

**راهنمای بالینی اصول مشاوره در  
بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد محرک**

**نویسندگان:**

**دکتر مهرداد افتخار**

**دکتر رضا مهدوی**

**دکتر مینا اسدی**

**دکتر شهربانو قهاری**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

# راهنمای بالینی اصول مشاوره در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد محرک



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی  
درمانی تهران

دکتر مهرداد افتخار

دکتر رضا مهدوی

دکتر مینا اسدی

دکتر شهربانو قهاری



ویرایش:

دکتر شهربانو قهاری



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
الف	مقدمه
۱	ساختار جلسات و روش مشاوره
۲	آموزش درباره رویکرد رفتاری- شناختی به بیمار
۳	تأکید بر تکالیف درمانی
۴	مشکلات همراه اعتیاد (عدم توجه = شکست درمان)
۵	مداخلات درمانی که در طول مراجعات بیمار برگزار می‌شود
۹	جلسات درمانی با هدف افزایش انگیزه برای ترک مواد
۱۰	اهداف
۱۰	دستور جلسه
۱۱	شناسایی علل اصلی مشکلات
۱۲	مراحل تغییر
۱۴	ایجاد انگیزه برای تغییر
۱۵	اجزاء مصاحبه انگیزشی
۱۵	(۱) بازخورد و صحبت در مورد مشکلات
۱۵	(۲) مسئولیت‌پذیری برای ترک
۱۶	(۳) همدلی با بیمار
۱۶	(۴) روش‌های موجود برای ترک
۱۶	(۵) توصیه
۱۷	(۶) توجه به خودکارآمدی بیمار

۱۹	جلسات درمانی در مراحل مقدماتی ترک مواد
۲۰	جلسه اول - توضیح در مورد وسوسه مصرف مجدد مواد و اهمیت برنامه‌ریزی روزانه
۲۰	موضوع جلسه
۲۵	جلسه دوم - آموزش راهکارهای شناختی و رفتاری برای کاهش ولع مصرف مواد
۳۳	جلسه سوم - شناسایی برانگیزاننده‌های (شروع کننده‌ها) بیرونی
۴۰	جلسه چهارم - شناسایی برانگیزاننده‌های درونی
۴۵	جلسه پنجم - مهارت قاطعیت
۵۱	جلسه ششم - آشنایی با تغییرات جسمانی ناشی از ترک
۵۶	جلسه هفتم - مشکلات شایع در طول مراحل اولیه ترک
۶۱	جلسه هشتم - احساس، فکر، عمل
۶۵	جلسات درمانی جلوگیری از عود
۶۶	مقدمه
۶۷	مراحل اصلی در جلسات درمانی جلوگیری از عود
۶۷	مرحله اول - ارزیابی
۶۷	مرحله دوم - افزایش انگیزه و آگاهی
۶۷	مرحله سوم - آموزش مهارت و استراتژی‌های شناختی
۶۸	مرحله چهارم - آموزش استراتژی‌های تعدیل کننده‌ی شیوه‌ی زندگی
۶۹	جلسه اول - جلوگیری از عود
۷۲	جلسه دوم - راهبردهای شناختی
۷۸	جلسه سوم - چالش‌های شناختی
۸۴	جلسه چهارم - تعیین اهداف جدید برای عدم مصرف
۸۷	جلسه پنجم - طبقه‌بندی تجربی موقعیت‌های خطرناک
۸۹	جلسه ششم - احساس بی‌حوصلگی و سرگرم کردن خود
۹۳	جلسه هفتم - احساس گناه و احساس شرم
۹۶	جلسه هشتم - صداقت و اعتماد

- ۹۹ جلسه نهم - دلیل تراشی برای مصرف مجدد - شناسایی عوامل خطر بالقوه
- ۱۰۴ جلسه دهم - عود مجدد و مقابله با آن
- ۱۰۷ شرایط و مشکلات معمول در طول فرایند درمان گروهی
- ۱۰۸ بیماری که زمان زیادی را صرف شرح دادن مصرف مواد می‌کند
- ۱۰۸ بیماری که پیشنهاد غلط و نادرستی برای دیگران مطرح می‌کند
- ۱۰۸ بیماری که نمی‌تواند خود را کنترل کند و یا تحریک‌پذیر است
- ۱۰۹ بیماری که بنظر می‌رسد قبل از شروع جلسه مواد مصرف کرده است
- ۱۱۱ منابع

## به نام خدا

نزدیک به ۲۰ سال است که انستیتو روانپزشکی تهران با آگاهی از بحران اعتیاد و سوء مصرف مواد، آنچه را در توان داشته است در جهت برنامه‌ریزی اجرایی، پژوهشی و آموزشی، به اجرا در آورده است. که در این باره می‌توان به تهیه متون آموزشی برای بهورزان، کارشناسان، پزشکان و دیگر کارکنان تخصصی اشاره نمود. اینک امیدواریم با انتشار این کتاب که با راه‌اندازی برنامه تخصصی و ساختارمند آموزش دستیاران روانپزشکی همزمان شده‌است، خدمت جدیدی را که جای آن در ارایه برنامه آموزشی دستیاران و خدمات درمانی و آموزش تخصصی در کشور خالی است به جامعه دلسوز درمانگران کشور و به مصرف‌کنندگان مواد و خانواده‌هایشان تقدیم کنیم.

این کتاب چند ویژگی مهم دارد که دانستن آنها می‌تواند درمانگران را از ابتدا به بهره‌گیری مسئولانه از آن تشویق نماید:

۱. با روشی، ساده، شیوا، کاربردی، قدم به قدم، مبتنی بر شواهد و بر اساس تجارب موفق موجود، راهنمای بالینی که به موضوعی بسیار پیچیده (اعتیاد و مصرف مواد) می‌پردازد را در اختیار درمانگران قرار می‌دهد که نمونه آن را در جای دیگر در کشور نمی‌توان یافت.

۲. این کتاب قابلیت به کارگیری در درمان فردی و گروهی و خانواده درمانی است که به نظر من ورود به مداخلات درمانی و توانبخشی درحوزه‌ی مصرف مواد بدون به کارگیری این روش‌ها بی‌اثر است. پس جای بسی خوشحالی و امیدواری است که هر درمانگری که این کتاب را برای راهنمای درمان انتخاب کند امید موفقیت وی در درمان مراجعین به فراوانی افزایش یافته یا حداقل در لیست درمانگران غافل از نقش پویایی گروهی قرار نمی‌گیرد.

۳. نکته پایانی اشاره به فاجعه‌ی شیوع بی‌رویه و فراوان مصرف مواد محرک،

صناعی، و ترکیبات آفتامین به دلیل عملکرد نادرست برنامه‌ریزان کلان در کشور است که در کار بالینی نیازمند اصول، تکنیک، و هنری متفاوت در مداخله است و اینک هر سه آن در این کتاب خلاصه شده است.

امیدوارم هم نویسندگان انسان دوست، دانشمند و پربار این کتاب، و هم آقایان دکتر عباسعلی ناصحی و دکتر علی نیکفرجام حامیان اصلی مالی و اجرایی تهیه این کتاب، همچنین آقای دکتر فرزاد قضایی‌پور که زحمت اجرایی چاپ کتاب را پذیرفته‌اند و سرکار خانم مژگان تابان که در ویرایش ادبی این کتاب ما را یاری کردند، در زندگی موفق باشند و حامیان همیشگی درمان سوء مصرف مواد باقی بمانند.

**دکتر جعفر بوالهری**

رئیس انستیتو روانپزشکی تهران

## ساختار جلسات و روش مشاوره

مشاوره رفتاری- شناختی را می‌توان برای ترک مواد، به صورت فردی یا گروهی برگزار کرد. این کتاب به منظور یک راهنما برای مشاوره با رویکرد رفتاری- شناختی تدوین شده است. برای سهولت در گفتار، سرفصل‌های این کتاب به تفکیک گروه درمانی یا مشاوره‌ی فردی توضیح داده نشده است اما برای هر دو روش کاربردی و قابل استفاده است. در عین حال جلسات گروهی این مزیت را دارد که فرصتی را برای بیماران فراهم می‌کند تا در مورد مشکلات ناشی از مواد با هم به بحث و تبادل نظر بپردازند و از تجربیات یکدیگر بیاموزند و به هم آموزش دهند. آن‌ها می‌توانند برای مسائل اعضای دیگر گروه، راه‌حل‌هایی ارائه دهند و در این فرآیند خود نیز راه‌کاری برای مشکلشان بیابند. البته مواردی هم پیش می‌آید که بیماران مطالب نادرستی را در گروه بیان کنند، در اینجا درمانگر به عنوان هدایت‌گر گروه، باید موارد اشتباه را اصلاح کند. در صورتی که فرد جدیدی به گروه اضافه شود در ابتدای جلسه فرصت کوتاهی برای معرفی به او داده می‌شود و بعد از آن درمانگر صرف نظر از اینکه کدام جلسه را برگزار می‌کند، باید در مورد روش و اهمیت برنامه‌ریزی روزانه و همچنین ثبت پیشرفت‌های روزانه توضیح دهد. سپس رویکرد درمانی و شیوه کار خود را شرح دهد و فرصت کافی برای پرسش و اظهار نظر، در اختیار مراجع قرار دهد. تمام بیماران باید در فواصل بین جلسات برای فعالیت‌های روزانه برنامه‌ریزی دقیق داشته باشند و در هر جلسه درباره‌ی آن بحث کنند.

بهتر است تعداد اعضای گروه ۶ تا ۱۰ نفر و مدت زمان هر جلسه‌ی گروهی ۵۰ دقیقه باشد. توصیه بر این است که جلسات دوبار در هفته و با ساختار جلسات درمانی مطابق با رویکرد رفتاری- شناختی برگزار شوند. برای بیماران توضیح دهید که قرار است چند جلسه در هفته آن‌ها را ببینید و هر جلسه چقدر طول می‌کشد.

پیشنهاد می‌شود که بیماران در ابتدای مراحل درمان، خارج از جلسات درمانی فعالیت مشترک و یا ملاقاتی با یکدیگر نداشته باشند. بهتر است در انتهای هر جلسه، به

افرادی که تعداد جلسات بیشتری را گذرانده‌اند فرصتی داده شود تا در مورد پیشرفت‌هایی که به واسطه جلسات درمانی داشته‌اند صحبت کنند.

بک (۱۹۹۵) ساختار مشخصی را برای جلسات درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی پیشنهاد کرده است که برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی قابل اجرا است. براساس این چارچوب، هر جلسه با سنجش و بررسی خلق و مصرف مواد آغاز می‌شود و با ارائه بازخورد و جمع‌بندی نهایی پایان می‌پذیرد. در فاصله بین این دو، مروری بر تکالیف جلسه قبل خواهند داشت، دستور جلسه فعلی و تکالیف جلسه‌ی آتی نیز مطرح می‌گردد.

درمانگر در ابتدای هر جلسه باید:

- ۱ - مرور اجمالی بر ساختار کلی جلسه و مطالب مورد بحث داشته باشد؛
- ۲ - به بیماران فرصت کافی برای بحث و اظهار نظر بدهد؛
- ۳ - از آن‌ها بخواهد درباره دستاوردهای درمانی خود صحبت کنند.

در این کتاب نیز از این روش استفاده شده است و بعضی از موارد مانند شروع جلسه با سنجش خلق و بررسی تکالیف و پایان جلسه با ارائه تکالیف و بازخورد، در هر جلسه تکرار می‌شود که به دلیل اهمیت موضوع و چارچوب درمان است. البته باید توجه کرد که بعضی از تکالیف صرف‌نظر از نوع و شماره‌ی جلسه باید تکرار شود و بعضی دیگر برای هر جلسه به تفکیک کاربرد دارد که در ادامه توضیح داده می‌شود و یا در مورد سنجش و بررسی خلق هم همین‌طور، در هر جلسه توسط درمانگر انجام می‌شود اما باید به تغییر خلق بیمار در طول فرآیند درمان توجه داشت. به عنوان مثال در جلسات اول انتظار می‌رود بیمار بیشتر پرخاشگر و یا مضطرب باشد اما با گذشت چند جلسه و ادامه‌ی درمان خلق افسرده در بیمار غالب می‌شود.

### **آموزش درباره رویکرد رفتاری - شناختی به بیمار**

بیماران باید با رویکرد درمانی رفتاری - شناختی، جزئیات مربوط به اهداف درمانی و

راهنمادهای آن آشنا شوند. لازم است افراد به نقش پررنگ خود و مسئولیتی که در درمان بر دوش خود آنان است آگاه شوند و بدانند که درمان به صورت مشارکتی انجام خواهد شد. انتظارات نادرست بیماران از درمان باید شناسایی و اصلاح شود. بدیهی است انتظارات غیرواقع بینانه (مانند: «این درمانگر است که باید مرا از شر اعتیاد رها کند»، «اگر همه تلاش خود را به کار گیرم، همین امروز می‌توانم مواد را کنار بگذارم» و...) مانع بزرگی برای درمان به شمار می‌روند و بدون تغییر این انتظارات نادرست امکان دستیابی به اهداف درمانی وجود نخواهد داشت.

با سوال زیر می‌توان به انتظار بیمار از درمان پی برد:

- «انتظار شما از درمان چیست؟»

- «از درمان چه می‌خواهید؟»

در طول جلسات درمان متوجه خواهید شد بیماران تا چه اندازه مسئولیت مصرف مواد را می‌پذیرند. در صورتی که بیمار دست به فرافکنی می‌زند و فرد دیگری را در مشکل خود مقصر می‌داند، او را با این موضوع مواجه سازید و برایش روشن کنید تا زمانی که مسئولیت تصمیم و رفتارش را به عهده نگیرد، امکان تغییر وجود ندارد.

### **تأکید بر تکالیف درمانی**

از آن جایی که تکالیف درمانی جایگاه ویژه‌ای در درمان‌های رفتاری-شناختی دارند، لازم است در این باره با بیماران صحبت کنید و اهمیت آن را پررنگ نمایید. اخذ بازخورد از بیماران در رابطه با تکالیف درمانی به شما کمک می‌کند تا به نگرش آنان نسبت به تکالیف پی ببرید. در صورت مشاهده نگرش منفی، باید دلایل آن را بررسی کرد و باورهای منفی را به چالش کشید. زیرا شما از همان جلسه اول باید به بیماران تکالیفی دهید تا در فاصله بین جلسات آن‌ها را انجام دهند. اولین تکالیف معمولاً مطالعه برگه‌های اطلاعاتی یا منابعی هستند که در اختیار بیماران قرار می‌دهید و یا به

آن‌ها معرفی می‌کنید. اما از جلسه دوم به بعد خود بازننگری<sup>1</sup> روزانه، عمده‌ترین تکلیفی است که در هر جلسه به بیماران داده می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در فاصله بین جلسات آن‌ها را انجام دهند و نتایج آن را به شما ارائه دهند.

### **مشکلات همراه اعتیاد (عدم توجه = شکست درمان)**

در ارزیابی اولیه بهتر است مراجعه‌کننده از نظر اختلالات و مسائل دیگری که ممکن است همراه با اعتیاد به مصرف مواد داشته است مورد بررسی قرار گیرد. در بسیاری از موارد مشکلات زمینه‌ای و رفتاری وجود دارد که فرد به جای یافتن راه‌حل مناسب و برطرف کردن آنها به مصرف مواد روی آورده‌است.

آیا مراجعه‌کننده در شرح حال گذشته خود و قبل از اعتیاد مشکلات اعصاب و روان خاصی را داشته است؟

دوره یا دوره‌های طولانی اضطراب شدید و بدون علت خارجی، دوره‌هایی از افسردگی، نقص در روابط بین فردی، انواع مشکلات شخصیتی و یا حتی مشکل در روابط زناشویی از جمله عوامل شایعی هستند که می‌تواند احتمال مصرف مواد را بالا ببرد و در صورت وجود این عوامل قبل از شروع مراحل ترک مواد باید به درستی شناسایی شوند و تحت درمان‌های دارویی و یا مشاوره قرار گیرند. در غیراین صورت مراجعه‌کننده نمی‌تواند مصرف مواد را کنار بگذارد و احتمالاً دوره‌های متعدد عود در شرح حال او مشاهده می‌شود. در بسیاری از موارد ممکن است این مسائل بعد از مصرف مواد شروع شده باشند و با کنار گذاشتن مواد برخی از آنها مانند اضطراب و یا افسردگی و یا مشکلات بین فردی برای مدتی تشدید شوند و باعث مصرف مجدد مواد در فرد بشوند که بهتر است در کنار جلسات ترک و یا حتی قبل از آن مراجعه‌کننده برای این اختلالات همراه بصورت جداگانه تحت درمان قرار گیرد.

مشکلات جسمی و بیماری‌هایی (مانند هپاتیت، بیماری‌های مقاربتی و ..) نیز باید

---

<sup>1</sup> self- monitoring

مورد توجه قرار گیرند. برای این منظور، لازم است بیماران را برای آزمایش‌های تکمیلی ارجاع دهید.

**جنسیت:** در بسیاری از فرهنگ‌ها بروز اعتیاد در زنان واکنش منفی شدیدتری را از سوی اطرافیان به همراه دارد. به عبارتی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از مردان مورد سرزنش قرار می‌گیرند، تحقیر و یا طرد می‌شوند. به علاوه، مسئولیت‌های مهم زنان (مانند نقش مادری یا زناشویی) ممکن است مانع از این شود که آنها بخواهند به موقع برای درمان اقدام کنند. همچنین مراکز درمانی اعتیاد اغلب مملو از مراجعان مرد است و زنان در بین جمعیت مردان مبتلا به سوء مصرف مواد احساس راحتی نمی‌کنند و نگران انگشت نما شدن هستند. از آن جایی که احتمال بارداری زنان مبتلا به سوء مصرف مواد وجود دارد، لزوم توجه و حمایت همه جانبه از این گروه بیشتر می‌شود.

**خانواده:** خانواده‌ها در درمان اعتیاد جایگاه مهمی دارند آن‌ها می‌توانند:

- ۱ - اطلاعات دقیقی از چگونگی مصرف و برانگیزاننده‌ها ارائه دهند؛
- ۲ - در انجام تکالیف درمانی با بیمار مشارکت داشته باشند؛
- ۳ - در فرآیند درمان از بیمار حمایت به عمل آورند؛
- ۴ - همچنین با شما نیز همکاری کنند.

بنابراین، خانواده‌ها را از قلم نیندازید و با آن‌ها ملاقات کنید. در ملاقات با خانواده‌ها در مورد روش‌های درمانی و نقش پررنگ آن‌ها در موفقیت بیماران صحبت کنید، به سوالات آن‌ها پاسخ دهید و امکان اظهار نظر را برایشان فراهم نمایید. در صورت تمایل بیمار، خانواده‌ها می‌توانند در برخی جلسات درمانی نیز شرکت کنند.

### **مداخلات درمانی که در طول مراجعات بیمار برگزار می‌شود**

جلساتی که در طول درمان بیمار برگزار می‌شود به سه دسته کلی تقسیم می‌شود:

#### **(۱) جلسات درمانی با هدف افزایش انگیزه برای ترک مواد**

این نوع مداخلات مربوط به بیمارانی است که هنوز تصمیم قاطعی برای ترک مواد

نگرفته‌اند و ممکن است به دلایل دیگری (به غیر از ترک مواد) برای درمان اقدام کرده باشند. راهبردهای رفتاری و فنون رفتاری - شناختی برای تقویت انگیزه این دست از بیماران مفید است. اهداف دیگر این مداخلات عبارتند از:

- بررسی میزان مصرف مواد و چگونگی تغییرات خلقی بیمار
- کاهش خطرات ناشی از مصرف با ارائه آموزش
- شفاف‌سازی برانگیزاننده‌ها و عوامل اصلی اعتیاد بیمار
- ایجاد و تقویت انگیزه برای ترک

## **(۲) جلسات درمانی در مراحل مقدماتی ترک مواد**

درمانگر به منظور درمان و پیشگیری سوء مصرف مواد، به آموزش راهبردهای رفتاری - شناختی می‌پردازد و در رابطه با مشکلات شایعی که ممکن است در روند درمان پیش آید با بیمار صحبت می‌کند. راهبردهای شناختی برای مقابله با خطاهای شناختی نیز در این مرحله آموزش داده می‌شوند. اهداف درمانی در این مرحله از درمان عبارتند از:

- توقف چرخه جستجوی مصرف مواد؛
- شناسایی شروع‌کننده‌های بیرونی و درونی و مقابله با آنها؛
- مقابله با ولع و تغییرات جسمی در طول دوره‌ی ترک؛
- شناسایی خطاهای شناختی و مقابله با آن؛
- تقویت و نظام مقابله‌ای بیمار با آموزش مهارت‌ها.

## **(۳) جلسات درمانی با راهبردهای پیشگیری از عود**

یکی از خطرانی که افراد وابسته به مواد را تهدید می‌کند این است که آن‌ها پس از درمان دچار لغزش و بازگشت شوند. برای پیشگیری از این مورد، در مرحله نهایی درمان مداخلاتی برای پیشگیری از عود به کار گرفته می‌شود. راهبردهای شناختی،

رفتاری و آموزش مهارت‌ها با هدف توان‌مندسازی بیماران برای پیشگیری از بازگشت و مقابله موثر با لغزش جز این دسته هستند. برای دستیابی به این هدف، توجه به موارد زیر ضروری است:

- مقابله موثر با برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی؛
- اجتناب و در صورت لزوم برخورد مناسب با موقعیت‌های پرخطر؛
- تغییر نگرش و دیدگاه بیمار نسبت به لغزش یا بازگشت؛
- درخواست از بیمار برای پرداختن به فعالیت‌های لذت بخش؛
- تبیین احساس گناه به عنوان یک عامل خطر؛
- انتخاب اهداف متناسب و سرگرم نگهداشتن خود؛
- شروع و تداوم روابط با افراد پاک.



# جلسات درمانی با هدف افزایش انگیزه برای ترک مواد

## اهداف

- ایجاد رابطه درمانی
- شناساندن علل اصلی مشکلات به بیمار
- شناسایی مراحل تغییر
- ایجاد انگیزه برای ترک مواد



کلید شروع درمان کجاست؟ شاید یکی از مهم‌ترین قسمت‌های درمان راضی کردن بیمار برای شروع ترک باشد. مصرف مواد برای بیماران مشکلاتی را ایجاد می‌کند که گاهی خود بیمار متوجه آنها نیست و یا آنها را انکار می‌کند و در نتیجه انگیزه لازم برای ترک را ندارد.

## دستور جلسه

آماده ساختن بیماران برای ترک مواد، جز با ایجاد یا تقویت بینش فرد، نسبت به نقش مهم مواد در بروز مشکلات و یا تشدید آنها میسر نمی‌شود. اغلب کسانی که مواد مصرف می‌کنند، از تأثیر مصرف مواد در ایجاد مشکلات خود آگاه نیستند و یا آن را انکار می‌کنند، در نتیجه انگیزه چندانی برای ترک ندارند. در این مرحله، یکی از وظایف درمانگر تقویت انگیزه بیماران به منظور ترک مواد است.

درمانگر به کمک فنونی مانند کاوش و تبیین، به روشن‌سازی می‌پردازد و بیماران را با این موضوع مواجه می‌سازد که مواد علت بروز بسیاری از مشکلات و تشدید آنها است. برای توضیح بیشتر به مصاحبه‌ی زیر توجه نمایید:

- درمانگر: چند وقت است که مواد مصرف می‌کنی؟

- بیمار: ۳ سال.

- درمانگر: در طول این ۳ سال با چه مشکلاتی مواجه بوده‌ای؟

- بیمار: مواد احساس خوبی به من می‌دهد ولی در عوض با مشکلاتی همراه است.

- درمانگر: چه مشکلاتی؟

- بیمار: بخشی از درآمد صرف مواد می‌شود و به همین خاطر همیشه با همسر مشکل دارم.

- درمانگر: یعنی این مشکلات ناشی از مواد هستند؟

- بیمار: شاید.

- درمانگر: مطمئن نیستی؟

- بیمار: در مورد مشکلات مالی چرا، ولی به نظرم اختلاف همسر با من چندان با مواد ربطی ندارد!

- درمانگر: آیا قبل از مصرف مواد با همسرت مشکل داشتی؟

- بیمار: خیر.

- درمانگر: خوب، پس ممکن است بین مصرف مواد و مسائل زناشویی شما ارتباطی وجود داشته باشد.

- بیمار: بله به نظرم این طور است.

همان طور که ملاحظه می‌کنید، درمانگر به کمک فنون کاوش و روشن سازی بیمار را متوجه نقش و اهمیت مواد بر زندگیش نمود و از فن تبیین برای جلب توجه بیمار به رابطه بین مشکلات زناشویی و مصرف مواد اشاره کرد.

### **شناسایی علل اصلی مشکلات**

بسیاری از بیماران بعد از مصرف مواد محرک دچار سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس و افزایش انرژی می‌شوند و به خاطر همین اثرات مثبت کوتاه مدت، خیلی از آنها طالب درمان نیستند. بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد ممکن است بدون تصمیم برای ترک و با شکایاتی مانند بی‌خوابی، اضطراب، عصبانیت و یا مشکلات جنسی مراجعه کنند. آنها ممکن است توسط خانواده و به اجبار برای ویزیت آورده شده باشند و یا به

دنبال بروز مشکل اضطرابی (مانند آپاندیسیت و...) به اورژانس آمده باشند در این موارد ضمن توجه به شکایت اصلی بیمار می‌توانید میزان بینش بیمار نسبت به مشکلاتش را ارزیابی کنید و انگیزه‌ی ترک مواد را در وی تقویت نمایید.

برای مصاحبه با چنین بیمارانی بهتر است:

از اثرات مثبت ناشی از مصرف مواد شروع کنید. در ادامه از بیمار پرسید که «آیا مصرف مواد باعث بروز مشکلاتی هم در زندگی روزمره‌ی او شده‌است؟ و آیا این مشکلات همزمان با شروع مصرف مواد بوده‌است؟ یا خیر». به علاوه می‌توانید در مورد مشکلات مالی و یا قانونی احتمالی از بیمار سوال کنید و وجود رابطه بین این مشکلات با مصرف مواد را پررنگ نمایید. از بیمار سوال کنید «آیا در صورت مصرف نکردن مواد برای چند روز متوجه تغییر خاصی می‌شود؟» بسیاری از بیماران وابسته به آمفتامین فکر می‌کنند مواد محرک بر خلاف موادی مانند تریاک باعث ایجاد اعتیاد نمی‌شود، سعی کنید بیمار را با علائم ناشی از ترک که نشانه وابسته شدن به مواد است، آشنا کنید. در مورد مشکلات بین فردی ناشی از مصرف مواد از بیمار سوال کنید:

از زمانی که مصرف مواد را شروع کرده‌اید، در رابطه شما با اطرافیان چه تغییراتی رخ داده‌است؟

در بیمارانی که هنوز تصمیم قطعی برای ترک نگرفته‌اند می‌توان در مورد خطراتی مانند بیماری‌های قابل انتقال از طریق سرنگ مشترک و یا بیماری‌های مقاربتی (مانند ایدز و هپاتیت) و روش‌های جلوگیری از ابتلا به این بیماری‌ها را توضیح داد و تا حد ممکن از خطرات احتمالی پیشگیری کرد.

## مراحل تغییر

مدل موجود برای مراحل تغییر از پروچاسکا<sup>۱</sup> و دی کلمنت<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) است. در این

---

<sup>۱</sup>- Prochaska

<sup>۲</sup>- Diclemente

مدل، افراد بر حسب آمادگی برای تغییر متفاوت از هم هستند. از نظر آن‌ها این آمادگی به ترتیب در ۶ مرحله مجزا طبقه‌بندی می‌شوند. این مراحل عبارتند از:

- ۱ - پیش از قصد<sup>۱</sup>
- ۲ - قصد<sup>۲</sup>
- ۳ - عزم<sup>۳</sup> یا آمادگی<sup>۴</sup>
- ۴ - عمل<sup>۵</sup>
- ۵ - نگهداری<sup>۶</sup> یا حفظ
- ۶ - عود<sup>۷</sup>

وضعیت افراد با توجه به اینکه در کدام مرحله قرار دارند، متفاوت است. تشخیص اینکه بیماران در چه مرحله‌ای هستند، به درمانگر کمک می‌کند تا راهبردهای مناسبی را به منظور آمادگی برای ترک به کار گیرد و کمک کند تا مراحل اولیه را پشت سر بگذارند و وارد مرحله عمل شوند.

فردی که در مرحله پیش از قصد قرار می‌گیرد به هیچ وجه قصد تغییر الگوهای مصرف خود را ندارد. اما فردی که در مرحله عمل قرار دارد، ممکن است با پای خود به درمان مراجعه کند، راهبردها و فنون درمانی را با علاقه به کار گیرد و برای ترک مواد تلاش کند.

همچنین توجه به مراحل تغییر به درمانگران کمک می‌کند تا به ناهماهنگی و عدم تجانس بین خود و بیمار پی ببرند. به این ترتیب آن‌ها متوجه می‌شوند که تا چه اندازه از بیمار جلو هستند. لازم به ذکر است که درمانگران اغلب از لحاظ ذهنی در مرحله «عمل» هستند در حالی که درمان جویان ممکن است هنگام مراجعه به درمانگر در مرحله قصد و

---

1- Pre- contemplation

2- contemplation

3- termination

4- reparation

5- ction

6- aintenance

7- elapse

حتی مرحله پیش از قصد قرار داشته باشند. بی توجهی به این دوگانگی سبب می شود که درمانگر به قصد متقاعد ساختن درمان جو ناخواسته وی را به سمت دفاعی شدن یا دو سو گرای سوق دهد که چنین موردی با فرآیند درمانی در تضاد است.

### ایجاد انگیزه برای تغییر

ناهماهنگی موجود ایجاب می کند که درمانگر به مصاحبه انگیزشی بپردازد. هدف درمانگر این است که بیماران مراحل تغییر را طی کنند و به هدف اصلی درمان که همان ترک است، دست یابند.

مصاحبه انگیزشی ابزاری است که درمانگر به کمک آن دو بخش از ذهن بیمار را به چالش می کشد. بخش بیمار یا معتاد و بخش منطقی که مایل به ترک است و بیمار را به درمان کشانده است. هدف درمانگر تقویت همین بخش است.



چالش بین دو بخش ابتدا بیرونی است. در اینجا درمانگر می تواند در بخش منطقی ایفای نقش داشته باشد و بیمار نقش بخش هیجانی یا معتاد را بازی کند و با هم به بحث درباره دلایل ترک بپردازند. در مرحله بعدی

درمانگر از بیمار می خواهد خود به تنهایی این کار را انجام دهد یعنی هم از طرف بخش هیجانی یا معتاد و هم از طرف بخش منطقی حرف بزند. بخش هایی که سعی در متقاعد کردن یکدیگر دارند. برای این کار می توان از دو مشت استفاده کرد (اوکان، ۲۰۰۲). از بیمار بخواهید دست های خود را مشت کند و روبروی هم بالا بیاورد، مشت راست به جای بخش منطقی و سالم و مشت چپ به جای بخش معتاد با هم به بحث و چالش کلامی بپردازند تا هر کدام بتوانند، یکدیگر را قانع کنند. بعد از این مراحل می توان مصاحبه ی انگیزشی را آغاز نمود.

## اجزاء مصاحبه انگیزشی<sup>۱</sup>

بازخورد<sup>۲</sup>، مسئولیت‌پذیری<sup>۳</sup>، همدلی<sup>۴</sup>، شیوه‌های موجود برای ترک<sup>۵</sup>، توصیه<sup>۶</sup> و خود کارآمدی<sup>۷</sup>.

### ۱) باز خورد و صحبت در مورد مشکلات

در مورد مشکلات ناشی از مصرف مواد با بیمار صحبت کنید. بسیاری از بیماران و بخصوص بیمارانی که از مواد محرک استفاده می‌کنند سعی در انکار مشکلات ناشی از مصرف دارند. یا مشکلات روزمره‌ای که تحت تأثیر مصرف مواد برای آنها ایجاد می‌شود را نمی‌بینند و به روش‌های گوناگون سعی در توجیه مشکلات دارند. این مشکلات می‌تواند بصورت مشکلات رفتاری، عصبانیت و تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، اضطراب، مشکلات کاری و... باشد. بهتر است از سوالات باز در این قسمت استفاده شود. یکی از روش‌هایی که در طول مصاحبه می‌تواند فرد را متوجه عوامل زمینه ساز و تشدیدکننده مشکلات سازد مشخص کردن رابطه زمانی بین شروع مصرف مواد و بروز مشکلات بیمار می‌باشد.

- مشکلات شما قبل از مصرف بوجود آمده یا بعد از مصرف؟

- از وقتی مصرف مواد را شروع کردید چه مشکلاتی پیدا کردید؟

### ۲) مسئولیت‌پذیری برای ترک

این نکته باید مشخص شود که مسئولیت ترک مواد فقط و فقط به عهده خود بیمار است و درمانگر تنها در صورتی که بیمار بخواهد، می‌تواند به او کمک کند. این یکی از قسمت‌های مهم مصاحبه انگیزشی است. بیماران در بسیاری از موارد بصورت

---

<sup>1</sup>- Motivational interview

<sup>2</sup>-Feedback

<sup>3</sup>- Responsibility

<sup>4</sup>- Empathy

<sup>5</sup>- Men

<sup>6</sup>- Advice

<sup>7</sup>- Self sufficiency

غیرمستقیم سعی دارند مسئولیت ترک مواد را به درمانگر خود محول کنند. بسیاری از درمانگران برای جلب نظر بیمار در شروع فرآیند ترک از روش‌های دارویی و غیردارویی جدیدی که در اختیار دارند، نام می‌برند به این ترتیب بیمار احساس می‌کند که درمانگر به کمک عصای جادویی دارو، معجزه می‌کند، بهتر است در کنار توضیح در مورد روش‌های درمانی این نکته را نیز یادآور شوید که تصمیم بیمار برای ترک و پذیرفتن مسئولیت به عهده خودش است و درمانگر فقط همراه و راهنما می‌باشد. در غیراینصورت، بیمار در صورت مصرف مجدد مواد، به جای بررسی عوامل و برانگیزاننده‌های مصرف مجدد، درمانگر و روش درمانی او را زیر سوال خواهد برد.

### **(۳) همدلی با بیمار**

شاید رمز موفقیت مصاحبه انگیزشی همدلی با بیمار باشد. باید به این نکته توجه شود که بیمار در کنار عوارض ناشی از مصرف مواد، به فواید هرچند کوتاه مدت دست می‌یابد و ممکن است این موارد را در جلسه درمان مطرح کند. از همدلی با بیمار در مواردی که از مزایا یا زیان‌های مصرف مواد صحبت می‌کند، ممانعت نکنید. حتی هنگامی که بیمار از لذت‌های مصرف مواد و یا سخت‌گیری‌های خانواده سخن می‌گوید. به کار بردن عباراتی چون «می‌فهمم و یا درک می‌کنم» برای بیمار کمک‌کننده است.

### **(۴) روش‌های موجود برای ترک**

در این قسمت در مورد روش‌های مختلف دارویی و غیردارویی و مزایا و معایب هریک از آنها با بیمار صحبت می‌شود و در نهایت مسئولیت انتخاب روش ترک به عهده بیمار گذاشته می‌شود. در مورد روش‌های مختلف دارویی، غیردارویی و یا ترکیبی از آنها باید اطلاعات کافی به بیمار داده شود.

### **(۵) توصیه**

معمولاً در انتهای جلسه درمانی درمانگر می‌تواند بصورت خلاصه و روشن به بیمار گوشزد کند که باید رفتارهای پرخطر را کنار بگذارد. برای این کار از بیمار بخواهید،

سود و زیان حاصل از مصرف را فهرست کند. بدیهی است که باید از نصیحت بیمار در طی مصاحبه اجتناب کنید، زیرا اطرافیان (مانند والدین، همسر و دوستان) به اندازه کافی این نقش را ایفا می‌کنند.

### **۶) توجه به خودکار آمدی بیمار**

بسیاری از بیماران سابقه اقدام‌های مکرر ترک و بازگشت به مواد را دارند. این سابقه شکست‌های مکرر سبب می‌شود تا بیمار خود را در کنار گذاشتن مواد، ناتوان ببیند. در این موارد لازم است از امید دادن بیهوده پرهیز شود، اما به بیمار اطلاعات صحیحی در باره احتمال ترک داده شود و همسو با آن به این موضوع اشاره شود که لغزش و عود در فرآیند ترک مواد پدیده‌ای طبیعی می‌باشد.

**توجه !!**

**از مجادله با بیمار در طول جلسات خودداری کنید.**

لازم نیست در ابتدای روند درمان به اشتباهات بیمار اشاره کنید. برای مثال اگر بیماری مقدار مصرف خود را کمتر از مقدار واقعی ذکر کرده است نباید با وی درباره میزان مصرف به بحث پردازید این کار باعث افزایش مقاومت بیمار می‌شود و به این ترتیب جلسه‌ی درمانی به صحنه کشمکش بین بیمار و درمانگر تبدیل می‌شود.

**به بیمار فرصت بدهید:** الزاماً پایان جلسه مصاحبه انگیزشی به معنای پذیرش یا رضایت بیمار برای اقدام به ترک نیست و ممکن است بیمار بعد از مدتی به شما مراجعه کند و یا هرگز مراجعه نکند.

### **خلاصه نهایی و بازخورد**

از بیمار بخواهید جلسه را خلاصه کند. در مورد ساختار جلسه و شیوه درمانی از بیمار بازخورد بگیرید.



# جلسات درمانی در مراحل مقدماتی ترک مواد

## **جلسه اول – توضیح در مورد وسوسه مصرف مجدد مواد و اهمیت برنامه‌ریزی روزانه**

### **اهداف**

- آشنایی با قسمت منطقی ذهن و قسمت غیرمنطقی ذهن و تأثیر برنامه‌ریزی روزانه بر قسمت منطقی ذهن.
- آشنایی با علائم و نشانه‌های ولع.
- برنامه‌ریزی روزانه.

### **سنجش خلق**

همانطور که در ساختار جلسات بیان شد هر جلسه را با سنجش خلق شروع می‌کنیم. از بیمار بخواهید شدت خلق خود را از خفیف تا شدید درجه‌بندی کند. درمانگر باید خلق بیمار را ارزیابی با مصاحبه و یا پرسشنامه ارزیابی کند.

### **موضوع جلسه**

۱) بهتر است جلسه را با توضیح قسمت منطقی و غیرمنطقی ذهن ادامه دهید. برای مراجعه‌کننده توضیح دهید که مغز او از دو قسمت منطقی و غیرمنطقی تشکیل شده است و این دو قسمت مدام به سرکوب کردن یکدیگر مشغول هستند. قسمت منطقی ذهن در واقع شاید همان قسمتی باشد که فرد معتاد را به کنار گذاشتن مواد ترغیب می‌کند، او را به جلسات درمانی می‌آورد، در مقابل قسمت غیرمنطقی مدام سعی می‌کند، برنامه‌های قسمت منطقی را تخریب کند و فرد را به آشفتگی، بی‌نظمی و مصرف مجدد مواد ترغیب می‌کند. بعد از توضیح این نکته به اهمیت برنامه‌ریزی روزانه بپردازید، یکی از روش‌های موثر برای تقویت قسمت منطقی مغز برنامه‌ریزی روزانه می‌باشد. در واقع وقتی برنامه‌های قسمت منطقی ذهن بصورت مکتوب و مستند در می‌آید، قسمت غیرمنطقی سخت‌تر می‌تواند در این برنامه‌ها تداخل ایجاد کند. به عنوان یکی از تکالیف اصلی در جلسات بعدی هر فرد باید از روز قبل برای روز آینده برنامه‌ریزی کند. این برنامه‌ریزی باید بصورت ساعت به ساعت از زمان

بیدار شدن تا زمان بخواستن رفتن فرد کل روز را در بر گیرد. بهتر است این نکته ذکر شود که در ابتدای برنامه ریزی ممکن است فرد به طور کامل، از عهده انجام فعالیت‌هایی که نوشته است بر نیاید ولی این نکته نباید باعث ناامیدی او شود. با استمرار این روش و با گذشت زمان می‌تواند این کار را به نحو بهتری انجام دهد و اجرا کند.

۲) وسوسه<sup>۱</sup> یا ولع تکانه‌ای غیرقابل مقاومت در بیمار است که زیر بنای فیزیولوژیک دارد. بنابراین تصمیم بیمار برای کنار گذاشتن مواد، باعث از بین رفتن وسوسه یا ولع نمی‌شود. به طوری که موقعیت‌های مکان‌های خاص، افراد و هیجان‌ات خاص با مصرف مواد پیوند می‌خورند و حضور در چنین موقعیت‌هایی مصرف مواد را تداعی می‌کند و ولع برای مصرف را در بیمار شعله‌ور می‌کند. پس لازم است که بیمار رفتارهای قبلی خود را تغییر دهد و مهارت‌هایی را برای مقابله با ولع بیاموزد. بیماران را با این موضوع آشنا کنید که وسوسه برای مصرف، پدیده‌ای طبیعی در فرآیند ترک به شمار می‌رود و ممکن است برای هفته‌ها و ماه‌ها پس از ترک باقی بماند و این موضوع نگران‌کننده نیست. بلکه آموختن راهکارهای موثر در زمان وجود وسوسه، به آنها کمک خواهد کرد تا به راحتی با آن مقابله کنند. به بیماران بیاموزید که ولع برای مصرف مواد در زمان شروع تا چند دقیقه شدت می‌گیرد اما پس از گذشت یک تا چند ساعت کاهش می‌یابد و از بین می‌رود. برای درک بهتر بیماران از استعاره موج استفاده کنید.

– «در ذهن خود دریایی موج را تصور کنید. موج‌هایی که با اندازه‌های متفاوت روی آب سوارند و بالا و پایین می‌روند. اما همه آن‌ها هر چقدر هم بلند باشند، وقتی به ساحل می‌رسند، کوچک می‌شوند و از بین می‌روند و شما که در ساحل ایستاده‌اید، متوجه می‌شوید، موج بلندی که دقایقی پیش غرش کنان در حال تاختن بود، قطرات آبی است در پیش پای شما».

---

1\_ Craving

علائم و نشانه‌های ولع را برای بیماران توضیح دهید. دردهای بدنی، گرفتگی عضلانی، طپش قلب، اضطراب و .. از جمله علائم و نشانه‌های ولع هستند. اما بیماران در این زمینه با یکدیگر تفاوت دارند و برخی از بیماران ممکن است علاوه بر علائم بالا، نشانه‌های دیگری را نیز گزارش دهند.

بهتر است در این رابطه از بیماران سؤال کنید:

- «وقتی دچار ولع می‌شوید چه علائم و نشانه‌هایی دارید؟»
- «من از شما می‌خواهم که این علائم و نشانه‌ها را یادداشت کنید. چرا که آگاهی از آنها به ما کمک می‌کند تا راهبردهای مؤثری را برای مقابله با وسوسه به کار گیریم.»

در رابطه با شروع کننده‌های ولع حرف بزنید و برای بیماران روشن سازید که برخی عوامل (مانند هیجانات و رفتارهایی خاص) می‌توانند برانگیزاننده ولع باشند.

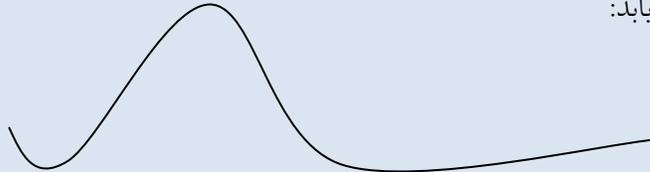
- «چه احساسات یا هیجانی ولع مصرف را در شما ایجاد می‌کند؟»
- «چه رفتارهایی ولع مصرف را در شما ایجاد می‌کنند؟»
- «در چه جاهایی دچار ولع برای مصرف می‌شوید؟»

به علاوه، در رابطه با منابع مقابله‌ای بیمار پرسید:

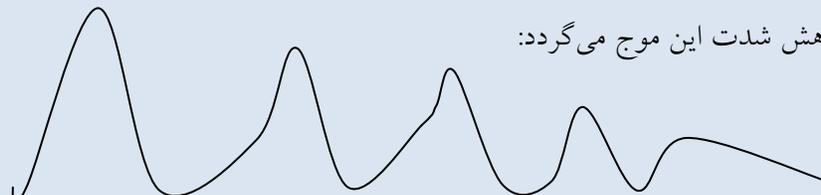
- «وقتی دچار ولع می‌شوید برای مقابله با آن چکار می‌کنید؟»
- «اغلب با چه روش‌هایی با ولع مقابله می‌کنید؟»
- «کدام یک از این روش‌ها موفق بوده‌اند؟»
- «کدام یک از این روش‌ها به شما کمکی نکرده‌اند؟»

## مطالب مهمی در مورد وسوسه

- (۱) یک مرحله طبیعی در طی فرایند بهبودی روانی و جسمانی بعد از ترک مصرف مواد می باشد (آشنایی با این واقعیت باعث افزایش قدرت بیمار برای مقابله با این مرحله است).
- (۲) شدت وسوسه بستگی به میزان و مدت زمان مصرف مواد دارد. هر اندازه مقدار مصرف بیشتر باشد و یا مدت زمان مصرف مواد محرک طولانی تر باشد، وسوسه شدیدتر است.
- (۳) احساسات، محرک های درونی، شرایط محیطی، معاشرت با افرادی که اعتیاد به مصرف مواد دارند و .. می تواند باعث شعله ور شدن وسوسه شود.
- (۴) تنها چیزی که باعث کاهش وسوسه می شود مقابله و مصرف نکردن مواد بعد از شعله ور شدن آن می باشد.
- (۵) وسوسه همانند یک موج از نقطه ای شروع می شود، افزایش می یابد و بعد از مدتی کاهش می یابد:



- (۶) وقتی وسوسه ایجاد شود و به دنبال آن مصرف صورت نگیرد، گذشت زمان باعث کاهش شدت این موج می گردد:



- (۷) در برخی موارد حتی مدت ها بعد از ترک نیز وسوسه هایی با شدت بسیار زیاد می تواند بوجود آید.

### **توضیح و بحث در مورد توقف فکر**

علاوه بر تغییرات رفتاری که بیمار برای جلوگیری از شروع مجدد وسوسه‌ی مصرف در خود ایجاد می‌کند، باید برای مواقعی که وسوسه با تمام تلاش‌ها باز هم به وجود می‌آید روش‌هایی برای متوقف کردن آن در اختیار داشته باشد. در غیر این صورت این افکار باعث شروع مصرف مجدد مواد می‌شود.

**مقابله با ولع:** برای مقابله با ولع راهبردهای رفتاری و شناختی موثری وجود دارد که به کارگیری آنها به کاهش ولع یا مصرف مواد منجر می‌شود. در این قسمت به هر یک از این راهبردها اشاره می‌شود، که باید در جلسات بعدی به بحث گذاشته شوند.

### **ارائه تکلیف**

برنامه‌ریزی روزانه که در تمام جلسات به عنوان یک تکلیف ثابت است.

**جمع‌بندی و بازخورد:** می‌توانید جمع‌بندی یا خلاصه کردن جلسه را به درمان‌جو بسپارید که هم در درمان مشارکت داشته باشد و هم از درک مفاهیم توسط بیمار مطلع شوید. همچنین درباره‌ی جلسه از بیمار بازخورد دریافت کنید. همانطور که گفته شد این در مورد پایان تمام جلسات صدق می‌کند.

## جلسه دوم – آموزش راهکارهای شناختی و رفتاری برای کاهش ولع مصرف مواد

### اهداف

-تأکید بر رابطه بین ولع و مصرف.

-معرفی راهبردهایی برای مقابله با ولع.

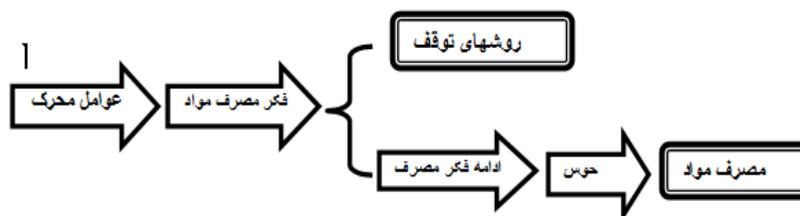
-ارزیابی روزانه خود.

**سنجش خلق:** مطابق برنامه جلسه را با سنجش خلق شروع کنید. از بیمار بخواهید شدت خلق خود را از خفیف تا شدید درجه بندی کند.

**بررسی تکالیف:** بررسی کنید که آیا بیمار تکالیف جلسه قبل را انجام داده است یا نه؟ در صورت انجام شدن بیمار را تشویق کنید و در صورت انجام نشدن دلایل آن را پرس و جو کنید.

### موضوع جلسه

در این جلسه به تفکیک در مورد راهکارهای شناختی، رفتاری و روش های مبتنی بر آرام سازی که باعث کاهش ولع فرد برای مصرف مواد می شوند توضیحاتی ارائه می شود.



### راهبردهای شناختی

در صورتی که افکار منفی مهم ترین نشانه های ولع هستند، فنون زیر را آموزش دهید.  
**فنون توجه برگردانی:** یکی از راهبردهای مهم برای مقابله با ولع فنون توجه برگردانی هستند، این فنون به دو دسته ی شناختی و رفتاری طبقه بندی می شوند، گوش دادن به موسیقی، تماشای فیلم، فعالیت های بدنی (مانند فرستادن پیام کوتاه تلفنی، پیاده

روی، دوش گرفتن)، فنون توجه برگردانی رفتاری هستند در حالی که تمرین ذهنی (مانند شمارش اعداد، اندیشیدن به تصورات خوشایند و خاطرات شاد گذشته) از جمله فنون شناختی در توجه برگردانی محسوب می‌شوند.

**توقف فکر:** به بیمار آموزش دهید هر بار با افکار منفی برانگیزاننده ولع مواجه می‌شود به کمک فن توقف فکر<sup>۱</sup> آن‌ها را متوقف کند. مانند «بسه دیگه»، «ایست»، «کافیست»، «تمام» و ..



**فن تجسم:** از بیمار بخواهید یک سویچ (مانند کلید روشن و خاموش کردن چراغ) را در ذهن خود مجسم کند و فرض کند که به کمک آن می‌تواند افکارش را روشن و خاموش کند آنگاه از او بخواهید، هر زمان که فکر مصرف مواد به ذهنش می‌آید، با این سویچ فکر خود را خاموش کند.

**تشویق خود<sup>۲</sup>:** این فن به بیماران کمک می‌کند تا با افکاری که با ولع همراه هستند، مقابله کنند و از شروع مصرف جلوگیری کنند. در این حالت از بیماران بخواهید، در شرایطی که دچار ولع هستند، پیام‌های مثبتی به خود بدهند. مانند:  
- «من می‌توانم جلوی خود را بگیرم».

---

<sup>1</sup>- thought stopping

<sup>2</sup>- Positive self talking

- «من از عهده این کار برمی آیم».

- «من تسلیم نمی شوم».

- «من مقاومت می کنم».

**جایگزینی افکار مثبت:** از بیماران خواسته می شود افکار مثبتی را جایگزین افکار

منفی نمایند. به این ترتیب توانایی بیشتری برای مقابله با ولع پیدا می کنند.

- «تحمل ولع خیلی سخت است، نمی توانم مقاومت کنم (افکار منفی)»

- «هر چقدر هم که سخت باشد، ادامه دار نیست و بالاخره تمام می شود (افکار

مثبت)»

**ذهن آگاهی<sup>۱</sup>:** ذهن آگاهی مشابه مراقبه است. مراقبه را در حین فعالیت نیز می توان

انجام داد. مانند زمانی که فرد راه می رود، می تواند بر راه رفتن خود نیز متمرکز شود و به

هر قدمی که برمی دارد به دقت توجه کند. این کار نوعی ذهن آگاهی به شمار می رود.

این فن براساس آیین ذن<sup>۲</sup> می باشد که بیان می کند: «وقتی قدم می زنید، فقط قدم بزنید و

وقتی چای می نوشید، فقط چای بنوشید.»

برای این منظور، از بیماران بخواهید، فعالیتی را که اغلب در طول روز انجام می دهند

انتخاب کنند. در حین انجام آن فعالیت به دقت روی آن متمرکز شوند و کاملاً توجه

داشته باشند، آرام و عمیق نفس بکشند تا احساس بهتری را تجربه کنند. بیماران

می توانند این فن را در شرایطی که مضطرب یا غمگین هستند و یا زمانی که احساس

فشار می کنند، انجام دهند. شرط لازم برای به کارگیری صحیح این فن این است که به

صورت منظم و هر روز تمرین شود.

لاین هاین<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) می گوید: اجرای درست این فن مستلزم این است که فرد در

لحظه باشد، به زمان حال توجه نماید، بر تنفس خود نظارت کند و بر ذهن خود

---

<sup>۱</sup> - Mindfulness

<sup>۲</sup> - Zen

<sup>۳</sup> - Linehine

تمرکز داشته باشد. این که در آن لحظه چه چیزی در ذهن او می‌گذرد؟ و چه احساسی را تجربه می‌کند؟ در ذهن آگاهی بسیار مهم است. این تمرین باید حداقل ۵ تا ۱۵ دقیقه در روز انجام گیرد.

### راهبردهای رفتاری

به کارگیری راهبردهای رفتاری مانند تنفس دیافراگمی، تأخیر یا درنگ، آرمیدگی و .. برای مقابله با ولع مفید می‌باشد که در زیر به آن‌ها می‌پردازیم:

**تأخیر یا درنگ در ارضای ولع:** یکی از روش‌هایی که برای مقابله با ولع آموزش



داده می‌شود روش به تأخیر انداختن است. با توجه به اینکه بعد از مدت زمانی، وسوسه‌ی مصرف خودبخود کاهش می‌یابد و از بین می‌رود درنگ را به عنوان یک راهکار در نظر می‌گیریم از بیمار می‌خواهیم زمانی که وسوسه مصرف در او ایجاد شد، سعی کند مصرف را به تأخیر اندازد و با خود بگوید:

«حالا مصرف نمی‌کنم یکی دو ساعت دیگه مصرف می‌کنم».

**تنبیه خود:** این روش یکی از فنون شرطی سازی عاملی است. این نوع شرطی سازی



بر نقش پررنگ پیامدهای یک رفتار تأکید دارد. به عبارتی گفته می‌شود که رفتار توسط پیامدهایش کنترل می‌شود. اگر پیامد رفتار مصرف مثبت باشد (مانند لذت، رفع تنش) ادامه می‌یابد، در حالیکه اگر پیامد رفتاری منفی باشد، آن رفتار خاموش می‌شود. بنابراین، از بیمار خواسته می‌شود

هر زمان که میل مصرف مواد در او ایجاد شد یا زمانی که مواد مصرف کرد با روش‌هایی (مانند مصرف مواد تهوع آور، استنشام بوی بد، ملامت خود و ..) خود را تنبیه کند تا از احساس انزجار از مواد در او ایجاد شود. به علاوه می‌توانید از بیمار بخواهید یک باند کشی دور مچ دست خود ببندد و هر زمان که فکر مصرف مجدد مواد در ذهن او بوجود آمد با کشیدن و رها کردن بند کشی و گفتن کلمه نه، حواس خود را متوجه درد ناشی از ضربه باندکشی کند.

### آرمیدگی

از آن جایی که در بسیاری از بیماران وسوسه مصرف مجدد با احساس انقباض‌های شکمی، احساس پری شکم و دیگر احساسات جسمی همراه است، ضروری است، راهبردهایی برای مقابله با این علائم به بیماران آموزش دهید. تنفس کنترل شده، آرام سازی عضلانی و دیگر فنون آرام سازی مانند دوش گرفتن، شنا در استخر و ماساژ بدن مفید هستند.

فن تنفس دیافراگمی: ابتدا فن تنفس دیافراگمی<sup>۱</sup> را به بیمار آموزش دهید. سپس خود به صورت عملی آن را چند بار در جلسه انجام دهید و بعد از بیمار درخواست کنید تا آن را انجام دهد. از بیمار بخواهید در حالی که دهانش بسته است با ۴ شماره از بینی نفس بکشد (دم) و سپس ۳ شماره مکث کند و در مرحله بعد با ۵ یا ۶ شماره نفس را به آرامی و به تدریج از راه دهان بیرون دهد. بیمار باید این کار را چند بار در حضور شما انجام دهد تا در صورت وجود مشکل، آن را برطرف سازید. برای تسلط بیشتر، بیماران باید در فاصله بین جلسات به عنوان تکلیف درمانی این فعالیت را انجام دهند.

فن آرمیدگی<sup>۲</sup> یا تن آرامی: مشابه فن تنفس عمیق ابتدا باید توضیحات لازم را به صورت شفاهی در اختیار بیمار بگذارید و سپس به صورت عملی در جلسه تمرین

---

<sup>۱</sup> - Diaphragmic breathing

<sup>۲</sup> - Relaxation

کنید. مراجعان برای تسلط بر این فن اغلب به ۲ یا ۳ جلسه تمرین نیاز دارند. این فن را می‌توان به صورت نشسته یا دراز کشیده انجام داد. بهتر است مراجعان در شرایط راحتی باشند از آنها بخواهید هر چیزی را که می‌تواند توجه آنها را منحرف کند و یا فشاری به آنها وارد کند از خودشان دور کنند. لباس، کفش، کمربند و هر چیز تنگ را درآورند و تلفن را از پرز بکشند. بهتر است نور اتاق ملایم باشد و از یک مبل راحتی یا تشک نرم برای این کار استفاده کنید. آرمیدگی را می‌توان با چشمان باز انجام داد ولی بهتر است مراجعان چشمان خود را ببندند.

"قبل از آرمیدگی باید حداقل ۵ تا ۱۰ نفس عمیق بکشید. برای شروع با عضلات بزرگ کار کنید. ابتدا باید در هر عضله‌ای به مدت ۵ ثانیه تنش ایجاد شود و سپس عضله مورد نظر به آرامی در ۱۰ تا ۱۵ ثانیه رها شود. لازم است به میزان فشاری که به هر عضله می‌آید، توجه کنید. این فشارها باید در حد متوسط باشد، چرا که فشار زیاد بر یک عضله بر تنش شما می‌افزاید. بهتر است گام به گام پیش بروید و عضلات را یکی یکی آرام کنید تا کلیه عضلات بدن احساس رها شدن و آرامش نمایند. قبل از شروع آرمیدگی لازم است میزان تنش خود را از ۰ تا ۱۰۰ درجه بندی کنید. سپس چشم‌هایتان را ببندید و چند نفس عمیق به روشی که قبلاً توضیح داده شد، بکشید"، سپس از مراجعان بخواهید که اینگونه ادامه دهند: "همان‌طور که روی مبل راحتی نشسته‌اید، یکی از دست‌ها را بالا بیاورید و سپس آن را رها کنید، دست دیگر را همین‌طور. بعد هر دو دست‌ها را بالا بیاورید و سپس هر دو را بیندازید. در فاصله بین هر حرکت، لازم است تنفس عمیق داشته باشید. آنگاه دست‌ها را بالا بیاورید و مشت کنید (شدت فشار باید در حد متوسط باشد)، سپس به آرامی مشت‌ها را باز کنید و دست‌های خود را رها سازید. باید هر دو دست را از آرنج خم کنید (فشار در حد متوسط)، سپس به آرامی رها کنید. بعد شانه‌ها را تا گوش‌ها بالا آورید و سپس به آرامی رها کنید. نفس بکشید و استراحت کنید، گردن را به آرامی به جلو خم کنید، به طوری که چانه به سینه برسد. مختصری فشار احساس کنید، سپس رها کنید و استراحت نمایید. ابروها را بالا

ببرید، سپس رها کنید و استراحت نمایید. در پیشانی چین بدهید و سپس رها کنید. چشم‌ها را تا جایی که می‌توانید باز کنید و به آرامی به حالت عادی برگردانید. توجه کنید که بین هر حرکت باید تنفس شکمی داشته باشید. آنگاه چشم‌ها را روی هم بگذارید، مختصری فشار ایجاد کنید و سپس به آرامی باز کنید و استراحت نمایید. لب‌ها را روی هم فشار دهید (فشار در حد متوسط) بعد آنها را رها کنید و استراحت نمایید. لب‌ها را جمع کنید و رها کنید و استراحت نمایید."

" بعد پشت خود را محکم به مبل و یا اگر دراز کشیده‌اید، به زمین فشار دهید، طوری که فشار را احساس کنید، آن گاه بدنتان را رها کنید و استراحت نمایید. عضلات شکم را جمع کنید، و بعد رها کنید و استراحت نمایید. سپس شکم را تا جایی که ممکن است بالا آورند، به آرامی آن را رها کنید و استراحت نمایید." در مرحله‌ی بعد باید اینگونه عمل کنند: "عضلات باسن را جمع کنید و رها کنید و استراحت نمایند. پاها را بالا آورند و بیاندازند، این کار را به آرامی و چند بار انجام دهند. سپس کف پاها را به سمت داخل خم کنند، آن گاه رها کنند و استراحت نمایند. مجدداً کف پاها را به سمت بیرون خم کنید، آن گاه رها کنید و استراحت نمایید، چند نفس عمیق بکشید." از آنها بخواهید تنفس عمیق بین هر تمرین را فراموش نکنند. در پایان از آنها بخواهید مجدداً میزان آرامش خود را از ۰ تا ۱۰۰ درجه‌بندی کنند. سپس به طور معکوس از یک تا پنج بشمارند، چشم‌هایشان را باز کنند و به آرامی به پهلو برگردانند و از جایشان بلند شوند.



### **با خبر کردن اطرافیان**

از بیمار بخواهید، فهرستی از افرادی که در طول مرحله ترک از او حمایت می‌کنند، تهیه کرده و زمانی که دچار ولع می‌شود با این اشخاص تماس بگیرد و درباره احساس خود با آنها صحبت کند.

### **اشاره به اهمیت ارزیابی روزانه خود**

یکی از اهداف مهم برنامه‌ریزی روزانه اطمینان یافتن از این مسئله است که قسمت منطقی مغز بیمار، کنترل اعمال او را به دست بگیرد. بهتر است مجدداً در مورد نقش قسمت معتاد و منطقی مغز برای بیمار توضیح دهید:

«قسمت منطقی مغز قسمتی است که برای فعالیت‌های روزانه برنامه‌ریزی می‌کند و جلوی تغییرات ناگهانی و لغزشهای تو را می‌گیرد و قسمت معتاد مغز سعی می‌کند برنامه‌های قسمت منطقی را به هم بریزد و با اختلال در برنامه‌های روزانه فرد، تو را به سمت مصرف سوق دهد.»

از بیمار بخواهید خود بازمینی روزانه را انجام دهد و هر روز بر مصرف مواد نظارت کند و زمانی که دچار ولع می‌شود افکار و احساسات خود را ذکر کند.

### **ارائه تکلیف**

در این جلسه علاوه بر برنامه‌ریزی روزانه از بیمار بخواهید راهبردهای شناختی، رفتاری، و رفتاری- شناختی با علائم و نشانه‌های ولع مقابله کند.

### **خلاصه نهایی و بازخورد**

از بیمار بخواهید جلسه را خلاصه کند و در مورد شما (درمانگر) و شیوه کار (راهبردها) بازخورد بدهد.

## جلسه سوم - شناسایی برانگیزاننده‌های (شروع کننده‌ها) بیرونی

### اهداف

- آشنایی با مفهوم برانگیزاننده‌ها
  - آشنایی با برانگیزاننده‌های بیرونی
  - آشنایی با چگونگی شناسایی برانگیزاننده‌های بیرونی
  - آشنایی با اجتناب از برانگیزاننده‌ها به عنوان یک راهبرد
  - ارزیابی روزانه خود و برانگیزاننده‌های بیرونی
- سنجش خلق:** برای بررسی وضعیت خلق و روحیه‌ی بیمار جلسه را با سوالات زیر شروع کنید:
- چه احساسی داری؟
  - در طول هفته اغلب چه احساسی داشتی؟
  - شدت خلق بیمار را از ۱ تا ۳ (خفیف تا شدید) درجه‌بندی کنید.
  - توجه: هیجانات منفی مانند غم، اضطراب، خشم، شور و شغف بی‌اندازه، اغلب برانگیزاننده مصرف هستند.
- بررسی تکالیف:** بررسی کنید که آیا بیمار تکالیف جلسه قبل را انجام داده است یا نه، در صورت انجام شدن بیمار را تشویق کنید و در صورت انجام نشدن دلایل آن را پرس و جو کنید.
- آیا تکالیف جلسه قبل را انجام داده‌ای؟
  - چه عواملی سبب شد، نتوانی تکالیف را انجام دهی؟
  - «آیا این موضوع به دشواری تکالیف برمی‌گردد؟»
- اگر بیمار به سوال بالا پاسخ منفی داد، نظر و نگرش او را درباره تکالیف بررسی کنید:
- می‌خواستم بدانم درباره تکالیف درمانی چه نظری دارید؟

به علاوه برگه ارزیابی روزانه مصرف را برای بیمار توضیح دهید و از او بخواهید هر گاه مصرف داشته است این برگه را تکمیل کند و به او بازخورد دهید. مثال:  
- «برگه خود بازبینی شما نشان می‌دهد که در طول هفته گذشته دویار مصرف داشته‌ای؟ می‌خواستم بدانم چه عواملی برانگیزاننده مصرف بوده‌اند؟»

**نکته:** برای بیماران توضیح دهید که انتظار ندارید که آنها در شروع درمان کاملاً خویشتن‌دار باشند. آن‌ها باید بدانند که ترک مواد، فرآیندی است که با افت و خیزهایی همراه است و چنین چیزی کاملاً طبیعی است. در صورت وقوع چنین چیزی از بیمار بخواهید، به جای ناامید شدن و سرزنش خود به خود دلگرمی دهد.  
در صورتی که بیمار مصرف نداشته است، درباره این که چگونه توانسته است، خویشتن‌دار باشد از او سوال کنید. مثال:

- «بیشتر روزهای هفته قبل را خویشتن‌دار بوده‌ای، می‌خواستم بدانم چگونه توانسته‌ای با ولع مقابله کنی و خویشتن‌دار باشی؟»

بیمار را به خاطر خویشتن‌داری تشویق کنید.

- «خویشتن‌داری شما قابل تحسین است.»

- «تلاش شما برای کنترل خود و خویشتن‌داری فوق‌العاده است.»

### موضوع جلسه

**برانگیزاننده‌ها:** برانگیزاننده‌ها یا شروع کننده‌ها عواملی هستند که میل مصرف را در فرد به وجود می‌آورند. از این عوامل می‌توان به زمان، مکان، اشیا، افراد و موقعیت‌ها اشاره کرد.

به نمودار زیر توجه کنید.

برانگیزاننده‌ها ← میل مصرف ← مصرف

برانگیزاننده‌ها به دو دسته تقسیم می‌شوند:

برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی. که به تنهایی و یا هر دو با هم در تحریک فرد

برای مصرف نقش دارند.

مثال:

-احساس خشم (برانگیزاننده‌های درونی)

-اتاق خلوت (برانگیزاننده‌های بیرونی)

برای درک بهتر مراجعان از مثال‌های بیشتری استفاده کنید:

-برخی از افراد به دنبال احساس خشم (برانگیزاننده) سیگار می‌کشند.

-برخی با مشاهده فندق (برانگیزاننده) به یاد سیگار می‌افتند.

-عده‌ای با دیدن دوستان معتاد (برانگیزاننده) هوس مصرف مواد به سرشان می‌زند.

همه‌ی این موارد جزء برانگیزاننده‌ها محسوب می‌شوند.

### تمرین

علی آخر ماه حقوق می‌گیرد. او عادت دارد پس از دریافت حقوق به دوستانش زنگ بزند و با آن‌ها بیرون برود. آن‌ها معمولاً به رستوران مشخصی می‌روند که در آن اغلب مشتریان مواد مصرف می‌کنند. اکنون بگویید برانگیزاننده‌ها کدام هستند. ....

.....

.....

.....

.....

پرسشنامه زیر را در اختیار بیماران بگذارید و از آن‌ها بخواهید در صورتی که مصرف داشته‌اند، آن را تکمیل کنند.

## برگه‌ی معرفی برانگیزاننده‌های بیرونی

این برگه کمک می‌کند تا با عمده‌ترین برانگیزاننده‌های مصرف مواد آشنا شوید.

پرسشنامه شروع کننده‌های بیرونی برای مصرف مواد

در هنگام ملاقات با دوستان	تنها بودن در خانه
موقعی که دوستان در منزل من هستند	قبل از بیرون رفتن برای شام
در منزل دوستان	قبل از صبحانه
نزدیک نهار خوردن	مهمانی‌های شبانه
بعد از رابطه جنسی	قبل از رابطه جنسی
قبل از شروع کار	در حین مصرف شام
بعد از اتمام کار	هنگام مشاهده گزارش ورزشی
موقعی که درآمد خوبی دارم	هنگام تماشای فیلم
کنسرت	مدرسه
رانندگی	ساحل دریا
در کنار افرادی که مواد مصرف می‌کنند	رفتن به پارک
در حال کار کردن	هنگام عبور از خیابانی که مواد از آنجا تهیه می‌کردم
آخر هفته	هنگام عبور از جلوی خانه شخصی که از او مواد می‌خریدم
هنگام صحبت با تلفن	موقعی که افزایش وزن پیدا می‌کنم
بودن در کنار افراد خانواده	تعطیلات
زمانی که حقوق می‌گیرم	هوای بارانی
قبل از ملاقات با دوست پسر یا دخترم	موقعی که درد دارم
	هنگام حضور در این جلسات

پس از معرفی برانگیزاننده‌های بیرونی از بیمار بخواهید عمده‌ترین برانگیزاننده‌های مصرف خود را نام ببرد. (منظور عواملی هستند که باعث مصرف می‌شوند). سپس از او بخواهید برانگیزاننده‌ها را به لحاظ شدت از ۱ تا ۳ درجه‌بندی کند (۱) خفیف (۲) متوسط (۳) شدید است.

«اکنون که با عمده‌ترین برانگیزاننده‌های بیرونی مصرف آشنا شدید، از شما می‌خواهم آن‌ها را از نظر شدت به سه درجه خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی کنید. هدف از این کار این است که با برانگیزاننده‌هایی که قدرت زیادی دارند و شما را برای مصرف مواد تحریک می‌کنند، آشنا شوید تا بتوانید با یادگیری مهارت‌های لازم با آن‌ها مقابله کنید.»

اگر در شرایط فعالیت‌ها و موارد دیگری به غیر از موارد ذکر شده مواد مصرف می‌کنید، آن‌را یادداشت کنید:

شرایط و موقعیت‌هایی را که در آنها احتمال مصرف مواد برای شما وجود ندارد یادداشت کنید:

افرادی را که در حضور آنها نمی‌توانید مواد مصرف کنید یادداشت کنید:

### مهارت اجتناب

یکی از راه‌های سالم برای پیشگیری از مصرف اجتناب از برانگیزاننده‌های بیرونی است. پس از معرفی برانگیزاننده‌های بیرونی مفهوم اجتناب را برای بیماران توضیح دهید و آنها را با این روش آشنا سازید. توضیح خود را با مثال همراه کنید.

«اگر کسی با ورود به رستوران خاصی میل مصرف پیدا می‌کند، بهتر است که از رفتن به آن رستوران خودداری کند».

### مهارت امتناع

در زندگی روزمره همواره اجتناب از برخی افراد یا موقعیت‌ها امکان‌پذیر نیست و فرد ممکن است خواه ناخواه با افرادی روبرو شود که او را برای مصرف مواد تحریک می‌کنند. در این شرایط، می‌توان از مهارت امتناع کمک گرفت. مراجعان باید با درخواست‌کننده مخالفت کنند. برای این کار باید:

- صاف بایستند
  - به چشمان طرف مقابل نگاه کنند
  - با لحن قاطعانه‌ای بگویند «نه»
  - به دنبال «نه» جمله دیگری بگویند
- «نه»، میل ندارم
- «نه»، مایل هستم چای بنوشم
- «نه»، نمی‌خواهم

**نکته:** توجه داشته باشید که پاسخ بیمار باید با واژه «نه» شروع شود.

ثبت و بازنگری روزانه از آن جهت مهم است که بیمار برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی مصرف (که در بعد توضیح داده خواهد شد) را شناسایی می‌کند و با مرور بازنگری‌هایی که در روزهای گذشته انجام داده است، متوجه می‌شود که چه مقدار از روزها را خویشتن‌دار بوده‌است و همین به بیمار امید می‌دهد و او نسبت به توانایی خود در کنترل و خویشتن‌داری مطمئن‌تر می‌شود و اگر لغزش در برگره‌های ارزیابی زیاد بود

متوجه می‌شود باید بیشتر تمرین و بررسی کند.

اما نکته‌ی اساسی در ثبت روزانه این است که به بیماران کمک می‌کند تا از دستاوردها و پیشرفت‌های جزئی و کوچک نیز مطلع شوند. به این ترتیب این احساس به آن‌ها دست می‌دهد که در فرآیند تغییر و بهبودی قرار دارند.

### ارائه تکلیف

در پایان جلسه سوم به بیمار تکلیف بدهید و از او بخواهید ارزیابی روزانه‌ی مصرف مواد را انجام دهد. برانگیزاننده‌ها و شدت آن را مشخص نماید. به علاوه فنون اجتناب و امتناع را در موقعیت‌های پرخطر به کار گیرد.

«من از شما می‌خواهم طبق معمول برنامه‌ریزی روزانه را انجام دهید و همین‌طور برگه‌ی بازنگری روزانه را پر کنید. اگر مصرف داشتید آن را قید کنید و برانگیزاننده‌ها و شدت آن‌ها را مشخص نمایید و در صورتی که مصرفی نداشتید باز هم آن را قید کنید. به علاوه، مهارت‌های اجتناب سالم و امتناع را در موقعیت‌های پرخطر به کار گیرید.»

### خلاصه نهایی و اخذ بازخورد

برگه خود بازنگری روزانه

مصرف	ولع	برانگیزاننده‌های درونی نوع برانگیزاننده شدت از ۰ تا ۱۰	برانگیزاننده‌های بیرونی نوع برانگیزاننده شدت از ۰ تا ۱۰	زمان	مکان	تاریخ

## جلسه چهارم – شناسایی برانگیزاننده‌های درونی

### اهداف

- آشنایی با برانگیزاننده‌های درونی
- تاکید بر رابطه بین برانگیزاننده‌های درونی و مصرف
- مقابله با برانگیزاننده‌های درونی
- سنجش خلق و بررسی تکالیف را انجام دهید.

### موضوع جلسه

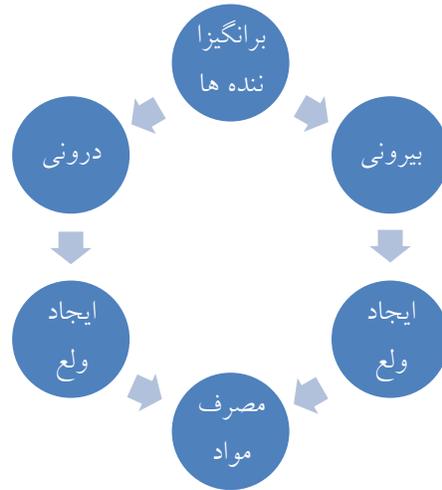
**برانگیزاننده‌های درونی:** برای مراجعان توضیح دهید که احساسات، افکار و حس‌های بدنی یا فیزیولوژیکی همگی می‌توانند برانگیزاننده فرد برای مصرف باشند. این افکار و احساسات ممکن است تحت تاثیر برانگیزاننده‌های بیرونی و یا به طور مستقل ایجاد شوند و باعث بیداری ولع و میل به مصرف گردند. فرض کنید کسی به دنبال مشاخره با همسر (برانگیزاننده بیرونی) احساس خشم شدیدی کند (برانگیزاننده درونی) و برای رهایی از این احساس به مصرف مواد روی آورد. یا کسی را در نظر بگیرید که صبح زود از خواب بیدار شده، بی‌حوصله است و احساس می‌کند خیلی تلخ و افسرده است (برانگیزاننده) او برای رهایی از این خلق کسالت بار ممکن است بخواهد مواد مصرف کند.

به نمودار زیر توجه کنید.

برانگیزاننده‌های درونی ← ایجاد ولع یا میل ← مصرف مواد

همان طور که می‌بینید برانگیزاننده‌های درونی می‌توانند به طور مستقل باعث مصرف مواد شوند.

نمودار زیر هر دو برانگیزاننده را در خود جای داده است:



برای درک بهتر بیماران از برانگیزاننده‌های درونی مثال بزنید.

#### افکار

«اگر کمی مواد مصرف کنم، سر حال می‌شوم»

«همین یک بار، کافیت یک بار مصرف کنم بعد می‌گذارم کنار»

#### احساسات

-در حالت خشم

-در حالت افسردگی

-در حالت اضطراب

**نکته:** احساسات و هیجانات می‌توانند همراه با افکار فرد را برای مصرف اغوا کنند. که آنها را هیجانات پرخطر<sup>۱</sup> می‌نامیم. برای مثال: «خیلی کسل و بی‌حوصله‌ام، اگر

---

<sup>۱</sup> - high risk emotions

کمی مواد مصرف کنم، سر حال می شوم»

### حالات جسمانی

مشکلات جسمی ناشی از ترک مواد مانند: تنش، درد جسمانی، احساس گرگرفتگی، احساس سنگینی بدن  
این حالات جسمی نیز به تنهایی و یا همراه با افکار می توانند فرد را برای مصرف مواد وسوسه کنند.

«خیلی درد دارم، بهتر است کمی مصرف کنم تا از درد راحت شوم»  
مانند برانگیزاننده های بیرونی، برای آشنایی مراجعان لیستی از برانگیزاننده های درونی مصرف مواد تهیه شده است. این برگه را در اختیار بیماران بگذارید و از آن ها بخواهید در صورتی که مصرف مواد داشتند آن را تکمیل کنند و با خود به جلسه آورند.

### برگه معرفی برانگیزاننده های درونی

ترس	غمگین بودن	غبطه خوردن
ناامیدی	افسردگی	محروم شدن از داشته ها
قصور در انجام وظایف	احساس عدم امنیت	تحقیر شدن
خشم	آرام بودن	مضطرب شدن
دستپاچه و ناآرام بودن	خجالت کشیدن	تحریک شدن
احساس گناه کردن	رنجیده بودن	احساس کینه به اطرافیان
خوشحال بودن	دل‌تنگ شدن	نگران بودن
احساساتی شدن	هیجانان	غصه خوردن
بیشتر بودن اعتماد به نفس	حسادت کردن	بی میل بودن
مورد انتقاد قرار گرفتن	سرفتن حوصله	غوطه ور شدن در مشکلات
احساس بی کفایتی	خسته بودن	درک نشدن توسط اطرافیان
تحت فشار بودن	احساس تنهایی	احساس گرسنگی

باز هم همانند بخش برانگیزاننده‌های بیرونی، پس از معرفی برانگیزاننده‌های درونی خود، از بیمار بخواهید عمده‌ترین برانگیزاننده‌های درونی را که تجربه کرده‌است، نام ببرد. سپس از وی بخواهید آن‌ها را به لحاظ شدت از خفیف تا شدید درجه‌بندی کند.

در صورتی که احساسات و یا هیجانات برانگیزاننده مصرف مواد هستند، آن‌ها را یادداشت کنید.

آیا مصرف مواد با حالت‌های خلقی شما رابطه وجود دارد؟ در کدام حالت خلقی بیشتر مواد مصرف می‌کنید؟

در چه شرایط یا موقعیت‌هایی بیشتر مواد مصرف می‌کنید؟

به دنبال ترک مواد چه علائم و نشانه‌هایی را تجربه می‌کنید؟ آیا این علائم شما را برای مصرف مجدد تحریک می‌کنند؟

#### **مقابله با برانگیزاننده‌های درونی**

برای مقابله با برانگیزاننده‌های درونی راهبردهای مختلفی وجود دارد. بسته به نوع برانگیزاننده، راهبردها نیز متفاوت خواهند بود. برای مثال برای مقابله با برانگیزاننده‌های

شناختی یا افکار باید راهبردهای شناختی را به کار گیرید.

-مقابله با افکار منفی یا برانگیزاننده‌های شناختی: فنونی مانند توقف فکر، توجه برگردانی، جایگزینی فکر، خود گویی مثبت و چالش با افکار منفی مفید می‌باشند.

-مقابله با احساسات و هیجانات منفی: برای مقابله با هیجانات منفی فنون شناختی (مانند توجه برگردانی و خود گویی مثبت) و فنون رفتاری (مانند فعالیت‌های لذت بخش و فن تنفس دیافراگمی\*) مفید هستند.

-مقابله با حالات جسمانی: برای مقابله با مشکلات جسمانی (مانند درد، تنش و گرفتگی عضلات و احساس کوفتگی) می‌توان از فنون توجه برگردانی، تنفس کنترل شده، آرمیدگی و راهبردهای حسی (مانند بوییدن چیزی خوشبو، ماساژ، دوش گرفتن، شنا، آدامس جویدن، و استفاده از کیسه آب سرد و آب گرم) استفاده کرد.

**نکته:** بسیاری از این راهبردها را می‌توان با هم ترکیب کرد و به کار گرفت.

### **ارائه تکلیف**

در پایان این جلسه نیز از بیمار بخواهید، خود بازننگری روزانه مصرف مواد را انجام دهد، برانگیزاننده‌ها و شدت آن را مشخص کند و راهبردهای شناختی، رفتاری و حسی را برای مقابله با برانگیزاننده‌های درونی به کار گیرد.

"از شما می‌خواهم به عنوان تکلیف این جلسه راهبردهای شناختی، رفتاری و هیجانی را در موقعیت‌های پر خطر برای مقابله با برانگیزاننده‌های درونی به کار گیرید."

**خلاصه نهایی و بازخورد هم که پایان بخش جلسات است.**

---

\* در صفحات قبلی به چگونگی تنفس دیافراگمی اشاره شده است

## جلسه پنجم – مهارت قاطعیت

### اهداف

- آشنایی با سبک‌های شخصیتی
- آشنایی با مهارت قاطعیت



با سنجش خلق و بررسی تکالیف جلسه را آغاز کنید

### موضوع جلسه

افزایش اعتماد به نفس و جرأت یکی از

مهارت‌های مهم است که باید افراد در طی فرایند ترک یاد بگیرند. جرأت داشتن به این معنی است که در موقعیت‌های مختلفی که ایجاد می‌شود به خودش حق تصمیم‌گیری بدهد نه اینکه تسلیم تصمیم اطرافیان باشد. افرادی که اعتماد به نفس کافی ندارند در مواردی مانند حضور در محافلی که مصرف مواد به آنها تعارف می‌شود قدرت ابراز تصمیم خود را ندارند و تسلیم نظر دیگران می‌شوند.

می‌توان بحث را با توضیح مختصری در مورد انواع سبک‌های شخصیتی شروع کرد:

### انواع سبک‌های شخصیتی

سبک‌های شخصیتی به چهار دسته منفعل، پرخاشگر، منفعل-پرخاشگر و قاطع طبقه‌بندی می‌شوند.

**منفعل:** گروهی از افراد در مقابل شرایطی که برای آنها پیش می‌آید، منفعل هستند، آنها نمی‌توانند دیدگاه‌ها و نظرات خود را بیان کنند و در ابراز احساسات نیز با مشکل مواجه هستند این افراد به حقوق خود بی‌توجه هستند و براحستی به دیگران اجازه می‌دهند که حقوق آنها را زیر پا بگذارند. این گروه "نه گفتن" را بلد نیستند. به همین دلیل در صورت مواجهه با توزیع‌کنندگان یا تعارف‌کنندگان مواد بسادگی تسلیم می‌شوند.

**منفعل – پرخاشگر:** گروه دیگر افرادی هستند که بطور مستقیم انتظارات خود را

نمی‌خواهند و یا در مورد آنها صحبت نمی‌کنند بلکه سعی می‌کنند با روش‌های غیرمستقیم (مانند نق زدن، قهر کردن، لجبازی، غرزدن و...) دیگران را متوجه انتظارات خود نمایند. فرزندان که در مورد احتیاجات خود با خانواده صحبت نمی‌کنند و یا در صورت مواجهه با پاسخ منفی دیگران به جای صحبت، به لجبازی یا قهر دست می‌زنند، نمونه‌هایی از سبک منفعل - پرخاشگر هستند. مصرف مواد نیز می‌تواند، نوعی لجبازی با خانواده باشد، لجبازی که پیامدهای منفی زیادی برای بیمار به همراه دارد.

در افرادی که سوء مصرف مواد دارند شخصیت‌های منفعل و منفعل - پرخاشگر، بیشتر مشاهده می‌شود. در صورتی که در طول جلسات درمان، به این جنبه‌ی شخصیتی و رفتاری توجه نشود، می‌تواند منجر به بروز عودهای مکرر در بیماران شود. در این جلسه نیز باید بصورت مختصر در مورد رفتارهای ذکر شده با بیمار صحبت شود. به این صورت که ابتدا توضیح مختصری در مورد این صفات شخصیتی و تبعات آن برای بیمار ارائه شود و بعد از بیمار بخواهید ذکر کند که صفات ذکر شده تا چه اندازه در او وجود دارد.

**پر خاشگر:** این افراد خود را برتر از دیگران می‌دانند و به اصطلاح خیلی خود را قبول دارند. اغلب به شیوه‌های سلطه‌جویانه و پرخاشگرانه حقوق دیگران را زیر پا می‌گذارند. آنها خواسته‌های خود را به دیگران تحمیل می‌کنند و در صورت مواجهه با مخالفت دیگران با خشونت واکنش نشان می‌دهند. این افراد اغلب دیگران را برای مصرف مواد تحریک می‌کنند و یا به اصرار از آنها می‌خواهند که مواد مصرف کنند.

**قاطع:** گروه قاطع افرادی هستند که برای خود حق تصمیم‌گیری قائل هستند. مستقیماً حق خود را از اطرافیان طلب می‌کنند، به حقوق دیگران احترام می‌گذارند و براحتی از احساسات و دیدگاه‌های خود صحبت می‌کنند. در صورت نیاز از دیگران درخواست کمک می‌کنند به دیگران نه می‌گویند، از مردم انتقاد می‌کنند و در عین حال انتقاد پذیرند. آنها طبق ارزش‌های خود عمل می‌کنند و براحتی تسلیم دیگران نمی‌شوند.

برای ارزیابی این سبک‌های شخصیتی سوالات زیر را بپرسید:

- آیا می‌توانی به دیگران «نه» بگویی؟

- با مخالفت چه واکنشی نشان می‌دهی؟

- اعتماد به نفس شما در مقایسه با اطرایان چطور است؟

- آیا می‌توانی با دیگران مخالفت کنی؟

از بیمار بخواهید در صورت مواجهه با موقعیت‌های پرخطر (درخواست برای مصرف) روش‌های زیر را بکار گیرد.

- **تماس چشمی داشته باشد:** در این راستا به مراجع آموزش دهید برای "نه گفتن" به افراد پرخطر، به چشم‌های آنها نگاه کند و با لحنی قاطع و محکم به آنها "نه" بگوید. او باید بداند که امتناع از پذیرش مواد بدون تماس چشمی مناسب امکان‌پذیر نیست.

- **کلام قاطع داشته باشد:** یعنی شفاف و واضح صحبت کند، از کلمات مناسب استفاده کند، لحنی محکم و قاطع داشته باشد. با صدایی رسا به طوریکه شنونده بتواند آن را به خوبی بشنود، به وی "نه" بگوید مراجع باید بداند که کلمه "نه" به تنهایی برای مقابله با درخواست نا به جای افراد کافی است، منتهی او باید این "نه" را محکم و با صدایی رسا بگوید. درمانگر می‌تواند به مراجع این طور توضیح دهد:  
- وقتی به کسی بر می‌خوری که به تو مواد تعارف می‌کند، اولین لغتی که باید به زبان آوری، واژه "نه" است.

- **پاسخ‌دهی سریع باشد:** به علاوه مراجع باید آموزش ببیند که بدون "من و من کردن" و درنگ، به محض شنیدن درخواست نا به جا (تعارف مواد) به آنها "نه" بگوید. آنها باید به اهمیت پاسخ سریع در مقایسه با پاسخ درنگیده پی ببرند. بعضی از بیماران بیان می‌کنند که شاید با "نه گفتن"، اطرافیان یا دوستان خود را از دست بدهند و تنها شوند. در واقع ترس از تنهایی باعث می‌شود که آنها نتوانند به افراد پرخطر "نه" بگویند. در این موارد از فن سود و زیان استفاده کنید یعنی از بیماران بخواهید، بگویند سود و زیان کدام یک بیشتر است؟ و نتیجه‌گیری کند. به علاوه از بیمار بخواهید برای رویارویی با موقعیت‌های پرخطر تمرین کند.

جملاتی را از قبل در ذهن خود آماده داشته باشد. روی نحوه بیان جملات و آهنگ کلام خود هنگام "نه گفتن" توجه کند. این تمرینات می‌تواند در منزل و جلوی آینه انجام شود تا بیمار بتواند حالت‌های بدنی خود را هنگام پاسخ به دیگران کنترل کند. همچنین می‌تواند صدای خود را هنگام نه گفتن ضبط کرده و به آن گوش کند تا از مناسب بودن آهنگ کلام خود آگاه شود؟

### فنون رد قاطعانه

فنون رد قاطعانه را به بیمار آموزش دهید این فنون عبارتند از:

#### ۱) رد قاطعانه

به مراجع آموزش دهید که در صورت مواجه شدن با درخواست افراد پرفشار، دوستان مصرف‌کننده و یا هر کسی که او را ترغیب به مصرف می‌کند قاطعانه عمل کند، همانطور که گفته شد برای این کار باید:

- "نه" اولین کلمه‌ای باشد که از دهان او بیرون می‌آید.
- علاوه بر "نه" جایگزین‌های دیگری پیدا کند. مانند: اصلاً، به هیچ وجه، غیرممکنه، هرگز و... ..
- پس از گفتن "نه" به منظور اجتناب از افتادن در چاله مشاجره با پیشنهاددهنده بهتر است، موضوع صحبت را عوض کند.
- از بکارگیری پاسخ‌های مبهم که از رو در بایستی و ملاحظه حکایت دارد، اجتناب کند مانند:

– «الان حسش نیست تا شب ببینم چی پیش میاد.»

– «الان سرما خوردم و حال خوب نیست، باشه برای بعد.»

– «فعلاً دلم نمی‌خواد.»

– «حالا بذار بعداً درباره‌اش صحبت می‌کنیم.»

- مراجع باید به طور شفاف و قاطعانه تصمیم خود را برای ترک بیان کند.

– «من تصمیم گرفتم، کنار بذارم.»

- «دیگه تصمیم ندارم، مواد مصرف کنم.»

- اگر پیشنهاد دهنده به طور مکرر برای مصرف مواد فشار می‌آورد، بهتر است مراجع او را از جدی بودن تصمیم خود آگاه سازد.

- «بهبتره خودت را خسته نکنی، چون من تصمیم گرفتم، دیگه مصرف نکنم.»

- «بهبتره اصرار نکنی، چون من دارم ترک می‌کنم.»

- لطفاً اصرار نکن، مصمم هستم که دیگه مواد مصرف نکنم.

- مراجع باید از افتادن در دام دلیل تراشی اجتناب کند، گاهی اوقات افراد پرفشار پس از چند بار اصرار از مراجع می‌خواهند دلایل ترک و عدم مصرف را بیان کند. برای مراجع توضیح دهید که لازم نیست برای دیگران دلیل بیاورد و بدن هیچگونه توضیحی فقط "نه" بگوید.

- از مراجع بخواهید در صورتی که نمی‌تواند در برابر فشارها مقاومت کند، موقعیت را ترک کند، البته باید او را آگاه کنید که ترک موقعیت در شرایط فشارآمیز نشانه ضعف نیست. بلکه یک شیوه‌ی سالم برای مقابله با فشار اجتماعی است.

- بر تمرین تأکید کنید و برای بیمار توضیح دهید که هر چه بیشتر تمرین کند، بهتر یاد می‌گیرد.

## ۲) فن صفحه‌ی خط افتاده

به مراجع آموزش دهید که وقتی در شرایط پر خطر قرار می‌گیرد و یا با اصرار زیاد فردی برای مصرف مواد روبرو می‌شود از تکنیک صفحه‌ی خط افتاده کمک بگیرد. در مقابل او بایستد و در برابر سماجت وی مقاومت کند. برای استفاده از این فن ابتدا باید فرد "نه" بگوید و سپس در ادامه آن یک جمله کوتاه را به در برابر اصرارهای دیگران تکرار کند. مراجع باید تنها یک جمله را تکرار کند و با در نظر گرفتن مواردی که در رد قاطعانه مطرح شد وارد توجیه و مشاجره لفظی نشود به یک مثال در این رابطه توجه کنید.

- «علی: گفتم که نمی‌خوام اینجور جاها شرکت کنم.»

- سیاوش: ای بابا خیلی خودتو گرفتی. کاری نکن رفاقت چندین سالمون به هم بخوره.

- علی: گفتم دیگه نمی‌خوام اینجور جاها شرکت کنم.

- سیاوش: باشه، حالا که اینطوری شد دیگه نه من نه تو. دیگه چی میگی؟

- علی: گفتم که نمی‌خوام اینجور جاها شرکت کنم.

- سیاوش: پس تو را به خیر و ما را به سلامت.

و به این ترتیب سیاوش به راه‌خود می‌رود و علی را تنها می‌گذارد».

### **ارائه تکلیف**

از مراجع بخواهید علاوه بر انجام برنامه‌ریزی روزانه و ارزیابی روزانه‌ی خود، فنون رد قاطعانه را به صورت روزانه تمرین کنید.

### **خلاصه نهایی و بازخورد**

## جلسه ششم - آشنایی با تغییرات جسمانی ناشی از ترک

### اهداف

- ارتقاء آگاهی بیماران از نشانه‌های جسمانی ناشی از ترک
- آموزش راهبردهایی برای مقابله با مشکلات ناشی از تغییرات جسمانی



بعد از سنجش خلق و بررسی تکالیف موضوع جلسه را بیان کنید.

### موضوع جلسه

#### آشنایی با نشانه‌های جسمانی ناشی از ترک

برای بیماران توضیح دهید که پس از ترک مواد تغییراتی شیمیایی در بدن اتفاق می‌افتد. این تغییرات به منظور انطباق مغز و بدن با شرایط جدید صورت می‌گیرد. این فرآیند نشانه‌ی بهبودی است که با تغییرات ناگهانی و شدید جسمانی و ذهنی همراه است. بنابراین، آنها باید به جای نگران شدن آن را نشانه‌ای از روند درمان و یا ترمیم مغز و جسم بدانند.

تغییرات ناشی از ترک در چهار مرحله اتفاق می‌افتد. ارائه توضیحاتی به بیماران در رابطه با هر یک از این مراحل، منجر به افزایش آگاهی آنان می‌شود و همچنین تحمل

تغییرات بدنی برای قابل تحمل تر خواهد شد. ناآگاهی از علائم و نشانه‌های جسمانی ترک ممکن است باعث ترس و وحشت برخی از بیماران شود و همین یک برانگیزاننده‌ی قوی برای مصرف مواد خواهد بود. چه بسیار افرادی که تحت تاثیر اضطراب ناشی از علائم ترک به مصرف مواد روی آوردند. بدیهی است، در صورتی که اطلاعات کافی راجع به این موارد در اختیار بیماران قرار نگیرد، شرایط پرخطری را تجربه خواهند کرد.

### علائم و نشانه‌های ترک

**محرومیت<sup>۱</sup>:** یک تا دو هفته پس از ترک مواد، فرد علائم و نشانه‌های جسمانی زیادی را تجربه می‌کند. این علائم بر حسب مقدار، مدت و نوع مصرف مواد متفاوت است. عمده‌ترین علائم و نشانه‌ها عبارتند از: اختلال در تمرکز، افسردگی، بی‌حوصلگی، افزایش اشتها، کاهش انرژی، پرخوابی یا بی‌خوابی، عصبانیت و پرخاشگری، تحریک پذیری و بی‌حوصلگی. در صورت شدید بودن این علائم، لازم است که بیمار دارو مصرف کند. داروها باید با نظارت پزشک مصرف شوند. نگرش منفی بیماران نسبت به داروها سبب می‌شود که از مصرف آن‌ها امتناع کنند. ترس از اعتیاد به دارو یکی از نگرانی‌های عمده بیماران است و لازم است که پزشکان در این رابطه بیماران را آگاه کنند.

**پرهیز اولیه:** برای افرادی که سابقه مصرف محرک‌ها را دارند، ترک مواد در ۴ هفته اول آسان است. آن‌ها معمولاً در این دوره مشکل جسمی را تجربه نمی‌کنند و از موفقیت خود در کنار گذشتن مواد احساس غرور و پیروزی می‌کنند. به همین دلیل به این دوره ماه عسل<sup>۲</sup> می‌گویند. اما بر خلاف تصور بیماران باید گفت که مشکلات بعد از ماه عسل فرا می‌رسند. به عبارتی تقریباً با پایان یافتن این ۴ هفته، علائم و نشانه‌های بدنی مربوط

---

<sup>۱</sup>- withdrawal

<sup>۲</sup>- Honeymoon

به ترک ظاهر می‌شوند. واضح است، بیمارانی در مقابله با این علائم موفق خواهند بود که در طول ۴ هفته اول درمان، راهبردهای ضروری را فرا بگیرند و خود را پیشاپیش برای مقابله با تغییرات بدنی ناشی از ترک آماده سازند. نکته‌ای که به عنوان مشاور باید به این بیماران بگویید این است که ارتباط خود را با درمان قطع نکنند.

**پرهیز طولانی:** ۳ تا ۵ ماه پس از پایان ماه غسل، مشکلاتی برای بیماران ایجاد می‌شود که ناشی از فرآیند درمان یا ترمیم مغزی است. در این دوره زمانی که اصطلاحاً به آن دیوار<sup>۱</sup> می‌گویند، فرد اختلالات شناختی و هیجانی زیادی را تجربه می‌کند. علائم و نشانه‌های شایع در این دوره عبارتند از: بی‌حوصلگی و کسالت، افسردگی، تحریک‌پذیری، کاهش انرژی و اختلال در تمرکز. بیماران در این دوره ولع شدیدی برای مصرف دارند. به همین دلیل احتمال عود در این مرحله بالاست. عبور موفق از این مرحله پیشرفتی بزرگ برای بیمار محسوب می‌شود.

**سازگاری مجدد<sup>۲</sup>:** از آن جایی که فرایند ترمیم مغزی در مرحله قبل (پرهیز طولانی) انجام شده است، فرد در این مرحله می‌تواند به تدریج فعالیت‌های قبلی خود را از سر گیرد و کارکرد قبلی خود را بازیابد. آنچه که درمانگران باید به بیماران یادآور شوند این است که حتی در این مرحله نیز بی‌توجهی به عوامل خطر ساز می‌تواند، باعث عود و مصرف مجدد گردد.

#### مقابله با تغییرات جسمانی ناشی از ترک

به بیمار و خانواده توضیح دهید که تغییرات ذکر شده گذرا هستند و ناشی از فرآیند درمان می‌باشند. سپس با آموزش شیوه زندگی سالم به آن‌ها کمک کنید تا به بهترین نحو با شرایط کنار آیند.

**آموزش شیوه زندگی سالم:** شیوه زندگی سالم را برای بیماران توضیح دهید:

---

<sup>۱</sup>- Wall

<sup>۲</sup>- readjustment

- **خواب کافی:** ۸ ساعت خواب شبانه را از قلم نیندازید.
- ساعت‌های روز خود را به سه تا هشت ساعت تقسیم کنید. ۸ ساعت کار، ۸ ساعت خواب و ۸ ساعت بقیه را به مطالعه، تفریح و دیگر فعالیت‌ها اختصاص دهید. از آن جایی که رعایت این برنامه در شروع درمان دشوار است، بهتر است ساعت تفریح را از یک ساعت در روز شروع کنید و به تدریج بر زمان آن بیفزایید. در صورت فشرده بودن برنامه‌های کاری و مطالعه باید حداقل روزی یک ساعت تفریح و سرگرمی داشته باشید.
- **حذف سیگار\*:** در صورتی که سیگار می‌کشید، بهتر است آن را کنار بگذارید. (البته این کار را با نظارت پزشک انجام دهید) سیگار با داشتن نیکوتین سطح سوخت و ساز شما را بالا می‌برد، وابستگی ایجاد می‌کند و بر برانگیختگی شما می‌افزاید.
- **تغذیه سالم:** از آن جایی که تغذیه ناکافی فرد را در مقابل عوامل استرس‌زا آسیب‌پذیر می‌سازد، الگوی تغذیه سالم به عنوان یکی از مولفه‌های شیوه زندگی سالم است. منظور از تغذیه سالم، مصرف میوه‌جات، سبزیجات، مایعات به ویژه مصرف آب فراوان در طول روز است. اجتناب از مصرف غذاهای آماده و نوشیدنی‌های محرک (مانند نسکافه و قهوه) نیز ضروری می‌باشد. زیرا این نوشیدنی‌ها می‌تواند سطح برانگیختگی را در شما افزایش دهد و شما را نسبت به استرس آسیب‌پذیر سازد. بنابراین بهتر است از نوشیدن آن‌ها اجتناب نمایید و حتی چای را کم مصرف کنید.
- **ورزش:** منظور از ورزش، ورزش حرفه‌ای نیست، بلکه هر نوع فعالیت بدنی مانند پیاده روی، طناب زدن و دوچرخه سواری روزانه می‌باشد. انجام این فعالیت‌ها هر چند که مختصر باشد، مفید خواهد بود.

---

\* به کتاب ترک سیگار از انتشارات قطره مراجعه کنید.

- **یوگا:** یوگا فعالیتی است که می‌تواند عملکرد غددی و فعالیت نظام عصبی را تنظیم کند. یوگا در کوتاه مدت سطح برانگیختگی را پایین می‌آورد و از تنش می‌کاهد در دراز مدت فرد را نسبت به بیماری‌ها مقاوم می‌سازد. بنابراین، پرداختن به یوگا می‌تواند برای بیماران مفید باشد.
- **استراحت کوتاه** روزانه مانند چرت زدن در بعد از ظهر که می‌تواند (از ۵ تا ۱۵ دقیقه) را به خود اختصاص می‌دهد، هر چند زمانی کوتاه است. اما می‌تواند شما را به آرامش برساند.

### **ارائه تکلیف**

تکلیف جدید این است که بیمار به کمک فنون پیشنهادی با مشکلات جسمانی ناشی از ترک مقابله کند.

خلاصه نهایی و بازخورد

## جلسه هفتم – مشکلات شایع در طول مراحل اولیه ترک

### اهداف

- آشنایی با مشکلات شایع در طول مراحل ترک
  - آشنایی با راهبردهای مقابله
  - پرهیز از مصرف الکل
- سنجش خلق و بررسی تکالیف که اولین بخش جلسه است و با توجه به گذشت جلسات ابتدایی، بیمار هم بر روند جلسات درمانی واقف گشته است.

### موضوع جلسه

بیماران را با مهم‌ترین مشکلاتی که در طول مراحل ترک با آن‌ها مواجه خواهند شد، آشنا سازید. راهبردهای مقابله‌ای را به شیوه مشارکتی انتخاب کنید. مهم‌ترین و شایع‌ترین مشکلاتی که بیماران در طول ترک با آن‌ها مواجه هستند، عبارتند از:

### تنهایی

بیماران وابسته به مواد، اغلب دوستانی دارند که وضعیتی مشابه با آنان دارند. زیرا زمانی که آن‌ها مصرف مواد را شروع می‌کنند، افراد سالم و پاک از پیرامون آن‌ها پراکنده می‌شوند. از آنجا که یکی اولین راهبردهای مقابله‌ای حذف شروع کننده‌ها می‌باشد، قطع ارتباط با این افراد واضح و بدیهی به نظر می‌رسد. پس، لازم است در طی مراحل ترک به این مشکلات توجه شود و به بیماران کمک شود تا دوستان مناسبی را برای خود جایگزین کنند. آموزش مهارت‌های دوست‌یابی یا معرفی منابعی در این رابطه مفید خواهد بود. به علاوه بیماران می‌توانند:

- به دوستان پاک سابق خود زنگ بزنند و ارتباط خود را با آن‌ها از سرگیرند.
- با اقوام و فامیل ارتباط برقرار کنند و از بین آنان دوستانی برای خود بیابند.
- اوقات فراغت خود را با اعضای خانواده بگذرانند.
- تنهایی و اوقات فراغت خود را با فعالیت‌های سالم و سازنده پر کنند و بدانند که تنها بودن بهتر از ارتباط با دوستان ناباب است.

## خشم و تحریک‌پذیری

احساس تحریک‌پذیری (زود عصبانی شدن) یکی از واکنش‌های طبیعی مغز در فرآیند درمان است که به دنبال ترک مواد به وجود می‌آید. بنابراین، این نشانه را برای بیماران طبیعی جلوه دهید. برای آن‌ها توضیح دهید که بسیاری از افرادی که مواد را کنار می‌گذارند چنین نشانه‌هایی را دارند. سپس تأکید کنید که برای رفع این نشانه نیازی به مصرف دارو نیست و می‌توان به کمک روش‌های غیردارویی آن را برطرف کرد. اما اگر تحریک‌پذیری شدید بود ممکن است مصرف دارو ضروری باشد. مراجعان باید برای مقابله با تحریک‌پذیری فنون مفید زیر را فراگیرند:

- چند نفس عمیق بکشید. بهتر است تنفس از نوع دیافراگمی باشد.
- فن آرمیدگی را به کار گیرید.
- دوش بگیرید.
- محیط را ترک کنید.
- یک لیوان آب سرد بنوشید.
- دو عدد گوجه فرنگی را در دستان خود له کنید.
- به یک کیسه بوکس یا بالش مشت بزنید.
- ورزش کنید یا فعالیت‌های بدنی انجام دهید.
- خود را به کارهایی (مانند آشپزی، نظافت منزل و باغچه کاری) مشغول کنید.

## نگهداری مواد در منزل

برخی بیماران ممکن است حتی بعد از ترک نیز همچنان مواد را در منزل خود نگهدارند. این کار سبب تحریک برای مصرف مواد طی فرآیند ترک می‌شود. بنابراین، باید در این رابطه با بیماران صحبت کنید و آن‌ها را از پرخاطر بودن این رفتار آگاه سازید. از آن‌ها بخواهید:

- کلیه مواد را از منزل دور بریزند.

- هر چیزی که به نوعی با مواد مخدر مربوط است (مانند فنک، منقل، سرنگ و ..) را از اطراف خود دور کنند.

- در حضور افرادی که سیگار می‌کشند ظاهر نشوند.
- اگر کسی از اعضای خانواده مواد مصرف می‌کند، از او دوری کنند. بهتر است در این موارد، منزل را برای ساعاتی ترک کنند.
- با اعضای خانواده که وابستگی به مواد دارند صحبت کنند و برای آن‌ها توضیح دهند که مصرف مواد آن‌ها تا چه اندازه می‌تواند برای آن‌ها برانگیزاننده و خطرناک باشد.

### بی‌حوصلگی و کسالت

یکی از مشکلات مهم بیمارانی که در مرحله ترک هستند، احساس بی‌حوصلگی و کسالت به صورت مقطعی و گذرا است. از آن جایی که خلق افسرده و کسل یکی از برانگیزاننده‌های مهم برای مواد می‌باشد، لازم است برای رهایی از آن موارد زیر رعایت شود:

- همیشه خود را مشغول نگهدارند.
  - به فعالیت‌های لذت‌بخش بپردازند.
  - تفریحات سابق خود را از سر گیرند.
  - ورزش کنند.
  - اهداف جدیدی برای خود تعیین کنند.
- یکی از مشکلات بیماران این است که بیان می‌کنند به اندازه سابق از فعالیت‌های لذت‌بخش، لذت نمی‌برند. برای آن‌ها توضیح دهید که این نشانه‌ها یکی از پیامدهای مصرف مواد است و پس از مدتی از بین می‌رود. مقایسه میزان لذت حاصل از مواد با تفریحات سالم از دیگر مسائلی است که سبب می‌شود، بیماران چندان رغبتی به فعالیت‌های لذت‌بخش نداشته باشند. به آن‌ها یادآور شوید که لذت ناشی از مصرف مواد زودگذر است و علاوه بر عوارض طولانی مدت که خود بیمار نیز تجربه کرده است، بعد از مدت کوتاهی اثر خوشایند ابتدایی را نیز نخواهد داشت و چنین مقایسه‌ای نادرست است و کمکی به آن‌ها نمی‌کند.

### موقعیت‌های پرخطر

بیماران در فرآیند ترک خواه ناخواه با افراد یا موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شوند

- حضور در مهمانی‌هایی که به آن‌ها مواد تعارف می‌شود و یا شرکت در مجالسی که مواد وجود دارد، از جمله موقعیت‌های پرخطر محسوب می‌شوند. بنابراین به آن‌ها کمک کنید تا از قبل خود را برای مواجهه با این موقعیت‌ها آماده سازند. بیماران باید جملاتی را در ذهن خود آماده داشته باشند تا در صورت مواجهه با افراد پرخطر از آنها استفاده کنند.
- آنها باید از شرکت در مجالس یا مهمانی‌هایی که در آن‌ها مواد توزیع می‌شود، اجتناب کنند و در مجالس سالم شرکت نمایند.
  - اقدام به برگزاری مجالس شادی (بدون مواد) نمایند.



### پرهیز از مصرف الکل

از دیگر اهداف درمانی پرهیز از مصرف الکل است. زیرا بسیاری از افراد در طول درمان به دنبال ترک مواد به سمت مصرف الکل رو می‌آورند و حتی ممکن است اقدام به مصرف آن کنند. برای پیشگیری از این مورد باید برنامه‌ریزی کرد و در صورت بروز چنین مشکلی، لازم است به آن‌ها کمک کنید تا مصرف الکل را کنار بگذارند. آن‌ها باید بدانند که مصرف الکل موقعیت پرخطری است که آن‌ها را به سمت مصرف مجدد مواد سوق می‌دهد.

یکی از باورهای نادرست افراد مبتلا به سوءمصرف مواد این است که فکر می‌کنند مصرف تفنی الکل بی‌ضرر است و صدمه‌ای به آنان نمی‌رساند. آن‌ها را نسبت به این موضوع آگاه سازید که بین مصرف تفنی یا تفریحی الکل با شروع اعتیاد به مواد رابطه وجود دارد و انتظار بر این است که آن‌ها در کنار ترک مواد، از مصرف الکل به هر شکلی اجتناب کنند و خویششان دار باشند.

**نکته:** به بیماران بگویید که ترک الکل فرآیند ترمیم مغزی را سرعت می‌بخشد و مصرف آن، بیماران را به سمت اعتیاد به مواد می‌کشاند.

## باورهای نادرست بیماران درباره الکل

خیلی مهم است که باورهای نادرست بیماران درباره الکل را شناسایی کنید و اعتبار آنها را به چالش بکشید.

-من برای ترک مواد آمده ام نه الکل: لازم است توضیح دهید ترک الکل، بخش مهمی از فرآیند ترک مواد به شمار می‌رود. از آن جایی که با ترک مواد، فرآیند ترمیم مغزی شروع می‌شود، الکل یا هر گونه موادی به صورت تفریحی می‌تواند، این فرآیند را کند سازد.

-من به الکل معتاد نیستم: این باور نادرست نیز در بیماران شایع است و نوعی خود فریبی به شمار می‌رود. در پاسخ به این بیماران بگویید: «اگر این طور هست پس نباید در کنار گذاشتن الکل با مشکل مواجه باشی».

بدیهی است اگر بیمار خود به تنهایی نمی‌تواند الکل را کنار بگذارد، لازم است تحت درمان قرار گیرد و با نظارت متخصص این کار را انجام دهد.

-مطمئن نیستم که بتوانم الکل را کنار بگذارم: برخی از بیماران اعتماد کافی به خود ندارند و بر این باورند که هرگز نمی‌توانند از الکل دست بکشند. از این بیماران بخواهید حداقل تا ۶ ماه پس از ترک مواد، الکل را کنار بگذارند تا فرآیند ترمیم مغز سپری شود و سپس در مورد آن تصمیم بگیرند که البته بهتر است باز هم در این رابطه با درمانگر صحبت کنند.

## ارائه تکلیف

تکلیف جدید این جلسه: از بیمار بخواهید راهبردهای فرا گرفته در جلسه را برای مقابله با مشکلات ناشی از ترک به کار گیرند.

خلاصه نهایی و بازخورد

## جلسه هشتم - احساس، فکر، عمل

### اهداف

- ارتباط بین احساس، فکر و عمل برای بیمار مشخص شود.
- بیمار متوجه شود چگونه جواب دادن به احساس یا فکر تحت کنترل او است.
- شناسایی رفتارهایی که با مصرف مواد در ارتباط است.

### آغازگر جلسات: سنجش خلق و بررسی تکالیف

### موضوع جلسه

بسیاری از افراد فکر می‌کنند که افکار و احساسات در کنترل آنها نیستند و نمی‌توانند تاثیر و یا تغییری بر روی آن داشته‌باشند. بسیار مهم است که بیمار از افکار و احساسات خود آگاه باشد و بتواند آنها را بفهمد و بررسی کند. همچنین باید متوجه باشد که احساس و افکاری که در هر لحظه دارد مستقیماً در رفتار و حرف زدن او بروز پیدا می‌کند.

افکار در قسمت منطقی ذهن وجود دارند. در مغز هر فرد افکار متفاوتی هست. اگر افکار را به شبکه‌های مختلف تلویزیونی تشبیه کنیم، فرد می‌تواند در موقع لزوم، آگاهانه این کانال‌ها را تعویض و یا آنها را خاموش کند.

بعضی از افکار که ناشی از خطاهای شناختی می‌باشند در بسیاری از بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد وجود دارد که عدم توجه به آنها می‌تواند باعث عود مجدد مصرف شود. با اختصاص زمان مناسب به صحبت کردن در مورد افکار و احساسات بیماران در طول فرآیند درمان، می‌توان از این مورد جلوگیری کرد.

بعضی از این افکار عبارتند از:

-**تفکر سیاه یا سفید:** در واقع نوعی اختلال شناختی است که در آن قضاوت بیمار نسبت به وقایع و افراد در دو دامنه‌ی بسیار خوب و یا بسیار بد می‌باشد. چنین افرادی نمی‌توانند در یک زمان نکات مثبت و منفی را در مورد یک موضوع در نظر بگیرند. مثلاً بیماری که

در طی روند درمان یکبار دچار لغزش شده و مصرف کرده‌است، همه چیز را بر بادرفته و بی‌فایده می‌خواند و جلسات درمان را رها می‌کند.

-**منفی‌نگری:** در واقع چنین فردی همیشه با یک عینک سیاه به اطراف می‌نگرد. مدام فکر می‌کند کارها آنطور که می‌خواهد پیش نمی‌روند و به هدفش نخواهد رسید. در نهایت فکر می‌کنند که هیچ وقت نخواهند توانست مصرف مواد را متوقف کنند.

-**فاجعه‌پنداری:** نوعی اختلال فکری که یک اشتباه یا رخداد کوچک را با اغراق در نظر بگیرند، مثلاً شخصی که در طول درمان به مصرف مواد، هوس پیدا کند و این موضوع را نشانه عدم توانایی برای مقاومت و شکست برای ترک مواد بداند.

-**شخصی‌سازی:** در واقع خود را مسئول تمامی اتفاقات بد و شکست‌های اطراف می‌داند. چنین افرادی مدام در حال سرزنش خود هستند و خود را افرادی پست و حقیر می‌دانند. شاید افرادی که مصرف مواد داشته‌اند واقعاً در طول زندگی دچار اشتباهاتی شده باشند اما در صورتی که فرد تمام حوادث و رویدادهای بد را به مصرف مواد ربط دهد و خود را مقصر بداند باید این اختلال شناختی را در نظر گرفت و مورد بحث و درمان قرار داد.

### **روش‌های مداخله درمانگر برای اختلالات شناختی بیماران**

-از بیمار پرسیم که چه شواهد و دلایلی وجود دارد که فکر و نگرشی را که در ذهن دارد درست می‌پندارد. در واقع این خطایی است که بسیاری از بیماران دچار آن می‌شوند. یعنی بدون مدرک و دلیل موجه فکر و احساس خود را به عنوان یک واقعیت، در نظر می‌گیرند. استفاده از این تکنیک به بیمار کمک می‌کند تا متوجه نادرست بودن فکر خود بشود.

-آیا در مورد موقعیت بوجود آمده می‌توان به گونه‌ای متفاوت از نگرش فعلی اندیشید؟ بیمار باید بداند که شرایط و دیدگاه‌های مختلفی در مورد یک موقعیت می‌تواند وجود داشته باشد، مثلاً حاضر نشدن به موقع یک دوست در قرار ملاقات

همیشه نشانه‌ی بی‌ادبی او نیست بلکه ممکن است، اتفاق بدی در همان لحظه برای او رخ داده باشد که نتوانسته است سر قرار حاضر شود.

-از بیمار بخواهیم توضیح دهد نوع نگرشی که دارد چه مزایا و چه معایبی برای او دارد. احساس در واقع همان چیزی است که از آن تحت عنوان خوشحالی، ناراحتی، خشم، ترس و... نام می‌بریم. به طور کلی، پاسخ هیجانی روان به وقایع اطراف می‌باشد. احساسات قابل کنترل نیستند ولی لازم است که شخص از آنها آگاه باشد. صحبت کردن با اطرافیان در مورد احساسی که در آن لحظه داریم برای رسیدن به شناخت بهتر نسبت به احساس خود کمک‌کننده است. مصرف مواد با تغییر در عملکرد مغز می‌تواند احساس فرد را نیز تغییر دهد. همچنین در طی مراحل ترک مواد، احساسات با یکدیگر آمیخته می‌شوند. حتی در بعضی مواقع خود فرد نیز از ناگهانی و بی‌دلیل بودن بروز احساسات متعجب می‌شود. اگرچه نمی‌توان بروز این احساسات را کنترل کرد ولی هدف این است که با آگاه بودن از آنها رفتار مناسب‌تری را انجام داد.

رفتار آن چیزی است که شما در هر لحظه انجام می‌دهید. بطور مثال کار کردن، بازی کردن و یا حاضر شدن در جلسه درمان. در واقع هر رفتار نتیجه یک فکر، یک احساس و یا هر دوی آنها می‌باشد. بیمار باید آگاه شود که استفاده مکرر از مواد با تغییر در احساسات و افکار می‌تواند رفتار را نیز تغییر دهد. به طور مثال فردی که مصرف مواد داشته است ممکن است در اثر احساس سرخوشی یا عصبانیت بیش از حد رفتاری را بروز دهد که پیامدهای زیان‌باری برای او داشته باشد. از طرف دیگر افرادی که مواد مصرف می‌کنند توانایی مدیریت احساسات خود را به صورت کوتاه مدت یا بلند مدت ندارند به طور مثال اگر در اثر واقعه‌ای دچار اضطراب ناراحتی یا خشم شوند، مهارت لازم برای حل مشکل و احساسات به وجود آمده را ندارند و مصرف مواد را به عنوان اولین ولی پر ضررترین راه حل انتخاب می‌نمایند. بنابراین ماندن روی احساسات و تلاش برای درک آنها بدون آن که کاری انجام دهند برای آنها دشوار است. با مصرف مکرر مواد به تدریج فرد احساس می‌کند که زندگی از کنترل او خارج می‌شود.

با بدتر شدن این وضعیت فرد رفتارهایی را انجام می‌دهد که وضعیت خود را طبیعی نشان دهد. که این رفتارها همان رفتارهای اعتیادی نامیده می‌شوند. از بیمار بخواهید رفتارهای اعتیادی را که داشته به خاطر بیاورد و نسبت به آنها مطلع شود. آگاهی این مزیت را دارد که باعث می‌شود فرد علت اصلی رفتار خود را بداند و برای تغییر آن اقدام کند.

### **تعدادی از رفتارهایی که می‌توانند بواسطه اعتیاد در فرد بوجود آیند**

- دزدی
- دروغ
- رها کردن وظایف قبلی (عدم ملاقات خانواده)
- غیر قابل اطمینان بودن (به موقع سر قرار حاضر نمی‌شود)
- بی توجهی به بهداشت فردی
- بی نظمی و نامرتبی
- انجام کارهای بدون دلیل و ناگهانی (خوردن یا روابط جنسی بیش از حد)
- دوری کردن از جمع
- تغییر در ساعات کاری
- غیبت کردن یا رها کردن جلسات درمان
- قطع مصرف داروهای تجویز شده
- استفاده از مواد دیگر
- و. ....

### **تکلیف جدید این جلسه**

از بیمار بخواهید رفتارهایی را که بعد از اعتیاد در او ایجاد شده و یا تشدید شده است به خاطر آورد و آنها را یادداشت کند.

**خلاصه نهایی و بازخورد**

## جلسات درمانی جلوگیری از عود

«ترک سیگار بسیار آسان است، من آن را صدها بار انجام داده‌ام!»

(مارک تواین)

درمان جلوگیری از عود در واقع بر اساس دیدگاه درمانی شناختی- رفتاری است و برای درمان وابستگی‌ها و جلوگیری از بازگشت به هر گونه اعتیاد استفاده می‌شود. این مرحله ماهیت فرآیند ترک را نشان می‌دهد و راهکارهایی جهت باقی ماندن در دوره ترک را پیشنهاد می‌دهد. بسیاری از افراد برای حفظ سلامتی اقدامهایی را انجام می‌دهند (مانند: ورزش کردن، کم کردن وزن، ترک سیگار و...) ولی ممکن است بعد از مدتی از مسیر انتخابی خود منحرف شوند و نهایتاً به رفتار قبلی خود باز گردند درباره‌ی مصرف مواد هم همینطور که منجر به مصرف مجدد مواد شود. تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از افراد اقدام به کنار گذاشتن و ترک مواد را بسیار آسان‌تر از باقی ماندن در ترک ذکر می‌کنند.

درمان جلوگیری از عود بر این اساس استوار است که یک رفتار اعتیاد آور، اکتسابی است و در اثر عاداتی که فرد دارد، در طول زمان آن را می‌آموزد. یک رفتار اعتیادآور، پاداش فوری را بر می‌انگیزد که لذت را زیاد می‌کند و درد را کاهش می‌دهد. در واقع افراد برای بدست آوردن احساس خوب، مصرف مواد را آغاز می‌کنند(افزایش لذت). داشتن احساسی بهتر(خود درمانی جهت کاهش درد) و پاداش کسب شده بعد از مصرف مواد باعث تکرار آن علی‌رغم پیامدهای منفی و خطرناک می‌شود.

جلوگیری از عود، با شناسایی عوامل خطر ساز فیزیولوژیک، محیطی و سوق دهنده به سمت عود، همچنین تهیه‌ی لیستی از عوامل و موقعیت‌های مذکور آغاز می‌شود که نتیجه‌ی حاصل از آن، این امکان را فراهم می‌آورد تا فرد یاد بگیرد چگونه از انحرافات و بازگشت به مصرف دوباره‌ی مواد جلوگیری کند و اگر انحراف رخ داد، آن را چگونه مدیریت کند. همچنین راهکارهای کلی برای حفظ تعادل زندگی و نحوه برخورد با میل

به مصرف مواد را فرا بگیرد.

### **مراحل اصلی در جلسات درمانی جلوگیری از عود**

در طی جلسات جلوگیری از عود ۴ مرحله اصلی وجود دارد که در طول ۱۰ جلسه درمانی بطور مفصل برای بیمار توضیح داده می‌شود:

#### **مرحله اول – ارزیابی**

در اولین مرحله درمانگر بیمار را ارزیابی می‌کند که آیا توانایی مقابله با عوامل خطر و وسوسه را دارد و آیا می‌تواند این مسیر را بدون داشتن عود طی کند؟ اگر درمانگر این تشخیص را داد که توانایی‌های بیمار برای رسیدن به این هدف کم است، باید علت یا علت‌های اصلی را مشخص کند: آیا این کمبود مربوط به نداشتن اطلاعات کافی یا مهارت‌ها است. یا بخاطر کم بودن انگیزه و پایین بودن اعتماد به نفس و یا وجود اضطراب است.

#### **مرحله دوم – افزایش انگیزه و آگاهی**

اقدام دیگری که در طول درمان انجام می‌شود افزایش احساس موثر بودن فرد در اجرای تکالیف است. هر چقدر میزان این احساس در فرد بالاتر رود، پیش‌آگهی درمان بهتر است. درمانگر باید بیماران را تشویق کند تا متوجه شوند که درمان موفق وابسته به خود بیمار است. تشویق‌ها و بازخوردهای مثبت درمانگر در مورد عدم مصرف مواد و انجام تکالیف مربوط به آن و ارتباط خوب و همکاری‌کننده‌ی درمانگر و بیمار، باعث افزایش حس توانمندی و انگیزه ادامه درمان می‌گردد.

#### **مرحله سوم – آموزش مهارت و استراتژی‌های شناختی**

در این مرحله مهارت‌های مقابله‌ای در جهت جلوگیری از عود آموخته می‌شود و همچنین عواملی که با اجرای صحیح این مهارت‌ها تداخل دارند شناسایی می‌شوند. درمان جلوگیری از عود مانند سایر درمان‌های شناختی-رفتاری شامل چند مورد است:

۱ - آموزش‌های رفتاری بر روی موضوع‌های مشخص.

۲ - تکنیک‌های بازسازی شناخت، به منظور تصحیح تصورهای غلط.

۳ - چالش با افکار غیرسازنده در جهت اصلاح آنها.

بسیاری از بیماران در مورد مصرف مواد فقط بر روی اثرات مثبت آنها تاکید می‌کنند، مانند: سرخوشی، کاهش درد، آرامش و... در مورد اثرات منفی ناشی از آن مانند: خماری، خطر سلامتی و مسائل قانونی و... یا اطلاعاتی ندارند و یا آنرا انکار می‌کنند. در زمان قطع مصرف و شروع علائم ترک با به یاد آوری اثرات لذت بخش مواد، بیمار احساس کمبود شدید می‌کند و برای مصرف مجدد مواد انگیزه پیدا می‌کند. بنابراین در بیمارانی که به اثرات مثبت مواد بیش از حد تأکید دارند احتمال عود مصرف مواد زیاد است. اگر خیال پردازی‌هایی که در مورد اثرات مثبت مواد وجود دارد حذف شود و در کنار آن درباره‌ی عوارض و اثرات مخرب روانشناختی مواد بحث شود به بیمار کمک می‌کند در مواقع خطر مصرف مجدد بهترین و سالم‌ترین راه را انتخاب کند.

### **مرحله چهارم - آموزش استراتژی‌های تعدیل کننده‌ی شیوه‌ی زندگی**

استرس‌های زندگی نامتعادل می‌تواند منشاء میل و وسوسه به مصرف مواد باشد. این مرحله به منظور افزایش ظرفیت مقابله‌ی بیمار در این موقعیت، طراحی شده است. استرس‌هایی مانند مشکلات خانوادگی و مشکلات ارتباطی در محیط خانه یا محل کار بصورت روزمره در زندگی فرد وجود دارند و ممکن است هر لحظه آنها را تجربه کند و بدون توجه به این مشکلات، معمولاً فرایند ترک مستمر نخواهد بود و عودهای فراوان و زود هنگام را همراه خواهد داشت. در صورت لزوم بیمار باید برای حل این مشکلات در کنار جلسات درمانی ترک مواد، به مشاور و متخصص مربوطه ارجاع داده شود. ساختار این جلسات مانند جلسات قبلی است و با سنجش خلق و بررسی تکالیف با همان اهداف شروع می‌شود و با تکالیف‌های ثابت و تکالیف مجزا برای هر جلسه و جمع‌بندی و بازخورد پایان می‌پذیرد.

## جلسه اول - جلوگیری از عود

### اهداف

-آشنایی با مفاهیم لغزش و عود.

-آشنایی با موقعیت‌های پر خطر.

-آموزش راهبردهای رفتاری- شناختی.

همانطور که گفته شد در این جلسات هم شروع کار با سنجش خلق و بررسی تکالیف است.

### دستور جلسه

بیماران معمولاً علت بروز لغزش را تصادفی می‌دانند و بیان می‌کنند که خودشان هم نفهمیده‌اند چرا و چطور این اتفاق رخ داده است. در این موارد باید برای بیماران توضیح دهید که عود فرآیندی ناگهانی و بدون علت نیست، بلکه فرآیندی پیچیده است که تحت تأثیر عوامل و برانگیزاننده‌هایی خاص روی می‌دهد. بدیهی است شناسایی برانگیزاننده‌ها و کنترل آن‌ها از

وقوع عود پیشگیری می‌کند.

آشنایی با مفاهیم لغزش و عود:

عود چیست؟ مصرف مواد پس

از دوره ترک را «عود» گویند.

مفهوم لغزش و عود را برای

بیماران تعریف کنید و برای درک

بهتر بیماران از هر مورد حداقل

یک تا دو مثال بزنید.

برای درک بهتر بیماران از رویداد عود، از استعاره کشتی در اقیانوس استفاده کنید.

توضیح دهید که عود فرآیندی پیوسته و چالش‌زاست. در این فرآیند ممکن است گاه و

بی‌گاه لغزش‌هایی دیده شود اما لغزش به معنای عود یا بازگشت به اعتیاد نیست. سپس



از آن‌ها بخواهید خود را سوار بر کشتی در یک اقیانوس پهناور مجسم کنند، برای عبور کشتی از این اقیانوس پهناور، موج و طوفان به راهبردهایی نیاز است به عبارتی بخش‌های مختلف این کشتی باید هماهنگ با هم کار کنند تا کشتی به سلامت به ساحل مقصد برسد همچنین، خدمه و کارکنان کشتی نیز باید همسو با کاپیتان یا فرمانده کشتی عمل کنند، در غیراین صورت احتمال این که کشتی به سلامت به مقصد نرسد، وجود خواهد داشت.

برای بیماران توضیح دهید که منظور از طوفان در واقع مشکلات و چالش‌های زندگی هستند که فرد در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه است. مهارت‌ها و راهبردهایی که فرد طی درمان کسب می‌کند حکم کارکنان کشتی هستند که کمک می‌کنند تا کشتی به سلامت به مقصد برسد.

#### شناسایی موقعیت‌های پر خطر

بیماران در فرآیند درمان با موقعیت‌های پر خطر آشنا شدند، تاکید مجدد بر اجتناب از موقعیت‌های پر خطر (مانند حضور در مهمانی‌هایی که مواد در آن توزیع می‌شود و یا ملاقات با افراد پر خطر) ضروری است.

**توجه به برانگیزاننده‌های بیرونی و درونی:** توجه به برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی و مقابله با آن‌ها نیز در فرآیند پیشگیری از عود یک ضرورت محسوب می‌شود.

#### راهبردهای رفتاری - شناختی

راهبردهای رفتاری (مانند برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها، پرداختن به امور لذت بخش، مهارت‌های اجتناب، امتناع و قاطعیت) از این نوع هستند. راهبردهای شناختی مواردی مانند شناسایی افکار خود آیند و بازخوردهای واسطه‌ای و چالش با آن‌ها را در بر می‌گیرند.

به بیماران کمک کنید تا طرز تلقی خود را نسبت به عود تغییر دهند و به جای این

که عود را یک شکست تمام عیار بدانند آن را فرصتی برای شناسایی برانگیزاننده‌های جدید بدانند و یا عود را فرصتی برای یادگیری شیوه‌های جدید چالش با موقعیت‌های پر خطر بدانند.

لغزش را می‌توان به زمین خوردن و بلند شدن در کودکان تشبیه کرد. چیزی که در فرآیند یادگیری راه رفتن ضروری است.

### **ارائه تکلیف جدید**

از بیمار بخواهید جملات مثبت و نوید بخشی را بنویسد و با خود به همراه داشته باشد و در صورت عود به آن‌ها نگاهی بیندازد.

**خلاصه نهایی و بازخورد**

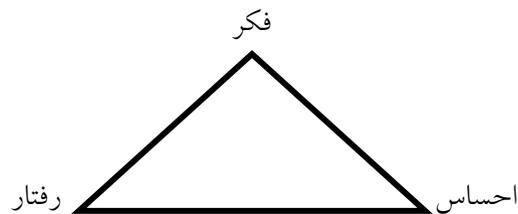
## جلسه دوم – راهبردهای شناختی

### اهداف

- آشنایی با مدل شناختی
  - آشنایی با سطوح شناختی
  - آشنایی با تحریف‌های شناختی
- سنجش خلق و بررسی تکالیف همانند جلسات قبلی انجام می‌شود.

### دستور جلسه

در این جلسه بیماران را با مفهوم مدل شناختی آشنا سازید. برای درک بهتر بیماران نمودار زیر را بر روی یک تخته بکشید. ضمن توضیح این مدل از بیمار بخواهید که مثال‌هایی را ذکر کند. توجه داشته باشید، مشارکت دادن بیمار در فرآیند آموزش امکان درک بهتر آن‌ها را فراهم می‌سازد.



### مدل شناختی

برای بیماران توضیح دهید که مدل شناختی در تبیین اختلالات روانی و سوء مصرف مواد به سه مولفه اشاره دارد. این مولفه‌ها عبارتند از: فکر، احساس و رفتار. هر سه مولفه بر روی هم تاثیر می‌گذارند و از هم تاثیر می‌پذیرند. به طور مثال: اگر فکری به ذهن بیمار بیاید که به موضوعی نگران کننده مربوط باشد (افکار)، آن‌ها احساس نگرانی و اضطراب می‌کنند (احساس) و احساس اضطراب سبب می‌شود که بیمار رفتار اجتنابی، جستجوی حمایت و کمک و .. از خود نشان دهد (رفتار). سپس از بیمار بخواهید یک یا دو مثال بزنند. به این ترتیب مطمئن می‌شوید که مطالب جلسه را درک کرده است.

## سطوح شناختی

در قسمت بعدی به سطوح شناختی اشاره کنید. سطوح شناختی را در قالب نمودار زیر نشان دهید.



### افکار خودآیند

افکار خودآیند، افکاری غیرارادی، آنی و زود گذرند که ناگهانی و ناآگاهانه به ذهن می‌آیند، درست زمانی که شما به چیز دیگری فکر می‌کنید و یا مشغول کاری هستید. از آن جایی که این افکار اغلب منفی هستند، به هیجانات منفی مانند خشم، اضطراب و افسردگی دامن می‌زنند. برای مثال:

- اگر مواد را کنار بگذارم، رنج خواهم کشید.

- بدون مواد زندگی ممکن نیست

- من تنها با مصرف مواد شاد می‌شوم

### باورهای واسطه‌ای

باورهای واسطه‌ای حد فاصل بین افکار خودآیند و باورهای اصلی قرار دارند و بر روی احساسات و رفتارمان تاثیر می‌گذارند. باورهای واسطه‌ای در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نقش کلیدی بازی می‌کنند. باورهای واسطه‌ای را می‌توان به سه دسته

نگرش، فرض و قواعد طبقه‌بندی کرد.

**نگرش:** جملات ساده‌ای هستند که بار ارزشی دارند، مانند:

- «اگر کسی به من مواد تعارف کند و من امتناع کنم، نشانه این است که بچه  
نه هستم»

- «نه گفتن به دوستی که عمری برایت مرام گذاشته است، زشت است».

**فرض:** فرض‌ها جملات دو عبارتی هستند که در افراد وابسته به مواد زیاد به چشم  
می‌خورند. شناسایی و چالش با آن‌ها ضروری است. زیرا مانع بزرگی بر سر راه ترک  
هستند. این جملات از دو عبارت اگر..... آن‌گاه.... تشکیل شده‌اند. مانند:

- «اگر مواد مصرف نکنم آن‌گاه چطور با افسردگی‌ام مقابله کنم»

- «اگر دچار لغزش شوم پس شکست خورده‌ام»

**قواعد:** جملاتی که با باید و نباید همراه هستند، انعکاس دهنده‌ی قوانینی هستند که  
خودمان وضع کرده‌ایم مانند:

- من باید همه را از خود راضی نگهدارم

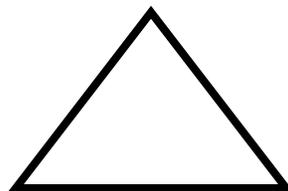
- من نباید به کسی «نه بگویم»

از بیمار بخواهید باورهای واسطه‌ای را با ذکر مثال تعریف کند.

### باورهای اصلی

باورهای اصلی بسیار ریشه‌ای و پایدار هستند. از دوران کودکی در فرد شکل می‌گیرند، در  
طول زمان پایدارند و بر زندگی و فعالیت‌های فرد تاثیر زیادی می‌گذارند. باورها که معادل  
طرح‌واره‌ها هستند و سه جنبه را در برمی‌گیرند. به نمودار زیر توجه کنید:

باور در مورد خود



باور در مورد دیگران

باور در مورد آینده

برای درک بهتر بیماران مثال بزنید و از آن‌ها بخواهید برای شناسایی باورهای اصلی تمرین زیر را در جلسه انجام دهند. از هر کدام از موارد زیر حداقل ۵ جمله ذکر کنند.

-من. .... هستم.

-دیگران. .... هستند.

-دنیا. .... هست

-آینده. .... است.

به این ترتیب می‌توانید عمده‌ترین باورهای بیماران را شناسایی کنید. که معمولاً در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد عبارتند از:

-«من بی مصرف هستم»

-«من بدرد نخورم»

-«من یک انگل و مزاحم هستم»

-«دیگران مرا آدم به حساب نمی‌آورند»

-«همه از من کنار می‌کشند»

-«امیدی به آینده نیست»

### تحریف‌های شناختی

تحریف‌های شناختی خطاهای پردازشی هستند. که مانع از پردازش صحیح اطلاعات می‌شوند و سبب می‌شوند بخشی از اطلاعات کمرنگ شود، حذف شود و یا مورد غفلت قرار گیرد. شناسایی خطاهای شناختی در فرآیند درمان بیماران وابسته به مواد ضروری است. در حال حاضر ۱۷ مورد تحریف شناختی شناسایی شده‌اند اما مواردی از آن در افراد وابسته به مواد زیاد دیده می‌شوند، که عبارتند از:

بزرگ‌نمایی - کوچک‌نمایی، فاجعه‌سازی، ذهن‌خوانی، دنبال مقصر گشتن، تعمیم و تفکر همه یا هیچ.

در مبحث قبلی که جلسات ترک مواد بود به بعضی از این خطاهای شناختی پرداخته

شد اما به دلیل اهمیت این مطالب در پیشگیری از عود دوباره اشاره‌ای به آنها می‌شود.  
**بزرگ نمایی - کوچک نمایی:** افراد وابسته به مواد توانایی خود را دست کم می‌گیرند در حالی که خطرات و زیان‌های ناشی از ترک به ویژه علائم ولع را بزرگ نمایی می‌کنند. این کار مانع از این می‌شود که آنها بتوانند موارد را کنار بگذارند.

**فاجعه سازی:** فاجعه سازی پیامدهای منفی مربوط به ترک، از دیگر تحریف‌های شناختی شایع در این بیماران است.

- «ترک مواد فرآیندی وحشتناک است»

- «ترک مواد ظاهراً ساده اما تازه اول بدبختی است»

**ذهن خوانی:** فردی که ذهن خوانی می‌کند در واقع بدون مدرک یا شواهد معتبر در صدد است تا ذهن دیگران را بخواند

«دارند پیش خودشان فکر می‌کنند که چقدر آدم بدرد نخوری هستم، آن‌ها در ذهن شان مرا تحقیر می‌کنند».

**تعمیم:** فرد از یک رویداد یا اتفاق نتیجه‌گیری کلی می‌کند. برای مثال: یک بار شکست در ترک مواد سبب می‌شود فرد به این نتیجه برسد که ترک مواد کار آسانی نیست و او هرگز نمیتواند این کار را انجام دهد.

**دنبال مقصر گشتن:** بیمار به دنبال فردی است که همه تقصیرها را به گردن او بیندازد. همه اش تقصیر او بود، او مرا معتاد کرد.

**برچسب زدن<sup>۱</sup>:** صفات کلی را به خود یا دیگران نسبت دادن، «برچسب زدن» نامیده می‌شود. افراد وابسته به اعتیاد به خود برچسب «معتاد»، «غیر عادی»، «نامتعادل»، «انگلی» و.. می‌زنند. این برچسب‌ها سبب می‌شود که فرد بیش از پیش اعتمادش را به خود از دست بدهد

**تفکر همه یا هیچ:** فرد درباره خود یا دیگران دیدگاهی قطبی دارد. او به خود می‌گوید: آدم یا معتاد است یا نیست. این تحریف شناختی سبب می‌شود که فرد در

---

<sup>۱</sup>- labeling

صورت لغزش از خود ناامید شود و به خود بگوید:

- «من نتوانستم جلوی خودم را بگیرم و این یعنی من فردی معتاد هستم و درست بشو نیستم.

پس از ارائه توضیحاتی درباره تحریف‌های شناختی از بیماران بخواهید چند خطای شناختی خود را با ذکر مثال نام ببرند.

### **ارائه تکلیف جدید**

مرور مطالب این جلسه و شناسایی تحریف‌های شناختی خود تا زمان جلسه‌ی بعدی

خلاصه نهایی و بازخورد

## جلسه سوم – چالش‌های شناختی

### اهداف

- آشنایی با راهبردهای شناختی
  - چالش با افکار خودآیند و باورها
  - چالش با تحریف‌های شناختی
- سنجش خلق و بررسی تکالیف مانند جلسات قبل می‌باشد.

### دستور جلسه

همان‌طور که از اهداف جلسه پیداست این جلسه به مهارت‌های چالشی اختصاص دارد. قبل از هر چیز مفهوم راهبردهای شناختی را برای بیماران یادآوری کنید و یا با مشارکت بیماران از آنها بخواهید بر اساس جلسات قبل هر آنچه را از این مبحث به یاد دارند بیان کنند. برای آن‌ها روشن سازید که از راهبردهای شناختی می‌توان برای مقابله با شناخت‌های ناکارآمد (افکار منفی، باورها و تحریف‌های شناختی) استفاده کرد.

### چالش با افکار خودآیند

ابتدا به افکار خودآیند بپردازید و راهبردهایی را معرفی کنید. برای چالش با افکار خودآیند، پنج سوال زیر کمک‌کننده است:

۱. چه شواهدی به نفع یا بر خلاف این فکر وجود دارد؟
  ۲. آیا جور دیگری می‌توان به موقعیت نگاه کرد؟ یا چه تبیین‌های دیگری وجود دارد؟
  ۳. این افکار چه مزایا و چه معایبی دارند؟
  ۴. خطاهای شناختی من کدامند؟
  ۵. اگر دیگری در موقعیت یا شرایط من بود به او چه توصیه‌ای می‌کردم؟
- پس از ذکر این پنج مورد به اختصار آن‌ها را توضیح دهید.
- جستجوی شواهدی به نفع یا علیه افکار خودآیند در برخی موارد، مستلزم ارائه تکلیف رفتاری است. درمانگر از مراجع می‌خواهد از چند تن از دوستان و آشنایان در

رابطه با افکار خودآیند نظر خواهی کند و دیدگاه آن‌ها را بررسی نماید. زیرا برای اغلب بیماران دشوار است شواهدی بر خلاف افکار خودآیند خود بیابند. در صورتی که بیمار از بیان شواهد طفره می‌رود و تلاشی انجام نمی‌دهد، بهتر است درمانگر از سرزنش بیمار بپرهیزد. بیمار و درمانگر می‌توانند در جلسه درمانی به کمک هم شواهد مورد نظر را جستجو کنند. پس از ارائه شواهد مثبت و منفی در رابطه با افکار منفی کیفیت یا درستی این شواهد را مورد ارزیابی قرار دهند. در ارزیابی:

- باید کوشش شود شواهد نفی کننده‌ای که بیمار از آن‌ها آگاه نیست، کشف شوند.

- اعتبار شواهد به ظاهر منفی، دقیقاً زیر سوال روند. ارزیابی درستی یا نادرستی افکار منفی، از اعتبار این افکار می‌کاهد.

### پرسش سقراطی<sup>۱</sup>

فن پرسش سقراطی یکی دیگر از راهبردهای مهم در شناخت درمانی محسوب می‌شود. درمانگر با پرسش سوالاتی سعی می‌کند ذهن بیمار را تحریک کند و اعتبار افکار خودآیند را زیر سوال ببرد. برای این کار از پرسش‌های زیر استفاده می‌کند.

- چقدر به این اعتقاد باور دارید؟
- قبلاً در مورد این موضوع چگونه فکر می‌کردید؟
- در مورد این موضوع چه فکر و احساسی دارید؟
- تا چه اندازه در این مورد مطمئن هستید؟
- آیا زمان‌هایی بوده است که نسبت به این موضوع دچار تردید شده باشید؟
- دوست، برادر، خواهر، پدر، مادر شما در این مورد چگونه فکر می‌کنند؟
- آیا شواهدی در این رابطه وجود دارد؟
- آیا فکر دیگری وجود دارد؟
- برای این که نسبت به این موضوع شک کنید، چه اتفاقی باید بیفتد؟
- اگر چنین چیزی درست باشد برای شما چه معنایی دارد؟
- اگر چنین چیزی غلط باشد برای شما چه معنایی دارد؟

---

<sup>۱</sup>- socratic questions

• چه افکار دیگری وجود دارند؟  
بیماران اغلب در رویارویی با شرایط خاص افکار خودآیند منفی مشخصی دارند. اگر در این شرایط به گزینه‌های دیگر فکر کنند، ممکن است احساس متفاوتی داشته باشند و به نتایج متفاوتی برسند در این راستا سوال‌های تکمیلی زیر را برای فرا خواندن افکار دیگر پیشنهاد می‌کنید.

۱. وقتی افسرده یا مضطرب نیستید و یا زمانی که ولع مصرف ندارید، درباره ترک مواد چگونه می‌اندیشید؟ به عبارتی «روزی که حالتان نسبتاً خوب است در این باره چه فکر می‌کنید؟». با این سوال، بیماران متوجه می‌شوند که خلق تا چه اندازه بر افکار و رفتارشان تأثیر می‌گذارد.
۲. شخص دیگری که نظرش مورد قبول شماست، ممکن است در این باره چگونه فکر کند؟
۳. اگر شخصی با این مسئله به شما مراجعه کند، چه خواهید گفت؟ (مردم) اغلب در حل مسائل دیگران بهتر عمل می‌کنند و توصیه‌های خوبی ارائه می‌دهند.

#### سود و زیان‌های این شیوه تفکر چیست؟

آیا فکر کردن به این شیوه در حل مشکل کمکی می‌کند یا این که بیشتر شما را ناراحت می‌کند؟ این سوال زمانی مفید است که بیمار دست به خود انتقادگری می‌زند.

#### خطاهای شناختی کدامند؟

روشی که درباره‌ی یک رویداد فکر می‌کنید بر احساس یا رفتارتان تأثیر می‌گذارد. برای مثال: وقتی شما افسرده هستید، درباره رویدادها خیلی بدبینانه فکر می‌کنید. این نوع تفکر یا سبک شناختی می‌تواند، خلق افسرده را بدتر کند و احساس نومیدی را تشدید نماید و توانایی حل مسئله را کاهش دهد. این شیوه، شبیه نگاه کردن به دنیا با عینک‌های تیره است که سبب می‌شود واقعیت تحریف شود. به عبارتی خطاهای شناختی فرد را از دستیابی به اطلاعات ناب محروم می‌سازند. در این راستا، پرسش

سوالات زیر مفید است.

۱. آیا توانایی‌هایم را دست کم نمی‌گیرم و ضعف‌هایم را عمده نمی‌کنم؟ (انتزاع انتخابی)
۲. آیا مسئولیت چیزی که بر عهده من نبود را به عهده نمی‌گیرم؟ (شخصی سازی)
۳. آیا به مسائل سیاه و سفید نگاه نمی‌کنم؟ (استدلال دو قطبی)
۴. آیا صرفاً بر اساس یک رویداد خاص نتیجه‌گیری کلی نمی‌کنم (تعمیم).

### چالش با تحریف‌های شناختی

همانطور که بیان شد تحریف‌های شناختی نوعی سوگیری در پردازش اطلاعات محسوب می‌شوند که باعث تحریف واقعیت می‌شوند. در تحریف‌های شناختی هر چیزی بزرگتر از آنچه که هست دیده می‌شود و یا همه چیز تیره و تار است. دیدن واقعیت همان طور که هست، مستلزم این است که فرد متوجه نقش سوگیری بر تحریف اطلاعات باشد. در این جلسه چالش با عمده‌ترین تحریف‌های شناختی در افراد وابسته به مواد ذکر می‌شود:

### فاجعه‌سازی:

برای مقابله با فاجعه سازی فنون زیر را پیشنهاد کنید:

۱. از بیمار بخواهید دقیقاً پیش بینی خود را مشخص کند و بگوید قرار است چه نشانه‌هایی را تجربه کند.
۲. مزایا و معایب فاجعه سازی را فهرست کند و بگوید آیا مزایای آن بیشتر است یا معایب آن؟
۳. از خود بپرسد آیا نگرانی و فاجعه سازی از او محافظت می‌کند؟ و اگر نمی‌کند چرا به آن چسبیده است؟
۴. هر روز این جمله را تکرار کند که فرقی نمی‌کند «هر وقت بخواهم ترک کنم، این مشکلات وجود خواهد داشت.»
۵. از بیمار بخواهید به کسانی فکر کند که مشکلاتی مشابه او را داشتند اما آن را پشت سر گذاشتند.

به علاوه از بیمار بخواهید در صورت وجود خطای شناختی فاجعه سازی از خود بپرسد:  
«خوب فرض کنیم که بدترین مشکلات بعد از ترک مواد برایم روی دهد، چگونه می توانم با آن‌ها مقابله کنم؟»

«آیا قبلاً هم چنین اتفاقی افتاده است؟ چگونه توانستم با آن مقابله کنم؟»

«آیا از روش‌های قبلی می توانم در حال حاضر هم استفاده نمایم؟»

اگر..... چه<sup>۱</sup>: با این تحریف شناختی فرد از خود می پرسد اگر دچار ولع شوم، چه خواهد شد؟ برای چالش با این تحریف شناختی از بیمار بپرسید:

۱. که آیا نگران بودن از او محافظت می کند و یا از وقوع حادثه پیشگیری می کند؟

۲. اگر تا این اندازه از «اگر..... چه» استفاده نمی کرد در افکار، احساس و رفتارش چه تغییری ایجاد می شد؟

۳. سود و زیان این گونه اندیشیدن را فهرست کند؟

۴. فکر خود را روی مسائل فعلی متمرکز کند به جای این که به آینده بیندیشد، مسائل فعلی خود را حل کند.

### برچسب زدن

در این مورد از بیمار بخواهید برچسب‌ها(برای مثال: غیرعادی، دیوانه و انگل) را تعریف کند. به علاوه او باید به کلمه متضاد این برچسب‌ها اشاره کند. برای مثال دیوانه به چه کسی گفته می شود؟ چه کسی دیوانه نیست و چنین فردی چه ویژگی‌هایی دارد؟

۱. بیمار باید سود و زیان برچسب‌ها را فهرست کند. آیا زیان آن‌ها بیشتر است یا سودشان؟ آیا برچسب‌ها او را برای حرکت برمی‌انگیزد؟

۲. از بیمار بپرسید که آیا فکر می کند برچسبی که به خودش زده است، با واقعیت مطابقت دارد یا نه؟

۳. از بیمار بپرسید که اگر به خودش برچسب نزند در افکار، رفتار و احساسش چه

---

<sup>۱</sup>- What..... if

تغییری ایجاد می‌شود؟

۴. اگر شخص دیگری هم شرایط او را داشت، آیا همین برچسب‌های منفی را به او می‌زد؟ چرا؟

۵. آیا در مورد خود قضاوت کلی نمی‌کند؟ اگر بخواهد شخصیت را از رفتارش جدا کند در آن صورت نسبت به این برچسب‌ها چه نظری خواهد داشت؟

**دنبال مقصر گشتن:** این نوع تحریف شناختی در افراد وابسته به مواد شایع است.

برای مقابله با آن از بیمار بپرسید:

۱- آیا دنبال مقصر گشتن به حل مشکل اعتیاد کمکی می‌کند؟

۲- سود آن بیشتر است یا زیان آن؟

**بزرگ‌نمایی - کوچک‌نمایی:** بزرگ‌نمایی در خطرات، نشانه‌های منفی و رنج ناشی از

وسوسه است و کوچک‌نمایی در توانایی‌های خود وجود دارد. برای مقابله از بیماران بخواهید:

۱- سود و زیان بزرگ‌نمایی - کوچک‌نمایی را یادداشت کنند.

۲- اگر از بزرگ‌نمایی - کوچک‌نمایی دست بردارند، چه دستاوردهایی به دست می‌آورند؟

۳- آیا این تحریف شناختی به حل مشکل کمکی می‌کند؟

**تعمیم:** تعمیم یا نتیجه‌گیری کلی را با سوالات زیر به چالش بکشید:

- آیا واقعیت‌ها را در نظر می‌گیرم؟

- آیا کلی نگاه کردن به مسائل به حل مشکل کمکی می‌کند؟

- سود و زیان این نوع تحریف شناختی چیست؟

### **ارائه تکلیف جدید**

با استفاده از راهبردهای شناختی خطاهای شناختی خود را بررسی و اصلاح کند

خلاصه نهایی و بازخورد

## جلسه چهارم – تعیین اهداف جدید برای عدم مصرف

### اهداف

- کمک کردن به بیمار برای شناسایی انگیزه‌ها و راهکارهای جدید برای باقی ماندن در ترک.

- شناساندن منافع ترک به بیمار.

- بیمار متوجه شود که با پیشرفت او در درمان، انگیزه‌های او نیز تغییر می‌کند.

### موضوع جلسه

برای بیماران توضیح دهید که انتخاب هدف تا چه اندازه در فرآیند ترک و پیشگیری از عود موثر و مفید است. آن‌ها باید بدانند که هدف به زندگی آنها معنا و انگیزه می‌دهد. همچنین، آن‌ها علاوه بر ترک مواد به اهداف دیگری نیز در زندگی شان نیازمندند.

اهداف را میتوان در چند حوزه طبقه‌بندی کرد:

شغلی، تحصیلی، خانوادگی، هنری، اجتماعی و ... از آن‌ها بخواهید که در مورد اهداف شان حرف بزنند.

- «شما در زندگی چه هدفی دارید؟»

- «مهم‌ترین اهداف شما چیست؟»

### اهداف دراز مدت و کوتاه مدت

مفهوم اهداف دراز مدت و کوتاه مدت را برای آن‌ها بیان کنید و مثال بزنید. آن‌ها باید بدانند که دستیابی به برخی اهداف در کوتاه مدت و دستیابی به برخی دیگر در دراز مدت امکان‌پذیر است. برای مثال:

یادگیری یک حرفه یا رشته تحصیلی (مانند عکسبرداری) هدف دراز مدت است که چندین ماه یا چند سال وقت می‌گیرد در حالی که یادگیری مهارت مراقبه یا تنفس دیافراگمی یک هدف کوتاه مدت است که زمان چندانی نمی‌خواهد.

- از بیمار بخواهید اهداف کوتاه مدت و دراز مدت خود را قید کنند.

### راهبردها

راهبرد وسیله‌ای است که ما را به هدف می‌رساند. راهبردها می‌توانند سالم و موثر و یا ناکارآمد و زیان بار باشند. برای مثال: برای داشتن احساسی بهتر ورزش، یک راهبرد سالم است اما عده‌ای برای کسب لذت به مصرف مواد یا الکل روی می‌آورند که راهبردی ناسالم و زیان بار است.

**جلسه را با پرسیدن این سوال از بیمار آغاز کنید:** چه چیزی باعث شد که به فکر ترک افتادید؟ احتمالاً جوابهایی از این قبیل خواهید شنید:

- من دستگیر شدم و مدتی در زندان بودم.

- همسرم تهدید کرد که اگر مصرف مواد را قطع نکنم، من را ترک خواهد کرد.

- آخرین باری که مصرف کردم بسیار بدحال شدم و می‌ترسم اگر ادامه بدهم، بمیرم!

-مدت طولانی است که استفاده می‌کنم، الان موقع تغییر است.

در ادامه از بیمار پرسید با توجه به دلایلی که او را برای ترک به اینجا آورده است، میزان موفقیت خود را چه قدر حدس می‌زند؟ از لحاظ منطقی، ممکن است به نظر برسد احتمال موفقیت آنهایی بیشتر باشد که به خاطر خودشان تصمیم به ترک می‌گیرند، نه به اصرار دیگران، ولی در واقع این نظر درست نیست. تحقیقات نشان داده است که دلایل اولیه افراد برای ترک، پیش‌بینی‌کننده میزان موفقیت آنها برای ترک نیست. در ادامه به بیمار یاد آوری کنید که اگرچه مهم است که چه انگیزه و مشکلی او را برای اولین بار به فکر ترک مواد انداخته است ولی دانستن این نکته بسیار مهم است که بیمار در ادامه ترک، انگیزه‌ها و اهداف جدیدی را برای خود پیدا کند. به عنوان مثال در ابتدا فرد برای جلب نظر خانواده و اطرافیان وارد مراحل درمان می‌شود، ولی در ادامه‌ی درمان آن اهداف و دلایلی را که به خاطر آنها روی به ترک مصرف مواد آورده

است مجدداً به دست می‌آورد، مانند بازگشت سلامت جسمانی و بهتر شدن روابط بین فردی، موفقیت در موقعیت‌های شغلی و... در واقع یکسری اهداف اولیه مثل جلوگیری از طلاق همسر و یا ترس از مشکلات قانونی و یا از دست دادن کار برای شروع جلسات درمانی وجود دارد ولی این اهداف با گذشت زمان و در همان مراحل اولیه بدست می‌آیند و اگر مراجعه‌کننده نتواند به مرور زمان اهداف بهتر و متعالی‌تری برای خودش پیدا کند، برای گذراندن مراحل بعدی ترک بدون انگیزه می‌شود و احتمال عود مصرف در او بیشتر می‌شود. به این ترتیب فرد برای داشتن زندگی بهتر، با انگیزه‌های شخصی بهتر و به میل خودش به درمان ادامه می‌دهد. در واقع همیشه به افراد گفته می‌شود که باید در راه ترک ثابت قدم باشند (حرف مرد یکی است)، ولی اکثراً آن را اشتباه تعبیر می‌کنند و فکر می‌کنند باید از اول یک هدف داشته باشند و آن را تغییر ندهند. ولی همان طور که ذکر شد آن چیزی که اهمیت دارد، هدفی که فرد را وارد درمان کرده نیست، بلکه این مهم است که هر روز فرد به چه انگیزه‌ای درمان ترک خود را ادامه می‌دهد.

در ادامه‌ی جلسه در مورد سوالات زیر با بیمار بحث کنید:

-دلایلی که آنها را وارد درمان کرده است نام ببرند و در مورد آنها توضیح بدهند.

-امروزه با چه انگیزه‌ای درمان خود را ادامه می‌دهند؟

ترس افراد را وارد درمان می‌کند، ولی تنها ترس برای ادامه ترک مواد کافی نیست.

### **ارائه تکلیف جدید**

از بیمار بخواهید اهداف و راهبردهای خود را بنویسید و با خود به همراه آورده.

خلاصه نهایی و بازخورد

## جلسه پنجم – طبقه‌بندی تجربی موقعیت‌های خطرناک

### اهداف

- شناسایی موقعیت‌های پر خطر
- مقابله با موقعیت‌های پر خطر

### دستور جلسه

برای بیماران توضیح دهید که موقعیت‌های پر خطر برانگیزاننده عمده‌ای برای عود هستند. شناسایی این موارد و مقابله با آنها یا اجتناب از آنها در فرآیند پیشگیری از عود یک امر ضروری محسوب می‌شود. سپس برانگیزاننده‌ها را به سه دسته عوامل بین فردی، روان شناختی و محیطی طبقه‌بندی کنید. آن گاه هر یک از آنها را برای مراجع توضیح دهید و برای او مثال بزنید.

### موقعیت‌های پر خطر محیطی

اولین بار کی و کجا مواد مصرف کرد؟

در چه جاهایی مواد مصرف کرد؟

چه اشیا یا لوازمی او را برای مصرف اغوا می‌کنند و ...

**مشکلات جسمانی:** از جمله مواردی هستند که می‌توانند برای کسانی که در ترک به سر می‌برند، برانگیزاننده شروع مصرف باشند. برای پیشگیری و مقابله با عود، ضروری است به بیماران مهارت حل مسئله را آموزش دهید. به این ترتیب آنها یاد می‌گیرند تا مشکلات خود را به شیوه‌ای سالم حل کنند.

**عوامل روان شناختی:** افکار منفی، احساسات از جمله مواردی هستند که می‌توانند برای کسانی که در ترک به سر می‌برند چالش‌زا باشند. در این راستا، فنون و راهبردهای شناختی، فنون کنترل و تنظیم هیجانی و فنون رفتاری می‌توانند، کمک‌کننده باشند. از بیماران بخواهید فنون و راهبردهایی که در جلسه آموخته‌اند را برای مقابله با برانگیزاننده‌های روان شناختی به کار گیرند.

**عوامل بین فردی:** سومین دسته از عوامل تأثیر گذار در بروز عود، عوامل بین فردی هستند. تعارض های بین فردی، اختلالات خانوادگی، مرگ عزیزان، طلاق، شکست عشقی، فشار اجتماعی و .. از این موارد هستند. بنابراین، بیماران نیازمند یادگیری مهارت حل اختلاف و حل مسئله هستند که باید به آنها آموزش دهید.

در مواردی که فرد عود داشته است از او بخواهید که به آخرین دوره ی عود خود برگردد و حوادث و موقعیت هایی که در آنها عود رخ داده است را توضیح بدهد.

۱. چه موقعیت هایی باعث عود گردید؟
۲. چه استرس هایی در آن زمان رخ داد؟
۳. شما در آن زمان چه تصمیم هایی گرفتید؟
۴. چه چیزهایی باعث شد، شما از احتمال بروز عود غافل بمانید؟
۵. در آن زمان شما چه تصمیم هایی اتخاذ کردید که باعث عود گردید؟
۶. در حال حاضر فکر می کنید کم خطرترین اقدام کدام بود؟

با پاسخ دادن به این سوالات در واقع پروسه عود را بررسی می کنید و به علل اجتماعی روابط بین فردی و روانشناختی که فرد را به سمت عود هدایت می کنند توجه می کنید و راه حل هایی که فرد برای مقابله با مشکلات روزمره به کار می برد را بررسی کنید. در نهایت زنجیره ای تشکیل می شود که از عوامل محرک متعددی آغاز می شود و به ایجاد عود و مصرف مجدد مواد ختم می گردد. در این مرحله که فرد در حال یادگیری مهارت های جدید است، وقوع اشتباه قابل قبول است ولی نکته ی مهم عدم تکرار آن هاست.

### **ارائه تکلیف جدید**

از بیمار بخواهید چند شرایط پر خطر یا رویدادهای استرس زایی که احتمال می دهد، در آن شرایط دچار لغزش شود را نام ببرد و بگوید که با این موقعیت ها چگونه مقابله خواهد کرد؟

## جلسه ششم – احساس بی‌حوصلگی و سرگرم کردن خود

### اهداف



- بی‌حوصلگی و خستگی از عوامل بسیار مهم برای عود.
- دادان اطمینان خاطر به بیمار در مورد بهتر شدن شرایط با مرور زمان.
- شناسایی فعالیت‌ها و تکنیک‌های رفع خستگی
- بی‌کاری یکی دیگر از مهم‌ترین محرک‌ها برای مصرف مواد.

### دستور جلسه

- خلق:** برای بیماران در رابطه با خلق منفی توضیح دهید، خلق مضطرب، افسرده، خشمگین و تحریک‌پذیر را با ذکر مثال تعریف کنید.
- به رابطه به خلق منفی، افکار و رفتار اشاره کنید. بر اهمیت خلق منفی به عنوان برانگیزاننده‌ای مهم برای شروع مصرف تأکید کنید و از آن‌ها مثال بزنید.
- سپس برای بیماران توضیح دهید که بین خلق کسالت بار و منفی با ترک مواد رابطه وجود دارد. بسیاری از افرادی که مواد را کنار گذاشته‌اند از خلق منفی و کسالت‌بار شکایت دارند و دقیقاً به همین دلیل است که به مصرف مواد روی آورده‌اند. تغییرات شدید خلق و یا بی‌ثباتی آن از جمله شکایات متداول بیماران پس از ترک مواد است و دلایل آن عبارتند از:
- زندگی خالی از مواد برای کسانی که مدتی به آن وابسته بودند، چالش‌زا و دشوار است.
  - تغییرات شیمیایی مغز در دوران ترک می‌تواند باعث بروز خلق منفی به ویژه بی‌حوصلگی و افسرده گردد.

- افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب تحت تأثیر مصرف مواد تغییرات خلقی شدیدی دارند، بنابراین خلق نرمال برای آن‌ها عادی و یکنواخت به نظر می‌رسد. پس از ارائه توضیحات بالا، به بیماران یادآور شوید که:

۲ تا ۴ ماه پس از ترک، که دوره دیوار خوانده می‌شود، دوره‌ای است که با بی‌حوصلگی و خستگی زیادی همراه است. این حالت برای بسیاری از بیماران پیش می‌آید اما مدت زمان زیادی طول نمی‌کشد و به مرور از شدت آن کاسته می‌شود. به علاوه بیماران می‌توانند برای مقابله با خلق کسالت بار و بی‌حوصلگی فنون زیر را به کار گیرند.

- فن برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌های خود را ساعت به ساعت یادداشت کنند.
- فن پرداختن به فعالیت‌های لذت بخش: فعالیت‌های لذت بخش را در برنامه خود قرار دهند.

- پرداختن به فعالیت‌های حرفه‌ای و شغلی

- ورزش

- برنامه‌ریزی برای تعطیلات

از بیماران سوالات زیر را بپرسید:

- آیا اغلب بی‌حوصله هستید؟

- صبح‌ها که از خواب بر می‌خیزید چه

احساسی دارید؟

وقتی خلق کسالت بار و افسرده‌ای

دارید، چگونه با آن مقابله می‌کنید؟

سپس موارد زیر را برای بیماران

توضیح دهید.

در زمان مصرف مواد تمام

فعالیت‌ها و تمام برنامه‌ریزی‌های فرد،



حول و حوش تهیه مواد و استعمال آن بوده است. اکثر دوستانی که داشته‌است مواد مصرف می‌کرده‌اند. ممکن است بعضی افراد در طول روزهای کاری مواد استفاده نمی‌کرده‌اند ولی آخر هفته را اختصاص به مصرف مواد می‌داده‌اند. حال تصور کنید که با ترک مواد زندگی او خالی از برنامه، خالی از دوست و بدون تفریح به نظر می‌رسد. بنابراین برای خلاصی از این شرایط فرد باید فعالیت‌های جدید و سرگرمی‌های جدید برای خود فراهم آورد. و یا فعالیت و سرگرمی‌هایی که قبل از مصرف مواد داشته است دوباره از سر گیرد. ایجاد سرگرمی‌های جدید در طول روز یکی از برنامه‌ریزی‌های بسیار مهم برای جلوگیری از عود می‌باشد. افراد فکر می‌کنند که تنها اقدام لازم برای شروع و ادامه درمان، قطع مصرف مواد است ولی در واقع این کار، اولین قدم است و به تنهایی کافی نیست. برای ادامه این مسیر اقدامات دیگری نیز لازم است. به نظر بسیاری از افراد، در دوران ترک فقط باید استراحت کرد، خانه را ترک نکنند و تنها با تعداد محدودی افراد ارتباط برقرار کنند. اگر غیر از این باشد احتمال دارد فرد مجدداً به سراغ مصرف مواد برود. ولی تحقیقات خلاف این موضوع را ثابت کرده است. در این جلسه به بیمار یاد آوری می‌شود که برنامه زندگی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد بر روی تهیه و مصرف مواد تنظیم شده است و در دوران ترک زندگی بدون مواد برای آنها خسته‌کننده و خالی از برنامه است. اگر به خاطر داشته باشید در جلسات قبل نیز بارها تاکید شده است که افراد از محرک‌های مصرف مواد دوری کنند ولی برای آنها یک جایگزین دیگر در نظر گرفته شود. باید به بیمار مکرراً تاکید شود که به هیچ عنوان در خانه تنها نمانند و یا اگر مصرف آنها خارج از خانه بوده است به همراه فرد دیگری منزل را ترک کنند. بنابراین تنها ماندن یک محرک قوی برای مصرف مواد است، و فرد باید زمان‌های بی‌کاری خود را با دوستان و افراد فامیلی که مواد استفاده نمی‌کنند بگذراند. نکته بعدی این است که اگر مغز منطقی فرد خالی از هر گونه فکر، برنامه‌ای باشد در آن موقع است که مغز مبتلا به سوءمصرف مواد شروع به فکر کردن در مورد مواد می‌کند و در نتیجه وسوسه مصرف مواد، آغاز می‌شود و آنقدر این وسوسه شدید

می‌شود که فرد به سراغ مصرف مواد می‌رود. بنابراین تنها راه نجات این است که فرد برای تمام لحظات روز خود برنامه‌های دقیق با جزئیات و مهم‌تر از همه نوشته شده داشته باشد. همان طور که بارها تاکید شد برنامه‌هایی که فقط در ذهن ریخته شده باشند به راحتی می‌توان از آنها چشم پوشی کرد و انجام نداد.

### **ارائه تکالیف جدید**

پنج فعالیت سرگرم‌کننده را یادداشت کنید.  
آیا فعالیت‌های جدیدی را آغاز نموده‌اید؟ نام ببرید.  
آیا در اوقات بی‌کاری و تنهایی به فکر مصرف مواد می‌افتید؟ توضیح دهید.  
اگر وسوسه مصرف مواد به سراغ شما بیاید، آیا شما راه حلی برای مقابله با آن دارید؟ توضیح دهید.  
دوران قبل از مصرف مواد چگونه خود دوران فراغت خود را چگونه می‌گذرانید؟  
چه فعالیت‌های جدیدی را برای خود مدنظر گرفته‌اید؟ نام ببرید.  
فعالیت‌های لذت بخش دوران قبل از مصرف مواد را به خاطر می‌آورید؟ نام ببرید.  
چه نوع تعطیلاتی را برای خود برنامه‌ریزی کرده‌اید؟ «تعطیلات الزاماً به معنای مسافرت نیست»

## جلسه هفتم – احساس گناه و احساس شرم

### اهداف

- آگاه شدن از تفاوت بین گناه و شرم.  
- یاد گرفتن استراتژی‌هایی برای مقابله با آنها.



### دستور جلسه

هدف مهم در این جلسه پرداختن به دو احساس اصلی شرم و گناه است که برای افرادی که برای ترک مراجعه کرده‌اند بسیار آشنا و قابل لمس می‌باشد.

از آن جایی که بیشتر افرادی که برای ترک مواد اقدام کرده‌اند مدت زیادی را درگیر مصرف مواد بوده‌اند و با مشکلات زیادی مواجه بوده‌اند که با مصرف مواد در آنها رابطه تنگاتنگ داشته است مثل: کتک زدن فرزندان و یا همسر، دزدی برای بدست آوردن پول و تهیه مواد، بی‌توجهی به خانواده از لحاظ مالی و عاطفی و ... بنابراین، خود را افرادی گناهکار، ظالم، سنگدل و اصلاح‌ناپذیر می‌دانند و ممکن است احساس غم و اضطراب بسیار شدیدی را تجربه کنند. ولی آیا تجربه چنین احساساتی در پیش بینی آینده بیمار تأثیری خواهد داشت؟ جواب مثبت است. در این جلسه بیمار ابتدا باید با تفاوت‌های این دو اصطلاح یعنی شرم و گناه آشنا شود و در مرحله بعدی تأثیر هر کدام از این دو احساس را بر آینده خود بداند.

**گناه** احساس ناخوشایندی است که فرد به خاطر کارهایی که در گذشته انجام داده است و یا کم و کاستیهایی که داشته‌است، تجربه می‌کند. شرم پاسخی است که در برابر یک رفتار یا عمل خاص انجام می‌شود. در افرادی که سوء مصرف مواد دارند شرم احساس عدم رضایت از خود به خاطر مصرف مواد است به عبارتی شرم احساسی است که فرد نسبت به رفتار مصرف دارد در حالی که گناه احساسی است که به خاطر

اهمال کاری و آزار نسبت به دیگران تجربه می‌کند. هر دو احساس معمولاً در فردی که مواد استفاده می‌کند، وجود دارد ولی نکته‌ی مهم اینست که متوجه تفاوت این دو از هم بشود.

احساس گناه واکنش مناسب و مفیدی است. زیرا سبب می‌شود که فرد به این موضوع فکر کند که چه صدمات یا زیان‌هایی به دیگران وارد کرده است و در صدد جبران برآید. البته به شرطی که شدت آن زیاد نباشد. احساس گناه خیلی شدید، نه تنها تأثیر مثبتی ندارد، بلکه بسیار مخرب خواهد بود.

احساس شرم واکنشی زیان‌بار است. زیرا فرد شرمگین خود را موجودی بد، بی‌ارزش، بی‌لیاقت و بی‌خاصیت می‌داند و این حالات منفعل‌بودن، بی‌انگیزگی و ناامیدی را در پی خواهد داشت و فردی با این مشخصات تمایل چندانی به چالش برای ترک مواد ندارد.

پس از ذکر تفاوت بین این دو، آن‌گاه از بیمار بپرسید:

- «شما احساس شرم می‌کنی و یا احساس گناه؟»

- «شدت آن چقدر است؟»

- «در رابطه با چه رفتارهایی احساس گناه می‌کنی؟»

- «برای جبران آن‌ها چه کارهایی می‌توانید انجام دهید؟»

- «آیا بر این باورید که به خاطر مصرف مواد فرد بدی هستید؟»

- «آیا خود را فردی بی‌خاصیت و بی‌ارزش می‌دانید؟»

به کارگیری فنون شناختی زیر می‌تواند مفید باشد:

**فن سود و زیان:** از بیمار بخواهید، ذکر کند که احساس شرم یا گناه سودبخش است

یا زیان آور و چرا؟

**فن معیار دوگانه:** از بیمار سوال کنید که اگر یکی از دوستانش در شرایط او بود چه

توصیه‌هایی به او می‌کرد؟ آیا به او حق می‌داد که احساس بد بودن کند و یا در احساس گناه غرق شود.

**فن بدترین پیامدها:** از بیمار بخواهید، بدترین پیامد احساس شرم و گناه را ذکر کند و بگوید که آیا پیامدهای منفی حاصل از آن به حل مشکل منتهی می‌شود یا نه؟ نکته آخر که بهتر است در انتهای جلسه در مورد آن بحث شود این است که بیماران باید بدانند که بدون شک، ترک مواد یکی از تجربه‌های دشوار زندگی آنها است و برای موفق شدن در آن احتیاج به قدرتمند بودن یا خوب بودن نیست بلکه لازمه‌ی کار، زیرکی و پشتکار است. بسیاری از جملاتی که بیمار در ذهن دارد و یا به زبان می‌آورد مفاهیم کلی می‌باشد، من آدم خوبی نیستم! یا من آنقدر قوی نیستم که بتوانم ترک کنم! جملاتی که بطور معمول از بیماران شنیده می‌شود در واقع حاصل مقاومت قسمت معتاد ذهن بیمار است که دوست ندارد تغییر کند. باید برای بیمار روشن شود که این جملات شعار گونه نه تنها برای ترک و ایجاد تغییر مفید نیست، بلکه می‌تواند مانع از تلاش‌های منطقی فرد برای شرکت در جلسات درمانی و کسب مهارت‌های لازم باشد

#### **ارائه تکلیف جدید**

از بیمار بخواهید به راهبردهایی برای مقابله با شرم و احساس گناه بیندیشید.

## جلسه هشتم – صداقت و اعتماد

### اهداف

- آشنایی با رابطه بین اعتماد و صداقت
- آشنایی با راهبردهایی برای جلب اعتماد



### دستور جلسه

#### رابطه بین اعتماد و صداقت

همان طور که می‌دانید یکی از نتایج مصرف مواد از دست رفتن اعتماد اطرافیان نسبت به فرد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد. برای ادامه دادن به مصرف مواد فرد مجبور به دروغ‌گویی، پنهان‌کاری و بهانه‌جویی‌های مکرر می‌شود، به مرور زمان اطرافیان متوجه بیماری فرد می‌شوند و بسیاری از دروغ‌هایی که فرد برای منحرف کردن توجه اطرافیان از خود و رفتارهایش گفته است، آشکار می‌گردد. نتیجه آن بوجود آمدن یک جو شدید بی‌اعتمادی اطرافیان نسبت به بیمار است.

در واقع اگر بیمار زندگی گذشته خود را مروری بکند متوجه این تغییر نگرش می‌شود که شاید به آرامی رخ داده‌است و تا جایی پیش می‌رود که حتی اگر حرف‌هایش درست هم باشد باور نمی‌کنند. مسأله‌ی بسیار مهم این است که با ترک مواد اعتماد بلافاصله بر نمی‌گردد و فقط با گفتن و خواستن شما، افراد دوباره اطمینان قبلی را پیدا نمی‌کنند. بسیاری از بیماران در طی جلسات درمان این نکته را عنوان می‌کنند که با اینکه برای ترک اقدام کرده‌اند و مدتی مواد مصرف نکرده‌اند ولی پدر و مادر، همسر، فرزندان و یا سایر اطرافیان هنوز به آنها اعتماد نمی‌کنند، بیمار ذکر می‌کند که مدام تحت کنترل اطرافیان است، رفت و آمدها و یا تلفن‌های او کنترل می‌شود و یا پول کافی در اختیار او قرار داده نمی‌شود. بسیاری از بیماران نیز در این مرحله بسیار خشمگین می‌شوند و ذکر می‌کنند که رفتار اطرافیان با آنها هنوز مانند یک فرد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد. در این جلسه باید این نکته برای بیمار روشن شود که بدست آوردن اعتماد اطرافیان راهی طولانی است که بیمار و اطرافیان باید آنرا با هم و به آرامی طی کنند. توجه بیمار

را به این نکته جلب کنید که چه مدتی مواد مصرف می کرده است. تا کنون چند بار برای ترک اقدام کرده و موفق نشده است. بسیاری از بیماران در جواب شما مدت زمان بسیار طولانی برای مصرف مواد ذکر می کنند و یا عنوان می کنند که چندین بار برای ترک اقدام کرده اند ولی موفق نبوده اند. حال از بیمار بپرسید که فکر می کند بطور مثال برای چهار سالی که اعتیاد داشته و ۵ باری که برای ترک مواد اقدام کرده ولی شکست خورده است. برای خانواده ای که چهار سال نتوانسته اند به او اعتماد داشته باشند چه مدت وقت در نظر می گیرد که مجدداً اعتماد آنها جلب شود؟ آیا اعتماد از دست رفته در طول ۴ سال در سال یک یا دو هفته قابل اصلاح است و یا زمان بیشتری مورد نیاز است؟ فقط کفایت طرفین به همدیگر فرصت دهند.

یکی از شرط های لازم برای شروع ترک مواد، صادق بودن بیمار است. فرد در درجه اول باید با خودش صادق باشد و قبول کند که بیمار است و احتیاج به کمک دارد، و در مرحله بعد باید با اطرافیانش صادق باشد، هرچند در بسیاری از موارد گفتن حقیقت به دوستان و عزیزان، کاری دشوار و حتی آزار دهنده است. اما بیماران باید یاد بگیرند که با اطرافیان خود صادق باشند. بهترین فرصت برای تمرین صداقت، جلسات درمانی است. به عنوان مثال اگر بیمار مواد استفاده کرده یا برخلاف قراردادهای بسته شده با درمانگر عمل کرده است، بهتر است آن را با درمانگر خود در میان بگذارد. بنابراین صادق بودن را به عنوان یک اصل از بیمار درخواست کنید اما توجه داشته باشید که صادق بودن به دلایلی برای بیمار دشوار است:

ترس از انتقاد، ترس از طرد شدن و تنهایی، ترس از تحقیر شدن، ترس از آزردن کردن دیگران.

### راهبردهای مقابله ای

پس از توجیه رابطه بین مصرف مواد، دروغ گویی و بی اعتمادی دیگران که در نهایت به فاصله گرفتن اطرافیان منتهی می شود، برای بیماران توضیح دهید که جلب

اعتماد کار آسانی نیست و نیاز به زمان و تلاش مکرر دارد. بیمار باید نه تنها با کلام بلکه با رفتارش اعتماد دیگران را به دست آورد و این خیلی دشوار است و نیاز به حوصله، سعه صدر و بردباری و گذشت زمان دارد.

آن‌ها باید بدانند که بی‌اعتمادی، کنترل رفتار بیمار، و ارسی کشو یا وسایل شخصی برای یافتن مواد توسط خانواده نشانه‌ای از بی‌اعتمادی و واکنشی طبیعی است. گرچه ناراحت‌کننده است، اما لازم است که آن‌ها بر خود کنترل داشته باشند و به آن‌ها حق بدهند.

فن همدلی را به بیمار آموزش دهید.

من از شما می‌خواهم برای لحظه‌ای خود را به جای والدین یا همسرت قرار بده، آن گاه به من بگو که در قبال کسی که بارها به تو دروغ گفته است و مصرف مواد را انکار کرده است، چه احساس و چه رفتاری خواهی داشت؟

### بارش فکری

از بیمار کمک بگیرید و از او بخواهید به سوال زیر پاسخ دهد.

- برای جلب اعتماد همسر، والدین یا اطرافیان باید دست به چه فعالیت‌هایی بزند؟

### ارائه تکلیف

- از بیمار بخواهید خود بازنگری روزانه را انجام دهد.

- برای جلب اعتماد اطرافیان برنامه‌ریزی و تلاش کند.

- اگر دیگران به شما شک کنند به عنوان مثال در مورد مصرف مواد چه کار می‌کنید؟

- برای بازسازی اعتماد چه کارهایی انجام می‌دهید؟

### خلاصه نهایی و بازخورد

در کنار این جلسات بهتر است جلساتی با خانواده بیماران به تنهایی و یا جلساتی با مشارکت خود بیمار و خانواده نیز برگزار شود تا در مورد نگرانی‌های اطرافیان نیز صحبت شود و در مورد مسئله اعتماد با خانواده بیماران نیز گفتگو شود.

## جلسه نهم - دلیل تراشی برای مصرف مجدد - شناسایی عوامل خطر بالقوه

### اهداف

- آیا بیمار مستعد دلیل تراشی برای مصرف مجدد است؟
- متوجه کردن بیمار از این موضوع که دلیل تراشی چگونه باعث عود می‌شود.
- کمک به بیمار برای برنامه‌ریزی جهت شناسایی دلیل پردازی‌های غیرمنطقی او و کمک به رفع آنها.
- این جلسه بسیار مهم است چراکه بیماران در معرض خطر را شناسایی می‌شوند.

### موضوع جلسه

پس از توضیح و تعریف عود از بیمار بخواهید هر گاه مجدداً به مصرف مواد اقدام کرد زمان، نوع مصرف و مقدار مصرف را مشخص سازد و دلایل برانگیزاننده‌ها را مشخص نماید. دلیل تراشی یکی از مکانیسم‌های دفاعی روانی است که افراد به منظور توجیه رفتار نامناسب خود آن را به کار می‌گیرند. این دفاع روانی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و وابسته به مواد شایع است مانند:

- «اگر سیگار نکشم حالم جا نمی‌آید»

- «تنها زمانی می‌توانم با همسر رابطه جنسی داشته باشم که مواد مصرف کنم»

- «بدون مصرف مواد کسل، بی‌حوصله و کلافه هستم»

- «تفنی مصرف می‌کنم، معتاد نیستم»

دلیل تراشی مرز بین ترک و عود است، در واقع بهتر است این جلسه را با توضیح دوباره در مورد قسمت سالم مغز و قسمت معتاد مغز آغاز کنیم و این نکته را توضیح دهیم که اگرچه شخص توانسته است این جلسات را با موفقیت سپری کند ولی این امر نشانه آن نیست که قسمت معتاد مغز شما به این سرعت مداوم شده و فعالیتی نمی‌کند. بلکه بر عکس این قسمت معتاد ذهن در شرایط جدید سعی می‌کند سیاست‌های جدیدتری را برای مصرف مجدد مواد برای فرد ایجاد کند، یکی از این سیاست‌های جدید قسمت معتاد ذهن در واقع همین دلیل تراشی افراد است که در این جلسه بیشتر

با این موضوع آشنا می‌شویم. به نظر بسیاری از افراد بعد از یک دوره ترک و به دست آوردن قدرت و مهارت‌های لازم، آنها قادر به کنترل مصرف مواد هستند. بسیاری از افراد در این مرحله به دام می‌افتند چرا که گمان می‌کنند با این توانایی‌ها، این‌بار می‌توانند به مواد نزدیک شوند ولی آن‌را در کنترل خود داشته باشند. این تفکر چیزی نیست به جز سیاست جدید قسمت معتاد ذهن برای درگیر شدن مجدد این افراد. به عنوان مثال فردی عنوان می‌کند: من فقط به آن پارکی که عادت داشتم با دوستانم مواد استفاده کنم می‌روم و در آنجا به مقدار کمی مواد استفاده می‌کنم که این مشکلی برای من ایجاد نمی‌کند! و یا فردی دلیل می‌آورد که: باید با دوستان قدیمی‌ام که مبتلا به سوء مصرف مواد هستند، ارتباط داشته باشم، زیرا من به حمایت آنها احتیاج دارم و در عین حال انسانی نیست که آنها را تنها رها کنم! در واقع مغز معتاد آنها، برای مصرف مجدد مواد دلیل تراشی می‌کند و این افراد خود را در موقعیتی قرار می‌دهند که احتمال عود بسیار زیاد است. از بیماران بپرسید:

– «آیا اخیراً لغزشی داشته‌اید؟»

در صورت شنیدن پاسخ «بلی» از آن‌ها بپرسید:

– آیا به دنبال مصرف سعی کردید رفتارتان را توجیه کنید؟

سرزنش دیگران یا انتقاد آنان از مصرف مواد نیز ممکن است، عاملی برای توجیه خود باشد. از بیماران بپرسید:

– وقتی دیگران شما را سرزنش می‌کنند، چه رفتاری نشان می‌دهید؟

– آیا رفتار خود را توجیه می‌کنید و یا انتقادهای آن‌ها را می‌پذیرید؟

بخش معتاد مغز فردی که به تازگی وارد پروسه درمان شده است همیشه منتظر موقعیت مناسب برای بهانه تراشی برای مصرف مجدد مواد است. این موقعیت‌ها می‌تواند نزاع خانوادگی، از دست دادن شغل و یا مشکلات مالی باشد. بنابراین مهم‌ترین وظیفه بیمار در این قسمت شناسایی موقعیت‌هایی است که فرد در آن مستعد عود می‌باشد. تا زمانی که مغز معتاد فرد به طور مرتب در حال فعالیت باشد، فرد درگیر و سوسه‌های

بی‌امان مصرف مواد خواهد بود. بنابراین فرد احتیاج دارد قسمت منطقی مغز خود را تقویت کند. دلیل تراشی برای مصرف مجدد مواد، پروسه‌ای است که در ذهن افراد اتفاق می‌افتد. علی‌رغم این که فرد تصمیم به ترک مواد گرفته است، مغز او که در حال التیام است، هنوز به مواد احتیاج دارد بنابراین قسمت معتاد مغز، او را در شرایطی قرار می‌دهد که در معرض عود قرار بگیرد.

### موقعیت‌های برانگیزاننده دلیل تراشی و عود

دلیل تراشی یکی از واکنش‌های شایع افراد مبتلا به سوءمصرف مواد است. در برخی موقعیت‌ها دلیل تراشی بیشتر اتفاق می‌افتد مانند مواقعی که افراد معتقدند، دیگران آنها را مجبور به مصرف مواد می‌کنند و آنها چاره‌ای جز تسلیم شدن ندارند. برای مثال: در یک مهمانی به من مواد تعارف کردند و من چاره دیگری نداشتم.

حوادث استرس‌زا نیز از جمله موقعیت‌هایی هستند که فرد به منظور دلیل تراشی برای مصرف مجدد مواد به آنها اشاره می‌کند. به عنوان مثال: همسر من را ترک کرده‌است و من دیگر دلیلی برای پاک ماندن ندارم.

در بعضی شرایط خاص قسمت معتاد مغز، برانگیزاننده فرد برای دلیل تراشی است، از بیمار پرسید آیا شرایط فوق را تجربه کرده‌است؟ به عنوان مثال:

- من وزن زیاد کرده‌ام، و برای کنترل وزنم مجبور به مصرف مجدد محرک‌ها هستم.

- من بسیار کم انرژی شده‌ام و برای داشتن عملکرد مناسب در شرایط خاصی باید از مواد استفاده کنم.

- من بدون مصرف مواد از فعالیت جنسی لذتی نمی‌برم.

- در شرایطی که می‌ترسم، مواد به من آرامش می‌بخشد.

اغلب پس از چند هفته از شروع دوره ترک، فرد احساس می‌کند که توانایی کنترل مصرف مواد را دارد، این دوره، ماه غسل نامیده می‌شود که معمولاً هفته‌ی سوم تا هفتم دوره ترک می‌باشد. در این دوره فرد احساس انرژی زیادی می‌کند و احساس مثبت و

خوبی نسبت به ترک مواد دارد. خوش بینی نسبت به درمان خوب است، ولی گاهی اوقات باعث می شود که فرد به اشتباه احساس بهبودی کند و خود را در موقعیت هایی که مواد مهیا است، قرار دهد تا به اصطلاح خود را امتحان کند. به عنوان مثال به مکانهایی رود که قبلاً آنجا مواد استفاده می کرده است. اعتماد به نفس بیش از اندازه ناشی از احساس بهبودی، سبب می شود فرد حتی مقدار کمی هم مواد مصرف کند، فقط برای این که به خود ثابت کند که مشکل اش حل شده است.

برای این که متوجه شوید آیا بیمار از دلیل تراشی استفاده می کند و یا در معرض عود است یا خیر، از او بخواهید، به سوالات زیر را پاسخ بدهد.

آیا تا به حال توسط قسمت معتاد مغز متقاعد شده اید که می توانید یک بار و به مقدار کم مصرف کنید؟ بدون آنکه با مشکلی مواجه شوید؟ در این شرایط به خود چه گفته اید؟  
- من تحت کنترل هستم، و هر وقت بخواهم می توانم مصرف مواد را شروع و سپس قطع کنم.

- مشکل من مصرف محرک ها بود، پس من می توانم سایر مواد را استفاده کنم.  
آیا تا به حال پیش آمده است که بخواهید ثابت کنید که شما از مواد قوی تر هستید؟  
به عنوان مثال آیا تا به حال موارد زیر را ذکر کرده اید؟

- در حال حاضر قدرت کافی دارم که در اطراف مواد بمانم ولی آن را استفاده نکنم.
- می خواهم امتحان کنم آیا می توانم در برابر پیشنهاد مواد جواب رد بدهم یا خیر؟

آیا اتفاق افتاده که در تعطیلات و یا مهمانی هامصرف مواد را با گفتن موارد زیر توجیه کنید؟

- من کاملاً بهبود یافته ام، و با یک بار مصرف برای من، اتفاقی نمی افتد.
- من در تعطیلات هستم و هنگامی که به خانه برگردم، دیگر استفاده نمی کنم.
- من در زمینه ترک بسیار خوب عمل کرده ام، و حالا می خواهم به خودم جایزه بدهم.

در صورتی که بیمار هر کدام از موارد زیر را تجربه کرده است باید به او تذکر داد

که جداً در معرض عود قرار دارد و باید از خود مراقبت بیشتری کند. هرچه سریعتر جهت پیشگیری از عود برنامه‌ریزی کند و اقدامات لازم را انجام دهد. در این موارد می‌تواند از درمانگر خود و سایر افرادی که او را حمایت می‌کنند کمک بگیرد. لازم است بیمار لیستی از افرادی که می‌تواند در زمان وقوع علائم هشدار با آنها تماس بگیرد، تهیه کند.

افراد و یا سیستم‌های حمایت کننده:

شماره تماس:

..... ۱.

..... ۲.

#### راهبردها

برای مقابله با دلیل تراشی از بیماران بخواهید هر گاه دست به دلیل تراشی می‌زنند، مچ خود را بگیرند و از خود بپرسند:

- آیا دلیل تراشی می‌کنم؟

- آیا دلیل تراشی به نفع من است یا به ضرر من؟

- آیا دلیل تراشی مرا به هدفم می‌رساند؟

- آیا دلیل تراشی برای ترک مواد کمکی به من می‌کند؟

- از بیماران بخواهید راهبردهای دیگری که می‌تواند برای مقابله با دلیل تراشی موثر باشد را نام ببرند.

-----

#### ارائه تکلیف

با راهبردهای آموخته شده با دلیل تراشی خود مقابله کنند.

## جلسه دهم - عود مجدد و مقابله با آن

### اهداف

- ارائه راهکارهایی بعد از مصرف مجدد مواد

### موضوع جلسه

در جلسه‌ی قبل راهکارهایی به منظور پیشگیری از عود آموزش داده شد. در این جلسه برای بیمار روشن می‌سازید که صورت وقوع عود چگونه باید با آن مقابله کند. بیماران اغلب به دنبال عود احساس شکست می‌کنند. بنابراین، لازم است در این باره توضیح دهید که عود به معنای شکست یا ابتلای مجدد به سوء مصرف مواد نیست. بلکه عقب‌نشینی موقت نام دارد و چیزی شبیه زمین خوردن‌های مکرر در کودکانی است که راه رفتن را تمرین می‌کنند. به دنبال این توضیح از بیمار بپرسید:

- به نظر شما عود به چه معنایی است؟

- آیا عود نشانه‌ی شکست کامل درمان است؟

- در صورتی که پاسخ بیمار «بلی» است، سوال زیر را بپرسید:

- آیا نگرش منفی نسبت به عود به حل آن کمکی می‌کند؟

- آیا نگرش منفی نسبت به عود مانع از وقوع آن می‌شود؟

به علاوه لازم است موارد زیر به بیماران تاکید شود:

- ۱- رخ دادن عود الزاماً به معنای انگیزه کم نیست.
- ۲- رخ دادن عود الزاماً به معنای شکست درمان نیست.
- ۳- عود قابل پیش‌بینی و قابل پیشگیری است.
- ۴- ترک یک رخداد ساده نیست بلکه فرآیندی طولانی است و در این فرآیند ممکن است عود هم پیش آید.
- ۵- عود باعث از بین رفتن دستاوردهای درمانی نمی‌شود.
- ۶- نبود عود ضمانتی برای ترک موفق نیست.

## مقابله با عود

برای مقابله با عود راهکارهای زیر را به بیماران آموزش دهید.

پرهیز از سرزنش خود: وقتی عود اتفاق افتاد، مثل آبی است که به زمین ریخته است، بنابراین سرزنش خود بی‌فایده است و کمکی نمی‌کند.

- عود می‌تواند موقعیتی برای یادگیری مهارت‌های جدید برای پیشگیری و شناسایی برانگیزاننده‌هایی باشد که تا کنون از دید بیمار مخفی مانده‌اند و بیمار نتوانسته است آن‌ها را شناسایی کند.

و باز تأکید کنید:

- عود به معنای شکست درمانی نیست.
- عود به معنای از بین رفتن دستاوردهای درمانی نیست.
- عود به معنای بی‌کفایتی نیست.

برای بیمار توضیح دهید که احساس گناه و سرزنش خود نه تنها به حل مشکل کمکی نمی‌کند بلکه سبب می‌شود که بیشتر به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کند. او باید به جای سرزنش و ملامت خود، واقعیت «عود» را بپذیرد و از نو شروع کند. جملاتی از این قبیل کمک‌کننده است:

- «ناامید نمی‌شوم، از اول شروع می‌کنم»

- «اتفاق خاصی نیفتاده است، همه چیز را از اول درست می‌کنم»

- «جای نگرانی نیست، اوضاع دوباره رو به راه می‌شود»

- «این اتفاق نه فقط برای من بلکه برای بسیاری از کسانی که به ترک مواد

اقدام می‌کنند، روی می‌دهد».

علاوه بر بکارگیری فنون بالا، فن نظرسنجی از کسانی که سابقه اعتیاد داشتند ولی آن را ترک کردند، نیز مفید است. به این ترتیب بیمار متوجه می‌شود که «عود» رویدادی طبیعی در فرآیند عود به شمار می‌رود.

### **ارائه تکلیف جدید**

از بیمار بخواهید جملات مثبت و نوید بخشی را بنویسد و با خود به همراه داشته باشد و در صورت عود به آن‌هانگاهی بیندازد.

### **خلاصه نهایی و بازخورد**

که پایان بخش تمام جلسات درمان بود در این جلسه هم انجام می‌شود.

## شرایط و مشکلات معمول در طول فرایند درمان گروهی

### **بیماری که زمان زیادی را صرف شرح دادن مصرف مواد می‌کند**

بیمارانی که داستان‌های خود در مورد مصرف مواد را با جزئیات بیان می‌کنند می‌توانند باعث شعله‌ور شدن هوس و فکر مصرف در سایر افراد شوند. در این موارد: صحبت بیمار را قطع کنید. در مورد علت قطع صحبت بیمار و اینکه شرح مصرف مواد با ذکر جزئیات چه عواقبی می‌تواند داشته باشد صحبت کنید. جلسه را با مطرح کردن یک موضوع جدید ادامه دهید.

### **بیماری که پیشنهاد غلط و نادرستی برای دیگران مطرح می‌کند**

در طی بحث‌های گروهی بسیار پیش می‌آید که یکی از بیماران پیشنهاد نادرستی برای دیگران مطرح کند. بطور مثال: ممکن است یکی از بیماران در مورد داروهایی که برای راحت‌تر شدن مشکلات بیماران در طول ترک تجویز شده این نظر را مطرح کند که «داروهای تجویز شده هم اعتیاد آور هستند». در عین حال که احترام و ادب را در طول جلسه حفظ می‌کنید باید کنترل جلسه را در دست داشته باشید و در مواقعی که مسیر جلسه با یک پیشنهاد نادرست منحرف می‌شود صحبت بیمار را قطع کرده و آنرا اصلاح کنید.

### **بیماری که نمی‌تواند خود را کنترل کند و یا تحریک‌پذیر است**

در طول جلسه یکی از بیماران ممکن است غیرقابل کنترل باشد، بطور مثال سریع احساساتی می‌شود، زیاد و یا با صدای بلند صحبت می‌کند و مجال صحبت به دیگران را ندهد. اینگونه موارد می‌تواند نظم و ثبات گروه را مختل کند و کنترل جلسه از بین برود.

با گفتن اینکه: بنظر می‌رسد امروز انرژی خیلی زیادی دارید، بهتر است به دیگران هم اجازه صحبت بدهی و فعلاً شنونده باشی او را متوقف کنید. در صورتی که

صحبت‌های دیگران را قطع کرد از او بخواهید تا اجازه دهد صحبت عضو دیگر گروه تمام شود.

-در صورت اصلاح نشدن رفتار بیمار بطور صریح و قاطعانه از بیمار بخواهید رفتارش را متوقف کند و قوانین گروه را بپذیرد و به دیگران احترام بگذارد.

-در صورت ادامه رفتار قبلی از بیمار بخواهید جلسه را ترک کند و در آخر جلسه به طور خصوصی با او صحبت کنید.

### **بیماری که بنظر می‌رسد قبل از شروع جلسه مواد مصرف کرده است**

چنانچه خود بیمار اظهار کرد که قبل از جلسه مصرف مواد داشته است و یا آشکارا تحت تاثیر مواد است:

-از بیمار بخواهید جلسه را ترک کند. البته خصوصی با او در مورد دلایلی که باعث مصرف شده صحبت کنید. بررسی کنید که انگیزه او برای شرکت در گروه در وضعیتی که تحت تاثیر مواد است چیست و برایش توضیح دهید که نمی‌توانید اجازه شرکت در گروه را در چنین حالتی به او بدهید.

-بیمار را در مورد اینکه آیا می‌تواند جلسه درمان را ادامه دهد ارزیابی کنید. از مجادله با بیمار پرهیز کنید.

-در صورت لزوم بیمار را به اورژانس معرفی کنید یا برای رفتن به منزل با خانواده تماس بگیرید.



## منابع

قهاری، ش. عاطف وحید، م، ک. اصغر نژاد فرید، ع. (۱۳۸۹). راهنمای گام به گام  
درمان رفتاری شناختی برای سوء مصرف حشیش. تهران: نشر قطره  
قهاری، ش. (۱۳۸۶). زندگی بدون سیگار. تهران: نشر قطره

- Lee, N., Johns, L., Jenkinson, R., Johnston, J., Connolly, K., Hall, K. & Cash, R. (2007). **Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians. No 14: Methamphetamine dependence and treatment.** Fitzroy, Victoria
- Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lee, N.K., Claire, M. & Jenner, L. (2003). **A Brief Cognitive Behavioural Intervention for Regular Amphetamine Users.** Australian Government Department of Health and Ageing.
- Baker, A., Lee, N.K. & Jenner, L. (Eds) (2004). **Models of intervention and care for psychostimulant users, 2nd Edition,** National Drug Strategy Monograph Series No. 51.
- G. Alan Marlatt, Ph.D., George A. Parks, Ph.D., and Katie Witkiewitz, Ph.C. (2002) . **Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy,** Addictive Behaviors Research Center Department of Psychology University of Washington Seattle
- Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M.; Richard A. Rawson, Ph.D.; Michael J. McCann, M.A. Walter Ling, M.D. (2006), **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
- Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M.; Richard A. Rawson, Ph.D.; Michael J. McCann, M.A. Walter Ling, M.D. (2006), **Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders – Client's Handbook,** U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND

HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services  
Administration Center for Substance Abuse Treatment

- James R. Finley, Brenda S. Lenz, **Addiction Treatment Homework Planner**, (2009), John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- E. Thomas Dowd, PhD, and Loreen Ruggle, PhD. (1999), **Comparative Treatments for Substance Abuse**, Springer Publishing Company, Inc. 11 West 42nd Street New York, NY 10036
- Joyce H. Lowinson, M.D., Pedro Ruiz, M.D., Robert B. Millman, M.D., John G. Langrod, A.C.S.W., C.A.S.A.C., L.C.S.W., Ph.D. (2005), **SUBSTANCE ABUSE A Comprehensive Textbook**, LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS Philadelphia, PA 19106 USA LWW.com
- Marsden J, Ogborne A, Farrell M, Rush B, **International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders**, (2000), World Health Organization.
- Jenner L and Lee N (2008). **Treatment Approaches for Users of Methamphetamine: A Practical Guide for Frontline Workers**. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Australian General Practice Network. 2007. **Management of patients with psychostimulant use problems – Guidelines for general practitioners**. Canberra. Australian Government Department of Health and Ageing
- Baker, A., Lee, N.K. & Jenner, L. (Eds) (2004). **Models of intervention and care for psychostimulant users, 2nd Edition**, National Drug Strategy Monograph Series No. 51.
- Ronald M. Kadden, Ph.D. (2002), **Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training**. Department of Psychiatry University of Connecticut School of Medicine Farmington, CT 06030-3944.