

مقدمه آموزش قدم به قدم درمان شیشه به روش ماتریکس

در این آموزش سعی داریم ساختار درمان اعتیاد به شیشه و مواد محرک را به روش ماتریکس طوری معرفی کنیم که پزشک یا روانشناس مشغول به کار در مراکز درمان سوء مصرف مواد بتواند با استفاده از این مطالب و تجربیاتش این درمان را برای بیماران داوطلب درمان شروع و پیش ببرد.

در صورتیکه همکاران محترم بتوانند چنین درمانی را برای بیماران داوطلب درمان شروع و با موفقیت پیش ببرند، با تجربیاتی که از یک دوره درمان به دست آورده اند، برخورد با بیماران پیچیده مانند مواردی که انگیزه کمی برای بهبودی دارند یا افرادی که در فاز سایکوز مواد محرک هستند، بسیار راحت تر خواهد بود.

لازم است به خاطر داشته باشیم که این روش برای درمان معتادان به انواع مواد محرک، حشیش و الکل هم می تواند بکار گرفته شود. ولی در این آموزش ها به درمان شیشه می پردازیم.

پس قبل از شروع آموزش لازم است نگاه کلی به ساختار درمان از ابتدا تا انتها داشته باشیم و از اینجا شروع می کنیم که:

بیماری به مرکز درمان سوء مصرف مواد مراجعه می کند و از ما برای درمان اعتیادش به شیشه کمک می خواهد و عنوان می کند خانواده اش هم در جریان موضوع هستند

اولین جلسه بعدی را که بیمار می تواند مراجعه کند جلسه اول در نظر می گیریم. هدف از این جلسه آشنا کردن بیمار و همراهانش با درمان، تشکیل پرونده، پرداخت هزینه و تنظیم برنامه یک ماه اول درمان است.

از اینجا به بعد کل دوره درمان بیمار را به دو قسمت تقسیم می کنیم:

• قسمت اول درمان (یک ماه اول)

در این مدت، مباحث مهارت های اولیه بهبود (Early Recovery Skills) با بیمار کار می شود.

• قسمت دوم درمان (سه تا پنج ماه بعد از یک ماه اول):

در این مدت، مباحث پیشگیری از عود (Relapse Prevention) با بیمار کار می شود.

اگر تا اینجا ساختار کل درمان برایتان روشن شده است برای کامل کردن این ساختار نیاز به اضافه کردن یک قسمت دیگر نیز دارید و آن آموزش خانواده است.

در مورد زمان آموزش خانواده زیاد سخت نگیرید! در روند درمان هر جا درمانگر احساس کرد آموزش خانواده لازم است، آنرا بگنجانید. این آموزش ها نباید در یک دوره درمانی کمتر از ۳ جلسه باشد.

پس می توانیم در یک جمله درمان را اینگونه تفسیر کنیم که: بیمار با استفاده از مهارت های کسب شده در قسمت اول درمان از مواد دور می ماند تا بتواند در قسمت دوم درمان سبک زندگی خود را تغییر دهد.

آموزش قدم به قدم درمان شیشه به روش ماتریکس - جلسه اول

جلسه اول ماتریکس

برای درک درست این جلسه لازم است مطالب مقدمه آموزش قدم به قدم درمان اعتیاد به شیشه به روش ماتریکس را که در جلسه قبل آموزش داده شد مرور شود.

هدف از این جلسه آشنا کردن بیمار و خانواده وی با درمان، تشکیل پرونده و تنظیم برنامه درمانی یک ماه اول درمان است.

افرادی که این جلسه را پیش می برند عبارتند از: پزشک، روانشناس و منشی

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از: تعهدنامه درمانی مراکز درمان سوء مصرف مواد، تعهد نامه الحاقی ماتریکس، برنامه درمانی یک ماه اول، جدول ثبت تست های بیمار، فرم دستورات پزشک، فرم روانشناس و فرم های ERS1A ، ERS1B ، ERS1C ، ERS1D ، ERS2A ، ERS2B ، ERS3A ، ERS3B ، ERS4A ، ERS4B ، ERS5 ، ERS6A ، ERS6B ، ERS7A ، ERS7B ، ERS8 (تمامی این فرم ها در کتاب راهنمای درمان سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد محرک شیشه وجود دارد و شما می توانید بجای تمامی فرم ها یک جلد از این کتاب را به پرونده اضافه کنید یا اینکه از صفحات کتاب کپی بگیرید و در پرونده بگنجانید.

در این مرحله ، پزشک می بایست به عنوان یک مشاور، بیمار و همراهانش را با درمان ماتریکس و مسایل و مشکلات شایع پیش رو آشنا کند.

ما در مرکز ترک اعتیاد به عنوان مشاور معمولاً بعد از مقدمه و معرفی ، گفتگو را به سمتی هدایت می کنیم که با دیدگاه های بیمار و همراهانش نسبت به اعتیاد آشنا شویم .بیماران و همراهانشان معمولاً دیدگاه های مختلفی نسبت به اعتیاد و مصرف مواد دارند. این دیدگاه ها می تواند از در نظر گرفتن اعتیاد به عنوان یک عادت ساده، جرم، نشانه ای از ضعف نفس، بی غیرتی، بی مسئولیتی، بی اخلاقی، نادانی تا یک بیماری مزمن و ژنتیکی را در بگیرد.

بعد از آشنایی با دیدگاه های بیمار و همراهان وی با استفاده از اصول مصاحبه انگیزشی بر روی بینش آنها نسبت به اعتیاد طوری کار می کنیم که آنها به بینشی که در آن مصرف مواد به عنوان یک رفتار و اعتیاد به عنوان یک سبک زندگی در نظر گرفته می شود نزدیک کنیم .و در این بینش جدید درمان چیزی نیست جز تغییر سبک زندگی بیمار که با تلاش وی در جهت تغییر رفتار در طولانی مدت به دست می آید.

برای تغییر نگرش در زمان کوتاه لازم است مشاور علاوه بر تجربه و مهارت در برخورد با بیمار، خلاقیت بالایی در آوردن مثال هایی برای تفهیم مصرف مواد به عنوان یک رفتار ریشه دار داشته باشد. برای اینکه موضوع روشن تر شود به گفتگوی زیر توجه کنید:

مشاور به همراه بیمار رو می کند و می پرسد: "تو آدم بی نظمی هستی یا منظم؟"

همراه بیمار: "من معمولاً آدم بی نظمی هستم و..."

مشاور: "فرض کن خودت یا خانواده ات از این موضوع ناراحت هستند و از تو می خواهند برای همیشه منظم شوی به همین خاطر تو را به مدت دو هفته در خانه نگاه می دارند و اجازه نمی دهند بی نظمی کنی! آیا فکر می کنی بعد از آن دو هفته برای همیشه آدم منظمی خواهی بود؟"

همراه بیمار: "فکر نمی کنم اینطور بشه، خیلی سخته ، آخه من از وقتی که یاد دارم بی نظم بودم و..."

مشاور: پس خیلی سخته؟

همراه بیمار: راستش خیلی وقتا سعی کردم منظم بشم ولی همینکه یه کار اورژانسی پیش اومده دوباره بی نظمی کردم مثلا وقتی می بینم دیرم شده دبگه لباسامو سر جاش نمی ذارم! ...

مشاور: فکر می کنی اگه چند وقت تو خونه یا یه کمپ مخصوص نظم و انضباط نگهت دارن بتونی بعد از اون برای همیشه منظم بشی؟

همراه بیمار: نمی دونم! شاید چند ماه! یا شایدم چند سال! ...

مشاور: منظم بودن یه رفتار، بی نظم بودن هم یه رفتار، چه رفتارهای دیگه ای رو می شناسی که می تونه تغییر دادنش سخت باشه؟

همراه بیمار: توضیح می ده ...

مشاور: اگه بپذیریم مصرف مواد هم یه رفتار، مصرف نکردن مواد به همون اندازه تغییر رفتار می تونه سخت باشه!

در گفتگوی بالا، مشاور بدون اینکه برای بیمار سخنرانی کند مفاهیمی مانند رفتار، تغییر رفتار و سختی آن را با همراه بیمار به اشتراک می گذارد و با بیان اینکه مصرف مواد یک رفتار است دیدگاه فرد را به سمت بینشی که در مورد آن صحبت شد جهت می دهد. هزاران رفتار وجود دارد که مشاور می تواند با استفاده از خلاقیت خود هر یک از آنها را بکار گیرد.

وقتی احساس کردیم دیدگاه بیمار و همراهانش در جهت بینشی است که به آن اشاره کردیم آنها را با مراحل درمان آشنا می کنیم . می توانیم از اطلاعاتی که در فرم ERS5 در مورد نقشه راه بهبودی وجود دارد استفاده کنیم به اینصورت که:

دو هفته اول بعد از قطع مصرف شیشه زمان علایم ترک محسوب می شود که این علایم بیشتر روانی است و علایم جسمانی به ندرت بروز می کند. پرخوابی، کلافگی، بی رمقی، وسوسه، تحریک پذیری، عصبانیت می توانند علایمی باشند که بیمار در دو هفته اول تجربه می کند.

بعد از دو هفته اول حال عمومی بیمار خوب می شود و بیمار احساس می کند بهبود پیدا کرده است و به این خاطر ممکن است نخواهد به درمانش ادامه دهد. این احساس بهبودی بیمار به طور متوسط ۴ هفته طول می کشد. به این ۴ هفته اصطلاحا ماه غسل گفته می شود.

به طور متوسط با گذشت یک و نیم ماه از قطع مصرف شیشه مغز بیمار شروع به ترمیم آسیب های وارد شده توسط شیشه می کند و این باعث می شود بیمار دچار علایم ناخوشایندی شود که میزان و شدت این علایم با مقدار و مدت زمان مصرف شیشه می تواند متغیر باشد. به این مرحله که بعد از ماه غسل شروع می شود مرحله دیوار گفته می شود .

متأسفانه این مرحله سه و نیم تا پنج ماه می تواند طول بکشد و اگر بیمار در این مرحله مواد مصرف نکند در حقیقت اجازه داده است مغزش بهبود اساسی پیدا کند و بعد از این مرحله علایم فروکش می کند و وسوسه ها کم می شود و اگر بیمار بتواند به مدت حداقل ۲ سال پاک بماند مزده ای برای بیمار داریم و آن بهبود اساسی مغز بیمار و موفقیت او در درمان است.

علاوه بر این براساس اطلاعاتی که در مقدمه درمان قدم به قدم اعتیاد به شیشه به آن اشاره شده است به مراحل و برنامه درمان اشاره می کنیم.

با همین توضیحات این مرحله از جلسه پایان می یابد و مشاور بیمار و همراهان وی را جهت تشکیل پرونده به منشی ارجاع می دهد.

کارهایی که منشی انجام می دهد به این ترتیب است:

قبل از تشکیل هر گونه پرونده، تعهد نامه ای که در ابتدای پرونده درمان های نگهدارنده قرار می گیرد بعلاوه تعهد نامه الحاقی ماتریکس را در اختیار بیمار قرار می دهد و از بیمار و همراهان وی درخواست می کند در اتاق انتظار کلینیک در کمال آرامش به دقت آنرا مطالعه و در صورت توافق امضاء کنند. در صورتیکه بیمار به تنهایی مراجعه کرده است و خانواده او از مشکلش بی اطلاعند، بیمار به تنهایی تعهد نامه را امضاء خواهد کرد.

در این تعهد نامه بار دیگر به صورت مختصر به مراحل بهبودی و درمان اشاره شده است و مواردی را که لازم است بیمار و همراهانش از آن آگاه باشند از جمله محرمانه بودن پرونده و هزینه درمان به روشنی توضیح داده است بعد از امضای تعهد نامه و پرداخت هزینه درمان، پرونده بیمار را به ترتیب زیر تشکیل می دهد:

1- تعهد نامه اصلی کلینیک ۲- تعهدنامه الحاقی ماتریکس ۳- جدول ثبت تست های نواری ۴- فرم دستورات پزشک ۵- فرم روانشناس ۶- فرم های جلسات مهارت های اولیه بهبودی (به جای این فرم ها می توانید کتاب راهنمای درمان سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد محرک را در پرونده قرار دهید)

بعد از تکمیل پرونده، منشی بیمار را به روانشناس کلینیک ارجاع می دهد.

کارهایی که روانشناس انجام می دهد:

از این مرحله بیمار به تنهایی با روانشناس ملاقات می کند. روانشناس به عنوان مشاور با اصول درمان ماتریکس و اصول مشاوره انگیزشی آشناست .

روانشناس بعد از مقدمه و معرفی، براساس مهارت و تجربه خود شرایطی فراهم می کند که بیمار بتواند در مورد نگرانی ها و پرسش های خود صحبت کند . گوش دادن فعال (Active listening) بهترین تکنیکی است که روانشناس می تواند قبل از تنظیم برنامه درمانی از آن استفاده کند. (در جلسات بعدی در مورد این تکنیک بیشتر صحبت می کنیم)

زمانیکه روانشناس ارتباط مناسب را با بیمار برقرار کرد با او در مورد برنامه درمانی در ماه اول صحبت می کند. به بیمار توضیح داده می شود که قرار است ماه اول درمان سه بار در هفته به کلینیک مراجعه کند و جلساتی با مشاور داشته باشد. و به این نکته هم اشاره می شود که در ابتدای جلسه تست گرفته می شود و نتیجه آن ثبت می شود. و از ماه های بعدی مراجعه به کلینیک به دو بار در هفته کاهش پیدا خواهد کرد.

روانشناس از بیمار می خواهد وقت های مناسب خود را برای حضور در کلینیک مشخص کند و به این ترتیب اولین مشارکت فعال بیمار در درمان از تنظیم برنامه درمانی شروع می شود . در نهایت روانشناس با همکاری بیمار برنامه یک ماهه ای را در دو نسخه تنظیم می کنند. یک نسخه از این برنامه در ابتدای پرونده بیمار بعد از تعهد نامه الحاقی و یک نسخه آن هم در اختیار بیمار قرار داده می شود تا همراه خود داشته باشد .

اگر کنجکاو شده اید در مورد چگونگی تنظیم برنامه یک ماه اول درمان بدانید منتظران نمی گذاریم و به خلاصه ای از آن می پردازیم .

روانشناس طوری برنامه ریزی می کند که در ماه اول تمامی مباحث مهارت های اولیه بهبودی با بیمار کار شود. بر این اساس تمامی مباحث را به هشت جلسه تقسیم می کند . اگر تا اینجا دقت کرده باشید برای گذراندن هشت جلسه در یک ماه دو جلسه در هفته کفایت خواهد کرد ولی هدف اینست که بیمار در ماه اول مراجعات بیشتری به کلینیک داشته باشد. (در مورد تاثیر این موضوع در درمان در جلسات آینده صحبت خواهیم کرد . ب ه همین منظور روانشناس جلساتی با عنوان ویزیت و ارزیابی پزشک به برنامه اضافه می کند تا برنامه درمانی بگونه ای باشد که در هر هفته بیمار سه بار به کلینیک آمد و رفت نماید. هدف از این جلسه بررسی بیمار از

نظر نیاز به مداخلات دارویی و پزشکی و ارزیابی پیشرفت درمان است. (این جلسه بر اساس تجربه تیم درمانگر مرکز آینده به جلسات اضافه شده است .

در صورت نیاز می توان وقت این جلسات را به آموزش مباحث مهارت های اولیه بهبود اختصاص داد مثلا در زمانیکه بیمار کند پیش می رود و برای اتمام یک مبحث نیاز به وقت بیشتری داریم در این صورت می توانیم جلسه بعدی ویزیت و ارزیابی پزشکی را حذف و به جای آن مبحث مورد نظر را با بیمار کار کنیم.

در زیر به عنوان های هشت جلسه مهارت های اولیه بهبود اشاره می کنیم. شما می توانید با استفاده از این عنوان ها بعلاوه جلسات ویزیت و ارزیابی پزشک برنامه ای برای یک بیمار فرضی تنظیم و آنرا با برنامه ای که به پیوست این مطلب آمده است مقایسه نمایید.

- جلسه اول مهارتهای اولیه بهبود :آشنایی با برانگیزان ها وشناسایی آنها
- جلسه دوم :تکنیکهای توقف فکر،مقابله با وسوسه
- جلسه سوم :برنامه ریزی و مشخص کردن پیشرفت
- جلسه چهارم :مشخص کردن برانگیزان ها
- جلسه پنجم :نقشه راه بهبودی
- جلسه ششم :پنج چالش عمومی در بهبودی اولیه ، درگیری های مربوط به الکل
- جلسه هفتم :افکار- رفتار- احساسات - رفتار اعتیادی
- جلسه هشتم :آشنایی با ۱۲ قدم- گفتار 12 قدم

در اینجا جلسه اول ماتریکس تمام می شود ،این جلسه را می توان اولین جلسه آموزش خانواده نیز در نظر گرفت .جلسات بعدی بر اساس برنامه تنظیم شده برگزار خواهد شد.

آموزش قدم به قدم درمان شیشه به روش ماتریکس - جلسه دوم

جلسه دوم ماتریکس :

قبل از شروع آموزش این جلسه لازم است به مواردی که باعث می شود این جلسه خیلی پر اهمیت باشد اشاره کنم . با توجه به اینکه در این جلسه مشاور قصد دارد بیمار را با مفاهیمی مانند شروع کننده ها یا برانگیزان ها و مراحل شکل گیری وسوسه آشنا کند این جلسه اولین جلسه مشارکت فعال و جدی مشاور و بیمار محسوب می شود .

دقیقا در همین جلسه است که احساس همدلی بین بیمار و مشاور شکل می گیرد. پس اگر مشاور با اصول مشاوره انگیزشی آشنا نباشد نخواهد توانست چنین احساسی را ایجاد کند و مشکلات فراوانی در جلسات بعدی با بیمار خواهد داشت. در چنین شرایطی در اکثر قریب به اتفاق موارد، اعتماد بیمار از مشاور سلب ، و بیمار از ادامه درمان منصرف می شود!

پس لازم است به عنوان مشاور به خود یادآوری کنیم که :

بیمارانی که به ما مراجعه می کنند افکار، باورها، اعتقادات و آگاهی های گوناگونی در مورد اعتیاد و درمان آن همراه دارند که ممکن است با دیدگاه های درمانی ما کاملا متفاوت و در خیلی از موارد در تضاد باشد . قرار نیست ما درستی یا نادرستی دیدگاه های بیمار را تعیین کنیم و قرار هم نیست که توقع داشته باشیم بیمار تمامی دیدگاه های ما را بپذیرد و دیدگاه های خود را به راحتی رها کند. و همچنین قرار نیست دیدگاه های خود را به بیمار تحمیل کنیم و اگر نپذیرفت به او انگ بی انگیزگی، بی منطقی، بی مسئولیتی و ... بزنیم!

قرار است به صحبت های بیمار گوش کنیم و گوش کنیم ! در هر جای صحبت های بیمار به نکته ای موافق با دیدگاه درمانی برخورد کردیم با استفاده از اصول مشاوره انگیزشی آنرا پررنگ کنیم و به این صورت به بیمار کمک کنیم تا **دیدگاه های درمانی را از دل صحبت هایش استخراج کند** . حتما می پرسید اگر بیمار صحبت کرد و ما نکاتی موافق با دیدگاه درمانی پیدا نکردیم آنوقت چکار کنیم؟ در چنین مواقعی با پرسش های باز بیمار را به سمتی می بریم که باز هم صحبت کند و صحبت کند و ما باز هم گوش کنیم و گوش کنیم و گوش کنیم!

اگر با قیچی قندشکن قند شکسته باشید به مواقعی می رسید که تکه اصلی قند گرد شده است و پیدا کردن زاویه ای که بتوانید با قرار دادن تیغه های قیچی در آن و کمترین فشار ممکن اقدام به نصف کردن تکه بزرگ قند کنید بسیار سخت به نظر می رسد! ولی اگر با دقت تمامی ابعاد تکه قند گرد شده را بگردید بالاخره چنین زاویه ای را که ممکن است بسیار ریز و کوچک باشد پیدا خواهید کرد و قند را نصف می کنید .

پیدا کردن دیدگاه های مشترک در صحبت های بیماران را با چنین مثالی می توان مقایسه کرد . پس زمانیکه احساس می کنیم هر چه می گردیم کمتر می یابیم معنیش اینست که باید با دقت بیشتری بگردیم.

همچنانکه در مقدمه کتاب ماتریکس یا درمان سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف شیشه و مواد محرک اشاره کرده ام؛ **صبر و حوصله مشاوران این گونه بیماران به قدری بالاست که ممکن است خانواده بیمار و حتی دیگر پرسنل کلینیک از این موضوع عصبانی شوند!**

پس همیشه تکرار خواهیم کرد:

مشاور با اصول مشاوره انگیزشی آشناست و این اصول را در تمامی رفتار، گفتار، ظاهر و حتی طرز نشست و برخاست خود در زمان حضور بیمار در کلینیک بکار می‌گیرد و رعایت می‌کند(حتی اگر بیمار بطور مستقیم مشاور را نبیند یا در اتاقی دیگر باشد .این موضوع شامل بکارگیری اصول مشاوره انگیزشی در برخورد با پرسنل کلینیک در زمان حضور بیمار در کلینیک نیز می‌شود .

اینکه به اصول مشاوره انگیزشی اشاره کردیم به معنای آن نیست که اصول مشاوره انگیزشی مفاهیم پیچیده و خیلی مشکلی دارد و برای آشنایی با آن باید دوره های سخت و طاقت فرسای را گذراند! واقعیت اینست که اصول مشاوره انگیزشی جملاتی با مفاهیمی بسیار ساده هستند که هرکسی می‌تواند آنها را به خاطر بسپرد. ولی اگر بخواهیم یک مشاور انگیزشی باشیم نیاز به تمرین فراوان داریم .

اگر شما با این اصول آشنا نیستید نگران نباشید چون به تدریج در بین مطالب آموزشی به این اصول و نحوه استفاده از آن آشنا خواهید شد.

پس اگر می‌توانید : انگ نزنید، تهدید نکنید، دروغ نگوئید، یک دستی نزنید، سخنرانی نکنید، جروبحت نکنید، نترسانید، کاراگاه نباشید، پلیس نباشید، قاضی نباشید، قضاوت نکنید، درستی یا نادرستی را تعیین نکنید، شرط نگذارید، استاد گونه یا دانشمند گونه برخورد نکنید، جبهه نگیرید، مخالفت نکنید، قول ندهید، تضمین نکنید، تعجب نکنید، عصبانی نشوید، واسطه نشوید، تخصصی حرف نزنید، چیزی را اثبات نکنید ، رفتارها، احساس ها و افکار ها را به خوب و بد تقسیم نکنید، نصیحت نکنید، پند و اندرز ندهیدو ... و ... و... شما کسی هستید که با اصول ابتدایی مشاوره انگیزشی آشنايید و می‌توانید جلسه را شروع کنید!

پس جلسه دوم ماتریکس را شروع می‌کنیم با آگاهی از این نکته که :از این به بعد جلسات فرمت و شکل یکسانی از نظر برگزاری خواهند داشت. ما در مرکز درمان اعتیاد آینده هر جلسه مهارت های بهبود اولیه را به شکل زیر برگزار می‌کنیم:

- -معرفی و مقدمه
- -مرور جلسات قبلی
- -صحبت در مورد موضوع جلسه
- -همکاری با بیمار در خواندن و پر کردن فرم های مربوط به جلسه
- -برنامه ریزی و تکلیف منزل برای جلسه بعد

اگر با فرمت اصلی جلسات آشنا شده اید با بخاطر سپردن نکته زیر فرمت کامل جلسات ماتریکس در ذهن شما نقش خواهد بست!

نکته : اگر در هر قسمت از جلسه احساس کردید بیمار بیشتر تمایل دارد حرف بزند تا جلسه را ادامه دهد مردد نباشید و وقت جلسه را به گوش دادن فعال اختصاص دهید.(یعنی اینکه به حرف های بیمار گوش کنید و با استفاده از اصول مشاوره انگیزشی نقاط مثبت آنها پر رنگ و نقاط منفی آنها کم رنگ نمایید و بیمار را بصورت نامحسوس به بحث اصلی برگردانید.) حتی اگر تمام وقت جلسه را به گوش دادن فعال سپری کرده باشید جلسه به خوبی برگزار شده است و می‌توانید جلسه بعدی ویزیت و بررسی پزشکی را به آموزش مطالب جلسه اختصاص دهید.

در مواردی مانند بیمارانی که در سایکوز مواد محرک هستند ممکن است لازم باشد کل جلسه و حتی چندین جلسه را به گوش دادن فعال اختصاص دهید بدون اینکه در مورد مطالب جلسه چیزی گفته باشید. و زمانیکه بیمار برای آموزش، شرایط لازم را داشت جلسات را از نو برنامه ریزی کنید!

قبل از جلسه پرستار از بیمار تست می گیرد و آنرا در پرونده ثبت می کند.

موضوع جلسه : جلسه اول مهارتهای اولیه بهبود شامل: **آشنایی با برانگیزان ها و شناسایی آنها**



در این جلسه مشاور می خواهد بیمار را با این مفهوم ساده آشنا کند که: برانگیزان ها یا شروع کننده ها منجر به فکر مصرف می شوند و ادامه فکر مصرف منجر به وسوسه و ادامه وسوسه منجر به مصرف می شود. مصرف مواد هم یک برانگیزان قوی برای ادامه فکر مصرف است. و بیمار سال هاست که در این حلقه **برانگیزان => فکر مصرف => وسوسه => مصرف** گیر افتاده است و باید رفتارش را طوری عوض کند تا این حلقه را بشکند.

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از: ERS1A، ERS1B، ERS1C

افرادی که این جلسه را پیش می برند: مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

معرفی و مقدمه

با توجه به اینکه بیمار و مشاور در جلسه اول به هم معرفی شده اند، معرفی ضرورتی ندارد مگر اینکه بیمار در حین درمان با چند مشاور جلسه داشته باشد که در اینصورت لازم است مشاور خود را به بیمار معرفی کند.

مقدمه می تواند با یک گفتگوی ساده مانند گفتگوی زیر شروع شود:

مشاور: از مراجعه قبلی تا کنون موردی هست که بخواهی راجع به آن حرف بزنیم؟
بیمار: مثلاً چه موردی؟

مشاور: هر موردی که برات جالب بوده باشه یا اینکه راجع بهش نگرانی
بیمار: راستش نه! ولی خانوادم خیلی بهم گیر می دن و نسبت به من بی اعتمادن و.....

و/از اینجا به بعد مشاور بصورت فعالانه به صحبت های بیمار گوش می دهد. و در زمان مناسب سمت و سوی گفتگو را به جلسه قبل هدایت می کند:

مشاور: جلسه قبل تأثیری روی رفتار خانوادت گذاشته؟
بیمار: صحبت کردن باهاشون مؤثره ولی جلسات زیادی لازم دارن!

مشاور: پس جلسات زیادی لازم دارن؟
و.....

تا اینجا مقدمه و مرور جلسه قبل تمام شده است. و مشاور می خواهد درباره موضوع جلسه صحبت کند.

یکی از تکنیک های ساده برای صحبت در مورد برانگیزان ها اینست که مشاوره را به سمتی هدایت کنیم که بتوانیم از بیمار در مورد آخرین مصرفش بپرسیم:

مشاور: می خواهیم در مورد آخرین مصرف صحبت کنیم، چی شد که مصرف کردی؟
بیمار: طبق عادت همیشگی وقتی از خواب بیدار شدم، مصرف کردم. علت خاصی نداشت.

مشاور: اتفاق افتاده که از خواب بیدار بشی و مصرف نکنی؟
بیمار: بله، اتفاق افتاده!

مشاور: پس اتفاق افتاده که از خواب بیدار بشی و مصرف نکنی؟
بیمار: مواقعی که جایی غیر از اتاق خودم خوابیدم مثلا منزل خواهرم، مواقعی که یکی از افراد خانوادم در اتاقم حضور داشته و...

مشاور: بجز تنها بیدار شدن در اتاق خودت، دیگه چه مواردی باعث می شن به مصرف فکر کنی یا مصرف کنی؟
بیمار: وقتی با دوستانم می خوابیم بریم شمال یا مسافرت مجردی، بعد از ظهرهای پنج شنبه و....

...

مشاور: پیش اومده که به مصرف فکر کنی ولی مصرف نکنی؟
بیمار: آره، فکرش همیشه تو سرمه ولی خیلی وقتا نمی شه مصرف کرد مثلا در محیط کار

مشاور: وسوسه چی؟ شده دچار وسوسه شدید بشی و مصرف نکنی
بیمار: فکر نمی کنم تونسته باشم در مقابل وسوسش مقاومت کنم. هر وقت دچار هوس و وسوسه شدم مصرف کردم.

مشاور: پس مقاومت کردن در مقابل وسوسه کار خیلی سختیه؟
بیمار: اصلا وسوسه همون مصرفه.....!

مشاور: به تمام موقعیت ها، زمان ها، اشیاء، اشخاص، مکان ها، احساس ها و رفتارهایی که باعث می شن یکی به مصرف مواد فکر کنه، می گن برانگیزان، یعنی برانگیزاننده فکر مصرف، فکر مصرف وقتی در ذهن چرخید و ادامه پیدا کرد تبدیل به وسوسه و وسوسه هم منجر به مصرف می شه! حالا سؤال من اینه که اگه قرار باشه از برانگیزان ها دور بمونی (مثلا سفر شمال نری) سخت تره یا بخوای در مقابل وسوسه مقاومت کنی؟

بیمار: اصلا فکر سفر شمال هم برام وسوسه می آره و نمی تونم مقاومت کنم.

مشاور: درسته، برانگیزان ها از نظر قدرت ایجاد فکر و وسوسه مصرف با هم فرق دارن! بعدازظهر های پنج شنبه به اندازه سفر شمال برات وسوسه انگیزه یا کمتر؟

بیمار: اونم دست کمی از سفر شمال نداره ولی به هرحال کمتر از سفر شمال وسوسه انگیزه!

اگر به گفتگوی بالا دقت کنید در خواهید یافت که مشاور با حفظ جنبه بی طرفی و دور از هر گونه ژست آموزگاری طوری مشاوره را هدایت کرد که بیمار در حین صحبت کردن برانگیزان ها، افکار مصرف، وسوسه و مصرف را از هم جدا کرد. و اطلاعاتی نیز در مورد برانگیزان ها و چرخه برانگیزان => فکر مصرف => وسوسه => مصرف، دریافت نمود. همچنین با بیمار در مورد متفاوت بودن قدرت برانگیزان ها صحبت شد که در این مورد در جلسات بعدی بصورت مفصل صحبت خواهیم کرد.

بیاد داشته باشیم که اوضاع همیشه به این راحتی پیش نمی رود. و گاهی عجله کردن مشاور در آموزش مفاهیم باعث ایجاد مقاومت شدید در بیمار و عدم پذیرش وی می گردد و اگر مشاور تکنیک های لازم را در جهت برطرف کردن این موانع یاد نگرفته باشد ممکن است از ادامه درمان نا امید شود. پس مشاور باید صبور باشد، صبور باشد، صبور باشد و گوشه های بزرگی برای شنیدن داشته باشد!

از اینجا به بعد قرار است بیمار یاد بگیرد با تغییر رفتار خود چرخه برانگیزان \Rightarrow فکر مصرف \Rightarrow وسوسه \Rightarrow مصرف را در قسمتی از این چرخه بشکند و متوقف کند. می توانیم موافقت خود را با بیمار اعلام کنیم و بگوییم فرض ما بر اینست که وسوسه به واسطه قدرتش مساوی مصرف خواهد بود. پس بیمار لازم است طوری رفتار کند که از وسوسه پیشگیری کند.

ساده ترین راه برای پیشگیری از وسوسه اجتناب و دوری از برانگیزان هاست. برای اجتناب از برانگیزان ها لازم است بیمار ابتدا برانگیزان های مهم خود را مشخص کند. پس مشاور به بیمار برای مشخص کردن برانگیزان های مهم کمک می کند.

اگر بیشتر از این با بیمار صحبت کنیم جلسه حالت سخنرانی به خود خواهد گرفت پس ادامه کار را با کتاب ماتریکس یا فرم های گنجانده شده در پرونده بیمار پیش می بریم.

پرونده و یک خودکار در اختیار بیمار قرار می دهیم. و از بیمار می خواهیم مطالب را طوری بخواند که ما نیز بشنویم. در حین خواندن مطالب توسط بیمار بر روی موارد مهم تاکید می کنیم و به بیمار در روشن شدن مفاهیم گنگ و مبهم کمک می کنیم. اینکار باعث مشارکت عملی بیمار در درمان می شود که خود نوعی تغییر رفتار در جهت حل مشکلاتش محسوب می شود.

در فرم ERS1A به برانگیزان ها و چرخه برانگیزان \Rightarrow فکر مصرف \Rightarrow وسوسه \Rightarrow مصرف اشاره شده است و لازم است بیمار در انتهای فرم به دو پرسش مطرح شده پاسخ دهد.

در فرم ERS1B باز هم به چرخه برانگیزان \Rightarrow فکر مصرف \Rightarrow وسوسه \Rightarrow مصرف اشاره شده و اینکه افکار به وسوسه تبدیل می شوند. در ابتدای این فرم به مفهومی به نام " توجیه عود " اشاره شده است که لازم می دانم در این مورد توضیح مختصری بدهم چون در صورت عدم همکاری مشاور در روشن شدن این موضوع، مفهوم توجیه عود که بعد ها دو جلسه کامل پیشگیری از عود را نیز به خود اختصاص می دهد؛ بسیار پیچیده و گنگ خواهد بود.

به سادگی برای بیمار روشن می کنیم که مغز ما به دو قسمت احساسی (یا معتاد) و منطقی تقسیم می شود. در ابتدای بهبودی مغز احساس نیاز به مواد پیدا می کند. قسمت احساسی دوست دارد مواد مصرف کند ولی قسمت منطقی مقابلش می ایستد و مانع می شود. قسمت احساسی دلایل زیادی برای قسمت منطقی می آورد که قسمت منطقی را راضی کند تا بیمار مواد مصرف کند.

این جدال و کشمکش قسمت احساسی و منطقی مغز است که باعث می شود بیمار احساس کند به هم ریخته است و کلافه شده است. در حقیقت بیمار برای رهایی از این احساس کلافگی ممکن است بگردد تا بهانه ای پیدا کند و با این بهانه قسمت منطقی مغز را وادار به تسلیم کند تا اجازه مصرف مواد را صادر نماید. مثلاً بی اعتمادی دیگران را بهانه ای برای مصرف قرار می دهد.

در حقیقت وقتی بیمار برای مصرف مجددش بهانه می آورد کوشیده است عود و بازگشت خود را به سمت مصرف مواد توجیه کند. به این روند که به آن اشاره کردیم توجیه عود گفته می شود. لازم است بیمار این روند را بشناسد و رفتارش را طوری عوض کند که منجر به توجیه عود نشود.

اگر بیمار می توانست از تمامی برانگیزان ها اجتناب کند دچار فکر و وسوسه مواد نمی شد. اشکال کار اینجاست که بسیاری از برانگیزان ها اجتناب ناپذیر هستند. مثلاً تعطیلات آخر هفته و روز های پنج شنبه و جمعه برای بسیاری از بیماران برانگیزان محسوب می شود. ما نمی توانیم مانع از آمدن تعطیلات آخر هفته یا روزهای پنج شنبه و جمعه شویم. پس در چنین مواردی لازم است چرخه برانگیزان \Rightarrow فکر مصرف \Rightarrow وسوسه \Rightarrow مصرف را از ناحیه فکر مصرف متوقف کنیم.

در فرم ERS1C به تکنیک های توقف فکر اشاره شده است. که بحث جلسه آینده خواهد بود. جلسه دوم ماتریکس را تا ابتدای همین فرم پیش می بریم. و ادامه آن را به جلسه آینده واگذار می کنیم.

در انتهای جلسه از بیمار می خواهیم لیستی از برانگیزان های خود تهیه کند و همراه خود بیاورد. با این تکلیف منزل جلسه دوم تمام می شود.

پیغامی که در پایان این جلسه برای بیمار داریم اینست که:

حتی اگر تصمیم قطعی برای قطع مصرف مواد گرفته و در این مورد کاملاً به خود اطمینان داشته باشید، برانگیزان ها روی مغز شما اثر خواهند کرد.

جلسه سوم ماتریکس :

موضوع جلسه: جلسه دوم مهارت های اولیه بهبود شامل : تکنیکهای توقف فکر، مقابله با وسوسه

در این جلسه مشاور می خواهد بیمار را با تکنیک های توقف فکر آشنا کند:

برای شروع این جلسه لازم است بار دیگر حلقه برانگیزان => فکر مصرف => وسوسه => مصرف مواد را یاد آوری کنیم. همچنانکه در جلسه قبل گفته شد. برای شکستن این حلقه بیمار طوری رفتارش را تغییر می دهد که به برانگیزان ها برخورد نکند. ولی مواردی پیش می آید که بیمار با برانگیزان برخورد داشته و فکر مصرف در ذهنش شروع شده است. کمک به بیمار برای آموختن برخورد مناسب با این شرایط موضوع این جلسه خواهد بود.

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از: ERS1C :

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

معرفی و مقدمه

می توانیم مقدمه را با این پرسش از بیمار آغاز کنیم که:

آیا از جلسه قبلی تا کنون به موردی درباره برانگیزان ها برخورد کرده است که برایش تازگی داشته باشد؟

پاسخ به چنین پرسشی از طرف بیمار علاوه بر اینکه یک مقدمه ساده و بی دردسر را برای جلسه ما فراهم می کند می تواند نشاندهنده **self efficacy خودکارایی** (بیمار نیز باشد. اگر در روند بهبود) **self efficacy خود کارایی** (بیمار افزایش پیدا کند به معنای آنست که جلسات درمانی به خوبی پیش رفته است .

وقتی بیمار جزئیات بیشتری از موضوعات جلسه قبل (در اینجا، برانگیزان ها) را در مورد خودش کشف کرده است . به معنای آنست که خود کارایی بیمار در طول جلسه قبل افزایش پیدا کرده است و این پیام خوبی برای مشاور است که به پیشرفت درمان امیدوار باشد.

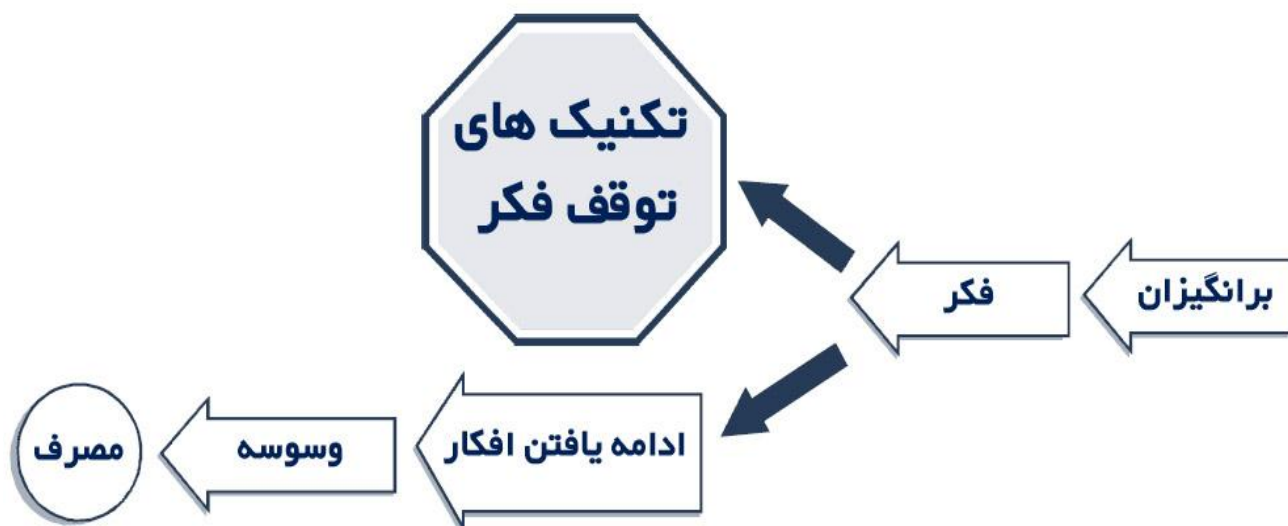
گاهی این جزئیات ممکن است خیلی خیلی کوچک و در ظاهر بی اهمیت باشند ولی درنگاهی دقیق، بسیاری از این جزئیات کوچک و کم اهمیت به قدری خلاقانه کشف شده اند که اگر مشاور به آنها دقت نکند، فرصت های طلایی را برای بالا بردن تجربه خود و خود کارایی بیمار از دست خواهد داد.

چنین مشاوره بزودی خسته خواهد شد و بیمار را خسته خواهد کرد و انگیزه ای برای کار کردن و کمک به بیمار نخواهد داشت. در عوض مشاوره که به پیشرفت های ساده و بسیار کوچک بیمار توجه می کند، شور و اشتیاق باور نکردنی در جهت ادامه جلسات خواهد داشت و در کنار کمک به بیمار، تجربه ای گرانبهادر نیز پیدا خواهد کرد . همه این موارد را گفتیم تا به این نکته اشاره کنیم که : **مشاور ماتریکس مشاور پیشرفت های کم و نامحسوس است.**

و اما بر می گردیم به جلسه...

قبل از شروع گفتگو در مورد تکنیک های توقف فکر، با اشاره به جلسه قبل بار دیگر به حلقه برانگیزان => فکر مصرف => وسوسه => مصرف اشاره می کنیم ولی اینبار قرار است از زاویه ای دیگر به شکستن این حلقه کمک کنیم .

پس از بیمار می خواهیم نمودار زیر را تفسیر کند:



راستی، تفسیر شما به عنوان یک مشاور از نمودار بالا چیست؟ توصیه می کنم قبل از اینکه ادامه مطلب را بخوانید و تفسیر نویسنده را از نمودار بالا بدانید، خودتان اینکار را انجام دهید و تفسیر خود را با تفسیر نویسنده مقایسه نمایید.

می توانیم نمودار را بصورت زیر تفسیر کنیم:

وقتی با برانگیزان مواجه می شویم و فکر مصرف در ذهنمان شروع می شود دو انتخاب در پیش رو داریم:

۱. می توانیم انتخاب کنیم که از تکنیک های توقف فکر استفاده کنیم و فکر مصرف را در ذهنمان متوقف نماییم .
۲. می توانیم انتخاب کنیم که فکر مصرف در ذهنمان ادامه پیدا کند و تبدیل به وسوسه و به دنبال آن مصرف مواد شود .

استفاده از کلماتی مانند انتخاب، این دیدگاه را در شنونده القاء می کند که مصرف کردن و مصرف نکردن مواد به انتخاب خود فرد است و بصورت اتوماتیک و به اجبار اتفاق نمی افتد.

استفاده از کلماتی مانند "می توانم" در کنار انتخاب، می تواند این دیدگاه را القاء کند که اگر فرد همیشه انتخاب دوم را انجام داده است از این به بعد خواهد توانست انتخاب دیگری داشته باشد . چنین دیدگاهی به بالا رفتن خودکارآیی بیمار کمک می کند.

لازم است یادآوری کنیم که فکر مصرف تنها به این معنا نیست که بیمار به صحنه مصرف مواد فکر کند . وقتی که ذهن بیمار با هر قسمت از سبک زندگی گذشته (سبک زندگی با مصرف مواد) ارتباط پیدا می کند این هم می تواند به معنای فکر مصرف مواد باشد .

به عنوان مثال یکی از بیمارانم عنوان می کرد که فلان دوستم که اسمش امیر است برایم برانگیزان نیست. چون مرا به یاد مصرف مواد نمی اندازد بلکه با شنیدن اسمش دچار عذاب وجدان می شوم چون اولین کسی که شیشه را به او تعارف کرد من بودم!

ممکن است در نگاه اول شما هم تصور کنید که نام امیر برای این بیمار برانگیزان نیست ولی در نظر بگیرید که وقتی اسم امیر برده می شود مغز بیمار با مسایل مرتبط با مصرف شیشه، امیر را بخاطر می آورد. و به اینگونه ذهنش با مصرف مواد مرتبط می شود. پس این نیز فکر مصرف تلقی می شود.

این مثال ساده نشان می دهد که گاهی پیدا کردن و مشخص نمودن افکار مصرف می تواند برای بیمار و همچنین مشاور سخت باشد!
پس تعجب نکنید وقتی می شنوید پیدا کردن فکر مصرف هم نیاز به تمرین و مهارت دارد.

وقتی بیمار به وجود افکار مصرف در ذهنش پی برد وقت اینست که با استفاده از تکنیک های توقف فکر، افکار مصرف را در ذهنش متوقف کند .

آیا واقعا می توان هر فکری را در ذهن متوقف کرد؟

بله می توان هر فکری را متوقف کرد، اگر باورتان نمی شود به کلمات زیر دقت کنید:

زرافه

دریا

گل آفتاب گردان

با دیدن یا شنیدن هر یک از اسامی بالا، تصویری از چیزی که نام برده ایم در کسری از ثانیه در ذهن شما تشکیل شد. شما در همان لحظه ای که مثلا تصویر یک زرافه در ذهنتان تشکیل شده بود به چیز دیگری غیر از زرافه فکر نمی کردید. پس فکرتان متوقف شد ولی مدت زمان توقف فکرتان خیلی خیلی کم بود؛ در حد مثلا یک دهم ثانیه ولی به هر حال فکرتان متوقف شد!

وقتی به کلمه دریا رسیدید تصویری از دریا در ذهنتان نقش بست و تصویر زرافه ناپدید شد و خواندن نام گل آفتابگردان باعث شد تصویر دریا ناپدید شود و تصویر گل آفتابگردان در ذهنتان شکل بگیرد. با شنیدن هر سه کلمه به اندازه سه دهم ثانیه فکرتان متوقف شد.

وقتی بیمار توانسته باشد با تکنیک های ساده حتی به اندازه یک دهم ثانیه فکر مصرف را در ذهنش متوقف کرده باشد به معنای آنست که درک کرده است فکر قدرتمند مصرف را می توان متوقف کرد حتی اگر به اندازه یک دهم ثانیه باشد.

بسیاری از بیماران وقتی با تکنیک های توقف فکر آشنا می شوند عنوان می کنند که بعدا از این تکنیک ها استفاده کرده اند ولی زیاد مؤثرو واقع نشده است! مثلا یکی از بیماران می گفت: با دیدن یکی از دوستان قدیمی ام در اتوبوس فکر مصرف به سراغم آمد. وقتی فکرم را متوقف می کردم، فکر مصرف مانند پارازیتی قوی دوباره بر می گشت!

اگر به صحبت های این بیمار دقت کنیم متوجه می شویم ایشان در متوقف کردن فکر مصرف موفق بوده است ولی مدت زمان توقف فکرش خیلی کم بوده و به همین علت بصورت مکرر دچار فکر مصرف شده است. به نظر شما اشکال کار در کجاست؟

اشکال کار در اینست که مشاور بیمار فقط تکنیک توقف فکر را به بیمار یاد داده است ولی نتوانسته است نحوه بکارگیری آنرا به بیمار یاد دهد!

نکته طلایی در تکنیک های توقف فکر اینست که: به محض اینکه بیمار فکرش را متوقف کرد باید به موضوعی دیگر فکر کند و به اینصورت مسیر فکرش را نیز عوض کند. به همین خاطر بیمار باید موضوعات قشنگ و دست به نقدی را که دوست دارد همواره به آنها فکر کند به همراه خود داشته باشد. تا در چنین مواردی با فکر کردن به یکی از این موضوع ها مسیر فکرش را تغییر دهد. به عنوان مثال بیماری که نامزدش را دوست دارد و ممکن است در حین رانندگی دچار فکر مصرف شود می تواند عکس نامزدش را طوری در اتومبیلش نصب کند که بتواند در حین رانندگی آنرا ببیند!

پس اگر بیمار به محض توقف فکر مصرف، فکر جدیدی را شروع نکند تکنیک توقف فکر را بصورت کامل بکار نگرفته است و به این خاطر در کنترل فکرش موفق نخواهد بود.

اکنون با توجه به این توضیحات می توانید تکنیک های توقف فکر را که در فرم ERS1c به آنها اشاره شده است با بیمار کار کنید.

در این فرم چهار تکنیک زیر برای توقف فکر مورد بررسی قرار گرفته است:

۱. تصویر سازی ذهنی (*Imagination*)

۲. ایجاد درد

۳. آرام سازی (*Relaxation*)

۴. تلفن زدن

در پایان بررسی هر تکنیک لازم است به بیمار یادآوری کنیم که این تکنیک ممکن است برایش کارآیی داشته باشد یا نداشته باشد . لازم است بیمار تکنیکی را انتخاب کند که برایش کارآیی داشته باشد و تصمیم گیری در این مورد با بیمار است .

در پایان جلسه ضمن صحبت در مورد تکلیف خواسته شده در جلسه قبل، از بیمار می خواهیم در صورت نیاز از تکنیک های توقف فکر استفاده کند و تجربه خود را در جلسه بعد بیان کند.

پیغامی که در پایان این جلسه برای بیمار داریم اینست که:

وقتی به افکارتان اجازه می دهید به هوس تبدیل شوند، در حقیقت تصمیم گرفته اید که معتاد بمانید

جلسه چهارم ماتریکس :

موضوع جلسه : برنامه ریزی و مشخص کردن پیشرفت

در این جلسه مشاور می خواهد بیمار را با نحوه برنامه ریزی آشنا کند بطوریکه بیمار بتواند زندگی روزانه خود را برنامه ریزی کند و بتواند هر لحظه میزان پیشرفت خود را ببیند.

یادآوری : قبل از شروع این جلسه لازم است یادآوری کنم که در کتاب اصلی ماتریکس در مورد برنامه ریزی و مشخص کردن پیشرفت در جلسه اول مهارت های اولیه بهبود صحبت می شود. ما در ابتدای شروع درمان به روش ماتریکس در مرکز درمان سوء مصرف مواد آینده نیز برنامه ریزی را در جلسه اول مطرح می کردیم و این موضوع برای بیماران جذابیتی نداشت !

به همین دلیل فرمت جلسات را به این صورت تغییر دادیم که : در جلسه اول بیمار را بصورت عملی درگیر نوشتن برنامه درمانی یک ماهه اول کردیم و نحوه برنامه ریزی و پیشرفت را به جلسه چهارم منتقل نمودیم. به نظر می رسد بیماران ما در ایران، زمانی به برنامه ریزی توجه بیشتری می کنند که احساس کنند برنامه درمانی به کارشان می آید .

تفاوت دیگری که لازم است به آن اشاره کنم اینست که در کتاب ماتریکس اصلی به برنامه ریزی ساعتی اشاره شده است اما متأسفانه برنامه ریزی ساعتی برای مراجعین ما تنها بر روی کاغذ عملی است و امکان اجرای آن بعید به نظر می رسد که این موضوع ممکن است به علت تفاوت های فرهنگی اجتماعی باشد که مراجعین ما در ایران با سایر کشورها دارند. به همین دلیل ما در مرکز درمان سوء مصرف مواد آینده بیشتر در مورد برنامه ریزی حجمی صحبت می کنیم.

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از: SCH1، SCH2، CAL1، CAL2

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی

...بباید از اینجا شروع کنیم که ما ممکن است هر حرفی را به زبان بیاوریم ولی وقتی پای نوشتن در کار باشد آنوقت بسیاری از حرف ها را ممکن است نتوانیم بنویسیم! یا اینکه نوشتن آنها برایمان بسیار سخت باشد!

آیا نوشتن یک فحش رکیک به راحتی گفتن آنست؟ چرا؟ آیا تا به حال به این نکته توجه کرده بودید؟

خاطره : زمانی را به یاد می آورم که بعد از فارغ التحصیلی به عنوان مسئول یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی مشغول به کار بودم. یکی از کارمندان مرکز که اتفاقاً نفوذ بسیار زیادی هم در معاونت درمانی دانشگاه مربوطه داشت از انجام وظایفش سرپیچی می کرد و همیشه در جمع عنوان می کرد فلان کار و بهمان کار را انجام نمی دهد و نخواهد داد! و این باعث شده بود کار یکی از خانه های بهداشت مختل شود. اگه شما نیز پزشک باشید در خواهید یافت که زمانیکه با چنین مشکلی مواجه می شویم و نه می توانیم از مراجع بالاتر کمک بگیریم و نه اینکه قدرت اجرایی لازم را داریم چقدر اوضاع پیچیده می شود!

البته ممکن است حل چنین مشکلی تنها برای من که بی تجربه بودم سخت به نظر می آمد و اگر شما بودید این مشکل را زودتر و بهتر از من حل می کردید. بعد از مدتها فهمیدم که راه حل ساده ای برای مشکل ما وجود دارد و آن این بود که از کاردان بهداشتی که مسئول کار بهورزها بود خواستم از وی بخواهد حرف هایی را که در مورد انجام ندادن وظایفش می زند بنویسد و امضاء کند ! خوشبختانه مشکل ما برای همیشه حل شد! چون کارمند یاد شده ترجیح می داد کارش را انجام دهد تا اینکه انجام ندادن آنرا بنویسد!

مردم معمولاً قول‌های زیادی می‌دهند یا حرف‌های زیادی می‌زنند که هیچگاه کسی به آنها توجه نمی‌کند و تنها قول‌ها و قراردادهایی که نوشته شده باشند سندیت دارند و اجرا می‌شوند.

چرا اینگونه است؟ چرا اسناد بیشتر نوشتاری هستند نه گفتاری؟ چرا در بانک‌ها به اعتبار حرف، به کسی پول پرداخت نمی‌کنند؟ چرا وقتی می‌خواهیم بابت چیزی به کسی رسید دهیم سعی می‌کنیم همه چیز را بررسی کنیم تا موردی از قلم نیافتد؟

تمام این موارد و هزاران مورد دیگر به یک نکته ساده اشاره می‌کنند و آن اینست که وقتی ما می‌نویسیم فکر می‌کنیم! یا ساده‌تر بگوییم: **وقتی می‌خواهیم بنویسیم یا در حال نوشتن هستیم قسمت منطقی مغز فعال می‌شود.**

از دو پند و اندرز زیر کدام را مناسب‌تر می‌دانید؟ آیا هر دو یک مفهوم را می‌رسانند؟

قبل از اینکه حرفی را بزنی در موردش فکر کن!

حرفی را بزن که بتوانی آنرا بنویسی و امضاء کنی!

همچنانکه قبلاً گفتیم مغز دو قسمت احساسی و منطقی دارد. در زمان اعتیاد بسیاری از رفتارها از قسمت احساسی مغز به فرد دیکته شده‌اند یا به قولی فرماندهی مغز به عهده قسمت احساسی بوده است و تمام تلاشی که بیمار برای درمان انجام می‌دهد اینست که فرماندهی مغز را به قسمت منطقی منتقل کند که این یکی از اهداف درمان است و در طولانی مدت و با تغییر رفتار اتفاق می‌افتد.

همه این موارد را گفتیم که به این نکته برسیم: احتمال انجام کارهایی که آنها را می‌نویسیم بسیار زیاد است یا به قولی دیگر، معمولاً کارهایی را که می‌نویسیم، انجام می‌دهیم. و این نکته فلسفه نوشتن برنامه است. پس اینکه تنها برنامه روز بعد را در ذهن داشته باشیم کافی نیست.

در فرم SCH2 الگویی برای برنامه ریزی ساعتی کارهای روزانه در اختیار بیمار قرار می‌دهد. ولی نکته‌ای که باید به آن توجه کنیم اینست که بسیاری از بیماران به دلیل آسیب‌های شدیدی که از مصرف مواد دیده‌اند کار زیادی برای انجام دادن ندارند. علاوه بر این همچنانکه اشاره شد امکان اجرای برنامه ریزی ساعتی با توجه به شرایط جامعه ما در تمامی موارد امکان‌پذیر نیست.

پس می‌توانیم بیمار را تشویق کنیم در ابتدا فقط کارهایی را که قرار است فردا انجام دهد بدون اشاره دقیق به ساعت انجام آنها به دو قسمت صبح و بعدازظهر تقسیم کند. و به تدریج در روزها یا ماه‌های بعد، این برنامه را تا جایی که می‌تواند با کمک مشاورش به برنامه ریزی ساعتی نزدیک نماید.

پس فرم SCH2 را در اختیار بیمار قرار می‌دهیم و از او می‌خواهیم برنامه روزی را که قرار است جلسه بعدی برگزار شود، در فرم یاد شده بنویسد و همراه خود بیاورد.

موضوع دیگری که قرار است در این جلسه بیمار با آن آشنا شود، مشخص کردن پیشرفت و اهمیت آنست.

وقتی تاریخ تولدتان را در شناسنامه می‌بینید بیشتر گذر زمان را احساس می‌کنید یا وقتی که عکس‌های قدیمیتان را تماشا می‌کنید؟

چرا در جاده‌ها هر ۵ تا ۱۰ کیلومتر تابلویی نصب کرده‌اند و فاصله را به راننده و مسافری اطلاع‌رسانی می‌کنند؟ اگر از همان ابتدای جاده فاصله را تا مقصد می‌نوشتند چه اشکالی داشت؟

تصور کنید بخواهید از تهران به سمت مشهد حرکت کنید و در خروجی تهران نوشته باشند فاصله تا مشهد فرضاً ۹۰۰ کیلومتر و تا مشهد تابلو دیگری که فاصله را نشان دهد وجود نداشته باشد! چه احساسی خواهید داشت وقتی مجبور شوید در چنین جاده ای رانندگی کنید؟ علاوه بر این، چه خطراتی ممکن است در چنین جاده ای راننده و مسافران را تهدید کند؟

همچنانکه در جلسات بعدی اشاره خواهیم کرد، بهبودی از اعتیاد مرحله‌ای دارد و در هر مرحله بیمار ممکن است علائم و مشکلات خاصی را تجربه کند. لازم است بیمار و مشاور بدانند که در کدام قسمت بهبودی هستند تا بتوانند برای مقابله با مشکلات احتمالی برنامه ریزی و کار کنند.

قرار است فرم CAL2 در اختیار بیمار قرار گیرد و بیمار در طول بهبودی در این فرم روزهایی را که پاک مانده است با یک تیک بزرگ و روزهایی را که مواد مصرف کرده است با یک ضربدر بزرگ مشخص کند. این فرم باید در جایی قرار گیرد که بیمار بتواند آنرا روزانه ببیند. نکته ای که لازم است به آن اشاره کنیم اینست که لازم نیست بیمار در مورد علت پر کردن چنین فرمی برای دیگران توضیح دهد و برنامه درمانی خود را برای کسانی که از آن مطلع نیستند آشکار نماید. در تمامی جوانب درمان لازم است محرمانه بودن برنامه درمانی بیمار حفظ شود.

اینکه بیمار تعداد روزهایی را پاک مانده است به این شیوه می بیند به دو دلیل اهمیت فراوانی دارد. یکی اینکه در یک نگاه و در کمترین زمان درک می کند که در چه مرحله ای از درمان قرار دارد و دیگر اینکه

Keywords from Google

736	ترک شیشه
562	اعتیاد به شیشه
549	ترک اعتیاد
362	ترک اعتیاد
338	ترک اعتیاد شیشه
313	ترک ترامادول
223	بوپرنورفین
200	قرص ریتالین
198	درمان شیشه
191	کراک چیست
179	اعتیاد به شیشه
178	بوپرنورفین
166	ترک شیشه
158	شیشه چیست
156	ترامادول
154	کلینیک ترک اعتیاد
84	ترک متادون
82	متادون
68	کراک چیست؟
68	مواد مخدر شیشه چیست

دیدن چندین فرم که از تیک های زیاد پر شده اند، این نکته را به بیمار یادآوری می کنند که بهبودی یک فرایند طولانی و زمانبر است در حالیکه قبلاً تصور می شد کوتاه مدت باشد. وانگهی، عدم اطلاع بیمار از میزان پیشرفت بهبودیش منجر به خستگی و ناامیدی وی می شود.

واقعیت اینست که ما در زندگی معمولی از مواردی استفاده می کنیم که شبیه فرم پیشرفت عمل می کنند. استفاده از نمودارها برای مقایسه اعداد و ارقام در یک نگاه، یکی از این موارد است. **برای روشن شدن این موضوع به مثال زیر توجه کنید:**

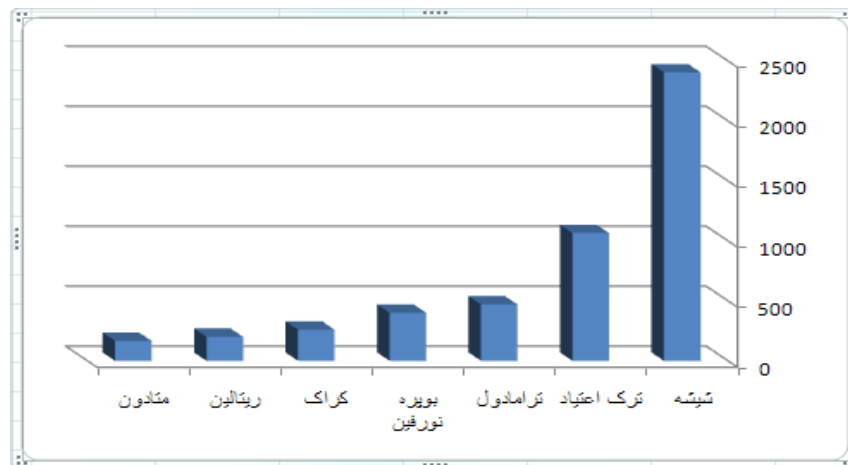
اعداد و ارقامی را که در تصویر مقابل می بینید تعدادی از کلید واژه هایی هستند که بازدیدکنندگان سایت آینده با جستجوی آنها در سایت گوگل به این سایت مراجعه کرده اند.

حال شما سعی کنید با نگاه به این ارقام بگویید:

بیشترین و کمترین جستجوها به ترتیب در مورد کدام یک از موارد شیشه، ترک اعتیاد، ترامادول، بوپرنورفین، کراک، ریتالین و متادون صورت گرفته است؟

مسئله پاسخ به این پرسش برای شما بسیار وقت گیر خواهد بود اگر بخواهید صرفاً با نگاه کردن به این ارقام بصورت دقیق میزان فراوانی هر مورد را مشخص کنید.

حال شکل زیرا را نگاه کنید و با نگاه کردن به آن بار دیگر پرسش بالا را پاسخ دهید.



تصور کنید وقتی ما میزان فراوانی جستجوهای انجام شده را بصورت نمودار نشان می دهیم چقدر مقایسه میزان فراوانی ها در یک نگاه راحت تر می شود! پر کردن فرم پیشرفت هم مانند چنین نموداری می تواند در یک نگاه وضعیت بهبودی بیمار را برای وی و مشاورش روشن کند.

پس در انتهای جلسه پس از بررسی تکلیف منزل جلسه قبل دو تکلیف منزل برای بیمار داریم:

1- فرم SCH2 که برنامه ریزی روزانه است را پر کند.

2- فرم CAL2 را که فرم پیشرفت است، روزانه تیک بزند.

پیغامی که در پایان این جلسه برای بیمار داریم اینست:

اگر با برنامه باشیم، پاک می مانیم! اگر بی برنامه باشیم، مصرف می کنیم.

جلسه پنجم ماتریکس :

موضوع جلسه : مشخص کردن برانگیزان ها

در این جلسه مشاور می خواهد به بیمار کمک کند تا برانگیزان های خود را مشخص کند و نحوه برخورد با هر یک از این برانگیزان ها را پیش بینی نماید.



یادآوری : در حلقه برانگیزان \Rightarrow فکر مصرف \Rightarrow وسوسه \Rightarrow مصرف مواد، فرض بر اینست که بیمار تنها می تواند این حلقه را از قسمت برانگیزان یا فکر مصرف بشکند (درست قبل از اینکه بیمار دچار وسوسه و هوس مصرف مواد شود).

ولی مشکل اینجاست که در بسیاری از موارد ممکن است برانگیزان ها یا افکار مصرف به قدری نامحسوس باشند که بیمار نتواند به وجود آنها پی ببرد. یا زمانی که به وجود آنها پی می برد ممکن است نداند که چگونه باید با موقعیت برخورد نماید.

در این جلسه بیمار با بررسی و طبقه بندی برانگیزان هایش بر روی کاغذ، وسیله ای شبیه آمپر بنزین در ماشین برای برانگیزان هایش می سازد تا با استفاده از آن، موقعیت های سالم و خطرناک را شناسایی نماید تا بتواند با چنین موقعیت هایی برخوردی درست داشته باشد.

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از: ERS2A، ERS2B، ERS3A، ERS3B

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی

و اما داستان آمپر بنزین از این قرار است که یک نکته عجیب و غریب در این آمپر وجود دارد که شاید تا کنون به آن فکر نکرده باشیم ! به نظر شما این نکته عجیب و غریب چیست؟

اگر با دقت به این شکل نتوانسته اید به آن نکته عجیب و غریب پی ببرید پس به این یکی هم دقت کنید:



شاید اصلاً نکته عجیب و غریبی در چنین آمپرهایی وجود ندارد. اگر اینطور فکر می کنید دقیقاً درست می گوئید! البته اگر به عنوان یک فرد عادی به آنها نگاه کرده باشید! نه به عنوان یک مشاور ماتریکس!

زمانیکه شما مشاور ماتریکس هستید، اوضاع کمی فرق می کند. و شما باید کمی *ابتدایی تر* به مسایل اطرافتان توجه کنید! حتما تعجب کرده اید که گفتم ابتدایی تر! شاید تصور داشتید که انتظار اینست که یک مشاور ماتریکس *تخصصی تر* به مسایل اطرافش توجه کند! ولی لازم است این نکته ساده را در نظر بگیریم که: *توجه به مسایل در سطحی ابتدایی تر می تواند یکی از مهارت های یک مشاور ماتریکس باشد!*

و اما نکته عجیب و غریب را در آمپر بنزین فراموش نکنیم. لازم نیست زیاده تر از این ذهنتان را به این موضوع مشغول کنید. آن نکته عجیب و غریب چراغ کوچکی است که در زمان کم شدن بنزین خودرو روشن می شود!

شاید حرف من خنده دار به نظر می آید ولی واقعا چه لزومی دارد وقتی عقربه آمپر، تمام شدن بنزین را نشان می دهد یک چراغ هم روشن شود؟! مگر راننده ماشین با دیدن عقربه آمپر نباید به این موضوع پی ببرد که بنزین ماشین در حال تمام شدن است؟! چه لزومی به روشن شدن یک چراغ است؟!!

بامزه تر اینکه وقتی بنزین کمتر می شود و عقربه نیز این موضوع را نشان می دهد و چراغ هم برای نشان دادن این موضوع روشن شده است باز هم کفایت نمی کند و اینبار چراغ به حالت چشمک زن در می آید و به این صورت کم شدن بیش از اندازه بنزین را نشان می دهد!

اگر از نظر شما هنوز حرف من خنده دار به نظر می رسد باید بگویم که خنده دار تر از حرف من، دیدن راننده هایی است، که علی رغم این همه هشدارهای امپر بنزین باز هم به آن توجه نمی کنند و در راه می مانند و بنزین گدایی می کنند!

واقعیت اینست که این آمپر بنزین نیست که عجیب و غریب است! این ما انسان ها هستیم که چنین ضعف بزرگی داریم و لازم است وقوع حوادث را به ما یادآوری کنند وگرنه به آنها توجه نمی کنیم!

وقتی ممکن است علی رغم تمامی هشدارها به تمام شدن بنزین خودروی خود بی اعتنا باشیم چگونه ممکن است از بیمارمان انتظار داشته باشیم در هر لحظه به برانگیزانها توجه کند و در این مورد هوشیار بماند؟! آنها هم برانگیزانهایی که برای شناسایی آنها نه عقربه ای در پیش رو داریم و نه چراغی روشن می شود!

همه اینها نشان می دهند که بهبودی فرآیندی پر زحمت است و بیمار نیاز به هوشیاری و زحمت فراوان برای بهبودی دارد.

بسیاری از بیماران حتی ممکن است تصور نکنند چه برانگیزانهای بزرگی در اطرافشان دارند.

جلسه ششم ماتریکس :

موضوع جلسه : نقشه راه بهبودی

در این جلسه مشاور می خواهد به بیمار کمک کند تا با مراحل که برای بهبودی لازم است از آن عبور کند، آشنا شود.

یادآوری : در فرم تعهدنامه الحاقی ماتریکس و همچنین در جلسه اول در مورد مراحل که بیمار در حین بهبودی از آنها می گذرد صحبت کرده ایم. ولی در این جلسه قرار است بیمار طوری با این مراحل آشنا شود که بتواند تحلیل کند در چه مرحله ای از درمان است. و در هر مرحله چه مسایلی را تجربه خواهد کرد .

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از ERS5 :

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی

بیاید یک داستان کوتاه را با هم بنویسیم!

هوایمایی در بیابان های مرکزی سقوط می کند . عده ای از مسافران جان سالم به در می برند و سعی در یافتن بازماندگان احتمالی دیگر می کنند. بعد از چند ساعت که مشخص می شود جز همین عده، فرد دیگری زنده نمانده است به امید رسیدن گروه نجات سعی می کنند با هر وسیله ممکن با مراکز امداد تماس بگیرند و

• سانحه را گزارش کنند
موضوع تاسف بار اینست که آنها نمی دانند در موقعیتی سقوط کرده اند که نقطه کور ارتباطات بی سیم است و امکان برقراری هر گونه تماس راه دور ممکن نیست !



البته بعد از چند ساعت سردرگمی و خستگی و علاوه بر آن تحمل گرمای شدید بیابان متوجه موضوع می شوند! آب و غذایی در دسترس نیست و گرمای بیابان کلافه کننده است و تشنگی بیداد می کند. صبر کردن برای رسیدن گروه

نجات کم کم تبدیل به صبر کردن برای مرگ تدریجی می شود .

راهی نمانده جز اینکه حرکت کنند به امید اینکه به چشمه ای یا محلی مسکونی برسند که بتوانند خود را از مرگ حتمی نجات دهند . تا چشم کار می کند بیابان است و بیابان و هیچ کجا سرسبزی و شواهدی که نشان دهنده وجود زندگی یا آب باشد به چشم نمی خورد. تصمیم می گیرند به سمت شمال حرکت کنند و راه می افتند. ساعت ها راه می روند و امیدوارند نشانه ای از زندگی پیدا کنند ولی.....

..... اگر فکر می کنید آخر این داستان مانند فیلم های هندی همه چیز روبراه می شود باید بگویم که اینطور نیست و داستان اینگونه تمام می شود که:

چند روز بعد گروه نجات اجساد این مسافران بخت برگشته را در چند کیلومتری یک دهکده پیدا می کنند که از تشنگی جان داده اند! و از این بدتر باز هم مشخص می شود اگر مسافران به سمت شرق حرکت می کردند ۱۰۰٪ زنده می ماندند چون نزدیکترین محل مسکونی در شرق محل سقوط قرار داشته و آنها می توانستند قبل از اینکه از تشنگی بمیرند خود را به آنجا برسانند!

امیدواریم چنین داستانی هیچگاه اتفاق نیافتد ولی به نظر شما اگر مسافران به گونه ای (مثلا دیدن یک نقشه) پی می بردند که در ۵ کیلومتری پیش رویشان یک دهکده وجود دارد آیا باز هم می مردند؟

اگر جواب شما منفی است و اعتقاد دارید که در چنین صورتی زنده می ماندند به نظر شما چه چیزی باعث زنده ماندنشان می شد؟ آیا این موضوع از تشنگیشان کم می کرد؟ یا اینکه آنها را امیدوار می کرد که دست از تلاششان برندارند و با شوق اینکه بعد از چند دقیقه دیگر سختی ها و مشکلات پایان می یابد زنده می ماندند؟

داستان کوتاه بالا را از این نظر مطرح کردیم تا به اهمیت **نقشه راه** و نقش آن در کنار آمدن با سختی های زندگی اشاره کنیم. در بهبودی از اعتیاد به شیشه و مواد محرک هم اوضاع به همین گونه است .

شخص در مسیر بهبودی از مراحل می گذرد که ممکن است بسیار طاقت فرسا باشد و در صورتیکه نداند این مراحل کی تمام می شوند **ناامید** خواهد شد و صبر و تحمل خود را از دست خواهد داد و قبل از اینکه فرصت بهبودی را به خود بدهد به سمت مصرف مواد بر می گردد. یکی از دلایلی که بسیاری از خوددرمانی ها به شکست می انجامد نیز همین موضوع است . **و آن نداشتن نقشه راه بهبودی است .**

برای اینکه با نقشه راه بهبودی بیشتر آشنا شویم وضعیت یک بیمار معتاد به شیشه را از آخرین مصرفش تا بهبودی کامل بررسی می کنیم:

بعد از مصرف شیشه فرد دچار بی خوابی و بی اشتهایی می شود. بی خوابی ممکن است دو تا سه روز طول بکشد. بعد از دوره بی خوابی و بی اشتهایی فرد روزهای سوم یا چهارم دچار ولع خواب می شود. بطوریکه دوست دارد بخوابد ولی خوابش نمی برد.....

جلسه هفتم ماتریکس :

موضوع جلسه : پنج چالش عمومی در بهبودی اولیه و درگیری های مرتبط به الکل

در این جلسه مشاور بیمار را با تعدادی از مشکلات که معمولا بیماران در ابتدای بهبودی به آن برخورد می کنند آشنا می کند و نحوه برخورد با این مشکلات را مشخص می نماید. همچنین در مورد الکل و نقش آن در برگشت به سمت مصرف مواد نیز بیمار اطلاعاتی را دریافت می نماید.

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از ERS6a و ERS6b:

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی



موقعیت	روش برخورد با این موقعیت
1 دوستان و همکاران که با آنها ارتباط داشته اند و مصرف مواد را می بینند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند.	<ul style="list-style-type: none">• سعی کنید با نزدیکان خود در مورد این موضوع صحبت کنید.• در صورت امکان با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.
2 دوستان و همکاران که با آنها ارتباط داشته اند و مصرف مواد را می بینند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند.	<ul style="list-style-type: none">• در صورت امکان با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.
3 دوستان و همکاران که با آنها ارتباط داشته اند و مصرف مواد را می بینند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند. این افراد ممکن است در مورد مصرف مواد سوال بپرسند یا حتی در مورد مصرف مواد صحبت کنند.	<ul style="list-style-type: none">• در صورت امکان با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.• اگر آنها در مورد مصرف مواد سوال بپرسند، سعی کنید با آنها در مورد مصرف مواد صحبت کنید.

بسیاری از بیماران مخصوصا در اوایل درمان در موقعیت هایی قرار می گیرند که اگر نحوه برخورد با چنین موقعیت هایی را ندانند در حقیقت خود را در معرض برانگیزان های بسیار قوی قرار می دهند و به این صورت احتمال عودشان بسیار زیاد خواهد بود.

یکی از این موقعیت ها، دوستان مصرف کننده ای هستند که ممکن است بیمار بخواهد با آنها ارتباط داشته باشد.

اطرافیان بیمار دوستان وی را که مصرف کننده هستند افرادی بی قید و بند می دانند که جز زیان زدن به خود و جامعه خاصیت دیگری ندارند. (دوستان نا باب (به همین دلیل فکر می کنند بیمار با قطع رابطه با این دوستان در حقیقت از شر یک سری افراد فرصت طلب دوست نما خلاص می شود و این موضوع حتما باعث خوشحالی بیمار خواهد شد!

ولی از دیدگاه یک مشاور اوضاع به گونه ای دیگر است!

مشاور بدون هیچ گونه قضاوتی در مورد خوب یا بد بودن دوستان مصرف کننده به این نکته واقف است که با قطع ارتباط با دوستان و محیط مصرف بیمار تنها می ماند و این موضوع ممکن است برای بیمار بسیار غم انگیز باشد. در عین حال ارتباط با دوستان مصرف کننده و محیط مصرف بزودی بیمار را به سمت مصرف مواد بر می گرداند! پس چه کار می توان کرد؟!

جلسه هشتم ماتریکس :

موضوع جلسه : افکار- رفتار - احساسات - رفتار اعتیادی

در این جلسه مشاور می خواهد به بیمار کمک کند تا افکار، احساساتش را از هم جدا کند و طوری رفتار کند که مانند زمان اعتیاد، رفتارش توسط احساساتش به او دیکته نشوند. همچنین قرار است بیمار با رفتارهای اعتیادی آشنا شود تا با تشخیص چنین رفتارهایی در زمان بهبودی، از عود خود پیشگیری نماید .

یادآوری : همچنانکه قبلا اشاره کردیم مغز دارای دو قسمت منطقی (Rational) و احساسی یا معتاد (Emotional) است. در این جلسه قرار است بیمار را با این نکته آشنا کنیم که افکار از قسمت منطقی و احساسات از قسمت احساسی مغز می آیند و رفتار می تواند در نتیجه هر یک از این موارد یا هر دوی آنها ایجاد شود .

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از ERS7A و ERS7B:

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی

ما و شما به ماشین حساب اعتماد کامل داریم و روزانه از این وسیله برای محاسبه استفاده می کنیم زیرا می دانیم این وسیله، منطقی رفتار می کند و هیچگاه نگران این نیستیم که در محاسباتش اشتباه کند مگر اینکه ما بی دقتی کرده باشیم.

اگر به شما گفته شود مثلا ماشین حساب هایی که جدید/ از چین وارد می شوند کمی هم احساس دلسوزی دارند! اینبار نظرتان راجع به اعتماد به ماشین حساب چیست؟ آیا باز هم به چنین ماشین حساب هایی که کمی هم احساس دلسوزی در کنار محاسبات منطقی دارند اعتماد کامل خواهید داشت؟

حتما شما نیز با نویسنده موافق هستید که با چنین ماشین حسابی نمی توان اعتماد کامل داشت چون ممکن است فرضا موقع محاسبه بدهی های ما دلسوزیش گل کند و بدهی های ما را کمتر از مقدار واقعی نشان دهد!

از این موضوع می توانیم این نتیجه ساده را بگیریم که ما هر چقدر منطقی رفتار کنیم بیشتر به ما اعتماد می شود. ولی وقتی پای احساسات در رفتار های ما به میان می آید و احساسی رفتار می کنیم از میزان اعتماد به ما کاسته می شود .

با این مثال جلسه هشتم ماتریکس که در حقیقت جلسه هفتم مهارت های اولیه بهبود است را شروع می کنیم:

جلسه نهم ماتریکس :

موضوع جلسه : آشنایی با برنامه های ۱۲ قدم و گفتار دوازده قدم

در این جلسه مشاور می خواهد بیمار را با برنامه های دوازده قدم که در ایران بیشتر به نام معتادان گمنام یا ان ای (NA) شناخته می شوند آشنا کند. تا بیمار در صورت تمایل بتواند با استفاده از این برنامه ها بهبودی خود را بهتر پیش ببرد .

یادآوری : شرکت در جلسات دوازده قدم در برنامه های ماتریکس به عنوان قسمتی از درمان معرفی شده است که بدون آن درمان ممکن است کاملاً موقت باشد. ولی در ایران می بینیم که کمتر کسی در حین درمان ماتریکس تمایل به شرکت در جلسات دوازده قدم دارد. این موضوع باعث شده است که بیماران را با برنامه های دوازده قدم آشنا کنیم و توصیه به شرکت در آنها داشته باشیم ولی ادامه درمان را حتماً منوط بر شرکت آنها در برنامه های دوازده قدم قرار ندهیم. پس قرار است بیماران را با این برنامه ها آشنا کنیم و شرکت کردن در این برنامه ها را به خود بیمار واگذار کنیم. اینکه چرا بیماران ما تمایل زیادی به شرکت در جلسات دوازده قدم یا همان معتادان گمنام ندارند می تواند دلایل زیادی داشته باشد که در ادامه به آنها اشاره خواهیم کرد

فرم های مورد استفاده در این جلسه عبارتند از ERS4A : و ERS4B و ERS8

افرادی که این جلسه را پیش می برند : مشاور که می تواند پزشک یا روانشناس دوره دیده باشد.

بعد از مقدمه و معرفی

برنامه دوازده قدم چیست؟

با شنیدن نام دوازده قدم در ایران، نام انجمن معتادان گمنام (Narcotic Anonymous) یا (NA) در ذهن بسیاری افراد تداعی می شود. در حالیکه در خارج از ایران ممکن است اولین نامی که تداعی می شود نام الکلی های گمنام (Alcoholics Anonymous) یا (AA) باشد .

گروه هایی که معمولاً در پارک ها جلساتی تشکیل می دهند و به معتادان در حال ترک کمک می کنند تا با استفاده از برنامه های غیر دارویی، مصرف مواد را قطع کنند و زندگیشان را بدون مصرف مواد ادامه دهند.

متأسفانه در حال حاضر نام گروه معتادان گمنام با واژه ای به نام کمپ گره خورده است و این موضوع باعث شده است بسیاری از بیماران که تجربه اقامت در چنین کمپ هایی را دارند، به شدت از واژه انجمن معتادان گمنام یا ان ای گریزان باشند و هر وقت صحبت از برنامه های دوازده قدم به میان می آید آن را به شدت رد می کنند چون کمپ و برنامه های دوازده قدم انجمن معتادان گمنام را مساوی هم می دانند!

نکته ای که لازم است در همین ابتدا به آن اشاره کنم اینست که : در برنامه های دوازده قدم موضوعی به نام کمپ وجود ندارد و اگر در حال حاضر چنین تصویری به وجود آمده است، در حقیقت یک سوء تفاهم بسیار شدید است و علت آن می تواند این باشد که دست اندرکاران بسیاری از این کمپ ها افرادی هستند که با استفاده از برنامه های دوازده قدم توانسته اند از اعتیاد دور بمانند. (یا اینکه ادعا می کنند که وابسته به انجمن معتادان گمنام هستند) !

اگر مشاور چنین نکته ای را برای بیمار روشن نکند ممکن است این جلسه به خوبی پیش نرود. بسیاری از بیماران وقتی به این موضوع پی می برند که کمپ مساوی ان ای یا برنامه های دوازده قدم نیست برای آشنایی بیشتر با این برنامه ها انگیزه بهتری پیدا می کنند.

موضوع آشنایی با برنامه های دوازده قدم در مبحث پیشگیری از عود نیز بار دیگر مطرح خواهد شد و در آنجا در گروه بیماران ، مشاور فرصت بیشتری برای بازکردن مطلب خواهد داشت پس در این جلسه سعی می کنیم بیمار با کلیات و نکات کلیدی برنامه های دوازده قدم آشنا شود و ادامه موضوع را به جلسات پیشگیری از عود موکول می کنیم.

با توجه به اینکه چنین جلسه ای پتانسیل زیادی برای ایجاد مقاومت در بیمار دارد لازم است مشاور با مشکلاتی که معمولاً بیماران ما با چنین برنامه هایی دارند از قبل آشنایی داشته باشد تا بتواند در طول جلسه از ایجاد مقاومت در بیمار جلوگیری کند. پس در ادامه مطلب، نویسنده مواردی را که ممکن است از دلایل عدم تمایل بیماران برای شرکت در برنامه های دوازده قدم باشد بصورت رنگی بعد از هر موضوع مشخص می کند که امیدوارم مورد استفاده مشاوران قرار گیرد.

و اما دوازده قدم از اینجا شروع شد که:

یک فرد معتاد به الکل که نتوانسته بود باروش های دارویی و روانشناختی زمان خودش (۱۹۳۰) مشکل اعتیادش را برطرف کند شاید عصر یک روز تابستان تصمیم گرفت به منزل یکی از دوستانش که او نیز الکلی بود و به تازگی به محله ایشان نقل مکان کرده بود برود و به او سری بزند!

برای اینکه موضوع بهتر جا بیافتد لازم است بدانید اعتیاد به الکل یکی از سنگین ترین اعتیاد ها محسوب می شود بطوریکه مثلاً بیمار نصف یک بطری الکل را سر می کشد تا بتواند به مغازه سر کوچه برود و همچنانکه بطری را همراه خود دارد نگران اینست که آیا خواهد توانست با استفاده از نصف دیگر آن به خانه برگردد!؟

و اما بر می گردیم به داستان دوازده قدم...

دو دوست الکلی وقتی همدیگر را دیدند نشستند و شروع به صحبت کردند. از خاطرات گذشته گفتند و خیلی مسایل دیگر... بعد از چند ساعت صحبت کردن متوجه شدند چند ساعتی است که الکل مصرف نکرده اند! در حالیکه اگر همدیگر را ندیده بودند در همان چند ساعت مجبور بودند که الکل زیادی مصرف کنند!

این موضوع باعث شد که به این فکر بیافتند که بیشتر همدیگر را ببینند و راجع به مشکلاتشان صحبت کنند و این رفت و آمد و صحبت کردن ها تا جایی پیش رفت که دیگر الکل مصرف نمی کردند! این دو نفر تجربیات خود را که موجب شده بود از اعتیاد به الکل دور بمانند در دوازده اصل خلاصه کردند تا معتادان دیگر بتوانند با استفاده از این اصول یا همان قدم ها مشکل اعتیاد خود را حل کنند و در دهه ۱۹۳۰ انجمن الکلی های گمنام (Alcoholics Anonymous) یا (AA) را تشکیل دادند.

آنها AA را تشکیل دادند تا این اصول را به معتادان الکل بشناسانند. بعدها معتادان به مواد دیگر متوجه شدند مفاهیم بکار برده شده در AA در مورد اعتیاد به مواد محرک و دیگر وابستگی های دارویی و حتی رفتارهای وسواسی مانند قمار و پر خوری هم مؤثر است و گروه های دیگری مانند شیشه ای های گمنام، معتادان گمنام (Narcotic Anonymous) یا (NA) و کوکائینی های گمنام شکل گرفت که از همان مفاهیم برای غلبه بر اعتیادشان بهره گرفتند.

افرادی که به مواد یا الکل وابسته بودند به این نکته پی بردند که افراد وابسته دیگر می توانند کمک و حمایت زیادی برای آنها فراهم کنند. به همین دلیل این گروه ها، به گروه های همیاری معروف شدند که شرکت کنندگان از طریق به اشتراک گذاشتن دانسته هایشان، نگرانی و حمایتشان را نسب به همدیگر نشان می دهند.

در ادامه مطالب فرم های ERS4 و ERS8 را که قرار است با بیمار کار کنیم آورده ایم تا بهتر بتوانیم به نکات ضروری در حین مشاوره اشاره کنیم و این جلسه را بصورت کامل بدون محدودیت بازدید در سایت آینده قرار داده ایم تا افرادی که بصورت موفق قدم های دوازده گانه را کار کرده اند نیز بتوانند با نظرات خود به روشن شدن مطلب برای بیماران ما کمک کنند.

آیا من نیازمند شرکت در جلسات دوازده قدم هستم؟

اگر برنامه درمانی که در حال حاضر برای شما اجرا می شود برایتان مؤثر واقع شده است، بسیار لازم است که شبکه حمایتی برای بهبود شما ایجاد شود. شرکت در جلسات درمانی بدون شرکت در جلسات دوازده قدم ممکن است تنها اثر موقت در بهبودی شما داشته باشد. بدون برنامه های خودیاری خیلی بعید به نظر می رسد که شما بصورت موفقیت آمیزی بهبود یابید. شرکت کنندگان در این برنامه های درمانی (ماتریکس) باید هفته ای سه بار در جلسات دوازده قدم شرکت کنند.

بسیاری از افراد که بصورت موفق پاک مانده اند 90 جلسه در 90 روز در قدم های دوازده گانه شرکت کرده اند. هر چقدر شما بیشتر در جلسات درمانی و دوازده قدم شرکت کنید به همان اندازه شانس بهبودیتان بیشتر است.

ولی همچنانکه قبلا اشاره کردیم اکثریت قریب به اتفاق بیماران ماتریکس تمایلی به شرکت در چنین جلساتی ندارند و علی رغم این موضوع ما بهبودی های چشم گیری در بیماران مشاهده می کنیم.

اگرچه لزوم شرکت در جلسات دوازده قدم در برنامه درمانی ماتریکس تقریبا حذف شده است ولی می توانیم به بیماران توصیه کنیم حداقل یک بار به عنوان یک عضو آزاد در جلسات شرکت کنند و تجربه خود را در گروه بیان نمایند و ادامه شرکت در جلسات را به تمایل و تصمیم خودشان واگذار کنیم و اصراری در این مورد نداشته باشیم.

در مرکز درمان سوء مصرف مواد آینده جلساتی تحت عنوان پیشگیری از عود یا RP از بدو تأسیس بصورت مداوم برگزار می شود که در آن مباحث پیشگیری از عود کتاب ماتریکس آموزش داده می شود. بسیاری از بیماران تمایل دارند در چنین جلسه ای شرکت کنند. و شاید یکی از دلایل بهبودی بیماران ما علی رغم شرکت در جلسات دوازده قدم این موضوع باشد!

آیا همه جلسه هایی که برگزار می شود مشابه هستند و تفاوتی با هم ندارند؟

نه، جلسه های مختلفی وجود دارند؛

جلسات سخنرانی: در جلسات سخنرانی فرد در حال بهبودی داستان مصرف مواد یا الکل و بهبودی خودش را برای دیگران تعریف می کند. بیماران با یاد آوری زندگی تلخ گذشته از ایجاد فکر مصرف در ذهنشان جلوگیری می کنند.

جلسات موضوعی: در جلسات موضوعی در یک مورد خاص بحث می شود مانند: همیاری، اعتماد، پذیرش، یا صبر. هر کسی در این جلسات شانس صحبت کردن دارد ولی برای هیچکسی صحبت کردن اجباری نیست.

جلسات قدم: جلسات قدم جلسه های ویژه ای هستند که در آن دوازده قدم یا دوازده سنت مورد بحث قرار می گیرد.

جلسات مطالعه کتاب: جلسات مطالعه کتاب، بر روی خواندن یک فصل از کتاب اصلی گروه دوازده قدم تمرکز دارد. (برای AA این کتاب، کتاب بزرگ است؛ برای NA این کتاب، کتاب پایه است.) جلسات مطالعه کتاب اغلب بر تجربه بعضی افراد یا موضوعی مرتبط با بهبودی تمرکز می کند.

لازم است مشاور با کتاب پایه انجمن معتادان گمنام آشنا باشد. یا حداقل توصیه کند که بیماران ماتریکس آنرا تهیه کنند. و آنرا مطالعه نمایند.

بسته به جایی که شما زندگی می کنید، ممکن است جلسه هایی به زبان خاص، جلسه هایی مخصوص جنس خاص، جلسه های باز، جلسه هایی براساس گرایش های جنسی شرکت کنندگان، و جلسه هایی برای افرادی که مشکلات ذهنی دارند (Dual)
"Recovery Anonymous meetings "double trouble" وجود دارند.

شاید این موضوع یکی از مهمترین مواردی است که در برگزاری جلسات در ایران نادیده گرفته می شود. اینکه از هر قشر و از هر صنف و با هر میزان از تحصیلات و تخریب عده ای در کنار هم در محلی مانند پارک جمع می شوند که با توجه به محل جلسه و وجود دوربین های موبایل و ... امکان گمنام ماندن افراد هم بسیار بعید می نماید، یکی از مشکلاتی است که باعث می شود بیشتر افرادی از برنامه های دوازده قدم سود ببرند که به نظر قشری هستند که به مرحله ای رسیده اند که چیز زیادی برای از دست دادن ندارند! (مثلا معتادان خیابانی و ...) و گمنام ماندن یا نماندنشان تأثیر زیادی به حال زندگی آینده اشان نخواهد داشت .

ولی بسیاری از بیماران که در مراکز درمان تحت درمان قرار دادند هنوز از نظر اقتصادی و اجتماعی فعال هستند و در صورتیکه به هر دلیل گمنامیشان حفظ نشود و یا خطر حفظ نشدن آن در بین باشد حاضر به شرکت کردن در چنین جلساتی نیستند.

اگر می شه که تفکیک بیشتری در جلسات صورت بگیرد، شاید عده بیشتری از بیماران معتاد می توانستند از برنامه دوازده قدم سود ببرند! مثلا جلساتی برای پزشکان معتاد، مهندسان معتاد و ... و در مکان هایی دور از دید عمومی هر چند با تعداد نفرات کم می تواند راهکار مناسبی برای برخوردار شدن چنین بیمارانی از برنامه های دوازده قدم باشد.

آیا برنامه های دوازده قدم مذهبی هستند؟

نه . هیچکدام از برنامه های دوازده قدم مذهبی نیستند، اما رشد معنوی به عنوان قسمتی از بهبودی در نظر گرفته می شود . گرایشهای روحانی و معنوی کاملا شخصی هستند. هر کس برای خودش تصمیم می گیرد که قدرت برتر چه معنایی می دهد. اما هر دو گروه مذهبی و غیر مذهبی می توانند حمایت های خوبی از برنامه های دوازده قدم دریافت کنند.

چگونه می توانم یک جلسه را پیدا کنم؟

شما می توانید به کتابچه راهنما برای الکلی های گمنام، کوکائینی های گمنام یا معتادان گمنام مراجعه کنید یا به روابط عمومی آنها تلفن کنید .

راهنماها

هفته ها و ماههای اول بهبودی ناامید کننده است . بسیاری از مسایل اتفاق می افتد که گیج کننده و ترسناک هستند. در این مدت زمان سخت بسیاری اوقات شخص در حال بهبودی نیاز دارد با کسی درباره مشکلات و ترس هایش صحبت کند . **یک راهنما** در چنین شرایطی فرد تازه وارد را راهنمایی می کند.

راهنماها چکار می کنند؟

راهنماها فرد تازه وارد را با جواب دادن به سؤالاتش و توضیح فرآیند بهبود دوازده قدم کمک می کنند.

راهنماها پذیرفته اند که به مشکلات و ناامیدی های افراد تازه وارد توجه و دقت کنند و آگاهی ها و راه حل هایشان را با آنها مشارکت کنند .

راهنما کمک می کند تا رهجو مشکلاتش را بشناسد. کمک در جهت مشخص کردن مشکلات رهجو ناشی از تجربیات شخصی راهنماست که با پاک ماندن به مدت طولانی آنرا کسب کرده است.

راهنما فردی است که می توان به راحتی احساس گناه و رازهای مرتبط با اعتیاد را با وی در میان گذاشت. راهنما پذیرفته است که این رازها را محرمانه نگاه دارد و گمنامی تازه وارد را حفظ کند.

زمانیکه رهجو در حال خروج از مسیر بهبودی است راهنما به او هشدار می دهد. راهنما معمولاً اولین کسی است که متوجه می شود رهجو لغزیده یا عود کرده است. بنابراین راهنما اغلب رهجو را به سمتی می کشاند که بیشتر در جلسات شرکت کند و برای حل مشکلاتش کمک بخواهد.

راهنما به رهجو کمک می کند تا ۱۲ قدم را کار کند.

کار راهنماها معادل همان کاری است که **دستیاران** ما در ماتریکس انجام می دهند یعنی بعد از اینکه دوره بهبودی شش ماهه شخص تمام شد لازم است بیمار به عنوان دستیار مشاور در گروهها شرکت کند و علاوه بر تداوم بهبودی خود، به بیماران دیگر در حل مشکلاتشان کمک نماید.

لازم است یادآوری کنیم که فرد تازه وارد تنها برای امروز به راهنمایش اعتماد می کند زیرا همواره خطر عود راهنما وجود دارد که در این صورت فرد عود کننده دیگر راهنما نخواهد بود.

این مورد که " اگر راهنما بلغزد " همواره پریشانی است که در ذهن بیماران جریان دارد و ممکن است از مشاور خود در این مورد بپرسند.

تصور کنید یک معتاد خیابانی که در خرابه های اطراف فرودگاه می خوابد و تنها مشکل او اینست که صدای هواپیماها مانع از خواب راحتش می شوند بخواهد به راحتی احساس گناه و رازهای مرتبط با اعتیادش را با راهنمایش در میان بگذارد. شاید این کاملاً منطقی است که چنین فردی با اقرار به احساس ها و رازهای مرتبط با اعتیادش دریچه ای برای خروج احساس های ناخوشایند در ذهنش باز کند! و از این موضوع به نفع درمانش استفاده نماید.

ولی در مورد بیماری که صاحب یک کارخانه است و ارتباطات وسیع اقتصادی و اجتماعی دارد چطور؟ آیا چنین فردی می تواند به راحتی به رازهای مرتبط با اعتیادش در حضور یک راهنما اشاره کند؟ سوء استفاده از رازهای بیماران یکی دیگر از مواردی هست که ممکن است اتفاق افتاده و دلیلی برای مخالفت بیماران برای شرکت در چنین جلساتی باشد.

اگر همچنان که گفته شد جلسات بر اساس **گرایش ها و مشترکات بیماران تفکیک شود** چنین مشکلاتی نیز کمتر پیش خواهد آمد و عده یزادتری از بیماران معتاد می توانند از چنین برنامه هایی سود ببرند.

این مورد و بسیاری از موارد دیگر نشان می دهند که برنامه های دوازده قدم حتی اگر به بهترین نحو ممکن اجرا شوند نخواهند توانست برای تمامی بیماران معتاد به عنوان یک راه حل قطعی توصیه شوند ولی **خوشبختانه گفتاری در این برنامه ها وجود دارد که می تواند مورد استفاده تمامی بیماران و حتی افراد غیر معتاد قرار گیرد**، که در ادامه به این گفتار اشاره خواهد شد.

پس اگرچه ممکن است برنامه های دوازده قدم برای گروه خاصی مؤثر واقع شوند (گروهی که نتوانسته اند با استفاده از روشهای روانشناختی یا پزشکی از اعتیاد دور بمانند) ولی **تمامی بیماران معتاد یا انسان های غیر معتاد می توانند برای بهبودی زندگی شان از گفتار و برنامه های آن استفاده نمایند**.

چگونه می توانم یک راهنما انتخاب کنم؟

این کار بسیار ساده است. فرد تازه وارد به سادگی از یکی درخواست می کند تا راهنمای او شود. ولی شما نیازمند این هستید درباره اینکه چه کسی قرار است راهنمای شما شود به دقت فکر کنید.

خیلی افراد راهنمایی را انتخاب می کنند که به نظر می رسد سالم و مسئولانه زندگی می کند یا همانگونه زندگی می کند که رهجو می خواهد در مسیر بهبودی به آن برسد.

چند نکته جهت انتخاب راهنما:

راهنما باید چندین سال پاکی از تمامی مواد روانگردان داشته باشد.

راهنما باید شیوه زندگی سالمی داشته باشد و درگیر مشکلات بزرگ و اعتیاد نباشد.

راهنما باید علاوه بر اینکه بصورت منظم و فعال در جلسات ۱۲ قدم شرکت می کند، بصورت فعال قدم های دوازده گانه را کار کند.

راهنما باید کسی باشد که شما بتوانید با او گفتگو کنید. راهنمای شما ممکن است نتواند همیشه در این خصوص در کنار شما باشد اما لازم است شما به راهنمایان احترام بگذارید.

راهنما نباید شخصی باشد که شما به نیت رابطه عاطفی یا عاشقانه به او علاقه مند باشید.

جایگزین های برنامه های دوازده قدم

جایگزین هایی برای گروه های ۱۲ قدم وجود دارد. بسیاری از اینها بر اساس مفهوم قدرت برتر بنا نشده اند. اگرچه فلسفه این گروهها متفاوت است ولی تقریباً همه آنها کمک جمعی جهت افزایش مسئولیت فردی، قدرت و اراده فردی براساس شبکه اجتماعی پاکان را پیشنهاد می کنند.

دعای آرامش

خداوندا، آرامشی عطا فرما تا بپذیرم آنچه را که نمی توانم تغییر دهم، شهادتی که تغییر دهم آنچه را که می توانم

و دانشی که تفاوت این دو را بدانم.

بسیاری از افراد چنین دعایی را شنیده اند یا آنرا از حفظ هستند ولی اکثریت این افراد معنی واقعی این دعا را نمی توانند توضیح دهند! شما نیز یکبار این دعا را بخوانید و سعی کنید آنرا تحلیل کنید! تعجب نکنید! شاید شما هم که برای چندمین بار چنین دعایی را شنیده اید نتوانید آنرا تفسیر کنید و کاربرد آنرا در مسایل و مشکلات روزانه مشخص نمایید.

امیدوارم تفسیر ساده ای که نویسنده از دعای آرامش می کند بتواند به روشن شدن معنای اصلی دعا کمک کند:

واقعیت ۱: ما نمی توانیم با اعتیاد مبارزه کنیم چون اعتیاد از ما قوی تر است و هرچقدر با آن مبارزه کنیم قوی تر می شود.

واقعیت ۲: ما می توانیم از اعتیاد دور بمانیم.

بسیاری از ما ممکن است نتوانیم واقعیت 1 را بپذیریم! اینکه بپذیریم ما در مقابل اعتیاد عاجز هستیم و اعتیاد از ما قوی تر است و نمی توانیم با آن مبارزه کنیم ممکن است بسیار ناامید کننده باشد و ما را به هم بریزد! ولی این واقعیتی است که نمی توان آنرا نادیده گرفت!

ممکن است احساس کنیم که با پذیرش این واقعیت، اراده خود را نادیده گرفته ایم و خلیفه خدا بودن انسان بر روی زمین را فراموش کرده ایم! دقیقاً به همین خاطر است که برای پذیرفتن چنین چیزی که نمی توانیم آنرا تغییر دهیم از خدا طلب آرامش می کنیم که

به ما آرامش دهد تا بتوانیم در کمال آرامش بپذیریم اینکه ما نمی توانیم بعضی چیزها را تغییر دهیم به معنای ضعف ما نیست بلکه به معنای آنست که ما محدودیت هایی داریم. فقط همین!

پس به نظر می رسد پذیرش چیزهایی که نمی توانیم تغییر دهیم برای ما بسیار سخت و ناگوار است چون شما هم با نویسنده موافق هستید که پذیرش واقعیت ۲ به راحتی اتفاق می افتد و همه ما می توانیم بپذیریم که ما می توانیم از اعتیاد دور بمانیم .

حال تصور کنید خدا به ما آرامش داده و پذیرفته ایم که نمی توانیم با اعتیاد مبارزه کنیم ولی می توانیم از آن دور بمانیم. پس قدم بعدی اینست که از اعتیاد دور بمانیم پس چرا خیلی از افراد معتاد با دانستن این واقعیت هنوز هم نمی توانند از اعتیاد دور بمانند؟!

وقتی قرار است از اعتیاد دور بمانیم باید از تمامی شرایطی که منجر به ایجاد فکر و وسوسه مصرف مواد می شود دور بمانیم ،از دوستان، محیط مصرف، و گاهی مواقع حتی لازم است کار خود را نیز برای دور ماندن از اعتیاد عوض کنیم .برای انجام چنین کاری شهادت لازم است که همه ما آنرا نداریم پس از خدا شهادتی می خواهیم که کارهایی را که برای دور ماندن از اعتیاد لازم است انجام دهیم .

واما قسمت سوم دعا:

لازم است دانش و شناخت کافی داشته باشیم که با استفاده از آن بدانیم که چه چیزی را می توانیم تغییر دهیم و چه چیزی را نمی توانیم تغییر دهیم !چنین دانشی را از خدا درخواست می کنیم.

کسی که چنین دانشی ندارد به جای اینکه بپذیرد که نمی تواند با اعتیاد مبارزه کند (واقعیت ۱) بلکه می تواند از آن دور بماند (واقعیت ۲)برعکس می پذیرد که تنها راه دور ماندن از اعتیاد مبارزه کردن با آنست!

و این موضوع باعث می شود سالها وقت خود را به تغییر موضوعی اختصاص دهد که در اصل غیر قابل تغییر است و روز به روز خسته و ناامید تر شود)!افرادی که ادعا می کنند به قدری بهبود پیدا کرده اند که حتی اگر در اطرافشان کسی مواد مصرف کند هیچ مشکلی پیدا نخواهند کرد و دایم به چنین محیط های ی رفت و آمد می کنند، نمونه چنین افرادی هستند که با اعتیاد مبارزه می کنند. چنین افرادی به زودی به سمت مصرف مواد می روند ،و در مقابل افرادی که از هرآنچه فکر و ذهن آنها را به مصرف مواد نزدیک می کند دور می مانند افرادی هستند که بصورت موفق سالها و حتی برای همیشه می توانند پاک بمانند)

پس دانشی از خدا می خواهیم که به ما کمک کند فرق چیزی را که می توانیم تغییر دهیم و چیزی را که نمی توانیم تغییر دهیم بدانیم و خود را درگیر موضوعی نکنیم که قادر به تغییر آن نیستیم بلکه وقت خود را به تغییر موضوعی اختصاص دهیم که توسط ما قابل تغییر است .

اگر با مثالی که آورده شده هنوز معنی دعا برایتان گنگ و نامفهوم است حق دارید. پس می تواند بار دیگر مثال را مرور کنید و با مثال هایی بهتر این دعا را بخاطر بسپارید .

قدم های دوازده گانه معتادان گمنام

- 1- ما اقرار کردیم که در برابر اعتیادمان عاجز بودیم و زندگی مان غیر قابل اداره شده بود.
- 2- ما به این باور رسیدیم که یک نیروی برتر می تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.
- 3- ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی مان را به مراقبت خداوند، بدان گونه که او را درک می کردیم، بسپاریم.
- 4- ما یک ترازنامه اخلاقی بی باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم.
- 5- ما چگونگی دقیق خطاهایمان را به خداوند، به خود و یک انسان دیگر اقرار کردیم.
- 6- ما آمادگی کامل پیدا کردیم که خداوند کلیه نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
- 7- ما با فروتنی از او خواستیم کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
- 8- ما فهرستی از تمام کسانی که به آن ها صدمه زده بودیم تهیه کرده و خواستار جبران خسارت از تمام آنها شدیم.
- 9- ما بطور مستقیم در هر جا که امکان داشت، از این افراد جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان و یا دیگران لطمه بزند.
- 10- ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم سریعاً به آن اقرار کردیم.
- 11- ما از راه دعا و مراقبه خواهان ارتقاء رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان گونه که او را درک می کردیم شده و فقط جویای آگاهی از اراده او برای خود و قدرت اجرایش شدیم.
- 12- با بیداری روحانی حاصل از برداشتن این قدم ها، ما کوشیدیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی خود به اجرا در آوریم.

بحث در مورد هر کدام از قدم ها می تواند به قدری وقت گیر باشد که حتی لازم است برای هر قدم کتابی تهیه شود چنین کتاب هایی را می توانید از طریق انجمن معتادان گمنام تهیه نمایید . با توجه به اینکه تحلیل درست قدم ها نیازمند اینست که تحلیل کننده آنها را به خوبی کار کرده باشد امیدوارم افرادی که قدم ها را با موفقیت کار کرده اند با توضیحاتشان در قسمت نظرات بتوانند به روشن شدن منظور هر قدم برای خوانندگان مطلب کمک کنند .

نکته ای که اشاره به آن کاملاً ضروری است اینست که : افرادی که با موفقیت قدم ها را کار می کنند در قدم آخر یعنی قدم دوازده پیغام بهبودی خود را به دیگر معتادان می رسانند . اگر به چنین افرادی برخورد کرده باشید بانویسنده موافق هستید که *افراد و ارسته، صادق، با پذیرش بالا و بسیار فروتن هستند و رفتار و گفتارشان با هم تطابق دارد و کاملاً به دل می نشینند و پیغام بهبودی را به خوبی به گروه هدفشان می رسانند بدون اینکه منجر به آسیب جدید تری شوند .*

اینها افرادی هستند که قبل از قدم آخر تمامی قدم ها را کار کرده اند و هنوز هم به کار کردن قدم ها می پردازند . این افراد برای رساندن پیغام بهبودی کاملاً انگیزشی کار می کنند .

این موضوع را از این جهت گفتم که عده ای تازه وارد نیز هستند که متأسفانه به خاطر جهل و تفهیم نادرست قدم های دوازده گانه جای قدم ها را عوض کرده اند و بسیار تمایل دارند بجای قدم اول، قدم آخر را در ابتدای کار اجرا کنند و همین باعث آسیب ها و زیان های جبران ناپذیری به دیگر بیماران تحت درمان به روشهای درمانی دیگر می شود .

پس اگر از کسی شنیدید که با صدای بلند و با تکبر داد می زند که من بچه انجمنی هستم و آمده ام پیغام بهبودی به بیماران بدهم بدانید چنین شخصی یا تحت تاثیر مصرف زیاد مواد است یا با قصد و غرض سعی در سوء استفاده از نام انجمن معتادان گمنام به نفع شخصی خود دارد .

گفتار دوازده قدم

بدون هیچ گونه شک و تردیدی در طول مشاوره از چنین گفتارهایی استفاده کنید. چنین گفتاری در بسیاری از موارد تنها راه حل بیماران برای دور ماندن از مصرف مواد هستند. و این موضوع همواره در مورد بیماران ما صدق می کند. لازم به یاد آوری است که تمامی گفتارهای دوازده قدم و همچنین قدم های دوازده گانه با برنامه ماتریکس در تطابق کامل هستند.

در برنامه الکلی های گمنام گفتارهای کوتاهی وجود دارد که به افراد در تلاش روز به روزشان برای صبور ماندن کمک می کند. این مفاهیم اغلب ابزارهای مفیدی هستند که می توان با استفاده از آنها یاد گرفت که چگونه صبور بمانیم.

فقط برای امروز! این یک مفهوم کلیدی برای پاک ماندن است. در مورد اینکه برای همیشه پاک بمانید وسواس نداشته باشید. تنها بر امروز تمرکز کنید.

دورش بزن گاهی افراد معتاد با درگیر کردن خود با مشکلاتی که نمی توانند آنها را حل کنند بهبودیشان را بخطر می اندازند. یافتن راهی که بتوان طوری از موضوع گذشت که شما بتوانید بر پاک ماندنتان تمرکز کنید مهارت بسیار مهمی است.

ساده بگیر یاد گرفتن اینکه پاک بمانیم می تواند بسیار سخت، پیچیده و طاقت فرسا بنظر آید. در حقیقت چند مفهوم خیلی ساده درگیر این ماجرا هستند. این فرآیند را برای خودتان سخت نکنید: آنرا ساده و راحت بگیرید.

چیزی را که نیاز دارید بردارید و مابقی را رها کنید همه قسمت های ۱۲ قدم برای همه مفید نیست. این برنامه، برنامه کاملی نیست. اگر شما بر قسمت هایی از این برنامه تمرکز کرده اید که برایتان مفید است و مابقی قسمت ها برایتان دشوار به نظر می آید این برنامه برای شما مفید بوده است.

بدنت را بیاور ذهنت بدنبال آن می آید مهمترین جنبه برنامه های ۱۲ قدم شرکت در جلسات است. مدتی طول می کشد تا در این جلسات کاملا احساس راحتی کنید. سعی کنید در جلسات مختلف شرکت کنید، سعی کنید با افراد ملاقات کنید و مطالبی را که در این زمینه وجود دارد مطالعه نمایید. فقط بروید و به رفتنتان ادامه دهید.

(HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired

کسانیکه در برنامه های ۱۲ قدم شرکت می کنند با این کلمه اختصاری آشنا هستند. این کلمه به افرادی که در بهبودی هستند یادآوری می کند که آنها وقتی خیلی گرسنه، عصبانی، تنها، یا خسته باشند نسبت به بازگشت به سمت مواد بسیار آسیب پذیر هستند.

گرسنگی وقتی کسی مواد مصرف می کند اغلب نیازهای تغذیه ای خود را در نظر نمی گیرد. کسانیکه در بهبودی هستند باید یاد بگیرند که خوردن غذا بصورت منظم اهمیت زیادی برایشان دارد. گرسنه ماندن می تواند باعث ایجاد تغییراتی در واکنش های شیمیایی بدن گردد که باعث شود افراد توانایی کمتری بر کنترل خودشان و اجتناب از وسوسه داشته باشند. اغلب مواقع شخص احساس اضطراب و آشفتگی می کند ولی آنرا به گرسنگی ارتباط نمی دهد. خوردن منظم غذا باعث پایداری عواطف و احساسات می شود.

عصبانیت یکی از علت های اصلی عود و بازگشت به سمت مصرف مواد این وضعیت احساسی است. آموختن غلبه بر عصبانیت به شیوه ای سالم برای اکثر افراد بسیار سخت است. بدون فکر کردن به نتیجه کاری که در حین عصبانیت انجام می دهیم نمی توانیم برخورد درست و سالمی با عصبانیت داشته باشیم.

همچنین درست نیست که عصبانیت خود را نگه داریم و تلاش کنیم برای اینکه وانمود کنیم عصبانی نیستیم. صحبت کردن درباره موقعیت هایی که باعث ایجاد عصبانیت می شوند و چگونگی کنترل عصبانیت قسمت مهمی از بهبودی محسوب می شود.

تنهایی: در اغلب موارد فرد به تنهایی فرآیند بهبودی را طی می کند. افراد بخاطر مصرف مواد ارتباطات اجتماعی را از دست می دهند. به عنوان قسمتی از بهبودی، وقتی فرد روند بهبودی را طی می کند مجبور است دوستانی را که هنوز مواد مصرف می کنند، رها کند. احساس تنهایی یک واقعیت بسیار دردناک است. و باعث می شود که افراد نسبت به عود و بازگشت به سمت مصرف مواد بسیار آسیب پذیر باشند.

خستگی: اختلالات خواب در اغلب موارد، بخشی از بهبودی اولیه است. افراد بصورت مکرر مجبور می شوند برای خوابیدن از داروهایی که قبلا استفاده می کردند استفاده کنند. خسته شدن اغلب یک عامل برانگیزان برای عود و بازگشت به سمت مصرف مواد محسوب می شود. احساس خستگی و بی رمقی و کاهش انرژی باعث آسیب پذیر شدن افراد و ناتوانی آنها در طی کردن راه سلامت می شود.

با این جلسه که آخرین جلسه مهارت های اولیه بهبود است دوره اول درمان بیماران ماتریکس به پایان می رسد. تا این زمان معمولا یک ماه یا کمی بیشتر از درمان بیماران گذشته است و لازم است برنامه ریزی مجدد ماه های آینده برای شرکت در جلسات پیشگیری از عود توسط روانشناس انجام شود .

اینکه دوره پیشگیری از عود که سه تا چهار ماه طول خواهد کشید چگونه برگزار می شود و چهارچوب برگزاری و موضوعات آن چگونه خواهد بود بزودی در مقاله ای جداگانه به طور کامل به آن اشاره می کنیم.

آموزش قدم به قدم درمان اعتیاد به شیشه به روش ماتریکس

جمع بندی جلسات جهت شروع مباحث پیشگیری از عود

اگر تا اینجا جلسات آموزش قدم به قدم ماتریکس را پیگیری کرده باشید. به معنای آنست که از اولین مرحله ماتریکس که آموزش مهارت های اولیه بهبود است عبور کرده اید. اگر بیمارتان توانسته باشد تا این زمان با موفقیت پاک بماند و بطور منظم در جلسات شرکت کرده باشد به تدریج از مرحله ماه غسل گذشته و آمادگی لازم را برای برخورد به مرحله دیوار خواهد داشت ولی باید به یاد داشته باشیم که مرحله دیوار می تواند برای بیمار بسیار طاقت فرسا باشد و برای هر بیمار علایمش با بیمار دیگر تا حدودی متفاوت بروز کند .

با توجه به این موضوع، شرکت در جلسات گروهی و کمک گرفتن از بیماران بهبود یافته می تواند پشتیبانی و دلگرمی بسیار زیادی را برای بیماران در این مرحله فراهم کند تا بتوانند با موفقیت از فاز دیوار نیز بگذرند.

یادآوری: آموزش های حال حاضر در وبسایت آینده در سطحی برنامه ریزی شده است که شما به عنوان پزشک یا روانشناس بتوانید کار درمان ماتریکس را با یک بیمار *داوطلب* و *با انگیزه خوب* و *با درجات کم تخریب*، شروع کنید. و زمانیکه چنین بیماران بهبود یافته ای در مرکز شما زیاد شدند کم کم گروه را تشکیل دهید و با تجربه ای که از برخورد با چنین بیمارانی بدست می آورید خواهید توانست مواردی را که حتی از درجاتی از سایکوز رنج می برند نیز بصورت سرپایی درمان نمایید.

پس *زیاد عجله نکنید* و توجه کنید که ما در کلینیک ترک اعتیاد آینده چگونه مشکلاتمان را حل کرده ایم! شاید تجربه ما بتواند به شما در حل مشکلاتتان با بیماران ماتریکس کمک کند (در جلسه آینده، قبل از شروع مباحث پیشگیری از عود درباره اینکه چگونه می توانید یک گروه ماتریکس موفق را به آسانی تشکیل دهید صحبت خواهیم کرد)

همچنانکه تا اینجا متوجه شده اید، کاری را که ما تحت عنوان ماتریکس انجام می دهیم بیشتر شبیه یک رواندرمانی ساختار یافته است که در طولانی مدت انجام می شود و موضوعات جلسات طوری برنامه ریزی شده اند که تقریباً با مراحل که بیمار از آن ها می گذرد مطابقت دارند .

پس بصورت خلاصه همچنانکه در شکل زیر نشان داده شده است، ما تاکنون مرحله آموزش مهارت های اولیه بهبود را تمام کرده ایم و قرار است مباحث پیشگیری از عود را به بیمار آموزش دهیم. برای اینکار برنامه درمانی بیمار را تغییر می دهیم و از بیمار می خواهیم هفته ای دوبار به کلینیک مراجعه نماید: یکبار جهت مشاوره انفرادی و یک بار جهت شرکت در گروه ماتریکس (از جلسه آینده آموزش مباحث پیشگیری از عود شروع خواهد شد.

برگرفته از :

سایت مرکز درمان سوء مصرف آینده