازه‌ها
- ☐ نواختن یک ساز موسیقی

اگر امروز تحت فشار روانی قرار داشته باشید، چه کاری را انجام می‌دهید؛ درحالی که به یاد می‌آورید که در گذشته در چنین اوقاتی می‌گفتید : "واقعاً باید یک نوشیدنی الکلی بنوشم" یا "امروز باید نشئه شوم". در اوقات بی‌حوصلگی خود چه کاری را انجام می‌دهید؟

.....

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳۲

فقط برای امروز

افرادی که تحت درمان قرار دارند به این علت که نمی‌توانند یک روز یا وضعیت مشکل را تحمل کنند، مصرف مجدد مواد را آغاز نمی‌کنند. معمولاً یک روز یا یک رویداد خاص قابل کنترل است. اوضاع وقتی از تحت کنترل خارج می‌شود که شخصی که تحت درمان قرار دارد اجازه می‌دهد، گذشته یا ترس از آینده، زمان حال او را خراب کند.

با سرزنش‌کردن خود در مورد گذشته کنترل کمتری بر وضعیت امروز خود خواهید داشت. با گفتن موارد ذیل، به گذشته خود اجازه می‌دهید که درمان شما را مشکل تر کند.

- "هیچ‌وقت نمی‌توانم کاری را درست انجام دهم. همیشه تمام فرصت‌ها را از دست می‌دهم."
- " همیشه وقتی سعی می‌کنم کار دشواری را انجام دهم، شکست می‌خورم."
- " همیشه دیگران را دلسرد می‌کنم. همیشه همه را ناامید کرده‌ام."

نباید به افکار منفی اجازه دهید به ذهن شما وارد شوند. تکنیک‌های توقف فکر که در مهارت‌های اولیه بهبودی آموخته‌اید (جلسه ۱) به شما کمک می‌کنند تا این افکار منفی را پشت سر بگذارید. ورزش، مراقبه، نوشتن وقایع روزانه نیز به شما کمک می‌کنند تا ذهن خود را متمرکز کرده و بر افکار خود کنترل داشته باشید.

آیا می‌توانید موقعیت اخیری را به خاطر آورید که در آن به گذشته اجازه دادید تا مشکلاتی را برای زمان حال شما ایجاد کند؟

.....

.....

.....

به مواردی که ممکن است در آینده اتفاق بیفتند، اجازه ندهید تا شما را در زمان حال ناامید کنند. می‌توانید از قبل برنامه‌ریزی کنید و آماده باشید، اما در مورد ناشناخته‌ها کار چندانی نمی‌توانید انجام دهید. شما تنها می‌توانید بر وقایعی کنترل داشته باشید که در حال حاضر و امروز اتفاق می‌افتند. با گفتن یکی از موارد ذیل به خود موجب می‌شوید که ترس سراسر وجودتان را در برگیرد:

- "می‌دانم فردا اتفاقی می‌افتد که این خوشی را از بین می‌برد."
- "آن شخص به این علت از من متنفر خواهد شد."
- "هیچ‌وقت نمی‌توانم این وضعیت را جبران کنم."

گفتن چه عباراتی باعث می‌شود که از فردا هراس داشته باشید؟

.....

.....

.....

زمانی که چنین افکاری به ذهن شما وارد می‌شوند، زمان‌هایی را به خاطر آورید که اجازه نداده‌اید رفتار گذشته شما بر آینده‌تان تأثیر بگذارد. به زمان‌هایی فکر کنید که از دنبال‌کردن الگویی قدیمی و مخرب، خود را رها کردید. تماس تلفنی با دوستی که می‌تواند موفقیت شما را به خاطرتان آورد راه مناسبی برای تمرکزکردن بر امروز و رهاکردن افکاری است که ترس از آینده را در شما ایجاد می‌کند.

گفتن چه مواردی به شما کمک می‌کند تا به زمان حال برگردید؟

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود: ۳۳

رؤیاپردازی مصرف مواد در طی دوران درمان

مراحل اولیه بهبودی (شش هفته اول)

مصرف مواد موجب اختلالات خواب می‌شود. با قطع مصرف مواد، افراد اغلب به صورت شدید رؤیاپردازی می‌کنند. این رؤیاها واقعی و ترسناک به نظر می‌رسند و به صورت طبیعی در دوران درمان دیده می‌شوند. شما در قبال مصرف مواد در رؤیاهایتان مسئولیتی ندارید. ورزش‌های مرتب موجب کاهش رؤیاپردازی می‌شود.

مراحل میانی بهبودی (هفته ۷ تا ١٦)

اکثر افراد در این مرحله از درمان کمتر رؤیاپردازی می‌کنند، ولی احساسات شدیدی حاصل از رؤیاهای آنان تا روز بعد نیز ادامه خواهند یافت. باید هوشیار باشید تا در روزهای پس از رؤیاپردازی، گرفتار عود نشوید. اغلب رؤیاهای این دوره، شما را در دوراهی مصرف یا عدم مصرف مواد قرار می‌دهد و بیان‌گر احساس شما نسبت به انتخاب‌هایی است که انجام می‌دهید.

مراحل پایانی بهبودی (هفته ۱۷ تا ٢٤)

رؤیاپردازی در این دوران بسیار اهمیت دارد و می‌تواند به منزله هشداری برای افراد تحت درمان عمل کند. رؤیاپردازی ناگهانی در مورد مصرف مواد یا الکل، به روشنی پیام می‌دهد که مشکلی وجود دارد و شخص رؤیاپرداز، بیشتر از حد معمول نسبت به عود مصرف آسیب‌پذیر است. در این هنگام لازم است که وضعیت خود را بررسی کرده و تمام مشکلات شناسایی شده را برطرف کنید.

در ذیل فهرستی از اعمالی ارائه شده است که بعضی از افراد هنگام مواجه با رؤیاهای شدید و مزاحم انجام می‌دهند. **موارد دیگری را که به شما در این وضعیت کمک می‌کنند به این فهرست اضافه کنید:**

- ورزش
- رفتن به جلسات ۱۲ گامی یا کمک متقابل
- تماس تلفنی با مشاور
- صحبت با دوستان
- اختصاص‌دادن زمانی برای تفریح در فعالیت‌های معمول خود
- موارد دیگر: .....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود انتخابی: الف

بررسی وضعیت مراجعه کننده

نام: تاریخ:

میزان رضایت خود را از زندگی‌تان با درج علامت (√) در قسمت‌های مناسب نشان دهید.

	کاملاً ناراضی	تا حدی ناراضی	بی‌طرف	تا حدی راضی	کاملاً رضایت‌مند
شغل					
دوستان					
خانواده					
روابط عاشقانه					
مصرف مواد/ وسوسه					
مصرف الکل/ وسوسه					
عزت نفس					
سلامت جسمانی					
سلامت روانی					
رضایت از روابط جنسی					
سلامت معنوی					

از زمانی که تحت درمان قرار گرفته‌اید، در کدام‌یک از موارد ذکر شده، رضایت شما بیشتر شده است؟

.....

.....

.....

.....

در کدام‌یک از این موارد رضایت کمتری دارید؟ برای افزایش میزان رضایت خود، چه برنامه‌ای دارید؟

.....

.....

.....

.....

فکر می‌کنید در زمینه‌هایی که رضایت کمتری وجود دارد، چه مواردی باید تغییر کنند؟

.....

.....

.....

.....

جزوه پیش‌گیری از عود انتخابی: ب

فصل تعطیلات و جشن‌های مرتبط با آن برای افراد تحت درمان مشکلاتی را ایجاد می‌کند. در این زمان بسیاری از موارد خطر عود را افزایش می‌دهند. فهرست ذیل را بررسی کرده و در کنار مواردی علامت بزنید که ممکن است در طی تعطیلات مشکلاتی را برای شما و برنامه درمان‌تان ایجاد کنند. سپس با توجه به تعداد علامت‌ها، میزان خطر عود خود را ارزیابی کنید:

- ☐ در دسترس‌بودن مقادیر بیشتری از الکل و مواد در مهمانی‌ها
- ☐ در اختیارنداشتن پول کافی به علت مسافرت یا خرید هدایا
- ☐ فشار روانی بیشتر به علت شلوغی (ترافیک، ازدحام جمعیت و...)
- ☐ متوقف‌شدن روند زندگی عادی
- ☐ توقف ورزش
- ☐ حاضرنشدن در جلسات معتادان گمنام
- ☐ حاضرنشدن در جلسات درمانی
- ☐ فضای مهمانی
- ☐ برقراری ارتباط بیشتر با خانواده
- ☐ شدیدترشدن احساسات با یادآوری خاطرات تعطیلات
- ☐ هیجان بیشتر نسبت به محرک‌ها و وسوسه
- ☐ ناامیدی به علت نداشتن وقت برای انجام مسئولیت‌ها
- ☐ کنارآمدن با موقعیت‌هایی مانند " شب عید"
- ☐ در اختیارداشتن زمان بدون برنامه بیشتر
- ☐ موارد دیگر:

.....

.....

.....

خفیف: اگر یک تا سه مورد را علامت زده باشید، تعطیلات تنها به میزان اندکی خطر عود را افزایش می‌دهد.

متوسط: اگر بین چهار تا شش مورد را علامت زده باشید، تعطیلات فشار روانی زیادی را بر شما تحمیل می‌کند. خطر عود به میزان کنارآمدن شما با فشار روانی بیش از حد بستگی دارد. نمره شما بیان‌گر این است که در دوران تعطیلات به برنامه دقیقی برای ادامه مراحل بهبودی خود نیاز دارید.

شدید: اگر هفت مورد یا بیشتر را علامت زده باشید، تعطیلات فشار روانی زیادی را بر شما تحمیل می‌کند. پیش‌گیری از عود به این معنی است که بدانید چگونه فشار روانی بیشتر را تشخیص دهید و در این دوران خطرناک از خود مراقبت کنید. نمره شما بیان‌گر این است که تعطیلات می‌تواند برای شما دورانی خطرآفرین باشد.

عود مواد برای هیچ‌کس نباید اتفاق بیفتد. هیچ‌کس از عود مصرف منتفع نمی‌شود. در مورد برنامه درمان خود فکر کنید. تعداد جلساتی را که در آن‌ها شرکت می‌کنید، افزایش دهید. برای زمان خود برنامه‌ریزی کنید. مشاور خود را ملاقات کنید. برای عبور موفقیت‌آمیز از این دوره، از همان ابزارهایی کمک بگیرید که به شما کمک کردند در طول دوره درمان، از مصرف مواد پرهیز کنید.

عود مواد برای هیچ‌کس نباید اتفاق بیفتد.

جزوه پیش‌گیری از عود انتخابی: ج

فعالیت‌های تفریحی

علاوه بر پرهیز از مصرف مواد، لازم است که تعدادی فعالیت سرگرم‌کننده و جالب نیز در زندگی خود داشته باشید. مصرف مواد مهم‌ترین کاری بوده است که بسیاری از افرادی که تحت درمان قرار دارند برای دست‌یابی به آرامش و زندگی خوب انجام می‌دادند. اکنون که شما در پرهیز هستید و تحت درمان قرار دارید، لازم است برای پرکردن جای خالی مصرف مواد، فعالیت‌های سرگرم‌کننده‌ای را در برنامه خود در نظر بگیرید. می‌توانید همان فعالیت‌هایی را انجام دهید که قبل از روی‌آوردن به مصرف مواد از انجام آن‌ها لذت می‌بردید.

تعدادی از سرگرمی‌ها و فعالیت‌هایی را نام ببرید که در گذشته از انجام آن‌ها لذت می‌بردید و علاقمند هستید که آن‌ها را مجدداً انجام دهید.

.....

.....

.....

فعالیت‌ها و سرگرمی‌های جدید روش بسیار مناسبی برای پشتیبانی از درمان شما محسوب می‌شود و به شما امکان می‌دهد که افراد جدیدی را ملاقات کنید. حال زمان آن است که به کلاس جدیدی بروید، مهارت جدیدی را فرا بگیرید، فعالیت‌های هنری داشته باشید، ورزش جدیدی را شروع کنید، کارهای داوطلبانه انجام دهید یا این‌که علایق جدید خود را دنبال کنید. از دوستان خود در مورد سرگرمی‌هایی که برای آن‌ها لذت‌بخش است، سؤال کنید. در برنامه‌های تفریحی که در سطح محلی برگزار می‌شوند، شرکت کنید. با استفاده از کتاب یا وب سایت راهنمای محلی، به فهرست فعالیت‌ها و کلاس‌ها دسترسی پیدا کنید. از طریق روزنامه از برنامه سخنرانی‌ها، سینماها، نمایش-نامه‌ها و کنسرت‌ها مطلع شوید.

قصد دارید چه فعالیت‌ها و انگیزه‌های جدیدی را دنبال کنید؟

.....

.....

.....

باید به خاطر داشته باشید که تمام فعالیت‌های جدید در ابتدا سرگرم‌کننده و لذت‌بخش نخواهند بود. مدتی طول می‌کشد تا از فعالیت اخیر واقعاً لذت ببرید و در یک زمینه جدید ماهر شوید. زمانی که شما تحت درمان قرار دارید و در پرهیز هستید، از فعالیت‌های قبلی خود مانند گذشته لذت نمی‌برید. صرف‌نظر از این‌که چه احساسی نسبت به فعالیت‌های جدید و قدیمی خود دارید، لازم است که آن‌ها را به جزیی از زندگی خود تبدیل کنید.

ویرس نقص ایمنی انسانی (HIV) در مصرف‌کنندگان مواد

مصرف مواد، خطر انتقال ایدز/ HIV را افزایش می‌دهد:

- از طریق استفاده مشترک یا دوباره از وسایل تزریق
- از طریق آسیب به قضاوت و تصمیم‌گیری، تمایل به خطرکردن (افزایش رفتار جنسی پرخطر مثل شریک‌های جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم، خودفروشی)
- از طریق اعتیاد و وابستگی (برای مثال، احتمال خطرکردن بیشتر به خاطر ارضای نیاز مربوط به اعتیاد یا وابستگی)

پیش‌گیری و درمان

- تلاش برای پیش‌گیری باید متوجه خطرات انتقال جنسی و نیز خطرات مرتبط با تزریق مواد باشد.
- تلاش‌های پیش‌گیری باید نه تنها افراد، بلکه هم‌چنین زوج‌ها، شبکه‌های خطر، و جامعه بزرگ‌تر مصرف‌کنندگان مواد و شریک‌های جنسی آنان را هدف قرار دهد.
- به‌دلیل رفتارهای اعتیادی و مسایل اجتماعی، اغلب مصرف‌کنندگان مواد، باید **حتماً** هم نیاز به درمان مصرف مواد و **هم** مراقبت HIV **هر دو** را مد نظر قرار داده شود، در غیر این‌صورت هیچ رویکرد درمانی، مؤثر نخواهد بود.

باورهای غلط در خصوص ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

۱. استفاده از سرنگی که در خیابان پیدا کنید اشکالی ندارد.
۲. مرد با داشتن رابطه جنسی با یک زن ایدز نمی‌گیرد.
۳. استفاده مشترک از یک اجاق هم باعث انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) می‌گردد.
۴. می‌توانید با شستن سرنگ‌های مصرف شده با آب، از شر ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) خلاص شوید.
۵. کسی که ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) دارد ولی میزان ویروس در خونش پایین است، نمی‌تواند دیگران را آلوده کند.
۶. اگر هر دو شریک جنسی ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) مثبت باشند، اشکالی ندارد که بدون کاندوم رابطه جنسی داشته باشند.

حقایق ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

۱. مطمئن‌ترین سرنگ برای استفاده، سرنگی است که داخل پوشش باشد و هیچ‌گونه استفاده نشده باشد.
۲. گرفتن سرنگ از داروخانه یا مکان‌های تعویض سرنگ یکی از مطمئن‌ترین راه‌های تهیه سرنگ است.
۳. یک‌بار آب، یک‌بار ماده ضد عفونی، یک‌بار آب راه مؤثری برای تمیزکردن سرنگ‌های استفاده شده است.

۴. مصرف تزریقی مواد یکی از پرخطرترین رفتارهای ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) است.
۵. آب به تنهایی مؤثرترین راه برای تمیزکردن سرنگ نیست. اگر از آب استفاده می‌کنید، باید بلافاصله بعد از استفاده از سرنگ چندین بار آن را با آب بشویید ولی این بهترین روش نیست.
۶. مطمئن ترین راه برای دورانداختن سرنگ قراردادن آن در یک ظرف دربسته محکم است تا کسی نتواند از آن دوباره استفاده کند و در دست و پای کسی هم فرو نرود، یا تحویل سرنگ به یک مکان تعویض سرنگ.
۷. استفاده از کاندوم لاتکس در هنگام رابطه جنسی خطر ابتلا به ویرس نقص ایمنی انسانی (HIV) را کاهش می‌دهد.
۸. ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) از طریق مایعات بدن مانند خون، منی، ترشحات مهبل، و شیر سینه مادر منتقل می‌شود.
۹. کسی که ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) دارد ولی سالم به نظر می‌رسد و خودش نیز احساس سلامت می‌کند هم‌چنان می‌تواند دیگران را آلوده سازد.
۱۰. ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) شکل‌های مختلفی دارد، بنابراین حتی اگر کسی آلوده به آن باشد می‌تواند دوباره آلوده ـ به نوع دیگری ـ شود.
۱۱. زمانی که فرد به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) مبتلا باشد همواره می‌تواند ویروس را به دیگران انتقال دهد، و این ربطی به این‌که چقدر سالم به نظر می‌رسد یا چه‌قدر میزان ویروس در بدنش پایین است، ندارد.

یادداشت

یادداشت

یادداشت

یادداشت

یادداشت

یادداشت

یادداشت