

سرشناسه: جانگسما، آرتور، ۱۹۴۳ - م. (Jongsma, Arthur E.) عنوان و پدیدآور: روان‌درمانی نوجوانان / راهنمای گام به گام درمان مشکلات روانی نوجوانان - نویسندگان آرتور ای. جانگسما، آل. مارک پیترسون، ویلیام پی. مک‌اینیز؛ مترجمان حمیدرضا آقامحمدیان، علی‌کیمیایی، ویراستاری گروه علمی رشد. مشخصات نشر: تهران: رشد، ۱۳۸۶. مشخصات ظاهری: ۳۶۸ ص. شابک: 978-964-7537-36-0 یادداشت: فیپا

یادداشت: عنوان اصلی: The adolescent psychotherapy treatment planner

عنوان دیگر: راهنمای گام به گام درمان مشکلات روانی نوجوانان موضوع: نوجوانان - روان‌درمانی - دستنامه‌ها. شناسه افزوده: پیترسون، مارک شناسه افزوده: Peterson, L. Mark شناسه افزوده: مک‌اینیز، ویلیام شناسه افزوده: Mc Innis, William P. شناسه افزوده: آقامحمدیان، حمیدرضا، ۱۳۴۴ - مترجم شناسه افزوده: کیمیایی، علی، ۱۳۴۵ - مترجم رده‌بندی کنگره: ۹۱۳۸۵ ر ۲ ج ۳ / RJ۵۰۳ رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴ شماره کتابخانه ملی: ۸۵-۴۴۶۰۱

روان‌درمانی نوجوانان

(راهنمای گام به گام درمان مشکلات روانی نوجوانان)

نویسندگان

آر تور ای. جانگسما - ال. مارک پیترسون - ویلیام پی مک‌اینیز

مترجمان

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر سیدعلی کیمیایی

استادیار مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد

ویراستاری: گروه علمی رشد



انتشارات رشد

تهران - ۱۳۸۶

روان‌درمانی نوجوانان

(راهنمای کام به کام درمان مشکلات روانی نوجوانان)

نویسندگان:

آرتور ای. جانگسما - ال. مارک پیترسون - ویلیام پی مک‌اینیز

مترجمان:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان (دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد)

دکتر سیدعلی کیمیایی (استادیار مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد)

نوبت چاپ: اول، ۱۳۸۶ - شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

حروفچینی: ماندگار - صفحه‌آرا: صبورا شمسائی

لیتوگرافی: آرمانسا - چاپ و صحافی: آراین

مدیر تولید: مختار صحرانی



انتشارات رشد

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری، (بین خ دانشگاه و خ ابوریحان)، شماره ۸۹، تلفن: ۶۶۴۰۳۴۰۶

فروشگاه: خیابان انقلاب، روبروی در اصلی دانشگاه تهران، شماره ۱۳۶۶، تلفن: ۶۶۳۹۸۳۸۶ - دورنگار: ۶۶۴۹۷۱۸۱

تهران - ۱۳۸۶

فهرست

۷	مقدمه مترجمان
۱۱	دبیاچه
۱۳	مقدمه
۱۴	مزیت طرح درمانی
۱۷	نحوه تدوین طرح درمانی
۲۱	نحوه استفاده از این کتاب
۲۲	یادداشت پایانی
۲۳	طرح درمانی نمونه
۲۶	خلاصه
۲۷	افت تحصیلی
۳۹	فرزند خواندگی
۴۹	کنترل خشم
۶۳	اضطراب
۷۳	اختلال کم توجهی / بیش فعالی
۸۷	اوتیسم / اختلال رشدی فراگیر
۹۷	خانواده مختلط
۱۰۹	وابستگی به مواد شیمیایی

۱۲۳	اختلال سلوک / بزهکاری
۱۳۷	افسردگی
۱۴۷	واکنش نسبت به طلاق
۱۶۱	اختلال خوردن
۱۷۱	مشکل حل نشده سوگ / فقدان
۱۸۳	عزت نفس پایین
۱۹۵	شیدایی / شیدایی خفیف
۲۰۳	بیماری جسمانی
۲۱۱	عقب‌ماندگی ذهنی
۲۲۱	اختلال نافرمانی - لجبازی
۲۳۳	تعارض با خواهران و برادران یا همسالان
۲۴۵	قربانی سوء رفتار جسمی یا عاطفی شدن
۲۵۵	اختلال فشار روانی پس‌آسیبی
۲۶۳	روان‌پریشی‌گرایی
۲۷۱	فرار
۲۸۱	فردی که مرتکب سوءاستفاده جنسی می‌شود
۲۹۵	قربانی سوءاستفاده جنسی شدن
۳۰۵	برون‌ریزی جنسی
۳۱۳	گم‌گشتگی هویت جنسی
۳۲۱	هراس اجتماعی / کم‌رویی
۳۳۳	هراس خاص
۳۴۳	قصد / اقدام به خودکشی
۳۵۱	ضمیمه الف
۳۵۹	ضمیمه ب

مقدمه مترجمان

دوره نوجوانی که وجه مشخصه آن بلوغ^۱ است، یکی از مهم‌ترین، حساس‌ترین و در عین حال سرنوشت‌سازترین دوره‌های زندگی انسان به شمار می‌رود. چرا که، مرحله انتقال از دوره کودکی به دوره بزرگسالی است. این دوره همراه است با تغییرات فیزیولوژیکی سریع، دستیابی به تفکر انتزاعی، عدم تعادل و بی‌ثباتی خلق، نگرانی در مورد آینده، مسئولیت‌پذیری، تلاش برای کسب تأیید دیگران و به خصوص همسالان، حالات رؤیایی و خیال‌پردازی. این همه تحول، ضمن اینکه می‌تواند به رشد طبیعی نوجوان کمک نماید، می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات رفتاری، شناختی و عاطفی نیز در آنان باشد.

این مشکلات به خصوص زمانی که با عوامل آسیب‌زای دیگری همچون؛ عضویت در گروه همسال نامناسب، طلاق و جدایی والدین، دل‌بستگی نایمن، فوت نزدیکان به خصوص اعضای خانواده، ازدواج مجدد پدر، هویت جنسی نامشخص، سوء مصرف مواد، فرار از مدرسه، قوانین

بی ثبات والدین، والدین رهاکننده و یا غفلت‌کننده، بیماری‌های روانی والدین، خانواده آشفته، فقدان انگیزش، مشکلات قانونی و جنایی والدین و... همراه شود، قطعاً سازگاری نوجوان را به مخاطره انداخته و فرایند طبیعی گذر از این دوره را با چالش‌های جدی روبه‌رو خواهد ساخت. همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات در دوره نوجوانی به نوع رفتار والدین، تربیت آن‌ها، نوع کنترل، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و میزان ایجاد انگیزش به منظور رشد عقلی، هیجانی و عاطفی در دوران کودکی نیز ارتباط مستقیم دارد. بنابراین، نوجوان سالم و سازگار فردی است که در کودکی سالم و سازگار بوده است. قدر مسلم این فرد در دوره نوجوانی به احساس مثبت و ثباتی از هویت، تحصیل و نهایتاً شغل خواهد رسید که تکالیف اصلی این مرحله از رشد انسان است.

از این رو، تأکید اولیه مشاوران، روان‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت بر پیشگیری اولیه است تا درمان مشکلات به وجود آمده در مرحله بعد. اما باید به این واقعیت توجه داشت که علی‌رغم تلاش والدین، مربیان، معلمان و اولیای امور، بروز مشکلات در مرحله نوجوانی اجتناب‌ناپذیر است، لذا ضروری است تا مهم‌ترین آن‌ها شناسایی و با ارائه راهکارهای علمی در زمینه حل آن‌ها، اقدامات درمانی ضروری و مناسب انجام شود.

کتابی که پیش رو دارید، برای دستیابی به هدف مذکور تلاش کرده تا شایع‌ترین و مهم‌ترین مشکلات دوره نوجوانی را شناسایی، آنگاه تعریف جامعی از آن‌ها ارائه و هدف‌های بلندمدتی برای درمان آن‌ها پیشنهاد کند. سپس با جزء جزء کردن اهداف بلندمدت، هدف‌های کوتاه‌مدتی برای آن ارائه و بعد از آن، برای هر کدام از آن‌ها راهکارهای درمانی متناسبی ارائه و در پایان تشخیص‌های پیشنهادی را مطرح کند.

در ارائه مداخله‌های درمانی، نویسندگان به سمت رویکرد درمانی خاصی گرایش ندارند و با توجه به نوع مشکل از رویکردهای روان‌تحلیلی، شناختی، رفتاری، خانواده‌درمانی، بازی درمانی، هنر درمانی و... استفاده می‌کنند و فنون درمانی هر رویکرد را برای ۳۰ مشکل مهم دوره نوجوانی پیشنهاد می‌دهند.

با این وجود، از آنجاکه هر موقعیت درمانی در کار مشاوره با نوجوانان منحصر به فرد است، دو موضوع را نباید از یاد برد؛ اول آنکه با توجه به گستردگی حوزه کار با نوجوانان این احتمال وجود دارد که کتاب حاضر به برخی از مشکلات این دوره نپرداخته باشد، لذا دست‌اندرکاران این حوزه می‌توانند با استفاده از الگوی طرح‌ریزی شده در این کتاب به برنامه‌ریزی طرح درمانی خاصی

اقدام کنند. دوم آنکه لازم نیست تمامی راهکارها و راهبردهای درمانی ارائه شده در مورد هر مشکل برای هر نوجوانی به اجرا درآید، بلکه می‌توان با انتخاب تعداد خاصی از آن‌ها به نتیجه مورد نظر دست یافت و در صورت نیاز به سراغ سایر موارد رفت.

مترجمان با توجه به سال‌ها تدریس و کار عملی مشاوره و روان‌درمانی، کتاب حاضر را یکی از کاربردی‌ترین منابع که فقط اختصاص به دوره نوجوانی دارد، می‌دانند و آن را به کلیه مشاوران، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پزشکان، روان‌پرستاران و سایر دست‌اندرکاران حوزه بهداشت روان پیشنهاد می‌دهند. دانشجویان این رشته نیز می‌توانند به کمک اساتید راهنمای خود در درس، درمان، سمینار، تمرین مشاوره در آزمایشگاه، کارورزی و... از این کتاب بهره فراوان ببرند. قضاوت در مورد کارایی این کتاب را به خوانندگان خردمند وامی‌گذاریم.

در پایان مترجمان بر خود فرض می‌دانند تا از زحمات کلیه صاحب نظرانی که در تدوین و چاپ این اثر نقش داشتند، به خصوص آقای دکتر گلزاری، مسئول محترم انتشارات رشد و جناب آقای مختار صحرایی مدیر محترم انتشارات رشد، تشکر و قدردانی نمایند. از خوانندگان دست‌اندرکاران حرفه‌های یاری‌بخش نیز تقاضا داریم ما را از راهنمایی‌ها و نظرات ارزنده خود محروم نسازند.

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی

دکتر سیدعلی کیمیایی

استادیار مشاوره دانشگاه فردوسی

به هستی یزدان گواهی دهیم
روان را به دین آشنایی دهیم

دیباچه

کتاب راهنمای گام به گام روان‌درمانی نوجوانان^۱، چاپ دوم و تخصصی‌تر کتاب راهنمای گام به گام روان‌درمانی کودکان و نوجوانان^۲ است که به عنوان دومین کتاب از مجموعه راهنمای گام به گام متخصصان، در سال ۱۹۹۶ توسط انتشارات وایلی^۳ منتشر شد. کتاب اصلی مورد استقبال گسترده جامعه حرفه‌ای قرار گرفته است و اکنون، کانون توجه این کتاب را منحصرأ به درمان نوجوانان محدود کرده و تعداد فصولی که به مشکلات بالینی اختصاص دارند و موضوع آن‌ها صرفاً به بیماران نوجوان مربوط است را افزایش داده‌ایم. همچنین، کلیه هدف‌ها و مداخله‌های درمانی ارائه شده نیز متناسب با نیازهای نوجوانان، و نه کودکان، طراحی شده‌اند.

هر فصلی هم که برگرفته از کتاب اصلی است، از نظر سازمان‌دهی مورد تجدید نظر قرار گرفته و با افزودن هدف‌ها و مداخله‌هایی که برای درمان نوجوانان مناسب هستند، گسترش یافته است. هشت فصل جدید در زمینه مسائل مربوط به فرزندخواندگی، کنترل خشم، تعارض در خانواده مختلط، واکنش نسبت به طلاق، گم‌گشتگی هویت جنسی، بیماری جسمانی، اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، و برون‌ریزی جنسی، به این کتاب اضافه شده است. اگرچه بین این کتاب و کتاب جدید راهنمای گام به گام روان‌درمانی کودکان همپوشی‌هایی وجود دارد، اما نه فصل، کاملاً منحصر به این کتاب است، و تمام

1. The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner

2. The Child and Adolescent Psychotherapy Treatment Planner.

3. Wiley

فصل‌هایی که با کتاب فوق همپوشی دارد، با این دید که مراجع یک فرد نوجوان است، مورد تجدید نظر قرار گرفته‌اند.

از زمانی که کتاب اصلی راهنمای گام به گام روان‌درمانی کودکان و نوجوانان منتشر شد تا کنون، چندین راهنمای گام به گام برای متخصصان تدوین کرده‌ایم. نسخه الکترونیکی این مجموعه نیز بر روی دیسک‌های فلاپی در دسترس است که امکان انتقال اطلاعات به نرم‌افزار ترااسکرایب ۱/۳/۰: دستیار رایانه‌ای راهنمای گام به گام روان‌درمانی یا ترااسکرایب ۳/۵: دستیار رایانه‌ای راهنمای گام به گام روان‌درمانی را نیز فراهم می‌آورد. همچنین، این سری کتاب‌ها، دارای چندین کتاب راهنمای گام به گام انجام تکالیف خانگی مربوط به روان‌درمانی نیز هستند که می‌توان آن‌ها را همراه با راهنمای گام به گام درمان یا به طور مستقل، مورد استفاده قرار داد. همچنین چندین کتاب منبع که دربردارنده اوراق و فرم‌های ثبت اطلاعات بالینی بیماران است، مجموعه راهنمای گام به گام را تکمیل می‌کند. تدوین مجموعه راهنمای گام به گام ثبت گزارش پیشرفت^۲ که به همراه راهنماهای گام به گام درمان به کار خواهند رفت، از جمله برنامه‌های آتی مؤلفان است.

جا دارد که از دیوید برگونیز^۳ - فوق لیسانس و متخصص بالینی - که با مراجعان مبتلا به معلولیت‌های رشدی کار می‌کند، به دلیل ارائه پیشنهادهایی در مورد اهداف و مداخله‌هایی برای مراجعان عقب مانده ذهنی، یاد کنیم. ما از توصیه‌های صادقانه و بسیار مهم وی، قدردانی می‌کنیم. همچنین، از جی. ام. اووسویج^۴ و میشل اورپت^۵ تشکر می‌کنیم که به ما اجازه دادند تا موضوع مهم گم‌گشتگی هویت جنسی در نوجوانی را از کتاب راهنمای گام به گام روان‌درمانی انحرافات جنسی^۶ آن‌ها، در این کتاب نقل کنیم.

باید از جنیفر بیرن^۷، دستیار توانایی که در راه تکمیل نسخه نهایی این کتاب به یادداشت‌های نامرتب و تجدید نظرهای ما، نظم بخشید، تقدیر و تشکر کنیم. جین^۸، صبر و فداکاری تو را نیز قدر می‌نهیم. این طرح، با بهره‌گیری از سازمان‌دهی کامل تو به جزئیات بی‌پایان و نوشته‌های بسیار فراوان، به انجام رسید. همچنین، از کلی فرانکلین^۹، سرویراستار انتشارات جان وایلی و پسران، به خاطر ویرایش مجموعه کتاب‌های راهنمای گام به گام و تشویق و ترغیب‌هایش در انتشار این مجموعه نیز قدردانیم. در پایان جا دارد، از همسران خود جودی^{۱۰}، چری^{۱۱} و لین^{۱۲} و همچنین از سایر اعضای خانواده‌های خود، به دلیل صبر و حمایت‌هایشان در طول اجرای این طرح، تقدیر کنیم.

1. TheraScribe 3.0 & 3.5

3. Berghuis, D.

5. Avriette, M.

7. Byrne, J.

9. Franklin, K.

11. Cherry

2. progressnate

4. Evosevich, J. M.

6. gay & Lesbian

8. Jen

10. Judy

12. Lynn

مقدمه

از اوایل دهه ۱۹۶۰ به بعد به تدریج طرح‌ریزی درمان به صورت رسمی به یکی از جنبه‌های اساسی مجموعه نظام ارائه خدمات مراقبت بهداشتی، اعم از بهداشت جسمانی، روانی، رفاه کودک، یا سوء مصرف مواد، بدل شده است. در دهه ۱۹۷۰، وقتی درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مؤسسات روانی و نهادهایی از این قبیل در پی کسب مجوز از نهادهایی چون کمیته مشترک اعطای مجوز به سازمان‌های خدمات بهداشتی (JCAHO)^۱ برآمدند تا بدین وسیله از صلاحیت دریافت حق بیمه شخص ثالث برخوردار شوند، روندی که در دهه ۱۹۶۰ در بخش پزشکی آغاز شده بود، به بخش بهداشت روان نیز راه یافت. اکثر تأمین‌کنندگان خدمات درمانی مجبور بودند به منظور کسب مجوز، مهارت‌های خود را در حیطه مستند ساختن طرح‌های درمانی، افزایش دهند. پیش از این، اغلب تأمین‌کنندگان خدمات درمانی در حوزه بهداشت روانی و درمان سوء مصرف مواد، در بهترین شرایط، برنامه‌ای «ساده» داشتند که در مورد تمام افراد تحت درمان، یکسان به نظر می‌رسید. در نتیجه، مراجعان مطمئن نبودند که در تلاش‌های درمانی، چه

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

نتایجی به دست خواهند آورد. هدف‌های کلی مبهم بود. هدف‌های جزئی مطرح نبودند و مداخله‌های صورت گرفته برای همه مراجعان یکسان بود. داده‌های مربوط به پیامد درمان قابل اندازه‌گیری نبودند و تأمین‌کنندگان خدمات درمانی و مراجعان، هیچ یک دقیقاً نمی‌دانستند که درمان چه موقع تکمیل خواهد شد. تدوین نخستین طرح‌های درمانی راه را جهت توجه به برخی از این مسائل هموار کرد.

با پیدایش مراقبت نظارت شده^۱ در دهه ۱۹۸۰، اهمیت طرح‌ریزی درمان باز هم بیشتر شد. نظام‌های مراقبت نظارت شده اصرار دارند که متخصصان بالینی، پس از ارزیابی مشکل، سریعاً به تدوین و اجرای طرح درمان، بپردازند. هدف اغلب شرکت‌های مراقب نظارت شده، تسریع فرایند درمان از طریق برانگیختن مراجع و درمانگر به تمرکز بر شناسایی و تغییر هرچه سریعتر مشکلات رفتاری است. طرح‌های درمانی باید با توجه به مشکلات و مداخلاتی که جهت حل آن‌ها صورت می‌گیرد، اختصاصی یعنی، متناسب با نیازها و اهداف شخصی مراجع، و قابل اندازه‌گیری باشند یعنی نقاط عطفی برای آن‌ها در نظر گرفته شود که با استفاده از آن‌ها بتوان پیشرفت مراجع را ارزیابی کرد. بنابراین، فشارهای موجود از سوی پرداخت‌کنندگان حق بیمه شخص ثالث، سازمان‌های اعطاکننده مجوز فعالیت، و دیگر نهادها، متخصصان بالینی را بیش از پیش ملزم ساخت تا نسبت به تدوین طرح‌های درمانی کارآمد و باکیفیت در یک چارچوب زمانی کوتاه اقدام نمایند. اما، بسیاری از تأمین‌کنندگان خدمات بهداشت روانی تجربه کمی در زمینه تدوین طرح درمان دارند. هدف ما از تألیف این کتاب، روشن کردن، ساده‌سازی، و تسریع فرایند طرح‌ریزی درمان است.

مزیت طرح درمانی

نوشتن طرح‌های درمانی به شیوه‌ای دقیق و مبسوط نه تنها برای مراجع، درمانگر، تیم درمان، صنعت بیمه، و مؤسسه درمانی، بلکه به طور کلی برای کل حرفه روان‌درمانی نیز مفید است. یک طرح درمانی مکتوب، از آن جهت برای مراجع مفید است که مسائل مطرح در فرایند درمان را بیان و تصریح می‌کند. درمانگر و مراجع، هر دو ممکن است به سادگی، از مسائلی که سبب شده مراجع در پی درمان برآید، غافل شوند. طرح درمان، رهنمودی است که هدف قرارداد درمانی را بیان می‌کند. از آنجا که ممکن است با پیشرفت درمان مسائل تغییر کنند، طرح درمانی

را باید نوشته پویایی در نظر گرفت که می‌تواند و باید به روز باشد تا هر تغییر اساسی را که در مشکل، تعریف، هدف کلی، هدف جزئی، یا مداخله پدید می‌آید، منعکس کند.

مراجعان و درمانگران، از طرح درمان سود می‌برند چرا که آن‌ها را وای دارد درباره پیامدهای درمان بیندیشند. هدف‌های جزئی که با بیانی رفتاری و به شیوه‌ای قابل اندازه‌گیری بیان می‌شوند، به وضوح سبب تمرکز تلاش درمانی می‌شوند. مراجعان دیگر سرگردان نیستند که درمان در پی دستیابی به چه هدفی است. هدف‌های جزئی و روشن، برای مراجع این امکان را نیز فراهم می‌سازند تا تلاش خود را صرف ایجاد تغییرات خاصی کند که به هدف طولانی مدت حل مشکل خواهند انجامید. به این ترتیب، درمان، دیگر یک قرارداد مبهم نیست که هدف آن صرفاً گفتگوی صادقانه و صریح درباره هیجان‌ها و شناخت‌ها تا زمانی باشد که مراجع احساس بهبودی کند. هم مراجع و هم درمانگر، با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص، در پی دستیابی به هدف‌های جزئی خاصی هستند.

تأمین‌کنندگان خدمات درمانی از این بابت از طرح‌های درمانی سود می‌برند که آن‌ها را وادار می‌کند تا به صورت تحلیلی و انتقادی، درباره مداخله‌های درمانی که برای دستیابی به اهداف جزئی مراجع مناسب هستند، فکر کنند. در قدیم درمانگران، آموزش می‌دیدند که «پیرو مراجع» باشند، اما امروزه، یک طرح رسمی به فرایند درمان جهت می‌دهد. درمانگر باید پیشاپیش به فن، رویکرد، تکلیف، یا هدف پالایشی^۱ که اساس مداخله‌ها را تشکیل خواهند داد، توجه داشته باشد.

متخصصان بالینی نیز از مکتوب شدن فرایند درمان سود می‌برند زیرا با این کار از خود در برابر شکایت احتمالی مراجع، حمایت می‌کنند. تعداد شکایت‌ها علیه درمانگران هر روز زیادتر می‌شود، و حق بیمه نیز به سرعت رو به افزایش است. اولین طرح دفاع در برابر چنین شکایاتی، در اختیار داشتن یک پرونده بالینی کامل است که فرایند درمان در آن به تفصیل توضیح داده شده باشد. داشتن یک طرح درمانی مکتوب و رسمی برای هر یک از مراجعان که از سوی آن‌ها امضاء شده باشد به همراه یادداشت‌های مکتوب در زمینه پیشرفت درمان، ابزاری قوی جهت دفاع درمانگر از خود، در برابر ادعاهای اغراق‌آمیز یا نادرست است.

یک طرح درمان مناسب که در آن مشکلات کنونی فرد و راهبردهای مداخله‌ای به وضوح بیان شده است، اجرای برنامه درمانی از سوی اعضای تیم را در موقعیت‌های بستری^۲،

نگهداری^۱، یاسرپایی فشرده^۲ تسهیل می‌کند. ارتباط خوب بین اعضای تیم درباره‌ی رویکردی که باید اجرا شود و این که چه کسی مسئول انجام کدام راهبرد مداخله‌ای است، در این زمینه از ضرورت بسیار برخوردار است. از آنجا که گردهمایی‌های تیمی تنها منبع تعامل میان درمانگران برای بحث درباره‌ی درمان مراجع بود، اغلب اوقات، نتایج و تکالیف درمانی ثبت نمی‌شدند. امروزه در یک طرح درمانی کامل، جزئیات هدف‌ها و مداخله‌های گوناگونی (دارویی، اجتماعی، گروه درمانی، آموزشی، تفریحی، درمان فردی و غیره) که باید انجام گیرند و اینکه چه کسی آن‌ها را اجرا خواهد کرد، به روشنی و صراحت نوشته می‌شود.

هر سازمان یا مؤسسه‌ی درمانی، پیوسته در جستجوی یافتن روش‌هایی برای بالا بردن کیفیت و یکسان‌سازی نحوه‌ی ثبت اطلاعات بالینی است. تدوین یک طرح درمانی استاندارد و مکتوب که تعریف مشکلات، هدف‌های کلی، هدف‌های جزئی، و مداخله‌ها در آن لحاظ شده باشد و قرار دادن آن در پرونده‌ی مراجع، گامی است در جهت دستیابی هرچه بیشتر به هدف یکسان‌سازی پرونده‌ها. یکسان‌سازی پرونده‌ها کار بازرسان داخلی سازمان و نیز بازرسانی که از خارج سازمان جهت بررسی پرونده‌ها مراجعه می‌کنند را نیز تسهیل می‌نماید. بازرسانی که از خارج سازمان مراجعه می‌کنند، مانند JCAHO، بر پرونده‌هایی تأکید دارند که مسائل مربوط به ارزیابی، درمان، پیشرفت، و ترخیص به روشنی در آن‌ها بیان شده است.

وجود طرح درمانی مکتوب و گزارش‌های کامل در زمینه پیشرفت درمان، می‌تواند تا حدودی جوابگوی درخواست‌های مطرح شده از سوی پرداخت‌کنندگان حق بیمه و سازمان‌های حافظ سلامت^۳ (HMOs)، در باب پاسخگو بودن تأمین‌کنندگان خدمات درمانی باشد. اهمیت ارائه‌ی قراردادی درمانی که دربردارنده‌ی اهداف جزئی قابل اندازه‌گیری و مداخلات درمانی روشن و واضح باشد هر روز برای دستگاه‌های مراقبت نظارت شده، بیشتر و بیشتر می‌شود. در هر حال این حرکتی است که آغاز شده و متخصصان بالینی باید در برابر افرادی که خودشان درگیر فرایند درمان هستند، پاسخگو باشند.

حرفه‌ی روان‌درمانگری نیز از اهداف جزئی دقیق و قابل اندازه‌گیری جهت ارزیابی میزان موفقیت درمان، سود می‌برد. با تدوین طرح‌های درمانی مبسوط و دقیق، جمع‌آوری داده‌های مربوط به پیامد درمان در مورد مداخلاتی که در دستیابی به هدف‌های خاصی مؤثرند، آسان‌تر می‌شود.

1. residential

2. intensive outpatient

3. health maintenance organizations

نحوه تدوین طرح درمانی

فرایند تدوین طرح درمانی شامل یک سری مراحل منطقی است که همچون بنای یک ساختمان، به دنبال هم انجام می‌گیرند. اساس هر برنامه درمانی را داده‌هایی تشکیل می‌دهند که از طریق ارزیابی کامل زیستی-روانی-اجتماعی به دقت، جمع‌آوری می‌شوند. به مجرد این که مراجع برای درمان مراجعه می‌کند، متخصصان بالینی باید به دقت به مشکلات مراجع از نظر مسائل خانوادگی، عوامل تنش‌زای جاری، وضعیت هیجانی، شبکه اجتماعی، سلامت جسمانی، مهارت‌های مقابله‌ای، تعارضات بین فردی، عزت نفس و چیزهایی از این قبیل، گوش دهند و آن‌ها را درک کنند. داده‌های حاصل از ارزیابی را می‌توان از طریق بررسی تاریخچه اجتماعی، معاینه جسمی، مصاحبه بالینی، آزمون‌های روانی، یا تماس با افراد مهم در زندگی مراجع، جمع‌آوری کرد. تلفیق و یکپارچه‌سازی داده‌ها توسط متخصص بالینی یا اعضای تیم درمانی که تخصص‌های متفاوتی دارند، و نیز آگاهی یافتن از علت مشکل مراجع برای درک او، از اهمیت بسیار برخوردار است. برای تدوین یک طرح درمانی مؤثر، براساس داده‌های حاصل از ارزیابی، شش مرحله معین وجود دارد:

گام اول: تعیین مشکل

اگرچه ممکن است مراجع مسائل مختلفی را در ارزیابی مطرح کند، درمانگر باید به دنبال مهم‌ترین مشکلاتی باشد که باید در فرایند درمان مورد توجه قرار گیرند. معمولاً یک مشکل اولیه وجود دارد و ممکن است مشکلات ثانویه‌ای نیز مشهود باشند. ممکن است متخصص بالینی تشخیص دهد که برخی از این مشکلات ثانویه فوریت چندانی ندارند و مستلزم درمان در این مرحله نیستند و بنابراین آن‌ها را کنار گذارد. در یک طرح درمانی مؤثر صرفاً می‌توان به چند مشکل گزیده پرداخت چون در غیر این صورت، درمان جهت خود را از دست خواهد داد. در این راهنمای درمانی گام به گام، ۳۰ مشکل ارائه می‌شود که می‌توانید از میان آن‌ها، مشکلاتی را که بیش از بقیه به مشکلات کنونی مراجع شما شباهت دارند، انتخاب کنید.

به مجرد اینکه مشکلاتی که باید تحت درمان قرار گیرند برای درمانگر یا تیم درمانی روشن شد، این نکته از اهمیت برخوردار است که نظر مراجع را در زمینه تقدم مشکلاتی که در پی درمان آن‌ها برآمده است، جویا شویم. انگیزه مراجع برای شرکت و همکاری کردن در فرایند درمان، تا حدی بستگی به این نکته دارد که مهم‌ترین نیازهای او تا چه اندازه در فرایند فوق مدنظر قرار می‌گیرند.

گام دوم: تعریف مشکل

هر مراجعی که برای درمان مراجعه می‌کند از نظر اینکه مشکلش به لحاظ رفتاری چگونه در زندگی وی خودنمایی می‌کند، با مراجعان دیگر تفاوت‌های ظریف و منحصر به فردی دارد. بنابراین، هر مشکلی که برای درمان انتخاب می‌شود، مستلزم تعریف مشخصی است که نحوه بروز آن را در یک مراجع خاص مشخص می‌کند. الگوی نشانه‌ها باید با معیارها و گداهای تشخیصی مانند آنچه در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV)، یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ وجود دارد، مرتبط شود. کتاب حاضر از الگوی موجود در DSM-IV پیروی می‌کند که در آن، تعاریف رفتاری خاصی ارائه می‌شود که می‌توان از آن‌ها استفاده کرد یا با استفاده از آن‌ها به عنوان الگو، به جملاتی مشابه برای بیان هدف خود دست یافت. در DSM-IV نشانه‌ها یا نشانگان رفتاری متعددی خواهید یافت که می‌تواند مشخصه یکی از ۳۰ مشکل ارائه شده در این کتاب باشد.

گام سوم: تعیین هدف کلی

گام بعدی در تدوین طرح درمانی، تعیین هدف‌های کلی برای حل مشکل مورد نظر است. لازم نیست این اهداف با اصطلاحات قابل اندازه‌گیری نوشته شده باشند، بلکه می‌توانند کلی و درازمدت و بیانگر نتیجه مطلوبی باشند که انتظار می‌رود فرایند درمان در نهایت بدان ختم شود. در این کتاب چندین هدف کلی احتمالی برای هر مشکل پیشنهاد شده است، اما یکی از این اهداف، تمام آن چیزی است که در یک طرح درمانی مورد نیاز است.

گام چهارم: تعیین هدف‌های جزئی

هدف‌های جزئی، برخلاف هدف‌های بلندمدت باید به زبانی بیان شود که به لحاظ رفتاری قابل اندازه‌گیری باشد. باید روشن شود که مراجع چه موقع به هدف‌های جزئی تعیین شده دست یافته است، بنابراین، هدف‌های جزئی مبهم و ذهنی، قابل قبول نیستند. نهادهای بازرسی (همچون HMO، JCAHO ها) و سازمان‌های مراقبت نظارت شده، اصرار دارند که پیامد درمان روان‌شناختی باید قابل اندازه‌گیری باشد. هدف‌های جزئی ارائه شده در این کتاب، برای پاسخگویی به این نیاز طرح شده‌اند. راه‌حل‌های بی‌شماری ارائه شده‌اند تا تدوین طرح‌های

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. International Classification of Diseases

درمانی متنوع برای یک مشکل را ممکن سازند. درمانگر برای تعیین مناسب‌ترین هدف جزئی برای یک مراجع خاص باید قضاوت حرفه‌ای خود را ملاک قرار دهد.

هر هدف جزئی باید به گونه‌ای طرح شود که، گامی برای رسیدن به هدف کلی درمان باشد. در اصل، هدف‌های جزئی را می‌توان مجموعه‌ی مراحل مشخصی دانست که وقتی کامل شدند، سبب نیل به هدف درازمدت خواهند شد. باید حداقل دو هدف جزئی برای هر مشکل مطرح شود. اما متخصص بالینی می‌تواند جهت نیل به هدف کلی هر تعداد هدف جزئی که لازم باشد مطرح کند. زمان دستیابی به هر هدف کوتاه‌مدت را می‌توان ثبت کرد، و به موازات پیشرفت درمان هدف‌های جزئی جدیدی به طرح درمانی اضافه شوند. وقتی کلید هدف‌های جزئی لازم عملی شدند، مراجع باید مشکل مورد نظر را با موفقیت حل کرده باشد.

گام پنجم: اجرای مداخله

مداخله‌های درمانی، اقداماتی هستند که متخصص برای کمک به مراجع در نیل به هدف‌های جزئی، طرح‌ریزی می‌کند. برای هر هدف جزئی باید حداقل یک مداخله درمانی وجود داشته باشد. اگر مراجع بعد از مداخله اولیه به هدف جزئی مورد نظر دست نیافت، باید مداخله‌های جدیدی به طرح درمان اضافه شوند. مداخله‌ها باید بر مبنای نیازهای مراجع و مجموع اطلاعات درمانی فرد درمانگر، انتخاب شوند. این کتاب دربردارنده مداخله‌های درمانی برگرفته از رویکردهای درمانی مختلفی، همچون شناختی، روان‌پویشی^۱، رفتاری، دارویی، خانواده - محور^۲ و درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر حل مسئله است. ممکن است درمانگر بر مبنای آموزش و تجربه شخصی خود، طرح‌های درمانی دیگری نیز ارائه کند. افزودن مشکلات، تعاریف، هدف‌های کلی، هدف‌های جزئی، و مداخله‌های جدید به آن‌هایی که در این کتاب مطرح شده‌اند، جای قدردانی دارد. زیرا با این کار، منبع داده‌ها برای رجوع و استفاده در آینده، غنی‌تر خواهد شد. در برخی از مداخله‌های پیشنهادی فهرست شده در این کتاب، مراجع به کتاب‌های خاصی ارجاع داده می‌شود که می‌توان خواندن آن‌ها را به عنوان یک کار جنبی کتاب درمانی^۳ به مراجع محول کرد. ضمیمه «الف»، شامل کتابنامه مربوط به این مطالب است. کتاب‌هایی که در مورد هر مشکل، خواندن آن‌ها برای مراجعان مفید است، در زیر همان مشکل به ترتیب آورده شده‌اند. وقتی کتابی به عنوان بخشی از یک طرح درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید پس از اینکه

1. dynamic

2. family-oriented

3. bibliotherapy

مراجع آن را خواند، یکبار دیگر توسط درمانگر و مراجع مرور شود تا کاربرد مطالب آن در شرایط ویژه مراجع بیشتر شود. متخصصان بهداشت روانی برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر درباره کتاب‌های خودیاری^۱، می‌توانند به کتاب راهنمای معتبر کتاب‌های خودیاری^۲ (۱۹۹۴) نوشته سانتراک^۳، مینت^۴ و کمپبل^۵ (قابل تهیه از انتشارات گلیفورد، نیویورک^۶) مراجعه کنند.

اگر مراجع توسط یک تیم در یک موقعیت بستری، نگهداری یا سرپایی فشرده درمان می‌شود، بهتر است به هر یک از درمانگران، یک نوع مداخله درمانی واگذار شود. در این موقعیت‌ها، کارکنان دیگر به غیر از درمانگران اصلی نیز ممکن است مسئول اجرای نوعی مداخله درمانی معین باشند. نوشتن نام درمانگر مسئول ارائه هر یک از مداخله‌های درمانی در طرح درمان، از نظر سازمان‌های بازرسی الزامی است.

گام ششم: مشخص کردن تشخیص

مشخص کردن تشخیص مناسب، مبتنی بر ارزیابی کامل وضعیت بالینی مراجع است. متخصصان بالینی باید نشانه‌های رفتاری، شناختی، هیجانی و بین فردی را که مراجع نشان می‌دهد، با ملاک‌های تشخیصی بیماری‌های روانی که در DSM-IV ذکر شده‌اند، مقایسه کند. تشخیص افتراقی، قطعاً کار دشواری است که بنا بر پژوهش‌های صورت گرفته میزان پایایی بین ارزیابان^۷ در زمینه آن، بسیار پایین است. روان‌شناسان نیز آموزش می‌بینند که بیش از توجه به نام بیماری‌ها، به رفتارهای غیرانطباقی توجه کنند. علی‌رغم این عوامل، تشخیص واقعی است که در دنیای مراقبت بهداشت روانی وجود دارد و از نظر پرداخت‌کنندگان حق بیمه یک ضرورت تلقی می‌شود. (اما، اخیراً سازمان‌های مراقبت نظارت شده، به نشانه‌های رفتاری مراجع بیش از تشخیص واقعی علاقه نشان می‌دهند). اطلاع کامل متخصص بالینی از ملاک‌های DSM-IV به همراه برخورداری از درک کاملی از داده‌های حاصل از ارزیابی مراجع، به تشخیص پایاتر و معتبرتری می‌انجامد. ارزیابی دقیق شاخص‌های رفتاری نیز به تدوین یک طرح درمانی مؤثرتر کمک می‌کند.

1. self - help

3. Santrock

5. Campbell

7. inter - rater reliability

2. the Authoritative Guide to Self - help Books

4. Minnett

6. The Guilford Press, New York

نحوه استفاده از این کتاب

تجربه ما نشان می‌دهد که یادگیری مهارت‌های مربوط به تدوین طرح درمانی می‌تواند برای بسیاری از متخصصان بالینی، فرایندی خسته‌کننده و دشوار باشد. میزان فشار روانی ناشی از سعی در کسب این تخصص، تحت فشار تعداد روزافزون مراجعان و چارچوب زمانی کوتاهی که امروزه توسط نظام‌های مراقبت نظارت شده بر متخصصان بالینی اعمال می‌گردد، بیشتر هم می‌شود. وقتی بخواهیم به سرعت از ارزیابی به درمان و پس از آن ثبت فرایند پیشرفت درمان^۱ برسیم، الزام به مستندسازی می‌تواند بسیار دشوار و طاقت‌فرسا باشد. در این فرایند باید درباره چگونگی و زمان دستیابی به هدف‌های جزئی درمان و چگونگی بروز پیشرفت در هر یک از مراجعان، بسیار دقیق و اختصاصی صحبت کنیم. راهنمای گام به گام روان‌درمانی نوجوانان می‌تواند در حکم ابزاری باشد برای کمک به متخصصان بالینی در تدوین یک طرح درمان روشن، دقیق و بسیار اختصاصی، در مدت زمانی کوتاه طبق مراحل زیر:

۱- یکی از مشکلاتی را که در فرایند ارزیابی مشخص شده‌اند انتخاب (گام اول) و سپس شماره صفحه آن مشکل را در فهرست این کتاب پیدا کنید.

۲- دو یا سه مورد از تعاریف رفتاری فهرست شده را انتخاب (گام دوم) و آن‌ها را بر روی فرم درمانی خود در جای مناسب ثبت کنید. اگر تشخیص دادید که تظاهرات رفتاری مراجع شما از مشکلی که تشخیص داده‌اید در فهرست موجود نیست، می‌توانید تعاریف خود را اضافه کنید. (توجه داشته باشید، طرح ما در عین حال که برای طرح درمان عمودی طراحی شده است، روی فرم‌هایی که به صورت افقی تنظیم شده‌اند نیز، به همان اندازه کارایی دارد).

۳- یک هدف درازمدت واحد انتخاب کنید (گام سوم) و گزینه انتخابی را دقیقاً همان گونه که در این کتاب نوشته شده است، یا با اعمال اصلاحات مناسب، در جای مناسب آن در طرح درمان خود بنویسید.

۴- فهرست هدف‌های جزئی مربوط به این مشکل را، مورد بررسی قرار داده و آن‌هایی را که فکر می‌کنید از نظر بالینی برای مراجع شما مناسب هستند، انتخاب کنید (گام چهارم). دقت کنید که انتخاب حداقل دو هدف جزئی برای هر مشکل، توصیه می‌شود. تاریخ حصول یا تعداد جلساتی که برای نیل به هر هدف جزئی لازم است را نیز به طرح درمان خود اضافه کنید.

۵- مداخله‌های درمانی مناسب را انتخاب کنید (گام پنجم). در این کتاب، مداخله‌های درمانی مناسب برای هر هدف جزئی در داخل پرازنتر ارائه شده است. اما خودتان را به این مداخله‌ها محدود نکنید. کل فهرست به صورت التقاطی تنظیم شده است و می‌تواند گزینه‌هایی را در اختیار شما بگذارد که با رویکرد نظری یا روشی که برای کار با مراجع می‌پسندید، تناسب بیشتری داشته باشد. همچنین، در اینجا نیز مانند تعاریف، اهداف کلی، و اهداف جزئی، می‌توانید مداخله‌های درمانی خود را در فضای خالی که به همین منظور در این کتاب در نظر گرفته شده است، بنویسید. این کار به شما امکان می‌دهد تا در آینده، وقتی طرحی درمانی برای مشکل مورد نظر تدوین می‌کنید، به این نوشته‌ها نیز رجوع کنید. اگر درمان توسط یک تیم متشکل از متخصصان مختلف اجرا شود، باید مسئولیت اجرای هر یک از مداخله‌های درمانی را به شخص معینی محول کنید.

۶- در پایان هر فصل فهرستی از تشخیص‌های DSM-IV وجود دارد که معمولاً در مراجعانی مشاهده می‌شود که به مشکل مطرح در آن فصل مبتلا هستند. منظور از طرح این تشخیص‌ها جلب توجه بالینی درمانگر به آن‌ها است. یکی از تشخیص‌های فهرست شده یا تشخیص مناسب‌تری از مجموعه تشخیص‌های مطرح شده در DSM-IV را انتخاب کنید (گام ششم).

تذکر: برای پاسخگویی به نیاز درمانگرانی که تمایل دارند طرح درمانی خود را بر حسب برجسب‌های تشخیصی و نه بر اساس مشکلات فرد، تدوین کنند، در ضمیمه «ب» فهرستی از تمام تشخیص‌های DSM-IV که در پایان فصول مختلف این کتاب پیشنهاد شده‌اند، ذکر شده و در کنار هر تشخیص نام مشکلات مرتبط با آن نیز آمده است. درمانگران می‌توانند مشکلات مرتبط با هر تشخیص را در این فهرست جستجو کرده و به دنبال آن، تعاریف، اهداف کلی، اهداف جزئی، و مداخله‌های مناسب برای مراجعان مبتلا به آن تشخیص را بررسی کنند.

تبریک می‌گوییم! اکنون شما یک طرح درمانی کامل و منحصر به فرد برای مراجعانتان در اختیار دارید که می‌توانید آن را به سرعت در مورد آنان به کار گیرید. احتمالاً طرح درمانی شما مشابه طرحی خواهد بود که در صفحه بعد ذکر شده است.

یادداشت پایانی

یک بُعد مهم در تدوین یک طرح درمانی مؤثر این است که هر طرح باید کاملاً متناسب با مشکلات و نیازهای مراجع باشد. طرح‌های درمان، حتی در صورت مشابه بودن مشکلات مراجعان، نباید کلی باشند. نقاط قوت و ضعف هر مراجع، عوامل فشارزا، شبکه اجتماعی، شرایط

خانوادگی، و الگوی نشانه‌های خاص وی باید در تدوین راهبرد درمانی مد نظر قرار گیرند. ما براساس تجارب بالینی خود در طی سالیان متمادی، روش‌های درمانی مختلفی را در کنار هم قرار داده‌ایم. لیکن این روش‌ها را می‌توان به هزاران شیوه مختلف در کنار هم قرار داد و به طرح‌های درمانی دقیق و مبسوط دست یافت. متخصصان بالینی به راحتی می‌توانند از بین شیوه‌های درمانی مطرح شده، آن‌هایی را انتخاب کنند که متناسب با وضعیت مراجعشان است. به علاوه، مجدداً خوانندگان را تشویق می‌کنیم که تعاریف، اهداف (اهداف کلی، اهداف جزئی)، و مداخله‌های خود را به نمونه‌های موجود بیفزایند. آرزوی ما این است که کتاب راهنمای گام به گام روان‌درمانی نوجوانان سبب افزایش و ارتقای اثربخشی و خلاقیت در طرح‌ریزی درمان شود. فرایندی که در نهایت به نفع مراجع، درمانگر و جامعه بهداشت روان خواهد بود.

طرح درمانی نمونه

مشکل: وابستگی به مواد شیمیایی

تعاریف: بازداشت شدن، مسمومیت دارویی، یا نشنگی در یکی دو مورد.

❖ جدا شدن از جمع دوستان فعلی و پیوستن به جمعی که مصرف‌کننده منظم الکل و دیگر داروهای غیرقانونی هستند.

❖ یافتن دارو و یا الکل در بین لوازم شخصی مراجع یا در حوزه‌های شخصی او (همچون اتاق خواب، ماشین، کمد لوازم مدرسه، کیف دستی و غیره).

❖ تغییر قابل توجه در رفتار (همچون، گوشه‌گیری یا کنارگیری از خانواده و دوستان نزدیک، از دست دادن علاقه نسبت به فعالیت‌های عادی و روزمره، کاهش انرژی، خواب زیاد، یا افت تحصیلی).

اهداف: ادامه پرهیز از کلیه مواد تغییر دهنده خلق ضمن تدوین یک برنامه فعال بازگشت به حالت طبیعی. برقراری ارتباط مجدد با افراد و گروه‌هایی که از فرد حمایت، و بازگشت از وابستگی به مواد شیمیایی به حالت طبیعی را تسهیل می‌کنند.

مداخله‌های درمانی

هدف‌های جزئی

- ۱- انجام ارزیابی کامل در زمینه وابستگی به مواد شیمیایی به عمل آورید و در آن به تاریخچه سوء مصرف مواد، فراوانی، ماهیت داروی
- ۱- ارزیابی کاملی از وابستگی به مواد شیمیایی به عمل آورید و در آن به تاریخچه

مورد استفاده، استفاده یا عدم استفاده از مواد در همسالان، علائم وابستگی فیزیولوژیک، استفاده یا عدم استفاده از مواد در خانواده و مواردی از این قبیل را مورد توجه قرار دهید.

۱- با ذکر واقعیت‌های مربوط به استفاده از مواد و پیامدهای منفی آن با انکار مراجع مواجهه کنید تا زمانی که به وابستگی خود به مواد شیمیایی اعتراف کند.

۲- از مراجع بخواهید فهرستی از اثرات منفی استفاده از مواد شیمیایی بر زندگی‌اش تهیه کند؛ سپس به همراه وی این فهرست را مرور کنید.

۱- به مراجع و خانواده او کمک کنید تا قراردادی در مورد خودداری از مصرف مواد تنظیم کنند. از مراجع بخواهید تا این قرارداد را بپذیرد.

۱- با مراجع در مورد چگونگی برقراری روابط دوستانه با گروه همسالانی که مواد مصرف نمی‌کنند و از پرهیز از مصرف حمایت می‌کنند، برنامه‌ریزی کنید.

۲- مراجع را به شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه اجتماعی، ورزشی، یا هنری به همراه گروه همسالان سالم ترغیب و تشویق کنید و از سرگردانی آنان بکاهید.

۳- به همراه مراجع در قالب موقعیت‌های اجتماعی مختلف به ایفای نقش بپردازید تا مهارت‌های ارتباط برقرار کردن با دیگران و جرأت‌ورزی به هنگام مواجهه با افرادی که او را به مصرف مواد تشویق می‌کنند، را فراگیرد.

۲- اعتراف صادقانه (بدون انکار) به الگوی مخرب مصرف مواد شیمیایی.

۳- امضای قرارداد کتبی خودداری از مصرف الکل و کلیه مواد شیمیایی غیرقانونی.

۴- قطع رابطه با دوستانی که از مواد تغییر دهنده خلق استفاده می‌کنند و برقراری روابط دوستانه جدید با همسالانی که خودداری از مصرف مواد را تشویق و حمایت می‌کنند.

۵- درک اعضای خانواده از نقشی که در زمینه بیماری و فرایند بهبود آن دارند، و بیان آن.

۱- خانواده را برای شرکت در گروه‌های آل-آنون^۱، نار-آنون^۲ یا جلسات عشق بی‌شائبه^۳ راهنمایی کنید.

۲- به خانواده در زمینه پیویایی‌هایی که سبب تداوم وابستگی مراجع به مواد شیمیایی می‌شوند و نیاز او به دوستی بی‌شائبه، آموزش دهید.

۳- اعضای خانواده را به مطالعه کتاب‌های مناسبی که آگاهی آن‌ها را از بیماری و فرایند بهبود آن افزایش می‌دهد (همچون برادشاو در خانواده^۴، برادشاو، فرزندان بزرگسال افراد الکلی^۵، وویتیتز^۶، هیچ‌گاه این اتفاق برای من رخ نخواهد داد^۷، بلاک^۸)، مکلف کنید.

تشخیص‌ها: ۳۰۳/۹۰ وابستگی به الککل

۱ و ۲. Al-Anon سازمانی است در جوار AA Alcoholics Anonymous الکلی‌های بی‌نام) که در آمریکا، از همسران افراد باده‌خوار حمایت می‌کند و همان خط مشی سازمان الکلی‌های بی‌نام را دنبال می‌کند. اهداف این سازمان کمک به همسران بیماران الکلی برای کسب احترام به نفس، رهایی از احساس مسئولیت می‌گساری همسر، و برقراری زندگی رضایت‌بخشی برای خود و همسر است و این اهداف از طریق حمایت گروهی تأمین می‌شود. Nar-Anon سازمان مشابهی است که برای همسران افراد مبتلا به سوءمصرف مواد ایجاد شده است.

3. Tough Love Meetings
4. Bradshaw on the family
5. Adult Children of Alcoholics
6. Woiitiz
7. It Will Never Happen to me
8. Block

خلاصه

تجربه‌مان نشان می‌دهد که یادگیری مهارت‌های مربوط به تدوین طرح درمانی می‌تواند برای بسیاری از متخصصان بالینی، فرایندی خسته‌کننده و دشوار باشد. میزان فشار روانی ناشی از سعی در کسب این تخصص، تحت فشار تعداد روزافزون مراجعان و چارچوب زمانی کوتاهی که امروزه توسط نظام‌های مراقبت نظارت شده بر متخصصان بالینی اعمال می‌گردد، بیشتر هم می‌شود. وقتی بخواهیم به سرعت از ارزیابی به درمان و پس از آن به ثبت فرایند پیشرفت درمان برسیم، الزام به مستندسازی می‌تواند بسیار دشوار و طاقت‌فرسا باشد. در این فرایند باید درباره‌ی چگونگی و زمان دستیابی به هدف‌های جزیی درمان و چگونگی بروز پیشرفت در هر یک از مراجعان بسیار دقیق و اختصاصی صحبت کنیم. ما در این کتاب شیوه‌های درمانی مختلفی را گرد آورده‌ایم که می‌توان آن‌ها را جهت تدوین یک طرح درمان کامل به هزاران شیوه با یکدیگر ترکیب کرد. متخصصان بالینی با تکیه بر قضاوت خود، می‌توانند به آسانی شیوه‌هایی را انتخاب کنند که مناسب افراد تحت درمان آن‌هاست. هر شیوه را می‌توان تا حد لزوم تعدیل کرد تا بهتر بتوان آن را در مورد هر فرد مراجع معین به کار بست. سرانجام، براساس تجربه‌ی خود بر این باوریم که به کارگیری شیوه‌گام به گام در تدوین طرح درمانی از این نظر مفید است که می‌تواند تفکر خلاق متخصصان بالینی را برانگیزد. همگام با مرور شیوه‌های درمانی، ایده‌های جدیدی در مورد تمامی اجزای درمان به ذهن متبادر می‌شود. درمانگران می‌توانند تعاریف، اهداف کلی، اهداف جزیی، و مداخله‌های درمانی جدیدی را به این شیوه‌گام به گام بیفزایند.