



مداخله شناختی، رفتاری مختصر

(نسخه گسترش یافته)

راهنمای کارشناس سلامت روان

فهرست مطالب

مقدمه

مداخله

جلسه اول - مصاحبه انگیزشی

مرحله ۱ - ایجاد انگیزه برای تغییر

مرحله ۲ - تقویت تعهد

مرحله ۳ - پایش رفتاری خود

مرحله ۴ - فرمولاسیون

مرحله ۵ - خاتمه جلسه

جلسه دوم - مقابله با وسوسه و لغزش

مرحله ۱ - مقدمه جلسه

مرحله ۲ - مقدمه‌ای بر مقابله با وسوسه

مرحله ۳ - آشنایی با وسوسه

مرحله ۴ - روش‌های مقابله با وسوسه

مرحله ۵ - تدوین برنامه وسوسه

مرحله ۶ - نحوه برخورد با لغزش

مرحله ۷ - خاتمه جلسه

جلسه ۳ - کنترل افکار درباره مصرف «شیشه»

مرحله ۱ - مقدمه جلسه

مرحله ۲- ارتباط بین افکار و رفتارها

مرحله ۳- شروع کننده‌ها

مرحله ۴- تصمیم‌هایی که ظاهراً نامرتبط هستند

مرحله ۵- برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و وقایع خوشایند

مرحله ۶- تکلیف منزل

جلسه ۴- پیشگیری از عود

مرحله ۱- مقدمه جلسه

مرحله ۲- مهارت‌های ردّ مصرف

مرحله ۳- پیشگیری از عود

مرحله ۴- خاتمه جلسه

فهرست منابع

مقدمه

به منظور طراحی مدل مداخله شناختی، رفتاری کوتاه در درمان اختلالات مصرف مواد گروه تدوین کننده راهنما مطالعات موجود در این حوزه را مرور نموده و راهنمای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه تدوین شده توسط بیکر^۱ و همکاران (۲۰۰۳) را به عنوان راهنمای مبنا انتخاب نمود. این مداخله از ۲ تا ۴ جلسه درمان شناختی، رفتاری تشکیل شده که اثربخشی آن در درمان مصرف کنندگان مواد نشان داده شده است. پیش نویس راهنمای حاضر بر اساس راهنمای مبنا و نکات مفید مدل های مداخلات مختصر مؤثر در درمان اختلالات مصرف مواد تهیه گردید. سپس پیش نویس تهیه شده در اختیار گروهی از متخصصان و درمان گران اعتیاد قرار گرفت و بر اساس بازخوردهای ارایه شده این همکاران متن راهنما نهایی شد.

محتوی مداخله در راهنمای حاضر در قالب چهار جلسه درمانی سامان داده شده، اما در برخی مراجعان برای اجرای برنامه درمانی زمان بیشتری لازم خواهد بود. افراد وابسته به مواد خصوصاً متعاقب کاهش یا قطع مصرف از مشکلات شناختی رنج می برند. به همین دلیل لازم است برنامه درمانی در شروع بیشتر بر ایجاد ائتلاف درمانی، افزایش انگیزه و انتقال «تکه های کوچک اطلاعات» به بیماران متمرکز شوند. هدف از درمان اعتیاد کمک به بیماران به منظور دستیابی به بهبودی پایدار در حوزه های کارکردی مختلف است، به همین جهت پس از خاتمه دوره درمان مداخله کوتاه ارزیابی از نظر نیاز به مداخلات درمانی جامع تر ضرورت خواهد داشت.

- مداخله درمانی ارایه شده در راهنمای حاضر در چهار جلسه سامان داده شده است، اما ممکن است برای برخی بیماران اجرای برنامه درمانی پیش بینی شده برای هر جلسه نیاز به تعداد جلسات بیشتری داشته باشد.
- هدف از درمان دستیابی به بهبودی پایدار در حوزه های کارکردی مختلف است، به این دلیل در خاتمه برنامه درمانی ممکن است نیاز باشد برخی بیماران به برنامه های درمانی جامع تر ارجاع شوند.

منطق و اصول مداخله

مداخله کوتاه بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی یا درمان تقویت انگیزه^۲ طراحی شده و در آن مسئولیت تغییر بر دوش بیمار گذاشته می‌شود (میلر و همکاران ۱۹۹۵). وظیفه درمان‌گر ایجاد مجموعه‌ای از وضعیت‌هاست که انگیزه مراجع و تعهد او برای تغییر را افزایش می‌دهد. درمان‌گر این کار را با پیروی از ۵ اصل انگیزشی پایه انجام می‌دهد:

۱- ابراز همدلی

۲- ایجاد تفاوت

۳- اجتناب از مباحثه

۴- دور زدن مقاومت

۵- حمایت از خودکارآمدی

پس از شکل‌گیری تعهد بیمار به تغییر، درمان‌گر به او کمک می‌کند مهارت‌هایی بیاموزد که به او برای تغییر و تداوم الگوی رفتاری جدید کمک می‌کند.

هدف از مداخله

هدف اصلی مداخله کاهش سطح مصرف مواد و آسیب‌های آن برای مثال مشکلات روانی، جسمی، مالی، اجتماعی و شغلی مرتبط با مصرف مواد است. به مراجع کمک می‌نمائیم تا اهداف اختصاصی خود در درمان را شناسایی کند. در صورتی که مراجع به یک مشکل سلامت روان همبود مثل افسردگی یا سایکوز مبتلا باشد، در آن صورت یک هدف اصلی بالا بردن شناخت و درک مراجع از تداخل احتمالی بین مصرف مواد با مشکلات روان‌پزشکی فعلی و احتمال عود است.

فرمت درمان

نحوه عرضه جلسات مداخله در این راهنما تشریح شده است. این راهنماها عمومی هستند و درمان‌گر می‌تواند آن را با توجه به تجارب قبلی خود و همچنین خصوصیات مراجع متناسب نماید. پیشنهادهایی که به عنوان عبارات بیان شده توسط درمان‌گران در این راهنما آمده است از دستورالعمل درمان تقویت انگیزه (میلر و همکاران ۱۹۹۵) اقتباس شده است.

² MET: Motivational Enhancement therapy

این راهنما مداخله را در قالب یک برنامه چهار جلسه‌ای ارائه می‌نماید، گر چه تصمیم برای ارائه مداخله دو جلسه‌ای یا چهار جلسه‌ای بر اساس نیازهای مراجع به عهده درمان‌گر است. ممکن است برای برخی بیماران اجرای برنامه درمانی پیش‌بینی شده برای هر جلسه نیاز به تعداد جلسات بیشتری داشته باشد. هدف از درمان دستیابی به بهبودی پایدار در حوزه‌های کارکردی مختلف است، به این دلیل در خاتمه برنامه درمانی ممکن است نیاز باشد برخی بیماران به برنامه‌های درمانی جامع‌تر ارجاع شوند.

محتوی چهار جلسه در زیر آورده شده است و زمان لازم برای ارائه هر جلسه تقریباً یک ساعت است. جلسه اول با ارزیابی اولیه شروع می‌شود.

۱- مصاحبه انگیزشی (جلسه ۱)

۲- مقابله با وسوسه و لغزش (جلسه ۲)

۳- کنترل افکار درباره مصرف مواد و فعالیت‌های لذت‌بخش (جلسه ۳)

۴- مهارت‌های رد مصرف مواد و آماده شدن برای موقعیت‌های پرخطر آتی (جلسه ۴)

هر چند برگزاری جلسات به صورت هفتگی مطلوب است اما مواردی پیش می‌آید که مراجعان نمی‌توانند مراجعه کنند یا وقت مشاوره خود را فراموش می‌کنند. در این مورد، باید تلاش کرد یک جلسه دیگر در همان هفته برای بیمار در نظر گرفته شود تا فاصله بین جلسات بر روی انگیزه و تعهد بیمار برای درمان اثر منفی نگذارد. اگر این مقدور نبود جلسه بعد باید در زمان پیش‌بینی شده هفته بعد برگزار گردد.

ارزیابی اولیه

عناصر اساسی ارزیابی اولیه شامل زیر است:

۱- اخذ تاریخچه کامل مصرف الکل و مواد به لحاظ کمیت، دفعات، طریقه مصرف و خطرات مرتبط، سن شروع، شدت وابستگی، تجربه درمان‌های قبلی و تاریخچه علایم محرومیت می‌شود.

۲- ارزیابی جامع سلامت روان شامل تاریخچه سلامت روان و ارزیابی علایم فعلی (وجود علایم و شدت آن) با تأکید بر سایکوز، افسردگی و افکار خودکشی (شکل ۳ را برای آشنایی با پرسش‌های فکر خودکشی ببینید). برای آشنایی بیشتر با ابزارهای غربال‌گری و ارزیابی مرتبط خواننده را به مرور اخیراً منتشر شده ابزارهای غربال‌گری و تشخیصی مصرف الکل و مواد و سایر اختلالات روان پزشکی (دیو^۳ و همکاران ۲۰۰۰) ارجاع می‌دهیم.

۳- میزان آمادگی مراجع برای تغییر مصرف مواد (شکل ۴، ابزار خود ارزیابی مراجع در خصوص مصرف مواد ببینید).

ارزیابی اولیه درمان‌گر به او نشان می‌دهد که کدام جنبه‌های مداخله شناختی، رفتاری چهار جلسه‌ای را باید برای مراجع مورد تأکید قرار دهد. برای مثال، اگر مراجع در مرحله اقدام برای تغییر باشد (پروچاسکا و دیکلمنت^۴ ۱۹۸۶) می‌توان جلسه اول را به صورت مختصرتر اجرا نمود و زمان آن را به بحث مقابله با وسوسه و مصرف مواد اختصاص داد.

ابزارهای ارزیابی زیر برای تکمیل ارزیابی جامع توصیه می‌شوند:

- مقیاس شدت وابستگی (گوسوپ^۵ و همکاران ۱۹۹۵) که یک مقیاس ۵ آیتمی است که وابستگی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره برش بیشتر از ۴ را برای تشخیص وابستگی شدید به مواد پیشنهاد شده است (تاپ و ماتیک^۶ ۱۹۹۷) - شکل ۲ را ببینید.

- پرسش‌هایی برای ارزیابی خطر خودکشی (پروژه پروتکل درمان^۷ ۲۰۰۰) (شکل ۳ را ببینید)

- ابزار ارزیابی مراجع از نظر آمادگی برای تغییر یا کاهش مصرف برگرفته از باینر و آبرامز^۸ (۱۹۹۱) (شکل ۴ را ببینید)

³ Dawe

⁴ Prochaska & Diclemente

⁵ Gossop

⁶ Topp & Mattick

⁷ Treatment Protocol Project

⁸ Biener and Abrams

شکل ۲- مقیاس شدت وابستگی

۱- آیا تاکنون فکر کرده‌اید مصرف مواد شما از کنترل خارج شده است؟

هیچ وقت (۰) گاهی (۱) اغلب (۲) همیشه (۳)

۲- آیا فکر ناتوانی در تهیه شیشه واقعاً به شما استرس وارد می‌کند؟

هرگز (۰) گاهی (۱) اغلب (۲) همیشه (۳)

۳- آیا درباره مصرف مواد خود نگران هستید؟

هرگز (۰) گاهی (۱) اغلب (۲) همیشه (۳)

۴- قطع مصرف یا زندگی بدون مواد، چقدر برای شما دشوار است؟

اصلاً (۰) کم (۱) تا حدودی (۲) خیلی (۳)

نمره کل: _____

گوسوپ و همکاران (۱۹۹۵)

نکته: توجه داشته باشد نمره برش بیشتر از ۴ نشان‌گر سطح وابستگی شدید به ماده هدف است

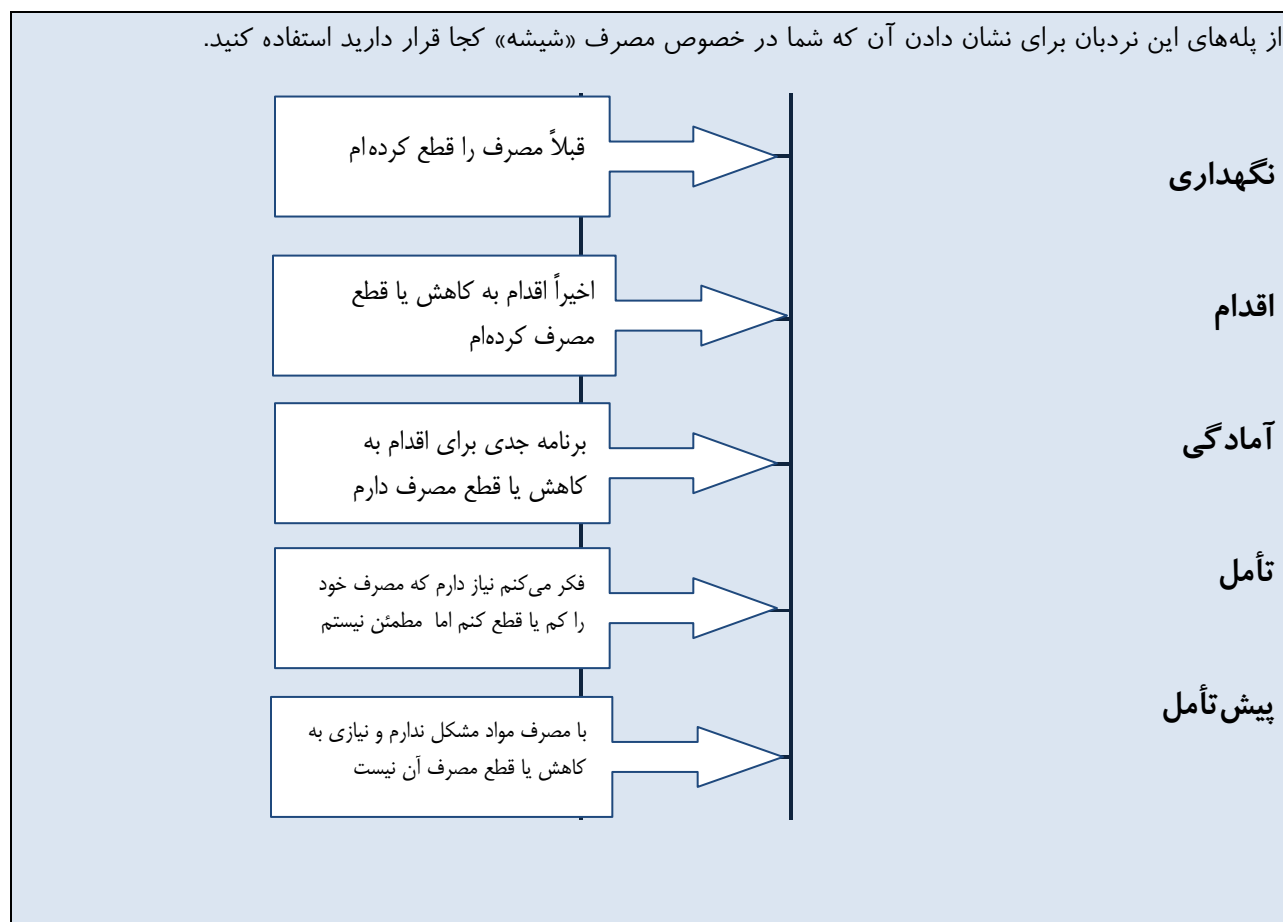
شکل ۳- پرسش‌های ارزیابی فکر خودکشی

- ۱- آیا تاکنون در یک دوره برای چند روز احساس افسردگی داشته‌اید؟
- ۲- زمانی که چنین احساسی دارید، آیا افکار خودکشی به سراغ شما می‌آید؟
- ۳- چه زمانی این افکار رخ می‌دهد؟
- ۴- فکر کردید ممکن است بلایی بر سر خودتان بیاورید؟
- ۵- آیا تاکنون به هر نحوی به این افکار عمل کرده‌اید؟
- ۶- چند وقت یک بار این افکار رخ می‌دهد؟
- ۷- آخرین بار کی این افکار را داشتید؟
- ۸- آیا تاکنون فکر آسیب زدن به دیگری یا خودتان داشته‌اید؟
- ۹- اخیراً، آیا فکر این که بلایی سر خودتان بیاورید داشته‌اید؟
- ۱۰- آیا قدمی به سمت انجام آن برداشتید؟ (برای مثال تهیه قرص / مواد سمّی / خرید اسلحه؟)
- ۱۱- آیا به این که کی و کجا این کار را انجام دهید فکر کردید؟
- ۱۲- آیا برنامه‌ای برای اموال خود داشتید یا وصیتی برای بازماندگان نوشتید؟
- ۱۳- آیا به تأثیر مرگ خود بر روی خانواده یا دوستان تان فکر کردید؟
- ۱۴- چه چیزی شما را از اقدام به این افکار تاکنون باز داشته است؟
- ۱۵- نظر شما در باره ادامه زندگی چیست؟
- ۱۶- چه چیزی مقابله با مشکلات را در حال حاضر برای شما ساده‌تر می‌کند؟
- ۱۷- صحبت درباره تمام این چیزها چه احساسی در شما به وجود می‌آورد؟

برگرفته از پروژه پروتکل درمان (۲۰۰۰)، درمان اختلالات روانی صفحات ۲۲-۲۳، ویرایش سوم، سیدنی، مرکز همکاری‌های سلامت روان و سوء مصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت

اگر احساس می‌کنید یک مراجع در معرض خطر خودکشی است، لازم است ارجاع جهت بستری روان‌پزشکی برای بیمار در نظر گرفته شود. در چنین مواردی لازم است به بیمار نامه ارجاع داده شود، در خصوص اهمیت موضوع خانواده و شبکه حمایتی او آموزش داده شوند و به آنها اطلاعات لازم برای دسترسی به خدمات بستری روان‌پزشکی داده شود.

شکل ۴- ابزار خودارزیابی مراجع از مصرف مواد



برگرفته از باینر و آبرامز (۱۹۹۱)

جلسه اول - مصاحبه انگیزشی

برگه خلاصه برای درمان گر

اهداف

- درگیر نمودن و ایجاد انگیزه برای تغییر در خصوص شیشه
- آماده نمودن برای کاهش / ترک مصرف شیشه
- آشنایی با پایش رفتاری خود

مواد مورد نیاز برای جلسه ۱

- کپی تمرین ۱: جدول کاوش مزایا و معایب مصرف شیشه
- کپی تمرین ۲: یادداشت روزانه وسوسه
- کپی تمرین ۳: فرمول بندی مورد
- بازخورد ارزیابی اولیه

عناصر کلیدی جلسه یکم (برای ارجاع سریع می‌توان آن را کپی کرد)

مرحله ۱- ایجاد انگیزه برای تغییر

مرحله ۳- پایش رفتاری خود

پس از ارایه منطق مداخله از راهبردهای زیر برای برانگیختن از راهبردهای زیر استفاده کنید:

جملات انگیزشی استفاده کنید:

- ارایه منطق مداخله
 - یک روز معمول
 - بازخورد فردی روی ارزیابی
 - اثر بر سبک زندگی
 - کاوش مزایا و معایب مصرف (جدول تمرین ۱ را پر کنید)
 - نگرانی‌های مراجع را کاوش کنید
 - خطرات سلامتی را کاوش کنید
 - هزینه‌های مالی مصرف
 - نگاه به پشت سر
 - نگاه به پیش رو
 - خود در مقابل خود به عنوان مصرف‌کننده
 - روبرو شدن با دوسوگرایی
 - خلاصه
- منطق پایش رفتاری خود را بیان کنید
 - نگرانی مراجع را درباره موقعیت‌های پرخطر و شروع-کننده‌های مصرف برانگیزید
 - پیوند بین شروع‌کننده‌ها، افکار مصرف و ولع مصرف را تشریح کنید
 - از یادداشت‌های روزانه وسوسه استفاده کنید
 - خلاصه کنید

مرحله ۴- فرمول‌بندی مورد

- منطق فرمول‌بندی را توضیح دهید
 - بر سر عناصر فرمول‌بندی توافق کنید
 - برنامه درمان را به صورت مشترک تدوین کنید
- ### مرحله ۵- خاتمه جلسه
- خلاصه کنید
 - تعهد را تقویت کنید
 - یک قرارداد داشته باشید
 - تکلیف منزل، شامل موارد زیر را مشخص کنید:

مرحله ۲- تقویت تعهد

- از راهبردهای زیر استفاده کنید
 - یک پرسش‌گذردهنده بپرسید
 - درباره انتخاب آزاد بحث کنید
 - به ترس‌ها بپردازید
 - آموزش و توصیه ارایه کنید
 - اهداف را تعیین کنید
- شناسایی شروع‌کننده‌های مصرف
 - شروع کاهش مصرف در صورت تناسب
 - تکمیل یادداشت روزانه وسوسه برای هفته بعد

جزئیات مداخله

درگیر نمودن و ایجاد انگیزه برای تغییر در مصرف مواد

تا آن جا که می‌توانید دانش و مهارت خود در زمینه کاربرد رویکردهای مصاحبه انگیزشی را بالا ببرید. مراجعان به لحاظ تجربه عوارض مرتبط با مصرف و آمادگی برای تغییر رفتار مصرف خود در مراحل مختلفی هستند. در رویکرد انگیزشی به تمام آسیب‌هایی که فرد در حال تجربه آن است پرداخته می‌شود.

مرحله ۱- ایجاد انگیزه برای تغییر

اهداف مصاحبه انگیزشی (رولنیک^۹ و همکاران ۱۹۹۹) عبارتند:

- (۱) حفظ راپو^{۱۰}
 - (۲) پذیرش تغییرات کوچک در نگرش به عنوان یک شروع ارزشمند
 - (۳) افزایش نگرانی‌های فرد از خطرات (برای مثال سلامتی، خانوادگی و ...)
 - (۴) اجتناب از افزایش مقاومت
 - (۵) افزایش خود کارآمدی و مسئولیت، و
 - (۶) نگاه به سبک زندگی به صورت کلی‌نگر (هر بخش معمولاً سایر بخش‌ها را متأثر می‌کند)
- شروط اساسی برای القای تغییر عبارتند از هم‌دلی، گرما و صداقت.
- راهبردهای ارتقای انگیزه برای تغییر شامل موارد زیر است:

- حذف موانع تغییر
- ارائه گزینه‌های تغییر رفتار
- کاهش مطلوبیت مصرف مواد
- هم‌دلی

^۹ Rollnick
^{۱۰} rapport

- ارایه بازخورد
- روشن نمودن اهداف و
- کمک کردن فعال

ارایه منطق مداخله

در زیر یک نمونه از آن چه شما می‌توانید برای معرفی مداخله بگوئید آورده شده است:

«قبل از این که شروع کنیم، اجازه بدهید کمی درباره نحوه کار ما با هم توضیح دهم. شما قبلاً ارزیابی مورد نیاز رو انجام دادید. از وقتی که برای این کار اختصاص دادید سپاس‌گزارم. ما از این اطلاعات برای کمک به شما استفاده خواهیم کرد. این جلسه اولین جلسه از یک برنامه درمانی چهار جلسه‌ای است که در طول آن ما وضعیت شما را از نزدیک بررسی خواهیم کرد. امیدوارم این جلسات برای شما جالب و مفید باشد.

باید اول از همه به شما بگویم که هدف من تغییر دادن شما نیست. امیدوارم که بتوانم به شما کمک کنم که وضعیت فعلی خودتان را بررسی کنید و در صورتی که فکر کردید لازم است تغییری در رفتار خود انجام دهید به شما کمک خواهم کرد. من به شما درباره وضعیت‌تان اطلاعات زیادی می‌دهم و ممکن است توصیه‌هایی هم بکنم، اما این که شما با این اطلاعات و توصیه‌ها بعد از جلسات چه می‌کنید کاملاً به خود شما بستگی دارد. من حتی اگر بخواهم نمی‌توانم شما را تغییر دهم. تنها کسی که می‌تواند به شما بگوید که لازم است تغییری ایجاد کنید خود شما خواهید بود. نظرتان چیست؟»

یک روز معمول

عرضه بازخورد به مراجع درباره ارزیابی انجام شده مهم است، هر چند ارایه بازخورد سریع و پیش از موعد در جلسه اول می‌تواند مقاومت مراجع را برانگیخته و مانع درگیری در برنامه درمانی شود. به منظور به حداقل رساندن احتمال ایجاد مقاومت در مراجع، مهم آن است که ببینید نظر مراجع شما درباره مصرف شیشه خود چیست. سپس جلسه را با استفاده از راهبردهایی برای برانگیختن عبارات خودانگیزشی درباره تغییر، از طریق طرح مشکلات سلامتی/ سبک زندگی ادامه دهید. سپس با ملایمت پرسش‌های خود درباره مصرف شیشه را به میان آورید. میلر و همکاران (۱۹۹۵) در دستورالعمل «مصاحبه تقویت انگیزه» رویکرد زیر را به عنوان روشی مفید برای برانگیختن بحث درباره مشکلات فعلی مراجع پیشنهاد می‌کند:

«اطلاعاتی که ما درباره آن‌ها در این جلسه حرف زدیم برای من تا حدی روشن کرد در حال حاضر در زندگی شما چه اتفاقی در حال رخ دادن است. اما من واقعاً درباره شما زیاد نمی‌دانم. اگر امکان دارد کمی به من درباره زندگی خود و مشکلاتی که در حال حاضر با آن‌ها سروکار دارید بیشتر بگویید. اگر بتوانید یک روز معمول زندگی خودتان را از موقعی که از خواب بیدار می‌شوید برای من توصیف کنید. بهتر می‌توانم وضعیت شما را درک کنم، به من درباره مشکلاتی که در حال حاضر دارید و احساسات خود درباره آنها بگوئید.»

(در ادامه)

«می‌توانید به من بگوئید مصرف شیشه در برنامه روزانه شما چه جایگاهی دارد؟ یک روز معمول خود را از وقتی از خواب بیدار می‌شوید برایم تعریف کنید.»

حتی‌الامکان حرف بیمار را قطع نکنید و اجازه دهید ادامه دهد. در صورت ضرورت مراجع را با پرسش‌های بازپاسخ به تشریح بیشتر تشویق کنید:

«بعد چه اتفاقی افتاد؟»

مطالب گفته شده را مرور و خلاصه نموده و در صورت نیاز پرسش‌های بیشتر بپرسید:

«آیا چیز دیگری هست که بخواهید برای تکمیل این تصویری که ترسیم کردید اضافه کنید؟»

بازخورد شخصی از ارزیابی

وقتی تصویر نسبتاً روشنی از وضعیت مصرف شیشه مراجع به دست آوردید و آن را در پس زمینه یک روز معمول زندگی و نگرانی‌های مراجع قرار دادید از او اجازه بگیرید تا در ارتباط با ارزیابی انجام شده بازخورد ارائه دهد:

«شما گفتید در زندگی روزمره شما چیزهایی هست که باعث نگرانی شما می‌شود.»

حوزه‌های مشکل را بر اساس آنچه مراجع در بحث یک روز معمول گفته است برای مثال مشکلات سلامتی / خلق، مصرف شیشه، کیفیت زندگی و... خلاصه کنید.

«اگر موافق باشید در مورد ارزیابی که انجام دادیم به شما بازخورد بدهم چون فکر می‌کنم این بازخورد با برخی مشکلاتی که گفتید ارتباط دارد.»

با مراجع درخصوص سطح وابستگی و سایر نتایج مهم به دست آمده از ارزیابی اولیه بحث کنید. در مورد تشخیص وابستگی و اهمیت آن صحبت کنید. ببینید تا چه حد مراجع نتایج ارزیابی شما را دقیق و مرتبط می‌داند. برای این کار می‌توانید پرسش‌های زیر را پرسید:

«نظرتان درباره این چیست؟»

اثر بر روی سبک زندگی

وقتی به مراجع باز خورد دادید (یا «برداشت» خود از حوزه‌های نگرانی را ارایه نمودید)، مسأله نحوه اثرگذاری مصرف مواد بر سبک زندگی بیمار را مطرح کنید. دستورالعمل درمان تقویت انگیزه میلر پیشنهاد می‌نماید به این منظور از رویکرد زیر استفاده کنید:

«به این فکر می‌کنم که به نظر شما در حال حاضر مهم‌ترین کار برای بهبود وضعیت سلامتی و سبک زندگی برای شما کدام است؟ فکر کنید اولویت چه باید باشد؟»

در صورت تناسب:

«فکر می‌کنم این خیلی کمک‌کننده است، اگر شما به مصرف شیشه خود نگاه دقیق‌تری بیندازد ... موافق هستید؟»

با مراجع و با استفاده از اطلاعات حاصله از ارزیابی، درباره الگوی مصرف مواد (مستمر، افراطی و غیره) و هر گونه نگرانی فرد درباره آن بحث کنید.

مزایا و معایب مصرف شیشه را کاوش کنید

اکنون، شروع به کاوش بیشتر نگرانی‌های مراجع درباره مصرف شیشه نمائید. درباره دلایل مصرف شیشه، مزایا و معایب آن از بیمار سؤال نموده و آنها را مشابه آنچه در تمرین ۱ توضیح داده شده ثبت کنید.

تمرین ۱- جدول کاوش مزایا و معایب مصرف شیشه

۱- جدول مزایا و معایب مصرف و کاهش مصرف را در اختیار بیمار بگذارید

- چیزهای خوب درباره مصرف/چیزهای نه چندان خوب درباره مصرف
- چیزهای خوب درباره مصرف کمتر/چیزهای نه چندان خوب درباره مصرف کمتر

۲- از بیمار درباره تمام جنبه‌های مثبت مصرف شیشه سؤال نموده و آنها را در خانه مربوط بنویسید. از پرسش زیر برای هدایت بیمار استفاده کنید:

«از چه چیز مصرف شیشه خوشتان می‌آید؟ جنبه‌های مثبت این کار برای شما کدام است؟»

۳- میزان اهمیت این جنبه‌های مثبت را از مراجع پرسیده و از او بخواهید برای اهمیت هر یک از این جنبه‌های مثبت نمره‌ای را تعیین کند. از پرسش‌های زیر به عنوان راهنما استفاده کنید:

«این جنبه مثبت چقدر برای مهم است؟ اگر «صفر» معادل «اصلاً مهم نیست» و «۱۰» معادل «بسیار مهم است» باشد، شما به این جنبه مثبت مصرف شیشه چه نمره‌ای می‌دهید؟»

۴- تمرین را با جنبه‌های نه چندان خوب مرتبط با مصرف شیشه ادامه داده و میزان اهمیت آن را برای مراجع تعیین کنید. از مراجع بخواهید این موضوعات را در خانه مرتبط جدول بنویسید. می‌توانید برای شروع از جمله زیر استفاده کنید:

«از آن طرف چطور؟ چه نگرانی‌هایی درباره مصرف شیشه دارید؟»

۵- نهایتاً، بحث را با چیزهای خوب / نه چندان خوب درباره تغییر رفتار مصرف شیشه ادامه دهید. موارد ذکر شده را در خانه‌های مربوطه درج کنید. از مراجع بخواهید میزان اهمیت هر موضوع مطرح شده را نیز تعیین کنید.

تمرین ۱: جدول کاوش مزایا و معایب مصرف شیشه

چیزهای خوب درباره تداوم مصرف	چیزهای نه چندان خوب درباره تداوم مصرف
چیزهای خوب درباره تغییر مصرف	چیزهای نه چندان خوب درباره تغییر مصرف

مشخص کنید که آیا دلایل به نفع تداوم مصرف از دلایل به ضرر تداوم مصرف به لحاظ تعداد و جمع نمرات در نظر گرفته شده بیشتر است یا خیر. این مرحله یک گام مهم در ارزیابی نیاز به تداوم مصاحبه انگیزشی در طول جلسه است.

اگر در این مرحله چیزهای خوب مرتبط با مصرف شیشه در سطح فعلی و چیزهای نه چندان خوب مرتبط با کاهش/قطع مصرف از چیزهای نه چندان خوب مرتبط با مصرف یا چیزهای خوب مرتبط با کاهش/قطع مصرف بیشتر باشد، یعنی منافع درک شده مصرف هنوز از هزینه‌های ادراک شده بیشتر باشد، از تکنیک‌های زیر برای تغییر تعادل در جهت مخالف استفاده کنید. در صورتی که مراجع هزینه‌های تداوم مصرف را از منافع احتمال آن بیشتر بداند به **مرحله ۲: تقویت تعهد** بروید.

در طول این بحث شما ممکن است با مقاومت روبرو شوید.

میلر و رولنیک (۱۹۹۱) چهار گروه رفتار مقاومت را در مراجعان مبتلا به مشکلات مصرف مواد شناسایی کرده‌اند:

- بحث درباره دقت، تخصص یا صلاحیت درمان‌گر (چالش، بی‌ارزش شمردن، خصومت)
 - قطع سیر درمان با حالتی تدافعی (پریدن در حرف درمان‌گر)
 - انکار یا عدم تمایل برای به رسمیت شناختن مشکلات، قبول مسئولیت یا همکاری (سرزنش کردن، مخالفت، عذرو بهانه آوردن، ناچیز شمردن، بدبینی، طفره رفتن) و
 - نادیده گرفتن یا دنبال نکردن مسیر درمان (بی‌توجهی، جواب ندادن، حاشیه‌روی)
- در صورت مواجهه با چنین وضعیتی از تکنیک‌های زیر استفاده کنید (میلر و همکاران ۱۹۹۵):
- **بازتاب** – خیلی ساده آنچه را مراجع می‌گوید، تکرار کنید
 - **بازتاب و تشدید** – آنچه را مراجع می‌گوید را تکرار نموده و آن را در حدی که مراجع آن را نپذیرد اغراق کنید (البته این کار را بیش از حد انجام ندهید زیرا ممکن است منجر به ایجاد حالت خصومت در مراجع گردد)
 - **بازتاب دو طرفه** – یک عبارت مقاومت را (بر اساس عبارات قبلی اظهار شده در جلسه) بازتاب دهید
 - **تغییر تمرکز** – توجه را از موضوع مشکل‌آفرین برگردانید.
 - **مقاومت را دور بزنید** (به جای آن که با آن مخالفت کنید) – از جملات متناقض‌نمای ملایم که اغلب دیدگاه متعادل را به مراجع بر می‌گرداند استفاده کنید.

وقتی مراجع یک موضوع انگیزشی را مطرح کرد، درخواست از او برای آن که آن را تشریح کنید مفید خواهد بود (میلر و رولنیک ۱۹۹۱). این موضوع قدرت عبارت را تقویت نموده و اغلب منجر به عبارات انگیزشی بیشتر درباره تغییر می‌شود. میلر و رولنیک (۱۹۹۱) پیشنهاد می‌کنند که یک راه مفید برای انجام این کار آن است که از مراجع بخواهیم مثال‌های اختصاصی ارایه کنید و یا توضیح دهد که چرا یک موضوع خاص باعث نگرانی‌اش شده است.

نگرانی‌ها را کاوش کنید

«شما گفتید چیزهای نه چندان خوبی درباره مصرف شیشه وجود دارد، آیا این‌ها باعث نگرانی شما می‌شوند؟»

«چه نگرانی‌های دیگری درباره شیشه داری؟»

«نمی‌دانم درباره مصرف شیشه چه احساسی داری.... تصور می‌کنی چه آینده‌ای در انتظارت باشد؟»

«چقدر این عوارض شما را نگران می‌کند؟»

خطرات سلامتی را کاوش کنید

«می‌توانید به من بگوئید مصرف شیشه چه عوارضی بر روی سلامتی می‌تواند داشته باشد؟»

«آیا علاقمند هستید درباره عوارض مصرف شیشه بر روی سلامت جسمی و روانی بیشتر بدانید؟»

«برخی افراد دریافته‌اند که قطع مصرف شیشه می‌تواند بی‌قراری یا حالات توهمی آنها را بهبود بخشد. نظر شما چیست؟»

«مصرف شیشه چه اثری بر روی سلامت روانی شما داشته است؟»

خطراتی را که مراجع نسبت به آنها ابراز نگرانی می‌کند را درج نمائید. از استفاده از کلماتی مانند «سوءمصرف» و «مشکل» اجتناب کنید زیرا استفاده از این کلمات باعث ایجاد مقاومت در مراجع می‌شود.

در صورت تناسب آموزش‌های لازم درباره خطرات همراه با مصرف شیشه را ارایه کنید. می‌توانید برگه صفحه ۲۸ را کپی نموده و یک نسخه از آن را برای مطالعه در اختیار مراجع بگذارید.

هزینه های مالی مصرف

در صورتی که مراجع موضوع هزینه مصرف را به عنوان عاملی در تصمیم خود برای کاهش یا قطع مصرف ذکر کرد از او

بپرسید:

«در صورتی که شیشه مصرف نکنید چقدر از پول شما پس/انداز خواهد شد؟»

در صورت تناسب برای مراجع محاسبه کنید که در ماه و در سال چقدر هزینه صرف مصرف شیشه می کند و مراجع می تواند چیزهایی مهمی که می تواند با این پول تهیه کند را تعیین نماید.

نگاه به عقب

«قبل از آن که مصرف را شروع کنید وضعیت چطور بود؟»

نگاه رو به جلو

«تمایل دارید در آینده وضعیت شما چگونه باشد؟»

«چه چیزهایی مانع انجام کارهایی می شود که تمایل به انجام آن دارید؟»

«در حال حاضر مصرف مواد چگونه بر روی زندگی شما تأثیر می گذارد؟»

«اگر تصمیم بگیرید که مصرف مواد را قطع کنید، آرزوی شما برای آینده چیست؟»

خود در برابر خود به عنوان مصرف کننده

این قدم به ایجاد تفاوت¹¹ کمک می کند.

«به من بگو چه چیزهایی را در باره خودت دوست داری؟»

«به نظر دوست / اعضای خانواده ی شما بهترین خصوصیات شما کدام است؟»

«و چطور خود را به عنوان یک مصرف کننده شیشه توصیف می کنید؟»

«چگونه این دو موضوع با هم جور در می آیند؟»

¹¹ discrepancy

روبرو شدن با دوسوگرایی

اگر مراجع دودل است دلایل آن را مورد کاوش قرار دهید. دلایل اولیه برای تمایل به کاهش / ترک مصرف را مجدداً مرور کنید. اطلاعات موجود در خصوص اثرات تداوم مصرف بر سلامت جسمی و روانی را ارایه نمایند. مراجع را از طریق یک بحث منطقی در باره ملاحظات تداوم مصرف هدایت نموده و با دقت منطق غلط یا باورهای غیرمنطقی درباره فرآیند درمان را به چالش بکشید. تقویت مثبت و تشویق اهمیت بالایی دارند. شما ممکن است بتوانید تعادل را به نفع جنبه‌های مثبت ترک / کاهش به جنبه‌های منفی تداوم مصرف تغییر دهید، اما اگر با مقاومت مراجع مواجه شدید آنها را اجبار نکنید. به خاطر داشته باشید، مسئولیت تغییر نهایتاً بر عهده خود مراجع است.

در صورتی که مراجع از عبارت «آره، امّا» استفاده کرد نشان می‌دهد که شما با «مقاومت» مواجه شده‌اید و نشانه آن است که باید با ملایمت مکالمه را به سمت سایر موضوعات مرتبط هدایت کنید.

خلاصه کنید

به اختصار تمام اطلاعات به دست آمده در مرحله یک را خلاصه کنید.

مرحله ۲- تقویت تعهد

مرحله بعدی مصاحبه انگیزشی تجميع تمام موضوعات بيان شده توسط مراجع در يك عبارت و ايجاد انگيزه برای تغيير است. اين كار زمانی بهترين تأثير را دارد كه فرد در اواخر مرحله تأمل يا اوایل مرحله اقدام برای تغيير است. مراقب باشید كه دو سوگرایی ممكن است هنوز وجود داشته باشد و در صورتی كه با آن مواجه شدید به طور متناسب از راهبردهای مرحله يك استفاده كنید.

يك پرسش گذردهنده پيرسيد

تمرکز بحث را از دلائل تغيير به بحث درباره برنامه تغيير عوض كنید. بعد از خلاصه كردن مطالب مرحله ۱ از پرسشهای زیر استفاده كنید:

«خوب می‌خواهم بدانم حالا می‌خواهید چه كار كنید؟»

«درباره مصرف شیشه چه تصمیمی دارید؟»

«برای تغيير اين وضعیت چه برنامه‌ای در نظر دارید؟»

«ممكن است چه مشکلی در اجرای برنامه‌های شما به وجود بیاید؟»

موضوع انتخاب آزاد را مطرح كنید

گرچه پرهیز یکی از اهداف احتمالی مداخله است برخی افراد ممكن است برای قطع مصرف مواد کاملاً آماده نباشد و به کاهش يا کنترل مصرف تمایل نشان دهند. در مدل مصاحبه انگیزشی مسئولیت نهایی تغيير بر عهده خود فرد است و او برای انتخاب هدف مداخله آزادی كامل دارد. نقش درمان گر كمك به مراجع برای تعیین هدف مداخله اولیه است (بخش تعیین هدف را در ادامه ببینید). توجه داشته باشید كه چنین اهدافی احتمالاً در طول مسیر مداخله تغيير می‌كند و هدف اولیه کاهش ممكن است با افزایش اطمینان فرد به امكان پذیر بودن تغيير به طرف قطع مصرف و پرهیز تغيير نماید.

به ترس‌های فرد توجه كنید

«به من گفتید كه (به جدول مراجعه كنید) ... جنبه نه چندان خوب کاهش مصرف شیشه است. بزرگترین نگرانی شما از کاهش يا قطع مصرف چیست؟»

هر گونه ترسی که فرد درباره تغییر رفتار دارد را کاوش و به مراجع با روش «حل مسأله» برای غلبه بر ترس‌ها کمک کنید. نگرانی‌های فرد را برای مدیریت درمان علایم محرومیت بررسی نمایید. برای مثال علایم محرومیت می‌تواند شامل تحریک-پذیری، بی‌خوابی، اختلالات خلقی، رفتاری و وسوسه برای مصرف باشد. علایم خود محدود شوند، هر چند در موارد شدید می‌توان با نظر روان‌پزشک برای یک دوره کوتاه دارو تجویز نمود. آموزش و حمایت اجزای اصلی عبور از مرحله «بازگیری» هستند.

آموزش و توصیه ارایه کنید

اطلاعات اختصاصی و دقیق درباره اختلال و راه‌های درمان آن ارایه کنید. هنگام دادن آموزش و توصیه به مراجعه کننده اجازه مخالفت بدهید.

«اگر نظر مرا بخواهید قطعاً به شما خواهم گفت، اما در نهایت شما هستید که باید در این باره تصمیم بگیرید.»

اخذ نظر مراجع پس از ارایه آموزش‌ها مفید خواهد بود:

«آیا این مطالب برای شما روشن بود؟»

تعیین اهداف

لازم است مراجع اهداف خود را برای درمان مشخص کند. برای کمک به مراجع برای رسیدن به هدف، سطح وابستگی او به شیشه، الگوی هدف اخیر و اقدامات قبلی برای کنترل را در نظر گرفته و این موضوعات را با مراجع به بحث بگذارید.

در ذهن داشته باشید تجارب کارآزمایی‌های انجام شده برای درمان حشیش حاکی از آن است که محدود ساختن مصرف به آخر هفته‌ها یا مهمانی‌ها منجر به یک افزایش آرام اما مداوم در طول زمان می‌شود. بنابراین بهتر است مراجعان یک قانون شخصی یا محکم برای مصرف تفنی داشته باشند برای مثال هفته‌ای فقط یک بار مقدار مشخص (حداکثر چقدر؟) مصرف می‌کنم یا هرگز شیشه نمی‌خرم.

درباره خصوصیات اهداف درمانی واقع‌گرایانه و خوب با مراجع صحبت کنید. اطمینان حاصل کنید که نکات زیر را پوشش داده‌اید:

- اهداف کمک کننده هستند صرف نظر از آن که به آنها دست پیدا کنید یا خیر. اهدافی که مراجع به آن دست پیدا می‌کند را می‌توان تشویق نمود اما در صورتی که مراجع نتواند به هدفی دست پیدا کند باید به آن به چشم یک تجربه آموزنده برای تعیین اهداف آتی نگریست.

- لازم است اهداف درمانی؛ کوتاه مدت، مشخص، اختصاصی، قابل اندازه‌گیری و به صورت واقع‌گرایانه‌ای قابل دسترس باشند. برای مثال هدف «ترک شیشه» چندان اختصاصی نیست در مقایسه «قطع کامل مصرف شیشه از تاریخ ...» یک هدف اختصاصی است.

قطع کامل مصرف یا دستیابی به پرهیز را توصیه نموده و نکات زیر را در تمام موارد پیشنهاد کنید:

«قطع کامل مصرف یک هدف منطقی است. اگر مصرف نکنید می‌توانید اطمینان داشته باشید که هیچ یک از مشکلات مرتبط با مصرف را تجربه نخواهید کرد. دلایل خوبی وجود دارد که لااقل یک دوره قطع مصرف و پاکی را امتحان کنید (برای مثال ببینید زندگی بدون مصرف شیشه چگونه است و چه احساسی دارید، یاد بگیرید که چگونه به مصرف شیشه وابسته شده‌اید، عادات قدیمی خود را بشکنید، تغییر را تجربه کنید و اعتماد به نفس خود را بازیابید، رضایت همسر و یا خانواده خود را جلب کنید و...)»

اگر اطلاعات ارزیابی نشان دهد که لازم است هدف پرهیز از مصرف توصیه شود (برای مثال اختلال فعلی سلامت روان و غیره موجود باشد و فرد این هدف را در نظر نگرفته:

«البته این تصمیم به خود شما بستگی دارد. اما می‌خواهم بگویم، تصمیمی که گرفته‌اید باعث نگرانی من است و اگر تمایل دارید برای تان توضیح می‌دهم چرا.»

مرحله ۳- پایش رفتاری خود

منطق پایش رفتاری را توضیح دهید

اولین گام برای یادگیری مدیریت روزانه زندگی بدون مصرف شیشه آن است که ابتدا موقعیتهایی که مراجع در آن بالاترین احتمال مصرف / تجربه وسوسه برای مصرف دارد شناسایی شوند. توضیح دهید که با این کار طبیعت «خودکار» این عادت یا رفتار مرتبط با وابستگی حالت خودآگاهانه پیدا می‌کند. خود پایش‌گری^{۱۲} به مراجع کمک می‌کند الگوهای رفتاری قبلاً ناشناخته را شناسایی کند. شناسایی الگوها به مراجعان مجال می‌دهد با سهولت بیشتری موقعیتهای پرخطر را شناسایی کنند و به آنها فرصتی می‌دهند روش‌هایی را برای کاهش احتمال مصرف تمرین نمایند.

نگرانی مراجع را درباره موقعیت‌ها و شروع‌کننده‌های مصرف برانگیزید

توضیح دهید که یک قدم اولیه در ترک یا کاهش مصرف شیشه آگاه شدن از موقعیتهایی است که مراجع را برای مصرف وسوسه می‌کند. این موقعیت‌ها را اصطلاحاً «برانگیزان‌ها یا شروع‌کننده‌ها»^{۱۳} می‌نامیم شروع‌کننده‌ها می‌توانند خارجی یا محیطی مثل دیدن دوستانی که مصرف‌کننده هستند یا دیدن خود مواد یا وسایل مصرف باشند، شروع‌کننده‌های درونی می‌تواند شامل حالات خلقی مصرف، احساس افسردگی یا حتی خوشحالی و هیجان و حالات جسمی مثل احساس خستگی باشند. شروع‌کننده‌ها بسیار شخصی هستند و باید خیلی دقیق شناسایی شوند.

شروع‌کننده‌هایی را که مراجع فکر می‌کند منجر به مصرف شیشه او می‌شود مرور کنید. نگرانی و حساسیت مراجع را نسبت به وضعیت‌های پرخطر برای مصرف شیشه برانگیزید و موقعیتهای حول و حوش آن را به بحث بگذارید.

ارتباط میان شروع‌کننده‌ها، افکار مصرف و وسوسه مصرف را تشریح کنید

شروع‌کننده‌های شخصی شناسایی شده را مرور نموده و توضیح دهید که چگونه این شروع‌کننده‌ها باعث ایجاد افکار (شناخت-ها) مصرف شده و اغلب منجر به افزایش ولع مصرف می‌شود. این الگو اغلب در لغزش و عود مصرف مواد دیده می‌شود و باید برای مراجع تشریح شده و برنامه درمان بر اساس آن تدوین گردد. می‌تواند موضوع را به این نحو برای مراجع توضیح دهید:

«در کار روی بهترین طریق درمان مصرف شیشه شما در ابتدا لازم است بدانیم چه موقعیتهایی باعث می‌شود که شما به سمت مصرف مواد بروید و شما چه افکار و احساساتی در این مواقع دارید. چیزی که می‌خواهیم بفهمیم این است که چه چیزهای شروع‌کننده یا تداوم‌دهنده وسوسه مصرف برای شما است. پس از آن می‌توانیم راه‌هایی پیدا

¹² self-monitoring

¹³ triggers

کنیم که شما بدون مصرف مواد با این موقعیت‌های «پرخطر» مقابله کنید. اولین قدم مهم در برخورد با این موقعیت-های شروع کننده وسوسه مصرف پایش زمان‌هایی از روز یا شب است که رخ می‌دهد. خیلی اوقات، تمام این فرآیند آن قدر سریع رخ می‌دهد که ما نمی‌توانیم بفهمیم چگونه اتفاق افتاد- تقریباً همچون آن است که به صورت کاملاً اتوماتیک وسوسه مصرف شیشه سراغ ما آمده است. اما مجموعه‌ای از افکار و واکنش‌ها بین موقعیت شروع کننده و وسوسه مصرف رخ می‌دهد. بنابراین اگر از این فرایند مطلع شویم می‌توانیم بهتر با آن مقابله کنیم.»

از یادداشت روزانه وسوسه استفاده کنید

برای مراجع تکلیفی تعیین کنید که در آن خود را در طول هفته آینده پایش نموده و موقعیت‌هایی که در آن دچار وسوسه برای مصرف شده است و احساسات همراه با آن را بنویسند. در ادامه یک نمونه جدول که برای اجرای این تمرین می‌تواند استفاده شود آورده شده است.

تمرین ۲- یادداشت روزانه وسوسه

ردیف	کجا بودید؟	با چه کسی بودید؟	اتفاق خاصی افتاد؟	چه فکری در سرتان بود؟	چه احساسی داشتید؟	عملاً چه کاری انجام دادید؟

خلاصه کنید

در انتهای فرآیند تعهد خلاصه‌ای ارایه کنید. در ارایه خلاصه تکرار موضوعات مورد نگرانی، عبارات انگیزشی مراجع، برنامه-های مراجع برای تغییر و پیامدهای تغییر و عدم تغییر رفتار از دیده مراجع را در نظر بگیرید. سپس این پرسش را مطرح کنید:

«چیزی از قلم نیفتاده؟»

«آیا درست می‌گویم؟»

«موافق هستید؟»

هر گونه اطلاعات بیشتری که مراجع می‌دهد ثبت کنید.

مرحله ۴- فرمولاسیون مورد

در این نقطه از درمان است که می‌توان فرمولاسیون مشکل را به مراجع عرضه نمود. در حالی که ممکن است شما قبلاً فرمولاسیون خود را داشته باشید اما پیشنهاد می‌شود که با مراجع کار کنید و به یک فرمولاسیون مشترک بر روی برگه زیر برسید (تمرین ۳). این تمرین مراجع را توانمند می‌کند و به او مجال می‌دهد که به صورت فعالانه در مداخله مشارکت نماید.

راهنماهای زیر برای فرمولاسیون مورد (پرسونز^{۱۴} ۲۰۰۱) در صورتی که استفاده شود ارزیابی اولیه را کامل‌تر می‌کند و با رویکرد شناختی، رفتاری مورد استفاده در این راهنما هماهنگ است.

فرمولاسیون به شکل‌گیری فرضیه‌های کارکردی یا حدس‌های بالینی درباره نحوه تأثیر باورهای مراجع (مکانیسم‌های زیرین) بر خلق و رفتار مراجع (سطح آشکار) کمک می‌کند.

عوامل محیطی نقش کلیدی در برانگیختن و شروع افکار و باورها، احساسات و رفتارها دارند. یک حوزه مهم در نظر گرفتن پیوند بین باورها درباره بیماری روانی (علائم سایکوتیک، پارانویا و افسردگی) و مصرف مواد (رفتار) است.

بنابراین یک فرمولاسیون، خلاصه تظاهرات مراجع به دست آمده از ارزیابی کامل است که جنبه‌های مهم را برای تسهیل تدوین یک برنامه درمان در کنار هم می‌آورد. اطلاعات به دست آمده از ارزیابی اولیه توصیه شده در بالا برای فرمولاسیون، مورد استفاده قرار می‌گیرد. حوزه‌های اصلی که فرمولاسیون باید پوشش دهد عبارتند از:

۱- خلاصه مشکل / مشکلات ارایه شده (می‌تواند به صورت یک فهرست مشکلات باشد)

۲- نگرانی اصلی

۳- عوامل مستعدکننده^{۱۵}

- عواملی وجود دارد که آسیب‌پذیری مراجع را به مصرف مواد افزایش می‌دهد همچون مصرف مواد در خانواده، ابتلاء به اختلالات روان پزشکی، داشتن باورهای مرکزی خاص درباره خود

۴- عوامل شروع کننده^{۱۶}

- عواملی هستند که شروع کننده بلافصل مصرف مواد هستند همچون احساس خشم یا افسردگی، مواجهه با مواد و تجربه علائم محرومیت

¹⁴ Persons

¹⁵ predisposing

¹⁶ precipitating

۵- عوامل تداوم‌دهنده^{۱۷}

- عواملی هستند که تداوم بخش مصرف مواد هستند مثل داشتن حلقه‌ای از دوستان مصرف کننده مواد، دلایلی برای مصرف (انتظاراتی که فرد از مصرف دارد)، همسر یا شریک جنسی مصرف کننده، اقدامات پیشین ناموفق در توقف مصرف، ناآمادگی برای تغییر و تسکین علایم محرومیت مصرف

۶- ارتباط بین مشکلات سلامت روان و مصرف مواد

- رابطه بین مصرف مواد در فرد و مشکل سلامت روان او چگونه است؟
- بیمار ارتباط بین مصرف مواد و مشکلات سلامت روان خود را چگونه ادراک می کند؟
- چه ارتباطات احتمالی بین مصرف مواد مراجع، تجویز دارو و پایبندی به رژیم دارویی وجود دارد؟

۷- یک برنامه درمان که به کلیه حوزه‌های بالا می‌پردازد.

از برگه کاری زیر برای هدایت فرمولاسیون مورد با مشارکت مراجع استفاده کنید (تمرین ۳).

فرمول‌بندی مورد باید به صورت مرتب در طول مداخله به منظور پایش پیشرفت مراجع و ارزشیابی اثر بخشی مداخله بازبینی شود.

منطق فرمولاسیون را توضیح دهید.

برای مراجع توضیح دهید که تدوین فرمولاسیون اساس یک برنامه درمان مورد توافق طرفین است و هنگام تدوین آن حوزه‌های کلیدی که در طول مداخله نیاز به تأکید دارند مشخص می‌شود.

بر سر عناصر فرمولاسیون توافق کنید

- عوامل مستعدکننده (افزایش دهنده آسیب پذیری مراجع به مصرف مواد)
- عوامل شروع کننده (شروع کننده‌های مصرف مواد آن گونه که قبلاً مشخص شدند)
- عوامل تداوم‌دهنده (تداوم دهنده‌های مصرف مثل دوستان مصرف کننده و غیره)
- ارتباط بین مشکلات روانی و مصرف مواد

یک برنامه درمان مشترک تدوین کنید

براساس اطلاعات گرفته شده از ارزیابی و فرمولاسیون به صورت مشترک با مراجع، یک برنامه درمان انفرادی شده تدوین کنید که بر جنبه‌های مرتبط مداخله متناسب با میزان آمادگی فرد برای تغییر، سطح انگیزه، سطح تعهد، مهارت‌ها و اهداف درمان تأکید دارد.

تمرین ۳- فرمولاسیون مورد

- مشکلات / مشکلات ارایه شده:

- فهرست مشکلات:

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

- مشکل اصلی مورد نگرانی:

- این مشکلات چگونه به وجود آمدند (عوامل مستعدکننده)?

- شروع کننده‌های مشکل توام هستند (عوامل شروع کننده)؟

- چه عوامل تداوم بخش مصرف هستند؟

- ارتباط بین مصرف شیشه و مشکلات سلامت روان (در صورت وجود) تداوم است؟

- برنامه درمان:

مرحله ۵- خاتمه جلسه

خلاصه کنید

تمام اطلاعاتی که تاکنون جمع آوری کرده‌اید و اهداف و برنامه درمان را خلاصه کنید

تعهد را افزایش دهید

درخصوص میزان تعهد به اهداف درمانی شناسایی شده با استفاده از راهبردهای زیر سؤال پرسید:

- یک برنامه کلامی مشخص از بیمار بگیرید.
- روشن کنید که مراجع می‌خواهد برای ایجاد تغییر چه اقدامی انجام دهد.
- مزایای درک شده از تغییر و عوارض عدم تغییر را تقویت کنید.
- نگرانی یا شک‌های فرد که ممکن است درباره اجرای برنامه داشته باشند بررسی کنید.
- سایر موانع برنامه درمان را شناسایی کنید. چگونه مراجع با آنها مقابله خواهد کرد؟

بستن یک قرارداد

مهم است که تأکید کنید درمان‌گر می‌تواند به تسهیل تغییر کمک کند، اما نهایتاً برای تغییر تعهد اصلی بر دوش مراجع است. به این منظور مراجع باید موارد زیر را پذیرفته باشد:

- توافق درباره تعداد جلسات برنامه درمانی، فواصل زمانی و محل آن
- *مراجعه در جلسات*، مراجع باید در صورت اشکال در مراجعه درمانی از قبل اطلاع دهد و در جلسه جبرانی پیش‌بینی شده شرکت کند
- *سر وقت آمدن* - مراجع باید بتواند جهت شرکت به موقع در جلسات درمان حضور پیدا کند.
- *انجام تکالیف درمان* - یکی از جنبه‌های مهم درمان تمرین مهارت‌های مورد نیاز برای تسهیل تغییر رفتار است برای این کار انجام تکالیف جلسات بسیار مهم است.

تعیین تکلیف منزل

در طول جلسات ۱، ۲، ۳ و ۴ متناسب با سطح انگیزه مراجع و شرکت در جلسات برای او تکلیف منزل مشخص کنید. به منظور کمک به مراجع در فرآیند اجرای تکلیف منزل به طور مشترک با او کار کنید یا در صورت ضرورت از یادآور استفاده کنید. پیروی از تکالیف و تکمیل آن‌ها باید به عنوان پیش‌نیاز تکلیف منزل در جلسات بعدی در نظر گرفته شود.

تکلیف جلسه ۱

- هرگونه شروع کننده دیگر برای مصرف که ممکن است در طول هفته مشخص شود شناسایی نموده و با خود به جلسه ۲ بیاورید
- شروع به کم کردن یا قطع مصرف شیشه کنید اگر این موضوع به عنوان یک هدف درمان توافق شده است.
- برگه یادداشت روزانه وسوسه را برای هفته بعد تکمیل و با خود به جلسه ۲ بیاورید.

جلسه ۲ – مقابله با وسوسه و لغزش‌ها

برگه خلاصه برای درمان‌گر

اهداف

- تقویت انگیزه برای حفظ پرهیز / یا مصرف کاهش داده شده
- مقابله با وسوسه مصرف
- آماده‌سازی برای لغزش^{۱۸}

مواد مورد نیاز برای جلسه ۲

- صفحه سفید و خودکار
 - کپی برگه برنامه وسوسه
 - کپی برگه یادداشت روزانه وسوسه برای هفته آینده
- عناصر کلیدی جلسه ۲ (برای مراجعه سریع به آن می‌توان آن را کپی نمود)

عناصر کلیدی جلسه دوم (برای ارجاع سریع می‌توان آن را کپی کرد)

مرحله ۱: مقدمه جلسه

□ مرور هفته

□ مرور تکالیف جلسه قبل

□ تعیین دستور کار برای جلسه

مرحله ۲: مقدمه مقابله با وسوسه

□ تمرین ۱ را کامل کنید: توصیف یک مورد وسوسه

مصرف

مرحله ۳- آموزش درباره وسوسه

درباره وسوسه یا ولع مصرف آموزش ارایه کنید

□ درباره بخش «برخی واقعیت‌ها درباره وسوسه» اطلاعات

تأمین کنید

مرحله ۴- راهبردهایی برای مقابله با وسوسه

راهبردهای زیر را برای مقابله با وسوسه با مراجع به بحث

بگذارید:

□ رفتاری (3D)

□ شناختی (حرف زدن با خود)

□ آرام‌بخشی و تخیل^{۱۹}

مرحله ۵- تدوین برنامه وسوسه

□ تمرین ۲ را تکمیل کنید: یک برنامه وسوسه تدوین کنید

مرحله ۶- نحوه مواجهه با یک لغزش

از راهبردهای زیر استفاده کنید

□ اطلاعات «مقابله با یک لغزش» را به مراجع دهید

□ گام‌های لازم برای مقابله با لغزش به بحث بگذارد

□ موضوع «اثر نقض پرهیز»^{۲۰} را به بحث بگذارید

□ نحوه قاب‌بندی مجدد عود را به صورت یک لغزش به

بحث بگذارید

مرحله ۷- خاتمه جلسه

□ تکلیف منزل را مشخص کنید:

اجرای برنامه وسوسه

تداوم کاهش مصرف

تکمیل یادداشت روزانه ولع مصرف برای هفته بعد

بهره‌گیری از راهبردهای برنامه وسوسه در صورت

ضرورت

¹⁹ relation and imaging

²⁰ abstinence violation effect

جزئیات مداخله

مرحله ۱ - مقدمه جلسه

مرور هفته، تکلیف منزل، تبیین دستور کار

جلسه را با مرور غیررسمی فعالیت‌های عمومی شروع نموده و همچنین از مراجع بپرسید آیا هیچ موضوع مهم یا پرسشی وجود دارد.

فعالیت تکلیف منزل را با مراجع مرور نموده و شروع‌کننده‌های دیگری که مراجع ممکن است در طول هفته شناسایی کرده باشد به بحث بگذارید. اگر مراجع تکلیف منزل را کامل نکرده باشد، شروع‌کننده‌هایی که در جلسه اول مشخص شده بود را مرور کنید.

مصرف شیشه در طول هفته را بررسی کنید. آیا مراجع به اهداف تعیین شده برای کاهش یا قطع مصرف دست پیدا کرده است؟ تغییرات مثبت را تقویت نموده و مشکلات را بررسی کنید.

یادداشت‌های روزانه وسوسه را مرور کنید. آیا الگوی مشخصی در آن وجود دارد؟ آیا شروع‌کننده‌های درونی مصرف در طول هفته رخ داده‌اند؟ از هر گونه اطلاعات به دست آمده از بررسی هفته قبل برای تقویت انگیزه و تعهد به تغییر استفاده کنید.

مراقب باشید دوسوگرایی درباره تغییر مصرف ممکن است همچنان وجود داشته باشد و اگر با آن مواجه شدید از راهبردهای جلسه اول (همچون گوش دادن بازتابی، پرسش‌های باز پاسخ، تأیید، خلاصه کردن، دورزدن مقاومت و غیره) استفاده کنید. اگر مراجع هنوز وارد مرحله اقدام نشده است به تقویت انگیزه برای تغییر با استفاده از تکنیک‌های جلسه قبل ادامه دهید. دستور کار جلسه ۲ را در صورت نیاز تغییر دهید.

دستور کار جلسه را از طریق توضیح موضوعاتی که از آن پوشش داده می‌شود تعیین کنید.

مرحله ۲ - مقدمه مقابله با وسوسه

تکمیل یادداشت‌های روزانه وسوسه در طول هفته گذشته به مراجع بینشی می‌دهد درباره موقعیت‌های شروع‌کننده‌ای که آنها را به سمت تجربه وسوسه می‌برد. در طول هفته گذشته از مراجع خواستیم شروع به تمرین شناسایی موقعیت‌های شروع‌کننده و افکار، احساسات و رفتارهای خود در پاسخ به آن نمایند. اکنون زمانی است که از این مشاهدات استفاده نموده و به خود کمک کند تا با موقعیت‌های وسوسه‌کننده بهتر روبرو شود. از طریق یادگیری تکنیک‌های مقابله با هر جنبه از تجربه وسوسه، اطمینان آنها به خود برای «عبور» از موقعیت، بدون عمل به وسوسه مصرف شیشه افزایش می‌یابد.

تمرین ۱- توصیف یک وسوسه / ولع مصرف

- از فرد بخواهید تجربه خود را از وسوسه / ولع مصرف مواد توضیح دهد

«به من کمی درباره وسوسه‌هایت بگو - آن‌ها چه جوری هستند؟»

- برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به یادداشت‌های روزانه ولع مصرف که مراجع به عنوان تکلیف منزل جلسه یک تکمیل کرده است مراجعه کنید.

- بر روی یک برگه جداگانه کاغذ این کلمات را بنویسید: رفتارها، حالات جسمی، افکار

- هر یک از احساسات / افکار / پاسخ‌های فیزیکی که فرد هنگام وسوسه داشته بنویسید. پاسخ‌های رفتاری (برای مثال بی‌قراری تندتند راه رفتن)، افکار (برای مثال من باید مصرف کنم) و حالات جسمی (برای مثال احساس بدحالی، طپش قلب) را به صورت جداگانه گروه‌بندی کنید و آنها را زیر ستون مربوط به خود بنویسید.

توضیح دهید که می‌توان تجربه وسوسه را با مدل زیر توصیف کرد:

وسوسه = افکار + حالات جسمی + رفتارها

برای مقابله بهتر با موقعیت‌های وسوسه به مراجع خود توضیح دهید که مهم است از تکنیک‌های مقابله که به هر یک از این عناصر می‌پردازد استفاده کند.

یک قدم اولیه مهم در این فرآیند آموزش مراجع درباره طبیعت محرومیت از شیشه است. بخش مهمی از این آموزش آن است که وسوسه یکی از جنبه‌های کلیدی ترک بوده و باید انتظار آن را داشت.

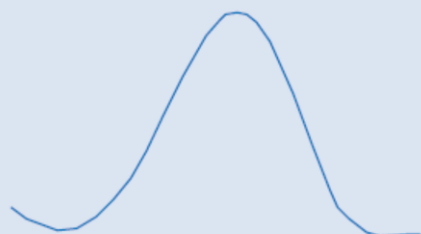
مرحله ۳ – آموزش درباره وسوسه

آموزش‌های زیر را درباره وسوسه و ولع مصرف ارایه کند

وسوسه و ولع مصرف برای شیشه حس میل قوی برای مصرف شیشه یا تجربه حالت تکانه‌ای برای مصرف است. ولع و وسوسه معمولاً در طول دوره بازگیری و عدم مصرف افزایش می‌یابد. بنابراین اگر مراجع شما سعی دارد مصرف شیشه را ترک کند دچار وسوسه و ولع مصرف خواهد شد.

شدت وسوسه و ولع مصرف او بستگی به میزان افکار فرد درباره مصرف دارد. اغلب تأمین آموزش‌های پایه‌ای درباره وسوسه می‌تواند توانایی فرد را برای تحمل و مقابله با وسوسه افزایش است. از برگه «واقعیت‌های مهم در باره وسوسه» به عنوان یک ابزار کمکی در بحث استفاده کنید. در صورت تناسب برگه مذکور را کپی و در اختیار مراجع قرار دهید.

۱- وسوسه، یا ولع مصرف یک بخش طبیعی کاهش یا قطع مصرف شیشه است. این بدان معنا است که دشواری تغییر مصرف مواد برای تمام کسانی که به آن اقدام می‌کنند وجود دارد. آشنایی با وسوسه به شما برای غلبه بر آن کمک می‌کند.



۲- وسوسه نتیجه مصرف طولانی مدت شیشه است و می‌تواند زمان طولانی پس از ترک تداوم داشته باشد. بنابراین افرادی که سابقه مصرف سنگین‌تر دارند وسوسه‌های شدیدتری تجربه می‌کنند.

۳- وسوسه می‌تواند در اثر: اشخاص، مکان‌ها، چیزها، احساسات، موقعیت‌ها یا هر چیز دیگر مرتبط با مصرف در گذشته شروع شود.

۴- وسوسه را به صورت یک موج در کنار ساحل توصیف کنید. هر موج/وسوسه با اندازه کوچک شروع و تدریجاً به بالاترین ارتفاع خود می‌رسد و سپس شکسته خواهد شد. هر وسوسه ندرتاً بیشتر از چند دقیقه به طول می‌انجامد.

۵- وسوسه قدرت خود را از دست می‌دهد اگر و تنها اگر با مصرف ماده آن را تقویت نکنیم. مصرف گاهگاهی فقط باعث زنده نگه داشتن وسوسه می‌شود. در واقع وسوسه همچون یک «گره ولگرد» است، اگر به غذا دادن به آن ادامه دهید باز هم سراغ شما خواهد آمد.



۶- هر بار فرد کاری به جز مصرف مواد در پاسخ به وسوسه می‌کند وسوسه کاهش پیدا می‌کند. نقطه اوج وسوسه کوچک‌تر شده و فاصله موج‌ها از هم بیشتر می‌شود. به این فرآیند در نظریه شرطی‌سازی کلاسیک «خاموشی»^{۲۲} می‌گویند.

۷- پرهیز کامل از مصرف شیشه بهترین راه برای خاموشی سریع‌تر و کامل‌تر وسوسه مصرف آن است.

۸- وسوسه در مراحل اولیه ترک و کاهش مصرف بسیار شدید است و ممکن است تجربه وسوسه برای چند ماه و حتی چند سال پس از ترک ادامه یابد.

۹- هر بار وسوسه لزوماً ضعیف‌تر از نوبت قبلی نیست. آگاه باشید که گاه خصوصاً در پاسخ به استرس و برخی شروع‌کننده‌های خاص برگشت وسوسه به حداکثر شدت خود ممکن است رخ دهد اما با برطرف شدن استرس وسوسه نیز فروکش می‌کند.

²¹ Marlatt & Gordon

²² extinction

مرحله ۴- راهبردهایی برای مقابله با وسوسه

هر چند وسوسه با گذشت زمان فروکش می‌کند، اما تجهیز مراجع با ابزارهای مورد نیازش برای مقابله با ولع مصرف شیشه مهم است. این موضوع اهمیت خاصی دارد زیرا گاه از وسوسه نمی‌توان اجتناب کرد. در ادامه فهرستی از راهبردهایی که در مدیریت وسوسه و ولع مصرف مفید است فهرست شده است. این راهبردها به جنبه‌های رفتاری، جسمی و شناختی توصیف شده در بالا مرتبط است. شما نیاز خواهید داشت با مراجع راهبردهایی که او در گذشته مفید یافته مشخص کنید و برخی راهبردهای دیگر در پاسخ به وسوسه را به آن‌ها اضافه کنید. این راهبردها را برای مراجع توضیح دهید و مواردی را که فکر می‌کند در مدیریت تجارب وسوسه بیمار مفید باشد شناسایی کنید. اگر زمان اجازه دهد هر یک از تکنیک‌ها را در طول جلسه تمرین کنید. به علاوه به مراجع یادآورهای مکتوب در مورد هر یک از این تکنیک‌ها بدهید.

الف) رفتاری

راهبرد سه مرحله‌ای یا «3D» را با مراجع به بحث بگذارید:

۱- تأخیر (Delay) – مراجع را تشویق کنید از موقعیت‌های شروع‌کننده خصوصاً در مرحله اول اصلاح / تغییر رفتار اجتناب کند، هر چند این کار باعث از بین رفتن وسوسه به طور کلی نمی‌شود. از مراجع بخواهید زمانی که یک وسوسه برای مصرف رخ داد، تصمیم برای مصرف را به مدت یک دقیقه یا بیشتر به تأخیر بیندازد.

«بلافاصله به این وسوسه عمل نخواهم کرد. تصمیم اقدام به آن را به مدت دقیقه به تأخیر می‌اندازم»

این کار به مراجع کمک می‌کند فرآیند رفتاری سریعاً پیشرونده به سمت اقدام به وسوسه را کند کند. به بخش ارزیابی (عوامل شروع کننده/ شروع کننده‌ها) برگردید درباره مثال‌های واقعی با بیمار حرف بزنید.

۲- پرت کردن حواس (Distract) – وقتی تصمیم برای مصرف به تأخیر انداخته شد لازم است مراجع حواس خود را از افکار مصرف پرت کند. راهبردهایی برای پرت کردن حواس همچون تلفن به یک فرد حمایت کننده، حرف زدن با یکی از اعضای خانواده، گوش کردن به موسیقی.... پیش‌بینی کنید. راهبردهای پرت کردن حواس را برای مراجع بنویسید و از او بخواهید این لیست را دم دست داشته باشد و هر موقع وسوسه به سراغ او آمد بتواند به آن مراجعه نماید. برای مراجع توضیح دهید وقتی آنها حواس خود را پرت می‌کنند خواهند دید که شدت وسوسه به مقدار زیادی کاهش پیدا کرده تا زمانی که کاملاً برطرف می‌شود.

۳- تصمیم بگیرید (Decide) - پس از آن که وسوسه عبور کرد، از مراجع بخواهید دلایلش برای توقف مصرف شیشه را دوباره در نظر بیاورید. تصمیم بگیرید که از این پس دوباره مواد مصرف نکند. از مراجع بخواهد به خود به خاطر مقابله مؤثر با فکر یا تکانه مصرف مواد تبریک بگوید.

(ب) شناختی

گفتگوی مثبت - از مراجع بخواهید در مواقع وسوسه با خودش درباره طبیعت کوتاه مدت وسوسه‌ها (برای مثال «این احساس خواهد گذشت»، «می‌توانم با این فکر مقابله کنم»، «مجبور نیستم به این فکر عمل کنم زیرا خودش از سرم می‌افتد») گفتگوی درونی مثبت داشته باشد. مقابله با ولع مصرف با گذشت زمان آسان‌تر می‌شود، مهم است که مراجع تجربه «وسوسه» را برای خود «فاجعه‌زدایی»^{۲۳} کند و نسبت به آن پذیرش داشته باشد. مراجع می‌تواند بپذیرد که وسوسه ناخوشایند و ناراحت کننده است اما خواهد گذشت.

(ج) آرام سازی و تخیل

۱- آرام‌بخش / تنفس عمیق - اگر وسوسه در پاسخ به یک موقعیت استرس‌زا رخ داد فنون آرام‌بخش و تمرین تنفس عمیق می‌تواند مفید باشد (آرام‌بخشی حالت استرس و تنش را در فرد کاهش می‌دهد).

۲- ولع مصرف که برخی مراجعان تجربه می‌کنند می‌تواند از جنس رویاپردازی و تخیل باشد. برای مثال یک مراجع خاص ذکر می‌کند که بعد از یک دروه چهار ماهه پرهیز شیشه تصاویری برق‌آسا در ذهن خود می‌بیند که در حال قدم‌زدن به سمت محلی است که قبلاً شیشه تهیه می‌کرده است. این تصاویر شروع به افزایش وسوسه مصرف او کرده بودند.

۳- برخی راهبردهایی که برای این مراجع خاص در مدیریت / تغییر این تصاویر مؤثر واقع شد در ادامه آورده شده است. در باره این راهبردها با مراجع خود حرف بزنید و سپس در جلسه آنها را تمرین کنید.

این راهبردها می‌تواند برای تناسب با تصاویر ناراحت کننده هر مراجع سازگار گردد.

تسلط^{۲۴} (تخیل کنید که در موقعیت مفروض مواد مصرف نمی‌کنید)

برای مثال از مراجع ذکر شده در بالا خواسته شد که در ذهن خود تصویر محل را در نظر گرفته اما خود را تخیل کند که به جای آن به سمت فرد فروشنده رفته و مواد تهیه کند، از مقابل آن محل می‌گذرد. سپس از او خواسته شد به احساس خوب خود به خاطر دستاوردی که به دست آورده است توجه نماید.

جایگزینی (تصویر را با یک تصویر «سالم» دیگر جایگزین کنید)

برای مثال از مراجع خواسته می‌شود که تصویر خود را در حال رفتن به سمت محل تهیه مواد در نظر گرفته و سپس آن را با یک تصویر جایگزین مثل قدم زدن در طول ساحل، جنگل یا پارک زمانی که شیشه مصرف نمی‌کرده است جابه‌جا کند و احساس آرامش و خوشحالی داشته باشد.

«حرکت تند رو به جلو»^{۲۵} (تصویر را از حالت ساکن خارج و آن را چند دقیقه، ساعت، روز و غیره در زمان حرکت دهد. این کار مراجع را توانمند می‌کند که دریابد آنچه او می‌بیند بخشی از تصویر است که ممکن است در واقع بخش نامربوطی از تصویر کلی باشد)

برای مثال از مراجع مثال بالا بخواهید تصویر خود را در حال راه رفتن به سمت محل تهیه مواد را به سرعت به سمت جلو ببرند درست مثل جلو زدن سریع فیلم ویدئو و با جزئیات پیامدهای بلافاصله، کوتاه مدت و طولانی مدت تهیه مواد و مصرف آن را با تمام جزئیات در نظر آورد. این کار به مراجع کمک می‌کند تا دریابد پیامدهای منفی تهیه و مصرف مواد به مراتب از منافع کوتاه مدت آن بیشتر است و او می‌تواند این بینش به دست آمده را در گفتگوی با خود در صورت بروز مجدد وسوسه مورد استفاده قرار دهد.

«موج‌سواری بر وسوسه» (وسوسه یک موج است که مراجع می‌تواند بر آن سوار شود تا فروکش کند).

از مراجع بخواهید ولع مصرف خود را همچون یک موج تخیل کند. سپس از او بخواهید تصور کند در حال موج‌سواری روی این موج (وسوسه) است. درست همان‌طور که موج‌سواران بر روی موج سوار می‌شوند، خود را در نظر آورد که به صورت موفقیت‌آمیزی موج را می‌راند (و وسوسه خود را مدیریت می‌کند) تا زمانی که موج نهایی در کنار ساحل فروکش می‌کند. (شدت آن کاهش یافته و بدون آن که تقویت شود می‌گذرد).

²⁴ Mastery

²⁵ fast forward

مرحله ۵- تدوین یک برنامه وسوسه

حال که انواع مختلف راهبردهای مدیریت وسوسه شیشه را مورد بحث قرار داده‌اید، زمان آن است که بحث‌های پیش گفته را خلاصه نموده و یک برنامه اقدام برای مراجع تدوین کنید تا آن را در مواقع وسوسه اجرا نماید. این کار شانس مراجع را در مقابله موفق با وسوسه افزایش می‌دهد.

تمرین ۲- تدوین یک برنامه وسوسه (کادن^{۲۶} و همکاران ۱۹۹۵)

- موقعیت‌های پرخطر برای مصرف شیشه فهرست شده توسط مراجع در طول جلسه را در برگه زیر «برنامه وسوسه من» (تمرین ۲) بنویسید و آن را با استفاده از یادداشت روزانه وسوسه تکمیل کنید.
- از مراجع بخواهید جلوی شروع کننده‌هایی که احساس می‌کند می‌تواند برای کاهش مواجهه از آن‌ها اجتناب کند (برای مثال نداشتن شیشه در خانه، عدم خرید آن) علامت بزند. به این طریق مراجع احتمال تجربه وسوسه را برای خود کاهش می‌دهد.
- برای شروع کننده‌های باقی‌مانده که نمی‌توان از آنها اجتناب کرد راهبرد ذکر شده در بالا را مرور نموده و به اتفاق مراجع آنهایی که می‌تواند در صورت مواجهه با وسوسه مورد استفاده قرار بگیرد شناسایی کنید.
- اگر مراجع با هیچ یک از راهبردهای مقابله از پیش آشنا نبود (برای مثال موج سواری با وسوسه، آرام‌بخشی، در نظر گرفتن یک فرد حمایت‌کننده برای تماس تلفنی) آنها را تشویق نمایند تکنیک مورد نظر را در جلسه به همراه شما تمرین کنند. این کار کاربرد راهبرد مورد نظر را برای آنها ساده خواهد کرد.
- به مراجع کمک کنید تا در یافتن راه‌هایی برای کاهش احتمال تجربه وسوسه مشارکت نماید: «برای دور ماندن از مصرف شیشه چه چیزهایی به من کمک خواهد کرد؟»
- برنامه نهایی را در برگه صفحه بعد - «برنامه وسوسه من» برای مراجع درج نموده و آن را در اختیار مراجع قرار دهید تا با خود به منزل ببرد.
- از مراجع بخواهید در طول هفته هر گاه دچار حالت وسوسه شد، تمام راهبردهای پیش‌بینی شده در طول جلسه را به کار ببندد. برخی از راهبردها ممکن است بهتر از سایر راهبردها برای یک مراجع خاص مؤثر واقع شود. در صورتی که یک راهبرد مؤثر واقع شود، مراجع می‌تواند دفعات بعدی نیز از آن استفاده کند.

تمرین ۲- برنامه وسوسه من

[illegible]

مرحله ۶- برخورد با لغزش

مقابله با یک لغزش؛ اثر نقض پرهیز / قانون

لغزش‌ها در فرآیند بهبودی شایع هستند. هر چند آنها باعث ناامیدی فرد می‌شوند، اما به معنی شکست نبوده و نشانگر ناتوانی برای تغییر نیستند. چالش مراجع آن است که راه‌هایی برای غلبه بر لغزش یافته و تا آن‌جا که ممکن است موفقیت خود را در دستیابی به اهداف تداوم دهد. نکته مهم بعدی برای مراجع آن است که با لغزش همچون یک تجربه آموزنده برخورد کند.

مهم است درباره نحوه برخورد با یک لغزش با مراجع در جلسه صحبت کنید تا آنها به این موضوع فکر کنند که چگونه می‌توانند از پیش‌روی یک لغزش به سمت عود پیشگیری کنند. این موضوع به صورت خاص مهم است اگر جلسه دوم جلسه نهایی شما باشد (برنامه شما ارایه مداخله در دو جلسه به جای چهار جلسه باشد).

اغلب مراجعان در صورت وقوع لغزش احساس بسیار بدی درباره خود پیدا می‌کنند و احساس می‌کنند با لغزش دنیا به آخر رسیده و آنها به هیچ‌وجه نخواهند توانست در دستیابی به اهداف‌شان موفق شوند. «اثر نقض پرهیز» واکنشی است که مراجع نشان می‌دهد، وقتی تصمیم او قطع مصرف بوده باشد و سپس لغزش و مصرف اتفاق افتاده باشد. به صورت جایگزین، اثر نقض قانون واکنش مراجع شما است زمانی که تصمیم داشته الگوی مصرف شیشه خود را تغییر دهد (برای مثال تعداد یا دفعات مصرف را کم کند) اما دچار «لغزش» شده و نتوانسته به هدف رفتاری پیش‌بینی شده دست یابد. در صورتی که یک یا دو بار برگشت به مصرف مواد یا تخطی از برنامه رخ داده باشد به آن «لغزش» می‌گویند. هر چند اگر پس از این «لغزش» مراجع کاملاً به سطح قبلی مصرف شیشه باز گردد به آن «عود» گفته می‌شود. در صورتی که مراجع شما دچار «لغزش» شود، احتمال عود افزایش بیشتری خواهد یافت اگر متعاقب آن مراجع احساسات و افکار غلط درباره خود پیدا کند. به این حالت اثر نقض پرهیز/ قانون یا «اثر شکستن قانون» گفته می‌شود. این موضوع را برای مراجع خود توضیح دهید:

«اثر شکستن قانون زمانی رخ می‌دهد که شما دچار لغزش شده و از قانونی که برای خود وضع کرده‌اید تخطی می‌کنید. منظور من از قاعده‌ای که برای خود وضع کرده‌اید تصمیم شما برای کاهش یا قطع مصرف شیشه است. برخی مراجعان در این گونه موارد فکر می‌کنند: دیگر همه چیز از دست رفته است. من نتوانستم جلو مصرف شیشه خود را بگیرم... من بی‌ارزش و ناتوان هستم. اراده کافی ندارم و هرگز موفق نخواهم شد.»

اما راه‌های دیگری نیز برای نگاه به چنین موقعیت‌هایی وجود دارد. لغزش اتفاق می‌افتد- هر کسی دچار اشتباه می‌شود. این به آن معنی نیست که شما کاملاً شکست خورده‌اید. بعد از وقوع یک بار لغزش شما می‌توانید دوباره شروع کنید و یک بار لغزش به این معنی نیست که بیماری شما کاملاً عود کرده است بلکه لغزش به این معنی است که شما در

حال گذراندن تجربه‌ای هستید که برای تمام افرادی که به بهبوی دست پیدا کرده‌اند رخ داده است – یک لغزش ساده. اما دچار لغزش شدید، حالت اثر شکستن قانون باعث می‌شود که احتمال عود شما افزایش شود.²⁷

راهبرد اصلی برای کمک به مراجع شما برای مقابله با اثر نقض پرهیز / قانون ارزیابی مجدد و اصلاح خطاهای شناختی است که باعث ایجاد این اثر بوده است. هدف مراجع شما در ابتدا شناسایی خطاهای شناختی است که در رابطه با مصرف شیشه‌اش رخ داده است (برای مثال ناچیز انگاشتن²⁷، همه یا هیچ انگاری²⁸، تعمیم بیش از حد²⁹) و در مرحله دوم پیدا کردن یک راه کمک-کننده، کمتر فاجعه‌انگارانه و واقع‌گرایانه‌تر نگاه به موقعیت است (برای مثال لغزش / خطا به جای شکست کامل). برای مثال:

تفکر غیرسازنده:

«من گند زدم، همه چیز تموم شد.»

تفکر سازنده:

«من فقط یک لغزش داشتم و می‌تونم دوباره برگردم...»

تفکر غیرسازنده:

«من می‌دانم که نمی‌توانم موفق شوم.»

تفکر سازنده:

«من توانسته‌ام تغییر ایجاد کنم... این فقط یک لغزش است و می‌توانم به تلاش خودم ادامه دهم.»

تفکر غیرسازنده:

«آب که از سر گذشت چه یک وجب چه صد وجب!»

تفکر سازنده:

«هیچ وقت برای تغییر دیر نیست!»

²⁷ minimisation

²⁸ all or nothing

²⁹ over generalization

مرحله ۷- خاتمه جلسه

تکلیف

- اجرای برنامه وسوسه در طول هفته در پاسخ به وسوسه مصرف شیشه
- تداوم حفظ کاهش مصرف و پرهیز
- تکمیل یادداشت روزانه وسوسه برای هفته آینده
- بهره گیری از برنامه وسوسه در صورت لزوم و ثبت راهبردهای مفید و غیرمفید برای مقابله با آن.

جلسه ۳- کنترل افکار درباره مصرف شیشه

برگه خلاصه برای درمان‌گر

اهداف

- معرفی مفهوم اثرگذاری فکر بر رفتار
- تدوین یک برنامه دست‌آورد و تکالیف لذت‌بخش برای اجرا در طول هفته
- تداوم حفظ کاهش مصرف / پرهیز

مواد مورد نیاز برای جلسه ۳

- کپی، «برگه پایش خود» (این برگه جای «یادداشت روزانه وسوسه» جلسه ۱ و ۲ را می‌گیرد)
- کپی «فهرست فعالیت‌ها»
- کپی «ثبت فعالیت»
- کپی برگه «تصمیم‌های ظاهراً نامرتب»
- صفحه کاغذ سفید و خودکار

عناصر کلیدی جلسه سوم (برای ارجاع سریع می‌توان آن را کپی کرد)

- | | |
|---|--|
| مرحله ۱- مقدمه جلسه | □ تمرین انجام دهید: آخرین عود را از نظر تصمیم‌های |
| □ مرور هفته قبل | ظاهراً نامربوط مرور کنید |
| □ مرور تکالیف منزل | □ برگه تصمیم‌های ظاهراً نامربوط را به مراجع دهید تا با |
| □ تبیین دستور کار | خود به منزل ببرد. |
| مرحله ۲- پیوند بین افکار و رفتار | مرحله ۵- برنامه‌ریزی وقایع لذت‌بخش و فعالیت‌ها |
| از راهبردهای زیر استفاده کنید: | از راهبردهای زیر استفاده کنید: |
| □ بر روی یک برگه سفید ارتباط بین افکار، احساسات و | □ منطق پشت جدول بندی فعالیت را به بحث بگذارید |
| رفتار را نشان دهید (از مدل ایلیس ^{۳۰} استفاده کنید). | □ تمرین را تکمیل کنید: فعالیت‌های خوشایند و فعالیت- |
| □ تمرین را تکمیل کنید: ارتباط بین افکار و رفتار را نشان | های مفید را شناسایی کنید |
| دهید | □ تمرین را تکمیل کنید: ثبت فعالیت |
| مرحله ۳- شروع کننده‌ها | مرحله ۶- تکلیف منزل |
| از راهبردهای زیر استفاده کنید: | تکالیف شامل موارد زیر مشخص کنید: |
| □ چالش‌های الگوهای تفکر غیرسازنده را بحث کنید | □ تکمیل ثبت پایش خود |
| □ تمرین را کامل کنید: افکار فرد درباره شروع کننده‌ها را | □ تمرین شناسایی تصمیم‌های ظاهراً نامربوط هنگامی که |
| پایش کنید (ثبت پایش خود) | رخ می‌دهند |
| مرحله ۴- تصمیم‌های ظاهراً نامربوط | □ اجرای ثبت فعالیت |
| از راهبردهای زیر استفاده کنید: | □ تداوم کاهش |
| □ منطق پشت تصمیم‌های ظاهراً نامربوط را بحث کنید | |

جزئیات مداخله

مرحله ۱- مقدمه جلسه

فعالیت‌های مُراجع در طول هفته گذشته و تکالیف را مرور نموده و دستور کار را تعیین کنید.

با یک بحث غیررسمی درباره فعالیت‌های عمومی شروع نموده و همچنین ببینید آیا موضوع مهمی برای مراجع رخ داده یا سؤالی برای او مطرح شده است.

فعالیت تکلیف منزل را با مراجع مرور کنید و شروع‌کننده‌های مصرف شناسایی شده توسط مراجع در طول هفته را بررسی کنید. اگر مراجع تکلیف را تکمیل نکرده باشد از مراجع بخواهید با کمک شما در همان زمان تکلیف را تکمیل کند.

الگوی مصرف شیشه مراجع در طول هفته را مرور کنید. آیا مراجع به اهداف برنامه‌ریزی شده برای کاهش / قطع مصرف خود دست یافته است؟

یادداشت روزانه وسوسه را مرور کنید. به جنبه‌های مهم منعکس شده در آن پردازید.

تغییرات مثبت را تقویت و به مشکلات کوچک پردازید. دستور کار جلسه را از طریق توضیح مطالبی که در جلسه ارایه خواهد شد تبیین کنید.

مرحله ۲- ارتباط میان افکار و رفتارها

منطق تمرین

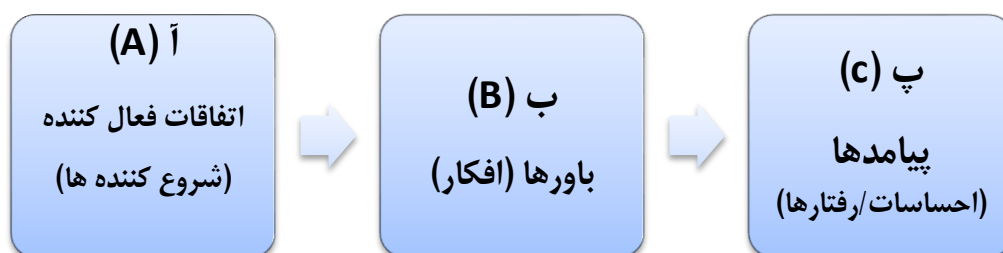
برای مُراجع توضیح دهید که جمع‌آوری اطلاعات درباره موقعیت‌هایی که در آن احتمال مصرف شیشه وجود دارد مهم است زیرا این کار به شناسایی عوامل شروع‌کننده و تداوم‌بخش مصرف کمک می‌کند. قدم بعدی پیدا کردن راه‌هایی برای مقابله با این «موقعیت‌های پرخطر» بدون پناه بردن به مصرف شیشه است.

از منطق زیر برای مراجع خود استفاده کنید:

«همه کسانی که تلاش می‌کنند مصرف شیشه خود را تغییر دهند افکاری درباره مصرف خواهند داشت و وسوسه برای مصرف به سراغ آن‌ها می‌آید. این افکارها و احساسات بسیار شایع هستند و به خودی خود مشکلی ایجاد نمی‌کند. اما بسیار مهم این است که بر نحوه مقابله با آن و پاسخ به این افکار و احساسات تمرکز داشته باشیم.»

ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار

برای مراجع خود ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار را با استفاده از مدل شناختی ارایه شده در زیر توضیح دهید (الیس ۱۹۷۵). این کار به مراجع کمک می‌کند تا ارتباط بین افکار و احساسات خود با رفتارهای پیامد آن (برای مثال مصرف شیشه) را کاوش نماید.



برای مراجع خود توضیح دهید که افکار آن‌ها بر نحوه احساس و رفتارشان تأثیر می‌گذارد. وقایع / موقعیت‌هایی که در دنیای بیرون اتفاق می‌افتد معمولاً باعث ایجاد احساس یا رفتار نمی‌شود، در عوض تفسیر (یا افکار) فرد درباره آن وقایع است که منجر به بروز احساسات و اقدامات بعدی می‌گردد. در برخی موارد افکاری که اشخاص درباره یک موقعیت خاص دارند نمی‌تواند کاملاً سازنده باشد و آنها را به سمت احساس حالت ولع برای مصرف شیشه رهنمون می‌نماید.

اغلب، افکار غیرسازنده در پاسخ به حوادث شروع کننده آن قدر سریع هستند که فرد متوجه نمی‌شوند که چه اتفاقی در حال رخ دادن است. به این علت است که به این افکار اغلب افکار «خودکار» اطلاق می‌شود. معمولاً فرد ناگهان متوجه می‌شود که دچار حالت وسوسه / ولع مصرف شده است. این احساسات اغلب نشانه آن است که فرد اجازه داده است که یک موقعیت شروع کننده در او افکار غیرسازنده ایجاد کند و این فکر منجر به وسوسه شده است.

تمرین ۱- نمایش ارتباط بین افکار و رفتار

- یکی از موقعیت‌های تکلیف منزل را که در آن مراجع دچار حالت وسوسه / ولع مصرف شیشه شده است یا شیشه مصرف کرده است انتخاب کنید.
- به مراجع کمک کنید، (آ، ب، پ) یا (ABC) حول و حوش موقعیت / واقعه را شناسایی کند. هر گونه افکار / ندای درونی غیرسازنده که مراجع در آن لحظه تجربه کرده است همچون «من بدون مصرف شیشه نمی‌توانم سر کنم» را در نظر بگیرید.
- برای مراجع توضیح دهید که بخش مهمی در برخورد با این موقعیت‌ها آن است که مراجع از الگوهای فکری غیرسازنده خود مرتبط با آنها باخبر شود. مراجع می‌تواند بهتر الگوهای فکری مرتبط با عود را شناسایی نموده و افکار یا تفسیرهای جایگزین برای این موقعیت‌ها بسازد.
- برای مراجع توضیح دهید که افکاری که معمولاً منجر به وسوسه و ولع مصرف می‌شود مشخصاً در ذیل یکی از الگوهای غیرسازنده زیر قرار می‌گیرند:

۱- تفکر سیاه و سفید:

این الگوی تفکر با تفسیر چیزها به صورت کاملاً خوب یا کاملاً بد، کاملاً سفید یا سیاه بدون هیچ گونه حالت حد واسط، تعادل یا مایه‌های خاکستری، مشخص می‌شود. برای مثال، از آنجا که یک بار چیزی خراب شده، تفکر سیاه و سفید به شما دیکته می‌کند که همیشه کار خراب خواهد شد. آیا مراجع شما قوانین سخت‌گیرانه‌ای درباره خود یا زندگی‌اش دارد؟ آیا در خصوص نیازهایش به دستیابی به اهداف سخت‌گیر است؟ اگر چنین است، تفکر سیاه و سفید ممکن است یک الگوی غیرسازنده برای مراجع شما باشد. مثال‌هایی از تفکر سیاه و سفید عبارتند از:

«اگر تا حدی دچار شکست نسبی شوم مثل این است که کاملاً شکست خورده باشم!»

«حتی اگر یک بار در طول هفته مصرف کنم شکست خورده‌ام، دیگر چرا باید خود را به زحمت اندازم.»

«من نمی‌توانم تغییر کنم، بنابراین تلاش فایده‌ای ندارد.»

۲- پرسش به نتیجه‌گیری‌های منفی:

آیا مراجع شما به صورت خودکار از موقعیت‌ها نتیجه‌گیری منفی می‌کند؟ کسانی که «پرسش به نتیجه منفی» دارند گاهی همچون «ذهن‌خوان‌ها» عمل می‌کنند. آنها فکر می‌کنند بدون پرسیدن یا تکیه بر شواهد مشخص می‌توانند بگویند که دیگران

واقعاً چه فکری می‌کنند.

سایر موارد، کسانی که «پرش به نتیجه منفی» دارند، ممکن است درگیر «پیش‌گویی آینده» شوند. آنها تصور می‌کنند که اوضاع رو به بدی می‌رود و اطمینان دارند که این موضوع همیشه رخ خواهد داد. برای مثال آنها ممکن است فکر کنند:

«من می‌دونم... اوضاع آن طور که من می‌خواهم پیش نخواهد رفت»

یا «من هیچ‌وقت به آنچه می‌خواهم نمی‌رسم، بنابراین تلاش بی‌فایده است.»

در ارتباط با مصرف شیشه، کسانی که این الگوی تفکر را دارند ممکن است تصور کنند»

«من هرگز قادر نخواهم بود مصرف مواد خود را تغییر دهم.»

۳- فاجعه‌پنداری:

کسانی که این الگوی فکر کردن غیرسازنده را دارند تمایل دارند معانی بیش از حد به موقعیت‌ها بدهند. آنها خود را قانع می‌کنند که اگر یک موضوع خوب پیش نرود، نتیجه کاملاً غیرقابل تحمل و فاجعه‌آمیز خواهد بود.

برای مثال:

«اگر دچار وسوسه شوم، قابل تحمل نخواهد بود و نمی‌توانم در برابر آن مقاومت کنم.»

اگر فاجعه‌پنداران با فردی بر سر موضوعی به توافق نرسند فکر می‌کنند:

«او از من متنفر است، به من اعتماد ندارد و این وضعیت هرگز درست نمی‌شود.»

یا اگر دچار استرس شوند

«اگر شیشه مصرف نکنم، هرگز نمی‌توانم با این استرس کنار بیایم...»

۴- شخصی‌سازی

«شخصی‌سازها» خود را به خاطر هر چیز ناخوشایندی که رخ می‌دهد سرزنش می‌کنند. آنها مسئولیت احساس‌ها و رفتار دیگران را متوجه خود می‌دانند و اغلب واقعیت‌ها را با احساس‌ها قاطی می‌کنند. برای مثال

«برادر من با حال بد به خانه آمده است، حتماً کار بدی از من سرزده»

یا «احساس حماقت می‌کنم پس من یک احمق هستم».

افرادی که این الگوی تفکر را دارند اغلب به خود بی‌توجه هستند. آن‌ها ممکن است افکاری مثل این داشته باشند:

«من ضعیف و احمق هستم. هیچ راهی وجود ندارد که در برابر وسوسه خودم مقاومت کنم».

در پاسخ به لغزش افراد شخصی‌کننده اغلب به خود می‌گویند :

«ببین، می‌دانستم که هرگز آن قدر قوی نیستم که در برابر وسوسه خود مقاومت کنم، من واقعاً موجودی بدرد

نخوری هستم».

۵- بایدها/ الزامات

کسانی که این الگوی تفکر را دارند زمانی که به موقعیت‌ها فکر می‌کند از کلماتی مثل «باید»، «الزاماً» و.... استفاده می‌کنند. این اغلب منجر به احساس گناه در آنها می‌شود. «بایدها» بسیاری اوقات باعث ناامیدی فرد می‌شوند خصوصاً اگر غیر منطقی باشند. برای مثال:

«من نباید عصبانی شوم»

«او باید همیشه سر وقت بیاید»

و خصوصاً «باید آن قدر اراده داشته باشم که هیچ وقت دچار وسوسه نشوم».

عباراتی که با «باید» شروع می‌شوند می‌تواند در فرد احساس ناامیدی و ناتوانی ایجاد کند.

در کمک به مراجع برای مقابله بهتر با این موقعیت‌های شروع‌کننده وسوسه، مهم است که الگوهای تفکر غیرسازنده خود را در برخورد با موقعیت‌ها شناسایی کنند و سپس روش‌هایی بیاموزند تا با این افکار مستقیماً و بدون مصرف شیشه برخورد کنند.

به مراجع کمک کنید از روی یادداشت‌های روزانه وسوسه خود مشخص کند که از کدام الگوهای تفکر غیرسازنده استفاده می‌کند.

مرحله ۳- شروع کننده‌ها

چالش‌های الگوهای تفکر غیرسازنده

هدف ما در باقیمانده جلسه سوم کمک به مراجع است تا آن الگوهای تفکر غیرسازنده که با وسوسه / مصرف شیشه همراه است به نحو بهتری مدیریت کند. شما سپس به مراجع کمک خواهید کرد راه‌هایی بیاموزد تا با این افکار غیرسازنده چالش نموده و آن‌ها را با افکار کمک‌کننده‌تر جایگزین کند. به این ترتیب مراجع می‌آموزد چگونه افکار خود را درباره عوامل استرس‌زا مدیریت نموده و همچنین با هرگونه تجربه وسوسه مقابله کند.

تمرین ۲- شناسایی الگوهای تفکر غیرسازنده

- برای مراجع مهم است که هر گونه الگوی تفکر غیرسازنده را از طریق پرسیدن چهار پرسش زیر از خود به چالش بکشد:

۱- «چه شواهدی در حمایت از این فکر وجود دارد؟ آیا این فکر ۱۰۰٪ درست است؟»

اشتباه گرفتن احساسات و افکار با واقعیت‌ها بسیار شایع است در حالی که احساس‌ها واقعی نیستند. اغلب شواهد واقعی با تفکر مراجع در تضاد است.

۲- «این گونه فکر کردن چه مزایا و معایبی دارد؟»

افکار غیرسازنده مزایایی برای مراجع خواهد داشت، خصوصاً زمانی که به او کمک می‌کند تا از موقعیت دشوار اجتناب کند. هنگام در نظر گرفتن معایب همچون اضطراب یا افزایش در مصرف شیشه، مراجع می‌تواند دریابد که معایب این گونه تفکر از مزایای آن بیشتر است و در جهت شکل‌دهی به روش‌های جدید فکر کردن پیش برود.

۳- «آیا یک خطای تفکر وجود دارد؟»

آیا مراجع می‌تواند دریابد که در حال افتادن در دام یک الگوی تفکر غیرسازنده توصیف شده در بالا است؟ برای مثال آیا آنها در حال شخصی‌سازی، فاجعه‌پنداری، پرش به نتیجه منفی یا استفاده از افکار سیاه- سفید یا عبارات باید/ الزاماً است؟ اگر چنین است این موضوع نشانه آن است که مراجع خود را در معرض خطر مصرف شیشه قرار داده است.

۴- «چه راه‌های جایگزین تفکر برای این موقعیت‌ها وجود دارد؟»

همیشه یک راه برای تفسیر موقعیت شروع‌کننده نیست. اغلب راه‌های جایگزینی از تفسیرها و پیامدهای منتهی شونده به الگوهای غیرسازنده تفکر کمک‌کننده‌تر هستند. با مراجع برخی راه‌های جایگزین تفکر/واکنش‌دهی به موقعیت‌های شروع-کننده/استرس‌زا را بررسی کنید.

- برخی از این قدم‌ها را با مراجع با استفاده از موقعیت‌های شروع‌کننده موجود در یادداشت روزانه وسوسه هفته قبل تمرین کنید.

تمرین ۳- پایش افکار درباره شروع‌کننده‌ها

- کپی برگه پایش رفتاری خود در صفحه بعد را به مراجع بدهید
- از مراجع بخواهید برگه پایش خود را به منزل برده و در طول هفته آن را تکمیل کند. برای مراجع توضیح دهید که چگونه از این برگه استفاده کند. برای مثال:

«در طول هفته آینده، هر بار دچار وسوسه مصرف شیشه شدید به خودتان بگوئید: بایست، عجله نکن و سپس برگه را تکمیل کنید. تمام ستون‌های فرم را تکمیل و هرگونه الگوی فکر کردن غیرسازنده که شما در موقعیت استفاده می‌کنید را شناسایی کنند و سپس چهار پرسش فهرست شده در این برگه را برای به چالش کشیدن این افکار بپرسید.»
- از مراجع بخواهید این را برای تمام مواردی که دچار حالت وسوسه شده یا در پایان هر روز فرم را تکمیل و با خود به جلسه بعد بیاورد.

برگه پایش خود

از این فرم هر گاه در این هفته دچار وسوسه مصرف شدید استفاده کنید. سعی کنید آن را حداقل یک بار در روز تکمیل کنید تا به روشنی آنچه رخ داده به یاد داشته باشید.

تاریخ و ساعت	چه اتفاقی افتاد؟ (A)	شما چه فکری کردید؟ (B)	پیامد آن چه بود؟ (وسوسه) (C)	چه شواهدی در حمایت از فکر شما درباره موقعیت وجود دارد؟	جنبه های مثبت و منفی فکر کردن به این نحو کدامند؟	آیا شما به دام یک الگوی غیر کمک کننده فکر کردن افتاده اید؟ اگر بله، کدام؟	آیا راه دیگری برای فکر کردن به این موقعیت وجود دارد؟

مرحله ۴- تصمیم‌های ظاهراً نامربوط

منطق پشت تصمیم‌های ظاهراً نامربوط

تمرین‌های قبلی به مراجع کمک کرده است که موقعیت‌هایی را که در آن بالاترین احتمال مصرف وجود دارد شناسایی کند. برای مراجع توضیح دهید که یکی از راه‌های مفید اجتناب از این موقعیت‌ها و در نتیجه شروع کننده‌های وسوسه شیشه آگاه شدن از «تصمیم‌های ظاهراً نامربوطی» است که آنها می‌گیرند و می‌تواند منجر به قرار دهی آنها در موقعیت پرخطر برای مصرف قرار دهد. موضوع را به این نحو برای مراجع توضیح دهید:

«بسیاری از تصمیم‌ها و انتخاب‌های روزانه ما در ظاهر هیچ‌گونه ارتباطی با مصرف شیشه ندارند. هر چند تصمیم‌های شما ممکن است مستقیماً درباره مصرف کردن یا مصرف نکردن نباشد اما شما را به آرامی به سمت حالات رفتاری/هیجانی مرتبط با مصرف نزدیک کند. این تصمیم‌ها معمولاً تصمیم‌های ظاهراً نامربوطی هستند که تدریجاً ما را به سمت وارد شدن در موقعیت‌های پرخطری می‌برد که می‌تواند منجر به مصرف شیشه شود.»

«مردم اغلب قربانی موقعیت‌ها می‌شوند. گرچه شناسایی انتخاب‌های انجام شده در میانه فرآیند تصمیم‌گیری دشوار است، هر تصمیم کوچکی که شما در طول زمان می‌گیرید می‌تواند تدریجاً شما را به سمت مخمسه نزدیک‌تر کند. بهترین روش برای مقابله با این حالت تفکر درباره هر انتخابی که شما می‌کنید است. مهم نیست کاری که می‌خواهید انجام دهید چقدر مرتبط با نامربوط به مصرف شیشه است، به این فکر کنید که انجام آن کار چه خطرات بالقوه‌ای مرتبط با مصرف شیشه ممکن است در پی داشته باشد. هنگام مواجهه با یک تصمیم کم‌خطرترین گزینه را انتخاب کنید تا از قرار دادن خود در موقعیت پرخطر اجتناب کرده باشید. وقتی از تصمیم‌های ظاهراً نامربوط مطلع شدید بهتر خواهید توانست از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنید. اجتناب از موقعیت پرخطر قبل از قرار گرفتن در آن ساده‌تر است.»

تمرین ۴- تصمیم‌های ظاهراً نامربوط

- از مراجع بخواهید درباره آخرین بار عود خود فکر کند و موقعیت/وقایع پیش از عود را توصیف نماید.
- با مراجع مشخص کنید کدام تصمیم‌های ظاهراً نامربوط منجر به عود شدند
- برگه یادآور صفحه بعد را کپی نموده و به او کمک کنید از مراحل آن عبور کند. سپس برگه را به مراجع داده تا آن را با خود به منزل ببرد.

تمرین ۴- تصمیم‌های ظاهراً نامربوط (ادامه)

هنگام گرفتن هر تصمیم چه بزرگ و چه کوچک مراحل زیر را انجام دهید:

- به گزینه‌های مختلفی که دارید فکر کنید
- از پیش به نتایج احتمالی هر گزینه فکر کنید. اثرات مثبت و منفی که شما می‌توانید به آن فکر کنید و خطر عود کدام هستند؟
- یکی از گزینه‌ها را انتخاب کنید. گزینه‌ای را انتخاب کنید به شما در معرض پایین‌ترین خطر عود قرار می‌دهد. اگر تصمیم گرفتید یک گزینه پرخطر را انتخاب کنید برای این که چگونه از خود در موقعی پرخطر محافظت کنید برنامه-ریزی نمایید.

اجرای تمرین ۴

آخرین باری که دچار لغزش مصرف شیشه شدید را به خاطر آوردید و موقعیت/ وقایعی که پیش از لغزش رخ داد را توصیف کنید.

چه موقعیت‌هایی منجر به لغزش شد؟ _____

چه تصمیم‌هایی منجر به لغزش شد؟ _____

چه چیزی مانع شد که بتوانم به نشانه‌های خطر توجه کنم؟ _____

چه گزینه‌های کم خطرتری وجود داشت؟ _____

برنامه‌ریزی برای مدیریت موقعیت‌های پر خطر: _____

مرحله ۵- برنامه‌ریزی برای وقایع و فعالیت‌های لذت‌بخش

منطق برنامه‌ریزی برای فعالیت

هنگام تلاش برای کاهش یا قطع مصرف مواد، برنامه‌ریزی بای فعالیت‌های لذت‌بخش، سرگرم‌کننده و/ یا معنی‌دار در طول روز به فرد کمک می‌کند که حواس خود را از مصرف شیشه پرت کند. اغلب وقتی افراد برای دوره زمانی طولانی شیشه مصرف کرده‌اند، تمام برنامه روزانه‌شان بر روی تهیه، مصرف و تجربه حالات پس از مصرف شیشه متمرکز است. این موضوع اغلب آنها را از فعالیت‌های دیگر که می‌تواند برای فرد لذت‌بخش باشد یا احساس مفید بودن به او دهد باز می‌دارد. بنابراین ایده کاهش مصرف شیشه اغلب به معنای کاهش لذت در زندگی مراجع است. اما از طریق برنامه‌ریزی «فعالیت‌های لذت‌بخش» در برنامه روزانه، مراجع متوجه خواهد شد که آنها می‌تواند بدون مصرف شیشه از زندگی لذت ببرند و همچنین با تکمیل «فعالیت‌های مفید»^{۳۱} می‌تواند احساس کنترل و تسلط بر جنبه‌های مهم زندگی خود را دوباره به دست آورند. منظور از فعالیت‌های مفید فعالیت‌هایی هستند که نتیجه آنها یک دست‌آورد برای فرد به حساب می‌آید. این موضوعات را برای مراجع توضیح دهید و درباره اهمیت ساختاردهی و اولویت‌بندی این فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید در زندگی روزمره بحث کنید.

مهم است که به این موضوع توجه کنیم که برنامه‌ریزی هر لحظه از زندگی روزمره از پیش غیرممکن است. در واقع زمان‌هایی وجود دارند که چیزهایی غیرقابل پیش‌بینی رخ می‌دهند و مراجع قادر نخواهد بود فعالیت‌های لذت‌بخش و مفیدی را که برای آن روز پیش‌بینی کرده است انجام دهد. این موضوع را با مراجع بحث کنید و توضیح دهید که ثبت فعالیت یک برنامه سخت‌گیرانه نیست و اگر نتوانستند دقیقاً از برنامه پیروی کنند، نباید احساس گناه یا بد بودن بکنند.

به علاوه، اگر چیزی مانع اجرای برنامه شان شد، آنها می‌توانند فعالیت‌های جایگزین را وارد برنامه خود کنند. برای مثال در روزی که مراجع برنامه‌ریزی کرده است که پیاده روی کند ممکن است باران ببارد. بنابراین به مراجع توضیح دهید آنها مجاز خواهند بود یک فعالیت لذت‌بخش دیگر را در آن زمان جایگزین کنند. در طول جلسه، برگه ثبت فعالیت را برای روز بعد با کمک مراجع تکمیل کنید.

³¹ achievement activities

برنامه‌ریزی فعال فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید

تمرین ۴- شناسایی فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید

- به برگه «فهرست فعالیت» (دو صفحه بعد) مراجعه کنید
- از مراجع بخواهید فعالیت‌های غیرمرتبط با مصرف موادی را فهرست کند که آنها دوست دارد و از انجام آن‌ها لذت می‌برد. برای مثال رفتن برای پیاده‌روی، خرید کردن، خواندن روزنامه، کتاب یا مجله، خوردن یک فنجان چای و غیره. اطمینان حاصل کنید که این فعالیت‌ها به اجزای مشخص شکسته شده است. برای مثال «اختصاص زمان برای خودم» باید به فعالیت‌های عملی که برای آن زمان پیش‌بینی شده شکسته شود که می‌تواند شامل گوش دادن به رادیو، تمرین آرام‌بخشی و غیره باشد.
- این فعالیت‌ها را در ستون «فعالیت‌های لذت‌بخش» فهرست نمایید.
- سپس از مراجع بخواهید چیزهایی را که لازم است انجام دهد فهرست نماید. این می‌تواند شامل شرکت در جلسات مشاوره، مصرف دارو، انجام تکالیف منزل، مراقبت از بچه‌ها، کار منزل و غیره باشد. مهم است که اجزای هر فعالیت به صورت مشخص و عینی توصیف شود. برای مثال «کار منزل» را به اجزای آن برای مثال «شستن ظرف‌ها، گذاشتن زباله دم در و...» بشکنید.
- این تکالیف را در ستون «فعالیت‌ها و دستاوردها» فهرست کنید.

تمرین ۶- ثبت فعالیت

- به برگه «ثبت فعالیت» در صفحه ۶۱ مراجعه کنید
- با استفاده از فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید تدوین شده در تمرین قبل با مراجع جدول برنامه روز بعد را کامل کنید. برای آن روز خاص هم فعالیت‌های لذت‌بخش و هم فعالیت‌های مفید پیش‌بینی کنید.
- در قسمت مربوط به شب در جدول، زمانی برای تکمیل ثبت فعالیت روز بعد و انجام سایر تکالیف منزل روزانه که قرار است در طول هفته بعد تکمیل گردد برنامه‌ریزی کنید. این فعالیت‌ها را «فعالیت مفید» در نظر بگیرید.
- از مراجع بخواهید در طول هفته آینده آخر هر روز بنشیند و ثبت فعالیت برای آن روز خاص را تکمیل کند. زمانی که در جلسه هستند، زمان جلسه بعد را مشخص و آن را وارد ثبت فعالیت کند. در صورتی که مراجع قرار جلسه دیگری در طول هفته دارد آن را نیز در برگه وارد کنید.
- اطمینان حاصل کنید که مراجع اهمیت وارد کردن متعادل فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید را در هر روز درک کرده است. برای مثال هر فعالیت مفید یا دستاوردی باید با یک فعالیت لذت‌بخش پیگیری شود تا به تقویت انگیزه مراجع کمک کند.

مرحله ۶- تکلیف منزل

- ۱- برگه پایش خود را تکمیل کنید
- ۲- از تصمیم‌های ظاهراً نامربوطی که مراجع را در معرض خطر مصرف شیشه قرار می‌دهد مطلع شده و آنها را در زمان وقوع شناسایی کنید.
- ۳- ثبت فعالیت را تکمیل و استفاده از فهرست فعالیت‌ها را شروع کنید.
- ۴- پرهیز/کاهش مصرف شیشه را حفظ نمائید.

فهرست فعالیت‌ها

[illegible]

ثبت فعالیت‌ها

شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	
							صبح
							نهار
							بعد از ظهر و عصر
							شام
							شب

جلسه ۴- پیشگیری از عود

برگه خلاصه برای درمان‌گر

اهداف

- یادگیری و تمرین مهارت‌های رَد مصرف شیشه
- شناسایی موقعیت‌های بالقوه خطرناکی که ممکن است در آینده رخ دهد
- تدوین یک برنامه اختصاصی پیشگیری از عود/ مدیریت عود برای موقعیت‌های پرخطر مورد انتظار در آینده
- تشویق استفاده از برنامه پیشگیری از عود/ مدیریت عود برای پیشگیری از مصرف شیشه
- یادگیری نحوه مواجهه با لغزش

مواد لازم برای جلسه ۴

- کپی برگه یادآور «مهارت‌های رَد» برای مراجع
- کپی برگه «آماده‌سازی برای موقعیت‌های پرخطر» برای مراجع

عناصر کلیدی جلسه چهارم (برای ارجاع سریع می‌توان آن را کپی کرد)

مرحله ۱- مقدمه جلسه

- پیامدها را از طریق موارد زیر تنظیم کنید
- مرور هفته قبل
- مرور تکالیف منزل
- تعیین دستور کار
- پاداش رفتاری به خود به خاطر پرهیز یا دستیابی به هدف را بحث کنید
- تمرین ۴ را تکمیل کنید: پیامدها را تنظیم کنید

مرحله ۲- مهارت‌های ردّ مصرف شیشه

- از راهبردهای زیر استفاده کنید:
- منطق یادگیری مهارت‌های ردّ مصرف شیشه را بحث کنید
- روش‌های غیرکلامی را به بحث بگذارید
- روش‌های کلامی را به بحث بگذارید
- تمرین ۱ را تکمیل کنید: تمرین مهارت ردّ مصرف شیشه
- بحث درباره زمان و مکان استفاده از برنامه
- بحث درباره نیاز به پایش نشانه‌های هشداردهنده اولیه
- بحث درباره بازبینی و به روز رسانی برنامه در صورت نیاز

مرحله ۴- خاتمه جلسه

- برگه یادآور مهارت‌های ردّ مصرف را به مراجع بدهید
- خاتمه دادن جلسه شامل موارد زیر خواهد بود:
- تأیید مجدد عوامل انگیزه‌دهنده مهم جلسه اول
- برانگیختن عبارات انگیزشی
- خلاصه کردن تعهدات و تغییراتی که تاکنون رخ داده است
- تأیید و تقویت تغییراتی که تاکنون رخ داده است
- کاوش حوزه‌های دیگر بالقوه برای تغییر که قبلاً مشخص شده است
- حمایت از خویش کارآمدی برای تغییر
- مواجهه با هر گونه مشکلات خاص (ارجاع را در نظر بگیرید)

مرحله ۳- پیشگیری از عود

- از راهبردهای زیر استفاده کنید
- موقعیت‌های پرخطر را از طریق موارد زیر شناسایی کنید:
- بحث درباره منطق پیشگیری از عود
- شناسایی موقعیت‌های پرخطر از طریق پایش خود
- تکمیل تمرین ۲ شناسایی/پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر
- خود را برای مواجهه با موقعیت‌های پرخطر از طریق موارد زیر آماده کنید:
- شناسایی اشخاص و طریقه‌های حفظ مهارت‌ها
- تکمیل تمرین ۳: آماده‌سازی برای موقعیت‌های پرخطر

جزئیات مداخله

مرحله ۱- مقدمه جلسه

مرور هفته، تکلیف منزل و تعیین دستور کار

با یک بحث غیررسمی درباره فعالیتهای عمومی شروع و همچنین مشخص کنید آیا در طول هفته موضوع مهمی برای مراجع رخ داده یا سؤالی برای او مطرح شده است.

فعالیت تکلیف منزل را با مراجع مرور نموده و این موضوع را به بحث بگذارید که مراجع چگونه توانسته افکار خود را درباره مصرف شیشه به چالش کشیده/ مدیریت کند. اگر مراجع تکلیف منزل خود را انجام نداده، از او بخواهید این کار را در همان موقع انجام دهد. به علاوه ببینید چقدر مراجع توانسته ثبت فعالیت و فهرست فعالیتهای لذتبخش را به کار ببندد.

الگوی مصرف شیشه مراجع را در هفته قبل مرور کنید. آیا مراجع به اهداف برنامه ریزی شده برای کاهش مصرف دست پیدا کرده است؟ تغییرات مثبت را تقویت و در صورت نیاز به مشکلات پردازید. دستور کار جلسه را از طریق توضیح موضوعات جلسه برای مراجع مشخص کنید.

مرحله ۲- مهارت‌های ردّ مصرف مواد

منطق یادگیری مهارت‌های ردّ مصرف مواد

آن گونه که پیشتر گفته شد، در مراحل اولیه اصلاح رفتار مصرف، در نظر گرفتن اجتناب کامل از موقعیتهای پرخطر مهم است. گرچه، اجتناب کامل نمی‌تواند یک راه حل طولانی مدت و همیشه عملی باشد. یک موقعیت به لحاظ عملی غیرقابل اجتناب می‌تواند زمانی باشد که یک نفر به مراجع شما مواد تعارف می‌کند. راهبردهای متعددی وجود دارد که می‌تواند «نه» گفتن به چنین موقعیتهایی را تسهیل نماید. مطالب زیر را در ردّ مصرف مواد با مراجع خود به بحث بگذارید.

روش‌های غیرکلامی برای ردّ مصرف مواد

(مونتی^{۳۲} و همکاران ۱۹۸۹)

۱- برای افزایش اثر حرف خود مستقیم در چشم‌های فرد تعارف‌کننده نگاه کنید

۲- بایستید یا مستقیم بنشینید تا جدیت خود را نشان دهید.

۳- برای ردّ تعارف احساس گناه نداشته باشید، مصرف نکردن شما به هیچ کس آسیبی نمی‌زند.

روش‌های کلامی برای ردّ مصرف مواد

(مونتگی و همکاران ۱۹۸۹)

۱- با صدایی روشن، محکم و مصمم پاسخ دهید.

۲- اولین کلمه‌ای که در جواب می‌گویید باید کلمه «نه» باشد. پاسخ مستقیم برای ردّ تعارف مؤثرتر است.

۳- یک کار دیگر پیشنهاد کنید (برای مثال انجام یک کار دیگر/خوردن چیزی یا نوشیدن چای)

۴- از فرد بخواهید این رفتار خود را عوض کند (برای مثال از او بخواهید هرگز دیگر مصرف مواد را به شما تعارف نکند)

۵- موضوع حرف را تغییر دهید و از بحث درباره علت مصرف یا عدم مصرف اجتناب کنید.

۶- از عذر و بهانه آوردن و پاسخ‌های مبهم که به معنای قبول تعارف در زمان دیگر باشد اجتناب کنید.

- یک موقعیت مشخص اخیر که به مراجع مواد تعارف شده انتخاب کنید.
- از مراجع بخواهید مقداری درباره فرد «تعارف کننده» حرف بزند.
- در ایفای نقش اول، از مراجع بخواهید نقش «تعارف کننده» را ایفا کند، به این ترتیب فرد می‌تواند تصویر روشنی از سبک فرد تعارف کننده را منتقل نموده و درمان‌گر باید مهارت رد مصرف مواد گفته شده در بالا را اجرا کند
- درباره ایفای نقش انجام شده با مراجع حرف بزنید. درمان‌گر:

«بسیار خوب بود، نظر شما چیست؟»

هر گونه رفتار مؤثر مراجع را تشویق نموده و انتقادات خود را به نحو سازنده و روشن با مراجع در میان بگذارید.

- ایفای نقش را به این صورت که درمان‌گر نقش «تعارف کننده» و مراجع نقش خودش را بازی کند تکرار کنید.
- «برگه یادآور مهارت‌های ردّ مصرف» صفحه ۵۹ را کپی و به مراجع بدهید. مهارت‌های ردّ مصرف پیش گفته را مرور نموده و خلاصه نتایج تمرین را به مراجع ارائه کنید.

منطق یادگیری و تمرین مهارت‌های ردّ را برای مراجع توضیح دهید. از عبارات زیر می‌توانید استفاده کنید:

«اغلب ردّ تعارف دیگران برای مصرف مواد سخت است. خصوصاً اگر شما نخواهید به فرد تعارف کننده برخورد. «نه» گفتن به کسانی که قبلاً «بله» می‌گفتید، به طور خاص دشوار است. اما، اهداف شما به اندازه احساسات شما مهم هستند، بنابراین لازم است نحوه برخورد با این موقعیت‌ها را پیش از وقوع تمرین کنید. برای آن که راحت «نه» بگویید، بهتر است زمانی را برای پاسخ به تعارف افراد مختلف صرف کنید.»

از مراجع بخواهید جدول برگه صفحه بعد را تکمیل و پاسخ‌های خود را در مواجهه با «یک دوست که قبلاً با او مصرف می‌کردید»، «یک همکار»، «در یک مهمانی» یا «سایر موقعیت‌های بالقوه خطرناک» آماده نماید. از مراجع بخواهید دقیقاً جملاتی را که می‌تواند در هر موقعیت استفاده کند، با استفاده از اصول کلیدی پیش گفته مشخص کند. این برگه را سپس به مراجع بدهید.

توجه- در صورت تناسب، مراجع ممکن است بخواهد گفتن هر یک از این جملات را با صدای بلند در جلسه تمرین کند. شما می‌توانید برای هر یک از جملات در نظر گرفته شده یک تمرین ایفای نقش برای مراجع ترتیب دهید.

برگه یادآور مهارت‌های ردّ مصرف

نکاتی برای پاسخ دادن به تعارف‌کنندگان مواد

- ۱- اول «نه» را بگویید
- ۲- تماس مستقیم چشمی داشته باشید.
- ۳- از فرد بخواهید دیگر به شما مواد تعارف نکند.
- ۴- از تعیین حدود برای مراجع نترسید.
- ۵- راه را برای تعارف‌های بعدی باز نگذارید.
- ۶- به خاطر داشته باشید بین جرأت‌مندی و صریح بودن و پرخاش‌گری تفاوت وجود دارد. جرأت‌مندی به معنای صریح بودن، صادق بودن و پذیرش مسؤولیت رفتارهای خود است.

پاسخی که من خواهم داد	کسانی که ممکن است به من مواد تعارف کنند
	یکی از دوستان هم‌مصرف
	همکار
	در مهمانی
	سایر

مرحله ۳- پیشگیری از عود

منطق پیشگیری از عود

وقتی مراجعان مهارت‌ها و رفتارهایی آموختند که به آن‌ها کمک می‌کند مصرف مواد خود را کاهش داده یا قطع کنند، آن‌ها در واقع در حال آماده شدن برای زندگی پس از درمان هستند، دوره‌ای که باید به تنهایی موقعیت‌ها را مدیریت کنند. باقیمانده این جلسه به پیش‌بینی موقعیت‌های آتی می‌پردازد که مراجع را در معرض خطر قرار می‌دهد. این بخش از جلسه می‌تواند راهی برای افزایش خودکارآمدی مراجع در زمینه برخورد با موقعیت‌های پرخطر باشد. راهی که در طول فرآیند عود توانایی مراجع را برای اجتناب از آن افزایش می‌دهد (ویلسون^{۳۳} ۱۹۹۲).

در این مرحله، هم شما و هم مراجع دانش کافی درباره موقعیت‌های پرخطر دارید و این به شما کمک می‌کند به طور مشترک برای آماده‌سازی مراجع برای برخورد با این موقعیت‌ها در آینده کار کنید. اکنون شما می‌دانید مراجع به مهارت‌ها/تکنیک‌های مختلف آموخته شده در جلسات پیشین چگونه پاسخ می‌دهد و نیز می‌دانید چگونه با وقایع، افکار و رفتارها ارتباط برقرار می‌کند. به علاوه، مراجع برخی از مهارت‌ها/تکنیک‌ها را در روش‌های مقابله خود ادغام نموده و درک بالاتری از مشکل خود خواهد داشت (ویلسون ۱۹۹۲).

شناسایی موقعیت‌های پرخطر از روی پایش خود

وقوع اتفاقاتی که مراجع را برای حفظ پرهیز یا تغییر رفتار دچار مشکل کند، امری غیرقابل اجتناب است. در واقع ویلسون (۱۹۹۲) گزارش می‌کند که یک فرد معمول سالی یک بار به طور میانگین دچار یک حادثه استرس‌زا در زندگی می‌شود.

یک گام اولیه و بسیار مهم در پیشگیری از عود شناسایی پیش از موعد آن موقعیت‌های پرخطر و مجال دادن به مراجع برای آماده کردن خود در زمان وقوع آن‌ها است.

در جلسه وقت بگذارید و «برگه پایش خود» تکمیل شده به عنوان تکلیف منزل را مرور کنید. برگه پایش خود راهنمایی برای انواع موقعیت‌ها که در گذشته برای مراجع مشکل‌ساز بوده فراهم می‌کند. به علاوه، وقایع دیگر زندگی مراجع که احتمالاً فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد کاوش کنید. این وقایع شامل وقایع ناراحت‌کننده (مشکلات اجتماعی، مالی، شکست در اجرای تکالیف، از دست دادن موقعیت و غیره) یا حتی وقایع خوشحال‌کننده‌ای (مثل جشن‌ها، موفقیت‌ها و...) می‌شود که خطر عود را افزایش می‌دهند.

تمرین ۲: شناسایی/پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر

- از مراجع بخواهید درباره موقعیت‌های پرخطر یا تغییراتی که ممکن است در آینده مواجه شود بارش افکار نماید (برای مثال سازگار شدن با موقعیت‌های جدید، تغییرات مالی، و جدایی اجتماعی).
- از پرسش‌های زیر برای کمک به مراجع در تهیه فهرست استفاده کنید:
«چه اشخاص/مکان‌ها/چیزهایی که باعث می‌شود شما احساس خوبی درباره خود نداشته باشید؟ چه موقعیت‌هایی را شما از نظر عود برای خودتان پرخطر می‌دانید؟ چگونه متوجه می‌شوید که لغزش رخ داده است؟»
به علاوه از فرم‌های پایش خود تکمیل شده در جلسات قبلی به عنوان کمک استفاده نمایید.
- این موقعیت‌ها را در فضای پیش‌بینی شده در هنداوت «برنامه پیشگیری از عود» وارد کنید (صفحه ۷۰).

آمادگی برای موقعیت‌های پرخطر

هنگام آماده شدن برای موقعیت‌های پرخطر که به طور اجتناب‌ناپذیری رخ خواهد داد، استفاده از تمام تکنیک‌های آموخته شده در این چهار جلسه می‌تواند برای مراجع مفید باشد. این به مراجع کمک می‌کند درس‌های آموخته در طول جلسات را به موقعیت‌های زندگی واقعی تعمیم دهد. مستند نمودن این که کدام راهبردها برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر بیشترین فایده را دارند نیز کمک کننده است و می‌تواند به عنوان مرجعی برای مراجع در مرحله بعد استفاده شود.

تمرین ۳: آماده‌سازی برای موقعیت‌های پرخطر

(ویلسون ۱۹۹۲)

- به فهرست تهیه شده در فعالیت قبلی نگاه کنید. در این فهرست جزئیات موقعیت‌های پرخطر آتی آورده شده‌اند.
- از مراجع بخواهید درباره تمام مهارت‌های مختلفی که در طول جلسات درمان آموخته دوباره فکر کند و ببیند استفاده از کدام یک برای هر یک از این موقعیت‌های پرخطر متناسب است. برخی مثال‌ها شامل مهارت‌های ردّ مصرف مواد، مقابله با وسوسه، چالش افکار غیرسازنده، آرام‌بخشی و غیره می‌شوند.
- این راهبردهای مقابله را بر روی فضای تأمین شده بر روی هنداوت «برنامه پیشگیری از عود» صفحه ۷۰ بنویسید.
- برای مراجع توضیح دهید که تمام موقعیت‌ها را از قبل نمی‌توان پیش‌بینی کرد. بنابراین فکر کردن به راهبردهای مقابله عمومی که مراجع می‌تواند صرف نظر از موقعیت به کار ببندد مفید است. این راهبردها را در فضای ارایه شده در هنداوت بنویسید («راهبردهای عمومی مقابله برای هر موقعیت»)
- همچنین از مراجع بپرسید به نظر خود او چه مهارت‌های دیگری ممکن است برای کمک به او در آینده مورد نیازش باشد. این موارد را بر روی فرم («دیگر مهارت‌های مورد نیاز») درج کنید. نیاز به ارجاع به خدمات درمان تخصصی دیگر را با مراجع به بحث بگذارید تا اطمینان حاصل نمایید که درمان مورد نیاز مراجع ارایه شده است.

تنظیم پیامدهای افکارها و رفتارها

در نهایت، با مراجع درباره این که قصد دارد چگونه برای حفظ پرهیز به خود پاداش دهد بحث نمایید. برای مراجع مهم است که به عنوان تقویت رفتارش به خود پاداش‌هایی دهد، زیرا تقویت‌های رفتاری کافی همیشه از منابع دیگر (دوستان، خانواده و محیط) عرضه نمی‌شود.

از مراجع بپرسید از انجام چه کارهایی لذت می‌برد. از طریق برنامه‌ریزی زمان/ملاک برای شرکت در این فعالیت‌ها، مراجع می‌تواند تنظیم پیامدهای رفتار/افکار خودش را بیاموزد.

تمرین ۴: تنظیم پیامدها

(ویلسون ۱۹۹۲)

- به هنداوت «برنامه پیشگیری از عود» صفحه ۷۰ مراجعه کنید.
- از مراجع پرسش‌های زیر را بپرسید:
«چطور متوجه می‌شوید که به اهداف خود دست پیدا کرده‌اید؟ چگونه برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار به خود پاداش می‌دهید؟»
- این پاداش‌ها را در هنداوت «برنامه پیشگیری از عود» درج فرمایید.

شناسایی افراد حمایت‌کننده و سایر روش‌های حفظ مهارت‌ها

یک گام مهم در پیشگیری از عود شناسایی افراد کلیدی در زندگی فرد است که می‌توانند او را برای دستیابی به اهداف درمان تشویق و در برابر چالش‌های پیش‌رو حمایت کنند. بنابراین در این نقطه لازم است از مراجع بپرسید:

«چه شخص یا اشخاصی می‌توانند برای حفظ این مهارت‌ها به شما کمک کنند؟»

فهرستی از افراد حمایت‌کننده تهیه و در صفحه دوم «برنامه پیشگیری از عود» وارد کنید. درج شماره تلفن تماس این اشخاص روی این برگه می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد تا مراجع بتواند در صورت مواجهه با یک موقعیت پرخطر سریع با آن‌ها تماس گرفته و حمایت مورد نیاز خود را دریافت کند. برای برخی مراجعان درج شماره تلفن اشخاص و مراکز حمایت‌کننده بر روی کارت و داشتن آن با خود در تمام شرایط مفید است.

اگر مراجع می‌خواهد اسامی دوستان/بستگان را وارد فهرست نماید، به او یادآوری کنید لازم است با این اشخاص در این باره صحبت نموده و برای آن‌ها نوع حمایتی که می‌خواهد دریافت کند شرح دهد (برای مثال پرت کردن حواس، گپ زدن و غیره).

استفاده از برنامه پیشگیری از عود

حالا که شما با مشارکت مراجع یک برنامه پیشگیری از عود برای موقعیت‌های پرخطر تهیه کرده‌اید، لازم است اطمینان یابید که مراجع از برنامه به نحو مؤثری استفاده می‌کند (گراهام^{۳۴}، ۲۰۰۰). به این منظور گراهام (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کند با مراجع درباره موضوعات زیر مشاوره کنید:

- چه زمانی از برنامه استفاده کند
- چگونه به طور منظم نشانه‌های هشدار اولیه عود را پایش و
- برنامه خود را در صورت نیاز یا تغییر وضعیت بازبینی و به‌روز کند (برای مثال راهبردهای مقابله، فرم‌های درمان و حمایت)

اطلاعات داده شده را با مراجع خود به بحث گذاشته و «نشانه‌های اولیه عود» مراجع خود را در صفحه دوم برنامه پیشگیری از عود ثبت کنید.

مرحله ۴- خاتمه جلسه

در پایان جلسه، خاتمه رسمی برنامه درمان باید اعلام و به بحث گذاشته شود. پیشرفت بیمار را در طول جلسات تشویق و موارد زیر را مرور کنید:

- تأیید مجدد عوامل مهم انگیزه‌دهنده به مراجع شناسایی شده در جلسه ۱
- خلاصه نمودن تعهد مراجع به برنامه درمان و تغییراتی که تا کنون رخ داده
- تأیید و تقویت تغییراتی که تا کنون انجام شده
- برانگیختن جملات انگیزشی برای حفظ تغییر و تغییر بیشتر
- حمایت از خویش کارآمدی
- پرداختن به هر گونه مشکل که می‌تواند در هنگام خاتمه درمان رخ دهد شامل نیاز به ارجاع به سایر مراکز در صورت ضرورت

برنامه پیشگیری از عود

پاداش	راهبردهای مقابله	موقعیت‌های پرخطر پیش‌بینی شده
راهبردهای عمومی مقابله با هر موقعیت:		
مهارت‌های ضروری دیگر:		

نشانه‌های اولیه عود برای من عبارتند از:

☐ تحریک‌پذیری

☐ عدم تمایل برای حضور در جمع

☐ خواب بیشتر

☐ خواب کمتر

☐ بیشتر خوردن

☐ کمتر خوردن

☐ زود خسته شدن

☐ رها کردن برنامه ورزشی

☐ عدم تمایل به انجام کارهای روزمره (پرداخت قبوض، آب دادن باغچه، رفتن سرکار...)

☐ بی‌توجهی به موعد انجام کارها

☐ عدم انجام وظایف معمول

☐ وسوسه بیشتر

☐ عدم حفظ مهارت‌ها و تکنیک‌های آموخته شده در مداخله

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

اگر هر کدام از اين نشانه‌هاى هشدار زودرس را بينم بلافاصله اقداماتى انجام و به برنامه پيشگيرى از عود خود مراجعه مى-
کنم.

افراد/مراکز حمايت کننده که مى‌توانم با آنها تماس بگيرم عبارتند از:

شماره تماس

نام مرکز/فرد حمايت کننده

- | | | |
|-------|-------|----|
| _____ | _____ | ۱- |
| _____ | _____ | ۲- |
| _____ | _____ | ۳- |
| _____ | _____ | ۴- |

فهرست منابع

- Anthony JC, Warner LA, Kessler RC (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the national co-morbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2:244–268.
- Baker, A., Bloggs, T. and Lewin, T. (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamines. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Baker, A., Lee, N.K. and Jenner, L. (eds), (2004). *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users*, National Drug Strategy Monograph Series (No 51), Canberra. Australian Government.
- Baker, A., Gowing, L., Lee, N.K. and Proudfoot, H (2004). Psychosocial Interventions for Psychostimulant Users, in Baker, A. Lee, N.K. and Jenner, L. (eds), *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users*, National Drug Strategy Monograph Series (No 51). Australian Government.
- 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 NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, Saunders JB, Kay-Lambkin F, Constable P, Jenner L, Carr VJ (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*. 100(3):367-78.
- Beck, A.T, Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory II Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Biener, L., and Abrams, D.A. (1991). The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10(5), 360-365.
- Carroll KM, Ball SA, Nich C, et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend* 81:301–312.
- Darke, S., Hall, W., Heather, N., Wodak, A. and Ward, J. (1991). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opioid users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87, 593-602.
- Dean, A (2004). Pharmacology of psychostimulants, in Baker, A., Lee, N.K. and Jenner, L. (eds), *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users* (No 51), National Drug Strategy Monograph Series. Australian Government.
- Dean, A., and Whyte, I (2004). Emergency Management of Acute Psychostimulant Toxicity, in: Baker, A. Lee, N.K. and Jenner, L. (eds), *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users*, National Drug Strategy Monograph Series No 51. Australian Government.
- Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. and Williams, J. B.W. (1996). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version (SCID-RV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., and Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.

Graham, H.L. (2000). Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): An approach for working with your clients who have severe mental health problems and use drugs/alcohol problematically. Northern Birmingham Mental Health (NHS) Trust, Birmingham.

Hando, J., Topp, L. and Hall, W. (1997). Amphetamine-related harms and treatment preferences of regular amphetamine users in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 105-113.

Hajebi, A., Noroozi, A., Naserbakht .M, et al (2011). Effectiveness of adding on skill-based HIV prevention psychoeducation to needle, syringe, programs. Harm Reduction IHRA' 22ND International Conference, Beirut, Lebanon, available at: www.ihra.net/files/2011/03/21/HR 2011-Programme.pdf

Hassanian-Moghaddam H, Noroozi A, Saberi Zafarghandi MB, et al (2010). Iranian substance abuse network preliminary results among poisoned patients. *Drug Abuse and Alcohols*, 9th annual scientific congress of Asia pacific association of medical toxicology abstract book, p 34.

Hester RK, Squires DD, Delaney HD (2005). The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat* 28:159–69.

Hulse, G. (2003). Alcohol and other drug problems – a case series work book. Oxford University Press.

Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*. 107(5):957-66.

Jafari, S., Noroozi, A., Razzaghie, E.M., Shafiee, S.A., Naghshvarian, M (2011). How to address methamphetamine involvement in OST settings, Harm Reduction IHRA' 22ND International Conference, Beirut, Lebanon, available at: www.ihra.net/files/2011/03/21/HR 2011-Programme.pdf

Jarvis, T.J., Tebbutt, J.T., and Mattick, R.P. (1995). Treatment approaches for alcohol and drug dependence: An introductory guide. John Wiley and Sons, Chichester.

Kamieniecki, G., Vincent, N., Allsop, S. and Lintzeris, N. (1998). Models of intervention and care for psychostimulant users. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia

Kelly E, McKetin R, McLaren J (2005). Health service utilization among regular methamphetamine users. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Taylor C, Boys A (2005). An evaluation of a brief intervention model for use with young non-injecting stimulant users. *Drugs Educ Prev Policy* 12 (S1):90–3.

Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, Farrell M (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*. 101(7):1014-26.

McKee SA, Carroll KM, Sinha R, et al. (2007). Enhancing brief cognitivebehavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug Alcohol Depend* 91:97–101.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., and Rychtarik, R. G. (1995). *Motivation enhancement therapy manual*. US Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland.

Miller, W.R. and Rollnick, S. (eds) (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. The Guilford Press, New York.

Miller WR, Sovereign RG, Klege B (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II.The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behav Psychother* 16:251–68.

Miller WR, Benefield G, Tonigan JS (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 61:455–61.

Monti, P.M., Abram, D.B., Kadden, R.M. and Cooney, N.L. (1989). *Treating Alcohol Dependence*. Guilford Press, New York.

National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) (2001) *A Users' Guide to Speed*. Sydney: NDARC, University of New South Wales.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, Maryland.

Omidvar T and Sharifi V (2012). Amphetamine psychosis and eye autoenucleation. *Aust N Z J Psychiatry* 2012 46: 71.

Orford, J. (2001). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addiction* (Second Edition). John Wiley and Sons: New York.

Persons, J.B., Davidson, J. and Tompkins, M.A. (2001). *Essential Components of Cognitive- Behaviour Therapy for Depression*. American Psychological Association: Washington.

Prochaska, J.O, DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992). In *Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviours*. *American Psychologist* 47, 1102-1114.

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W.R. and Heather N. (eds). *Treating Addictive Behaviours: Process of Change*. New York: Plenum Press.

Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Cahill S, Wickes W, White JM (2010). The Psychostimulant Check-Up: A pilot study of a brief intervention to reduce illicit stimulant use. *Drug Alcohol Rev*. 2010 Mar;29(2):169-76.

Srisuraponont M, Sombatmai S, Boripuntakul T. (2007). Brief intervention for students with methamphetamine use disorders: A randomized controlled trial. *Am J Addict* 16:111–116.

Stephens RS, Roffman RA, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 68:898–908.

Stephens RS, Roffman RA, Fearer SA, Williams C, Burke RS (2007). The marijuana check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction* 102:947–57.

Stotts A, Schmitz J, Rhoades H, et al. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *J Consult Clin Psychology* 69:858–862.

Topp, L., and Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839-845.

Treatment Protocol Project (2000), *Management of Mental Disorders*, pp. 22-23, Third Edition, Sydney: World Health Organisation Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse.

Wilson, P.H. (1992). Depression. In P.H. Wilson P.H. (ed.). *Principles and practice of relapse prevention*. Guilford Press, New York.

United Nation Office of Drug and Crime (2012). *World Drug Report 2012*. UNODC Publications, Viena, Austria.

United Nation Office of Drug and Crime (2011). *World Drug Report 2011*. UNODC Publications, Viena, Austria.

Zarghami M (2011). Methamphetamine Has Changed the Profile of Patients Utilizing Psychiatric Emergency Services in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS)*, Volume 5, Number 1