

گروه درمانی معتادان

(راهنمای شیوه درمانی مراحل تغییر)

مؤلفان:

دکتر مری ماردن ولاسکوئز

گیلین گلدی ماورر

کتی کراوچ

دکتر کارلو سی. دیکلمنتی

مترجمان:

دکتر رحمت‌اله نورانی‌پور

مجید قربانی

Mary Marden Velasquez

دکتر مری ماردن ولاسکوئز

گروه درمانی معتادان (راهنمای شیوه درمانی مراحل تغییر)، مؤلفان: دکتر مری ماردن ولاسکوئز، (و دیگران)؛ مترجمان: دکتر رحمت‌اله نورانی‌پور، مجید قربانی. - تهران: نشر روان، ۱۳۸۵.

ISBN : 964 - 8345 - 22 - 8 : ۲۵۰۰۰ ریال

هجده، ۲۵۴، مصور، جدول.

عنوان اصلی: *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages - Of - Change Therapy Manual, C(2001).*

این کتاب در سال ۱۳۸۳ با ترجمه حسن ضیاء‌الدینی و دیگران تحت عنوان «گروه درمانی و اختلالات وابسته به مواد» منتشر شده است.

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.

۱. مواد نیروزا - - سوء استفاده - - درمان ۲. روان درمانی گروهی. الف. ولاسکوئز، مری ماردن، *Velasquez, Mary*؛ ب. نورانی‌پور، رحمت‌الله، مترجم. ج. قربانی، مجید، مترجم. د. عنوان: گروه درمانی و اختلالات وابسته به مواد.

۶۱۶/۸۶۰۶۵۱

RC ۵۶۶ / ک

۱۳۸۵

۱۷۱۶۷ - ۸۴م

کتابخانه ملی ایران

کلیه حقوق قانونی و شرعی برای ناشر محفوظ است. تکثیر تماماً یا قسمتی از این اثر به صورت حروفچینی و چاپ مجدد، چاپ افست، پلکی، فتوکپی و انواع دیگر چاپ ممنوع است. نقل مطالب به صورت معمول در مقاله‌های تحقیقاتی با ذکر نام کامل ناشر و کتاب آزاد است. متخلفان به موجب بند ۵ از ماده ۲ قانون حمایت از مؤلفان، مصنفان و هنرمندان، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند.

پست الکترونیکی

Email- ravan@virayesh.com



آدرس اینترنتی

[www. ravan-p.com](http://www.ravan-p.com)

گروه درمانی معتادان

مؤلفان: دکتر مری ماردن ولاسکوئز، گیلین گدی ماورر، کتی کراویچ، و دکتر کارلو سی. دیکلمنتی

مترجمان: دکتر رحمت‌اله نورانی‌پور، مجید قربانی

ناشر: نشر روان

نوبت چاپ: اول، بهار ۱۳۸۵

لیتوگرافی و چاپ: طیف نگار

صحافی: دیدآور

شمارگان: ۱۱۰۰ تعداد صفحات: ۲۷۲ صفحه

قیمت: ۲۵۰۰۰ ریال

شابک: ۹۶۴ - ۸۳۲۵ - ۲۲ - ۸ ISBN : 964 - 8345 - 22 - 8

مرکز پخش: تهران - خیابان زرتشت غربی، بین خیابان پنجم و ششم، پلاک ۱۱۵

تلفن: ۸۸۹۷۳۳۵۸ - ۹ تلفکس: ۸۸۹۶۲۷۰۷

مقدمه مترجمان

سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار^۱ یکی از بارزترین آسیب‌های روانی - اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباه سازد. سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. درهم‌پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این گرفتاری و معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان و در تمام کشورها محسوب می‌شود (جی. ج. باتوین^۲، ۲۰۰۰). به ندرت کشوری را در روی کره زمین می‌توان پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار درگیر نباشد (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۷). بر طبق آمارهای غیررسمی دولتی بین ۱/۵ تا ۴/۵ میلیون نفر از مردم ایران مبتلا به سوء مصرف مواد یا اعتیاد به آن هستند.

سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار آثار مخرب جسمانی (مثل بیماری‌های گوارشی، قلبی، تنفسی، عصبی، ایدز، مجروح شدن و در برخی مواقع مرگ)، روانی (مثل استرس، اضطراب، دلهره، افسردگی، بی‌قراری، پریشانی و فراموشی)، خانوادگی (مانند اختلاف و کشمکش با اعضای خانواده، ارتباط ناسالم با افراد خانواده، سوء استفاده و تجاوز جنسی، خیانت، دعوا و کتک‌کاری، طلاق و جدایی)، شغلی (مانند تأخیر و غیبت در محل کار، اخراج، و بیکاری)، مالی (مثل بدهکاری، ورشکستگی، فقر و تنگدستی)، اجتماعی (مانند طرد، انزوا و گوشه‌گیری، از دست دادن دوستان، بی‌ارزشی، نداشتن احترام، تنهایی و بی‌کسی)، اخلاقی (دروغ‌گویی و تهمت، زنا) دارد و باعث ارتکاب خلاف، جرم و جنایت (مثل تجاوز و سوء استفاده جنسی، تقلب، دزدی، رشوه‌خواری، کلاهبرداری و قتل) می‌شود.

سوء مصرف و وابستگی و اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار، نه تنها افراد را از فعالیت تولید بهینه، کارآیی و اقدامات مثبت و سازنده باز می‌دارد، بلکه باعث از بین بردن نیرو، انرژی، وقت و

۱- مشروبات الکلی، تریاک و مشتقات آن، گیاه شاهدانه و مشتقات آن (حشیش، بنگ، ماری‌جوانا) کوکائین، هروئین، باربی‌توراتها، مواد توهم‌زا، LSD، آمفتامین‌ها، بنزودیازپین‌ها، آرام‌بخش‌ها، خواب‌آورها، استروئید، فن‌سیکلیدین (PCP)، اکستازی، دخانیات و ...

منابع و امکانات جامعه در جهت برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات و فعالیت‌های مثبت و ثمربخش می‌شود. علاوه بر این، هزینه‌های سنگین و سرسام‌آوری را بر فرد، خانواده، مؤسسات درمانی و بهداشتی (برای پیشگیری و درمان) و سازمان‌ها و دستگاه‌های انتظامی و قضایی (برای کشف، دستگیری، بازپرسی، زندانی کردن و اعمال سایر مجازات‌ها در مورد تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان و مصرف‌کنندگان) تحمیل می‌کند.

آثار و نتایج منفی، زیانبار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا افراد معنادار و خانواده‌های آنان و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان بالینی و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند.

به نظر اکثر متخصصان، درمان افراد وابسته یا معنادار به مصرف مواد چه به صورت سرپایی یا بستری، مشاوره و درمان گروهی و شرکت در فعالیت‌های گروهی دیگر، مثل شرکت در گروه‌های الکلی‌های بی‌نام، گروه‌های معنادار به مواد بی‌نام یک عنصر اساسی در درمان به شمار می‌رود. به نظر کافمن^۱ در مشاوره و درمان گروهی خصوصیات و وجود دارد که به فرایند تغییر رفتار کمک می‌کند. برخی از این خصوصیات به شرح زیر است:

● بسیاری از مشکلات یا نقص‌های مربوط به مهارت‌ها که با سوء مصرف مواد همراه است، ماهیت بین اشخاصی^۲ دارند و بافت گروه، یک موقعیت واقعی و در عین حال امن، برای تمرین و کسب مهارت‌های اجتماعی تازه یا تقویت این مهارت‌ها فراهم می‌کند (چینی^۳، ۱۹۸۹؛ فلورز^۴، ۱۹۸۸، مانتی، آبرامز، کدن، و کونی^۵، ۱۹۸۹).

● جنبه‌های اساسی مهارت‌های اجتماعی بویژه ایفای نقش، تمرین و بازخورد به صورت نیرومندتر در موقعیت‌های گروهی رخ می‌دهد. اغلب مراجعانی که برای درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند، چون مصرف مواد در سال‌های متمادی باعث ایجاد نقص‌هایی در مهارت‌های اجتماعی آنان (در محل‌هایی غیر از محل‌های مصرف مواد) شده است، لذا این مراجعان احتیاج به فرصت‌هایی دارند تا این مهارت‌ها را از نو یاد بگیرند و تمرین کنند و مشاوره گروهی فرصت خوبی برای آنان فراهم می‌کند.

تعدادی از جنبه‌های مشاوره و درمان گروهی از جمله امیدوار شدن به امکان غلبه بر مشکل

1. Kaufmann

2. interpersonal

3. Chaney

4. Flores

5. Mont, Abrams, Kadden, & Cooney

سوء مصرف مواد، به دست آوردن اطلاعات، آگاهی از اینکه دیگران هم مشکلی دارند، کاهش احساس انزوا، نوع دوستی یا کمک کردن به دیگران در حل مشکلات، تغییر مفاهیم نادرست درباره خود، پرورش فنون اجتماعی شدن، یادگیری فنون و مهارت‌های برقراری روابط اجتماعی با دیگران، الگوسازی رفتارهای مناسب، فراهم شدن فرصت‌هایی برای جبران تجربیات خانوادگی، باعث ایجاد تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری می‌شود (براون و یلوم^۱؛ ۱۹۹۷؛ فلورز، ۱۹۸۸؛ وینسلی^۲، ۱۹۹۲؛ یلوم، ۱۹۹۵).

- مدل قرار دادن کسی که تا اندازه‌ای از مراجع قوی‌تر است احتمالاً تأثیر بیشتری از مدل قرار دادن مشاور دارد. تمرین کردن با همگنان و دریافت بازخورد از آنان احتمالاً از درمان فردی واقعی‌تر است و ممکن است باعث تغییر رفتار شود.
- گروه برای مراجعان معنادار فرصتی فراهم می‌کند تا شبکه‌های اجتماعی خود را تغییر دهند و در نتیجه سیستم حمایتی بامعنی‌تری به دست آورند که باعث افزایش فرایند بهبود خواهد شد.
- گروه فرد را به پای‌بندی و تعهد برای بهبودی جهت می‌دهد و حمایت می‌کند. این تعهد در جریان تغییر رفتار و دستیابی سبک زندگی بدون مصرف مواد و مشروبات، مهم و اساسی تلقی می‌شود.
- گروه موقعیت‌هایی را برای سهم شدن در نظرها و احساسات، شناسایی موقعیت‌های استرس‌آور و خیلی خطرناک، بازسازی شناختی، یادگیری مهارت‌های مقابله با کمرویی، یادگیری مهارت‌های حل مسئله و ابراز وجود فراهم می‌کند (لوئیس، دانا، و بلوینز^۳، ۲۰۰۲).

به‌رغم آثار و مزایای برشمرده در فوق برای مشاوره و گروه‌درمانی معنادان، منابع زیادی به زبان فارسی در این زمینه وجود ندارد؛ لذا تصمیم گرفته شد تا کتاب حاضر را که از منابع کاربردی معتبر، ارزنده و جدید در مشاوره گروهی و گروه‌درمانی معنادان به شمار می‌رود و توسط متخصصان برجسته‌ای همچون دکتر کارلو، سی. دیکلمنتی^۴ استاد و مدیر گروه روان‌شناسی دانشگاه مریلند^۵ که کتاب‌ها و مقالات متعددی در زمینه درمان اعتیاد نوشته است و تحقیقات زیادی در این زمینه انجام داده و به عنوان مشاور مؤسسات کشوری سوء مصرف مواد و الکل و همچنین درمانگر در مراکز درمان سوء مصرف مواد خصوصی و دولتی خدمت کرده است و برای متخصصانی که با مراجعان معنادار کار می‌کنند، نوشته شده، ترجمه کنیم و در اختیار روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی که به درمان و مشاوره افراد معنادار اشتغال دارند، قرار دهیم تا شاید قدم کوچکی در کمک به معناداران و خانواده‌های آنان و برطرف کردن این بلای خانمان‌سوز و مخرب در کشورمان ایران برداشته باشیم.

کتاب شامل معرفی مختصر مؤلفان، پیشگفتار، دیباچه، و سه بخش است که بخش سوم آن توسط مجید قربانی و بقیه آن توسط رحمت‌اله نورانی‌پور ترجمه شده است.

از خانواده‌های خود که با صبر و حوصله و بردباری ما را در ترجمه این کتاب یاری کرده‌اند، سپاسگزاریم و از مؤسسه نشر روان، بویژه جناب آقای شمس که وسیله انتشار آن را فراهم کرده است، قدردانی می‌کنیم. در ضمن از سرکار خانم منصوره خاnlری که زحمت حروفچینی و صفحه‌آرایی کتاب را به عهده داشته‌اند، سپاسگزاریم. در ترجمه کتاب سعی شده است تا از معادل‌های مناسب برای اصطلاحات و مفاهیم استفاده شود و با رعایت امانت مطالب به صورت روان و رساتر ترجمه شود. در عین حال، کار خود را خالی از نقص نمی‌دانیم و از خوانندگان محترم تقاضا داریم که نواقص و اشکالات را به ما یادآوری کنند تا در چاپ‌های بعدی اصلاح شود.

مترجمان

رحمت‌اله نورانی‌پور

مجید قربانی

تابستان ۱۳۸۴

معرفی مختصر مؤلفان

دکتر مری ماردن ولاسکونز^۱ دانشیار گروه پزشکی خانواده و جامعه در دانشکده پزشکی دانشگاه تکزاس در هوستون است. دکتر ولاسکونز در حوزه‌های روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی سلامتی، و سلامت عمومی دارای تجربه و آموزش است. در طی پانزده سال گذشته او به نظریه‌پردازی، طراحی و اجرای بسیاری از مطالعاتی که مدل فرانظریه‌ای (TTM)^۲ تغییر رفتار را به کار می‌برد، اشتغال داشته است. کارهای اخیر دکتر ولاسکونز عبارتند از: پدید آوردن مداخلات مبتنی بر مرحله در زمینه‌های پیشگیری از ایدز (HIV)، سلامتی تنفسی، سلامتی قبل از تولد، سوء مصرف الکل، ترک سیگار و پیشگیری از سندرم الکل جنینی.

گیلین گدی ماورر^۳، دارای مدرک کارشناسی ارشد است. او در ده سال گذشته با مدل فرانظریه‌ای کار کرده است. او در حال حاضر عضو هیئت علمی بخش درمان و تحقیق اعتیاد در مرکز علوم تندرستی دانشگاه کلرادوست. او در حیطه سوء مصرف مواد در موقعیت‌های بالینی و تحقیقاتی با گروه‌های مختلفی از جمله رزم‌دیدگان، مجرمان تحت نظارت، معتادان بی‌خانمان دارای دو مشکل، زنان در معرض خطر آبستنی در حین مصرف الکل، نوجوانانی که در مراکز نگهداری دائمی درمان می‌شوند یا به صورت روزانه در مراکز درمان به سر می‌برند و مورد درمان قرار می‌گیرند، کار کرده است.

کتی کراوچ^۴، دارای مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی است. او مدیر پروژه تحقیقاتی افراد بی‌خانمان در هوستون تکزاس است. خانم کراوچ یک مددکار اجتماعی بالینی دارای پروانه است که در مؤسسات تحقیقاتی و مراکز درمان بستری و سرپایی کار کرده است. او مطالبی در زمینه بیماری روانی و سوء مصرف مواد در بین افراد بی‌خانمان را منتشر کرده است.

دکتر کارلو سی. دیکلمنتی^۵، استاد و مدیر گروه روان‌شناسی دانشگاه مریلند^۶ در حومه شهر بالتیمور^۷

1. Mary Marden Velasquez, Ph.D

2. transtheoretical model (TTM)

3. Gaylyn Gaddy Maurer

4. Cathy Crouch

5. Carlo C. Diclemente Ph.D

6. Maryland

7. Baltimore

است. دکتر دیکلمنتی با همکاری دکتر جیمز پروچاسکا^۱ مدل فرانظریه‌ای تغییر رفتار را تهیه و تدوین کرده است. او در طی ۲۰ سال گذشته، مقالات علمی زیاد و متعدد، کتاب‌ها، و فصلی از کتاب‌ها را که به بررسی تغییر رفتار انسان و کاربرد مدل فرانظریه‌ای در مورد رفتار گوناگون می‌پردازند، نوشته است. دکتر دیکلمنتی مدیریت یک برنامه درمان سرپایی معتادان به الکل براساس مدل فرانظریه‌ای (TTM) را برعهده داشته و به عنوان مشاور مؤسسه ملی سوء مصرف مواد، مؤسسه ملی سوء مصرف الکل و اعتیاد به الکل، و مرکز درمان سوء مصرف مواد و برنامه‌های درمانی خصوصی و دولتی خدمت کرده است. دکتر دیکلمنتی مؤلف مشترک یک کتاب خودیاری مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای به نام «تغییر همیشگی» و چندین کتاب تخصصی دیگر که این مدل را در مورد رفتارهای اعتیادی و تندرستی به کار می‌برند، بوده است. او این مدل را در کارگاه‌های آموزشی در ایالت متحده، کانادا، بریتانیای کبیر، اروپا، مکزیک و نیوزلند ارایه کرده است.

پیشگفتار

در طی سی سال گذشته مشکل است بتوان ابداع و ابتکاری را پیدا کرد که تأثیری چشمگیرتر از مدل تغییر رفتار فرانظریه‌ای (TTM) بر درمان اعتیاد گذاشته باشد. مدل فرانظریه‌ای که در ابتدا با توجه به تحقیقات اساسی بر روی استعمال‌کنندگان دخانیات به وجود آمد به سرعت گسترش یافت و در درمان مشکلات مصرف الکل و دیگر مواد به کار گرفته شد و از حیطة درمان اعتیاد هم بسیار فزاینده‌تر رفت و کاربرد وسیعی در روان‌درمانی، تأمین بهداشت و موقعیت‌های سازمانی پیدا کرد. در حال حاضر متخصصان درمان اعتیاد تقریباً به همان اندازه که با گروه‌های ۱۲ گام الکی‌های بی‌نام (AA) آشنا هستند با مدل فرانظریه‌ای هم آشنا شده‌اند.

تفکر و اندیشیدن راجع به اختلالات سوء مصرف مواد از سال ۱۹۶۰ تاکنون، بویژه در ایالات متحده، دستخوش تغییرات اساسی شده و مدل فرانظریه‌ای نقش مهمی در پیدایی و تحول مدل‌های جدید ایفا کرده است. کشیدن سیگار، خوردن مشروب، مصرف مواد، و قماربازی که زمانی به صورت پدیده‌های متفاوت و حتی غیر مرتبط تصور می‌شدند، امروزه به عنوان رفتارهای اعتیادی تلقی می‌شوند که شباهت آنها، بیشتر از تفاوت‌های آنهاست. مراحل، فرایندها و سطوح مشترک تغییر که در مدل فرانظریه‌ای توصیف شده است، نگرش و رفتارهای اعتیادی را به عنوان رفتارهای مشابه و مرتبط مورد تأیید قرار می‌دهد.

مدل فرانظریه‌ای (TTM) نقش مؤثری در تشویق متخصصان سلامتی رفتار برای پرداختن به درمان رفتار اعتیادی که زمانی حیطة اختصاصی کار مشاوران نیمه حرفه‌ای اعتیاد در دوران بهبودی در آمریکا بود، داشته است. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اکثراً دارای مشکلات فراوان روان‌شناختی، تندرستی و اجتماعی هستند که برخی از آنها به حق برای مراجع نگران‌کننده‌تر از مصرف مواد است. این مدل معمولاً باعث می‌شود تا شخص رفتار اعتیادی را به عنوان رفتاری تصور کند که به درمان‌ها و مداخلات بسیار متنوعی پاسخ می‌دهد.

مشاوره اعتیاد در دهه ششم قرن بیستم (دهه شصت) در ایالات متحده به خاطر استفاده نادرست از مفهوم روان‌پویایی مکانیزم‌های دفاعی بویژه جبران پیشرفت چندانی نکرده است. مراجعانی که حاضر نبودند آنچه را که متخصصان اعتیاد ارایه می‌کردند بپذیرند، غالباً مورد ملامت و سرزنش قرار می‌گرفتند،

مريض می‌شدند، یا به خاطر تغییر نکردن رفتارشان با آنها مقابله می‌شد. مدل فرانزیه‌ای (TTM) یک روش تفکر بسیار متفاوتی دربارهٔ انگیزش برای تغییر را ارائه می‌کند. تفکر، آمادگی و عمل گام‌های متوالی طبیعی به سوی تغییر رفتار پایدار تلقی می‌شوند. بنابراین، مدل فرانزیه‌ای به جای ملامت کردن مراجعان به خاطر بی‌انگیزه بودن، درمانگر را تشویق می‌کند تا مرحلهٔ کنونی تغییر مراجع را تشخیص دهد و مشاوره‌ای متناسب با سطح کنونی آمادگی او ارائه کند. از این رو، افزایش انگیزش مراجع برای تغییر بخشی از وظیفهٔ مشاور محسوب می‌شود و مسئولیت آنها تنها بر عهدهٔ مراجع نیست.

حالا موقعی که من مشغول نوشتن یا صحبت کردن دربارهٔ مدل درمان آمریکایی «بیماری» هستم برابم خوشحال و خشنودکننده است که می‌بینم گاهی اوقات مخاطبان متخصصی که تازه تربیت شده‌اند نمی‌توانند باور کنند که درمان اعتیاد روزی به این صورت تصور و عمل می‌شده است. به واقع، وقتی افراد به بررسی گذشتهٔ مرحلهٔ نگهداری می‌پردازند وضعیت زندگی در مرحلهٔ پیش از تفکر برای آنها شگفت‌آور و مسخره جلوه می‌کند.

در حیطهٔ (رشتهٔ) اعتیاد در آمریکا می‌توان دههٔ ششم قرن بیستم را مرحلهٔ پیش از تفکر، دههٔ هفتم قرن بیستم را مرحلهٔ تفکر، دههٔ هشتم قرن بیستم را مرحلهٔ آمادگی و دههٔ نهم قرن بیستم را به عنوان مرحلهٔ عمل در حرکت به سوی الگوی جدید تشخیص و درمان توصیف کرد. اگر این توصیف درست باشد، قرن بیست و یکم چالش‌های تازه‌ای را دربارهٔ نگهداری و پیشگیری مطرح می‌کند.

این کتاب از این بابت، کتابی است که به موقع تهیه و در دسترس متخصصان قرار گرفته است. مدل‌هایی که در ابتدا ساده تصور می‌شدند امکان دارد که با گذشت زمان پیچیده‌تر شوند. افرادی که به گروه‌های الکلی‌های بی‌نام (AA) راه یافته‌اند ممکن است با شور و اشتیاق یک نوآین و مطلق‌گرای بدون چون و چرا، کار خود را شروع کنند که این حالت به آنها در خلال دورهٔ اولیهٔ هشپاری کمک می‌کند، ولی پس از گذشت چندین سال ممکن است آنها درک عمیق‌تر و دقیق‌تری از برنامه‌های الکلی‌های بی‌نام (AA) و ۱۲ گام به دست آورند. در زمان حاضر، بسیاری از متخصصان اعتیاد می‌توانند مراحل تغییر مدل فرانزیه‌ای را نام ببرند و به اختصار آنها را شرح دهند، ولی موضوعی که کمتر با آن آشنا هستند و امری اساسی در مدل فرانزیه‌ای محسوب می‌شود، فرایندهای تغییر است. بسیاری از اوقات به کار بردن مدل فرانزیه‌ای ساده انگاشته شده است. چنانچه کاربرد این مدل این‌قدر ساده باشد، مداخلات همخوان با مرحله ممکن است تا سطح تشخیص مرحله و بیرون کشیدن دستورالعمل‌های مرتبط با آن تنزل پیدا کند.

تفاوت خوشایندی که در این منبع بالینی که توسط مری ماردن و لاسکوئز و همکارانش تهیه شد، مشاهده می‌شود، توضیح فرایندهای دهگانهٔ تغییرات است که عملاً فهرستی از راهکارهایی را ارائه می‌کند که با استفاده از آنها می‌توان طرح‌های تغییر انفرادی تهیه کرد. هرچند تمرکز این کتاب راهنما بر

روی مصرف مواد است، اما همانند مصاحبه انگیزشی این فرایند در مواردی غیر از درمان اعتیاد هم بخوبی قابلیت کاربرد دارد. این کتاب برای هدایت یک درمان گروهی جامع ۲۹ جلسه‌ای تدوین شده است، اما به واقع روش‌ها و تمرینات آن می‌تواند هم برای مشاوره فردی و گروهی مفید باشد و هم از قابلیت به کارگرفته شدن در دوره‌های درمانی کوتاه‌مدت‌تر و بلندمدت‌تر برخوردار باشد. این طرح که خیلی سازمان‌یافته و با ساختار است نقطه شروع مناسبی برای مشاورانی است که به تازگی کار با مدل فرآیندهای و درمان گروهی را آغاز کرده‌اند. درمانگران باتجربه‌تر ممکن است ترجیح دهند که این مفاهیم و راهکارها را به صورت انعطاف‌پذیرتری به کار ببرند. آنچه این کتاب به طور کل ارایه می‌کند، چارچوب نظری منسجمی برای تصمیم‌گیری راجع به انواع اقدامات در هنگام کمک به افراد، برای پیمودن مراحل تغییر است.

همچنین، مؤلفان مصاحبه انگیزشی را به عنوان یک شیوه بالینی با مدل خود ترکیب کرده‌اند و آن را در سراسر دوره درمان به کار می‌برند. ما همچنین تجربه‌ای را درباره ترکیب سبک مشاوره مراجع - مداری که بانیان آن کارل راجرز و همکارانش بوده‌اند، داشته‌ایم و موقعی که این شیوه با سبک‌های درمانی دیگر در طول درمان به کار رفته، نتایج مشاوره برای مراجعان بهبود پیدا کرده است. این کار مخالف نگرشی است که درمانگر یا مشاور سبک بالینی مصاحبه انگیزشی را تا پایان مرحله تفکر به کار می‌برد و بعد از آن سبک آموزشی دستورالعملی را جانشین آن می‌کند. البته این یک چالش بالینی است که در هنگامی که به صورت فعال همدلی کامل، خلوص و صداقت و احترام بدون قید و شرط را اعمال می‌کنید، درمان شناختی - رفتاری دستورالعملی را هم در درمان مورد استفاده قرار دهید و این همان چیزی است که به نظر من باید در درمان صورت بگیرد.

این کتاب یک شروع و آغاز است. رویکرد درمانی که در آن توصیف و بیان شده، کاملاً مشخص و روشن است و حال باید تأثیر آن بر نتایجی که عاید مراجع می‌شود، ارزیابی شود. بعد از مستندسازی اثربخشی این رویکرد، لازم است مطالعاتی درباره فرایندهای تغییر که هر نوع نتیجه قابل مشاهده بر اثر به کار بردن آنها حاصل می‌شود، صورت بگیرد. آیا به واقع مراجعانی که با این مدل درمان می‌شوند پیشرفت بیشتر و سریع‌تری در طی مراحل تغییر نشان می‌دهند؟ آیا چنین تغییراتی پیش‌بینی‌کننده تغییرات رفتاری پایداری هستند؟ آیا درمان اختصاصاً برای افرادی که در مراحل مشخصی از تغییر وارد درمان می‌شوند، مفید است؟ تأثیر جلسات ۲۹ گانه چگونه با اشکال کوتاه مدت‌تر آن مقایسه می‌شود و آیا همین رویکرد اصلی را می‌توان در درمان فردی به کار برد؟ آیا مراجعان می‌توانند در هر مرحله از کار گروه وارد آن شوند یا باید از همان ابتدا بر اساس برنامه تنظیم‌شده گروه وارد آن شوند؟ درمانگران با استفاده از این روش درمان چقدر موفق‌تر خواهند بود؟

در ضمن، این کتاب راهت‌ما، گام معقول بعدی را که در تبدیل نظریه و تحقیق مدل فرآیندهای به رویکرد درمان مصرف مواد برداشته شده است، نشان می‌دهد. این کتاب فقط کاربرد مراحل تغییر را بیان

نکرده است، بلکه کاربرد فرایندهای تغییر را هم شرح داده است و این آن چیزی است که بیش از هر چیز دیگر توجه مرا به خودش جلب کرده است؛ چون بحث فرایندهای تغییر کمک مشخص این رویکرد به حیطه درمان اعتیاد به شمار می‌رود.

دکتر ویلیام آر. میلر

استاد نمونه روان‌شناسی و روان‌پزشکی دانشگاه نیومکزیکو

www.ketab.ir

فهرست مطالب

۱	درباچه
بخش اول: چگونگی کمک به افراد برای تغییر کردن	
۹	فصل اول: افراد چگونه تغییر می‌کنند: مدل فرانظریه‌ای
۹	مرور و بررسی مدل فرانظریه‌ای
۱۲	اقدام درست در زمان مناسب
۱۴	سیر در مراحل تغییر
۱۷	چگونه فرایندهای تغییر، پیمودن مراحل تغییر را تسهیل می‌کند
۲۱	تفاوت‌های بین فرایندهای تغییر و فنون
۲۱	انطباق این کتاب با نیازهای شما
۲۳	فصل دوم: راهکارهای تسهیل تغییر
۲۳	رویکرد انگیزشی
۲۴	اصول مصاحبه انگیزشی
۲۵	استفاده از مصاحبه انگیزشی به منظور افزایش فایده فرایندهای تغییر
۲۷	راهکارهای انگیزشی
۲۸	بررسی اجمالی فنون
۳۵	فصل سوم: ساختار کلی درمان: طراحی و اجرا
۳۶	چه کسی باید این نوع درمان را انجام دهد؟
۳۷	این درمان برای چه موقعیت‌هایی مناسب است؟
۳۷	اندازه گروه، تعداد جلسات و مدت جلسه پیشنهادی
۳۸	سنجش و جداسازی مراجعان در موقع پذیرش

۴۲	شاکله جلسه
۴۴	یادآوری مختصر برای کار گروهی
۴۶	نتیجه گیری

بخش دوم : تفکر درباره تغییر مصرف مواد

مجموعه (توالی) پ / ت / آ: پیش از تفکر - تفکر - آمادگی

۴۹	جلسه اول پ / ت / آ: مراحل تغییر
۴۹	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۵۸	جلسه دوم پ / ت / آ: یک روز زندگی
۵۸	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۶۳	جلسه سوم پ / ت / آ: تأثیرات بدنی الکل
۶۳	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۷۳	جلسه چهارم پ / ت / آ: تأثیرات بدنی مواد (داروها)
۷۳	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۸۳	جلسه پنجم پ / ت / آ: انتظارات
۸۳	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۸۸	جلسه ششم پ / ت / آ: اظهارات مربوط به نگرانی
۸۸	اهداف فرایند تغییر: بازاریابی خود، تسکین و آرامش هیجان انگیز
۹۳	جلسه هفتم پ / ت / آ: ارزش ها
۹۳	هدف فرایند تغییر: بازاریابی خود
۹۸	جلسه هشتم پ / ت / آ: جنبه های مثبت و منفی
۹۸	هدف فرایند تغییر: توازن تصمیم گیری
۱۰۶	جلسه نهم پ / ت / آ: روابط
۱۰۶	هدف فرایند تغییر: بازاریابی محیطی
۱۱۳	جلسه دهم پ / ت / آ: نقش ها
۱۱۳	هدف فرایند تغییر: بازاریابی محیطی
۱۱۸	جلسه یازدهم پ / ت / آ: وسوسه و اعتماد به نفس
۱۱۸	هدف فرایند تغییر: خودکارآمدی
۱۲۵	جلسه دوازدهم پ / ت / آ: حل مسأله
۱۲۵	هدف فرایند تغییر: خودکارآمدی
۱۳۱	جلسه سیزدهم پ / ت / آ: تعیین یک هدف و آماده شدن برای تغییر
۱۳۱	هدف فرایند تغییر: آزادسازی خود
۱۳۸	جلسه چهاردهم پ / ت / آ: مرور کردن جلسات و پایان دادن به گروه

بخش سوم: ایجاد تغییرات در مصرف مواد

مجموعه (توالی) ع / ن: عمل - نگهداری

۱۴۷	جلسه اول ع / ن: مراحل تغییر
۱۴۷	هدف فرایند تغییر: افزایش آگاهی
۱۵۶	جلسه دوم ع / ن: شناسایی «برانگیزاننده‌ها»
۱۵۶	هدف فرایند تغییر: مهار محرک
۱۶۱	جلسه سوم ع / ن: مدیریت استرس
۱۶۱	هدف فرایند تغییر: شرطی‌سازی تقابلی
۱۶۹	جلسه چهارم ع / ن: پاداش دادن به موفقیت‌هایمان
۱۶۹	هدف فرایند تغییر: مدیریت تقویت
۱۷۵	جلسه پنجم ع / ن: ارتباط مؤثر
۱۷۵	اهداف فرایند تغییر: شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۱۸۱	جلسه ششم ع / ن: رد کردن‌های مؤثر
۱۸۱	اهداف فرایند تغییر: شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۱۸۷	جلسه هفتم ع / ن: مدیریت انتقاد
۱۸۷	اهداف فرایند تغییر: شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۱۹۲	جلسه هشتم ع / ن: کنترل افکار
۱۹۲	اهداف فرایند تغییر: مهار محرک، شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۱۹۹	جلسه نهم ع / ن: مهار ولع‌ها و اشتیاق‌ها
۱۹۹	اهداف فرایند تغییر: مهار محرک، شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۲۰۵	جلسه دهم ع / ن: روش‌های جدید لذت بردن از زندگی
۲۰۵	اهداف فرایند تغییر: مهار محرک، شرطی‌سازی تقابلی و مدیریت تقویت
۲۱۱	جلسه یازدهم ع / ن: تهیه یک طرح عمل
۲۱۱	هدف فرایند تغییر: آزادسازی خود
۲۱۸	جلسه دوازدهم ع / ن: تعهدسازی مجدد بعد از وقوع یک لغزش
۲۱۸	هدف فرایند تغییر: آزادسازی خود
۲۲۴	جلسه سیزدهم ع / ن: حمایت اجتماعی
۲۲۴	هدف فرایند تغییر: روابط یاورانه
۲۳۰	جلسه چهاردهم ع / ن: شناسایی نیازها و منابع
۲۳۰	هدف فرایند تغییر: آزادسازی اجتماعی
۲۳۸	جلسه پانزدهم ع / ن: مرور کردن جلسات و پایان دادن به گروه
۲۳۸	اهداف فرایند تغییر: خودکارآمدی و مدیریت تقویت
۲۴۵	ضمیمه