

گروه درمانی برای معتادان

# فهرست

۱۷	بخش اول: چگونه به افراد کمک شود تا تغییر یابند
۱۹	فصل اول: چگونه اشخاص تغییر می‌کنند: مدل ترانس تئوریک (فرانظری)
۲۰	مروری بر این مدل
۲۲	انجام امور صحیح در وقت مناسب
۲۶	حرکت از خلال مراحل تغییر
۳۱	چگونه فرآیند، حرکت را از خلال مراحل تسهیل می‌کند
۳۵	تفاوت بین فرآیند تغییر و تکنیک‌ها
۳۶	انطباق این کتاب با نیازهای شما
۳۷	فصل دوم: راهبردهایی جهت تسهیل نمودن تغییر
۳۷	یک رویکرد انگیزشی
۳۹	اصول مصاحبه انگیزشی
۴۰	استفاده از مصاحبه انگیزشی برای افزایش استفاده از فرآیند تغییر
۴۳	راهبردهای انگیزشی
۴۴	مروری بر تکنیک‌ها
۵۳	فصل سوم: یکپارچه‌سازی
۵۳	مروری بر درمان
۵۵	چه کسی باید این درمان را انجام دهد؟
۵۶	این درمان در چه زمینه‌هایی مناسب است؟
۵۶	اندازه گروه، فراوانی جلسات و طول جلسات پیشنهاد شده
۵۶	غربالگری اولیه و ارزیابی
۶۳	شکل جلسه
۶۷	نتیجه و جمع‌بندی

- بخش دوم: تأمل درباره تغییر دادن سوء مصرف مواد زنجیره P/C/P: پیش تأمل (P)،  
تأمل (C)، آمادگی (P) ..... ۶۹
- جلسه ۱: مراحل تغییر ..... ۷۱  
هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۲: یک روز زندگی ..... ۸۲  
هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۳: اثرات فیزیولوژیکی الکل ..... ۸۸  
هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۴: اثرات فیزیولوژیکی داروها (مواد) ..... ۱۰۲  
هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۵: انتظارات ..... ۱۱۵  
هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۶: تصریح نگرانیها ..... ۱۲۱  
هدف فرآیند تغییر: خود ارزیابی مجدد، تسکین عاطفی
- جلسه ۷: ارزشها ..... ۱۲۶  
هدف فرآیند تغییر: خود ارزیابی مجدد
- جلسه ۸: مزایا و معایب ..... ۱۳۱  
هدف فرآیند تغییر: موازنه تصمیمی
- جلسه ۹: ارتباطات ..... ۱۳۹  
هدف فرآیند تغییر: ارزیابی مجدد محیطی
- جلسه ۱۰: نقشها ..... ۱۴۷  
هدف فرآیند تغییر: ارزیابی مجدد محیطی

- جلسه ۱۱: اطمینان و وسوسه ..... ۱۵۳  
 هدف فرآیند تغییر: خودکارآمدی
- جلسه ۱۲: حل مسأله ..... ۱۶۱  
 هدف فرآیند تغییر: خودکارآمدی
- جلسه ۱۳: تعیین هدف و آمادگی برای تغییر ..... ۱۶۸  
 هدف فرآیند تغییر: خودآزادسازی
- جلسه ۱۴: مرور و خاتمه ..... ۱۷۷

**بخش سوم: ایجاد تغییر در سوءمصرف مواد زنجیره A\IM : عمل (A)،**

- نگهداری (M) ..... ۱۸۳**
- جلسه ۱: مراحل تغییر ..... ۱۸۵  
 هدف فرآیند تغییر: افزایش آگاهی
- جلسه ۲: شناسایی ماشه چکانها ..... ۱۹۴  
 هدف فرآیند تغییر: کنترل محرک
- جلسه ۳: مدیریت (کنترل) استرس ..... ۲۰۰  
 هدف فرآیند تغییر: شرطی سازی تقابلی
- جلسه ۴: پاداش به موفقیت هایم ..... ۲۱۰  
 هدف فرآیند تغییر: مدیریت تقویت
- جلسه ۵: ارتباط مؤثر ..... ۲۱۷  
 هدف فرآیند تغییر: شرطی سازی تقابلی، مدیریت تقویت
- جلسه ۶: امتناع مؤثر ..... ۲۲۴  
 هدف فرآیند تغییر: شرطی سازی تقابلی، مدیریت تقویت

- جلسه ۷: مدیریت (کنترل) انتقاد ..... ۲۳۲  
هدف فرآیند تغییر: شرطی سازی تقابلی: مدیریت تقویت
- جلسه ۸: مدیریت (کنترل) افکار ..... ۲۳۹  
هدف فرآیند تغییر: کنترل محرک، شرطی سازی تقابلی، مدیریت تقویت
- جلسه ۹: مدیریت (کنترل) هوس و وسوسه ..... ۲۴۷  
هدف فرآیند تغییر: کنترل محرک، شرطی سازی تقابلی، مدیریت تقویت
- جلسه ۱۰: شیوه های جدید لذت بردن از زندگی ..... ۲۵۵  
هدف فرآیند تغییر: کنترل محرک، شرطی سازی تقابلی، مدیریت تقویت
- جلسه ۱۱: توسعه یک برنامه عملی ..... ۲۶۲  
هدف فرآیند تغییر: خودآزادسازی
- جلسه ۱۲: تعهد بعد از لغزش ..... ۲۷۱  
هدف فرآیند تغییر: روابط یاری رسان (کمک کننده)
- جلسه ۱۳: حمایت اجتماعی ..... ۲۷۹  
هدف فرآیند تغییر: روابط یاری رسان (کمک کننده)
- جلسه ۱۴: شناسایی نیازها و منابع ..... ۲۸۶  
هدف فرآیند تغییر: آزادسازی یا رهاسازی اجتماعی
- جلسه ۱۵: مرور و خاتمه ..... ۲۹۵  
هدف فرآیند تغییر: خودکارآمدی، کنترل تقویت

## پیشگفتار

سابقه استعمال مواد مخدر به قدمت زمانی که بشر به خواص طبی برخی گیاهان روی آورد و متوجه تغییر احساسات و هیجانات پس از مصرف آنها شد برمی‌گردد. به تدریج سوء مصرف مواد جزئی از اسلوب زندگی شد. برخی از مواد، ماندگاری، مقبولیت و شیوع بیشتری پیدا کرد مثل مواد مخدر، الکل، سیگار، حشیش، کوکائین و ...

امروزه بحران دیرپای اعتیاد موجب نگرانی جهانیان شده است. هستند کسانی که زندگی خویش را وقف یافتن راهبردهایی می‌کنند که بتوانند گوشه‌ای از این معضل فراگیر اجتماعی را بهبود ببخشند. نویسندگان کتاب حاضر از این گروه افرادند که سعی نموده‌اند راهنمای علمی و کاربردی جهت درمان وابستگی به مواد را ارائه کنند. کتاب حاضر از سه بخش تشکیل شده است: بخش اول شامل سه فصل معرفی مدل ترانس تئوریکی (فرانظری)، راهبردهای تغییر و ساختار درمان مبتنی بر مدل ترانس تئوریکی است؛ بخش دوم شامل ۱۴ جلسه درمانی است که سه مرحله از مراحل تغییر را پوشش می‌دهد و بخش سوم ۱۵ جلسه مراحل عمل و نگهداری مدل ترانس تئوریکی (فرانظری) را در برمی‌گیرد. توضیحات کافی در مورد این رویکرد، نوع مداخله (فردی یا گروهی) و مسائل تکنیکی درمان در بخش اول کتاب گنجانده شده است. خوانندگان محترم می‌توانند جهت اشراف کامل به این شیوه درمان که در نوع خود بدیع و نو می‌باشد، بخش فوق‌الذکر را با دقت مطالعه نمایند.

در کشور ما اعتیاد به مواد مخدر طی دهه اخیر یکی از مهم‌ترین بحران‌های بهداشتی و اجتماعی بوده است و می‌توان گفت با توجه به بازار آشفته افیون‌زدگی (که بالای عظیم جامعه ماست) و به دلیل وجود کشور همسایه خشک‌خاش‌کار از یک طرف و عرضه، انتقال و هزینه بالای اعمال قانون و اتلاف نیروی انسانی و ضعف برنامه‌های درمانی راهبردی از طرف دیگر، این معضل هر روز سایه‌اش را سنگین‌تر می‌نماید.

ساده‌اندیشی است اگر تصور کنیم مبارزه با این سرطان اجتماعی بدون تسلط علمی بر همهٔ جوانب پدیدهٔ اعتیاد امکان‌پذیر است. موادی که خواص داروشناختی آنها عالی‌ترین تظاهرات زیستی انسان را شامل می‌شود و به احساسات، تفکر، اراده و روابط اجتماعی او می‌تازد توجه جامع‌تر و عمیق‌تری را می‌طلبد. تصور اغلب افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آنها از ترک مواد مخدر منحصر به سم‌زدایی است که درصد کمی از روند درمان را شامل می‌شود و از توانبخشی شناختی، رفتاری و هیجانی که مشکل اصلی چنین افرادی است، غافلند. با توجه به این دیدگاه وجود منابع علمی در زمینه پیشگیری، شناخت و درمان اعتیاد (بخصوص با توجه به بازار مکاره‌ای که درمان اعتیاد به مواد مخدر در کشور ما دارد) بسیار ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالب فوق گروه مترجمان تصمیم به ترجمه کتاب **Group treatment for substance abuse** گرفت. ذکر این نکته ضروری است که امروزه با توجه به تعداد اصطلاحات موجود در زمینهٔ اعتیاد، واژهٔ معتاد در متون و محافل علمی کمتر بکار می‌رود، اما با توجه به جافتادگی این واژه در کشور ما، ترجیح داده شد که عنوان کتاب گروه‌درمانی برای معتادان انتخاب گردد. امید است مورد توجه همکاران و دست‌اندرکاران درمان این عزیزان قرار گیرد، ارائهٔ نظرات و پیشنهادات موجب امتنان خواهد بود.

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از همکاری صمیمانه مسؤولان محترم انتشارات ارجمند، خصوصاً جناب آقای دکتر ارجمند و جناب آقای دکتر مظفر که امکان چاپ کتاب را فراهم نمودند، تشکر نماییم.

دکتر حسن ضیاءالدینی

دکتر سیدمهدی حسینی‌فرد

دکتر مصطفی نوکنی

دکتر خاطره طوفانی

## مقدمه

این کتاب برای متخصصانی نوشته شده است که با مراجعان سوء مصرف‌کننده مواد کار می‌کنند و استراتژی‌های درمانی را که براساس مدل ترانس تئوریک (فرانظری)<sup>۱</sup> تغییر رفتار مبتنی هستند، ارائه می‌کند (پروچسکا<sup>۲</sup> و دیکلمنته<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴). مدل ترانس تئوریک یک چهارچوب یکپارچه برای درک، اندازه‌گیری و مداخله در رفتار فراهم می‌آورد؛ در این مدل، تغییر به عنوان پیشرفت در خلال یک توالی پنج مرحله‌ای در نظر گرفته می‌شود؛ از یک مرحله پیش تأمل<sup>۴</sup> اولیه، که مراجع درباره تغییر فکر نمی‌کند، تا مرحله تأمل<sup>۵</sup>، آمادگی<sup>۶</sup>، عمل و پنجمین مرحله یعنی نگهداری<sup>۷</sup> که مراجع در این مرحله تغییر درازمدت خود را حفظ می‌کند. در رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) درمان، درمانگران آموزش می‌بینند که آمادگی مراجعان را نسبت به تغییر ارزیابی کنند و انگیزش آنها را از طریق تکنیک‌ها بسته به اینکه مراجع در چه وضعی و در کدام مرحله قرار دارد، افزایش دهند.

این مدل مبتنی بر تحقیق یک تغییر عمده را مبنی بر اینکه چگونه متخصصان رفتارهای خطر را مورد فهم و درمان قرار دهند تسریع کرده است. یک جنبه مهم این تغییر، این شناخت است که انگیزش مراجع می‌تواند دستکاری شود. قبل از این، انگیزش به عنوان صفتی دیده می‌شد که قابل تغییر نبود. برنامه‌های درمانی "عمل<sup>۸</sup> مدار" بودند؛ یعنی، آنها مناسب مراجعانی بودند که برای تغییر اظهار آمادگی می‌کردند. اگر مراجعی بی‌انگیزه تشخیص داده می‌شد، درمانگر امید کمی برای موفقیت او داشت. مراجعانی که برای تغییر کاملاً آماده نبودند برای درمان نامناسب تشخیص داده می‌شدند و با یک شیوه رویارویانه از درمان طرد می‌شدند تا اشتباه شیوه خود را درک کنند.

1- Transtheoretical model

2 - Prochaska

3 - Diclemente

4 - Precontemplation

5 - Contemplation

6 - Preparation

7 - maintenance

8 - action-oriented



رویکردهای اخیر درمانی به انگیزش به عنوان یک صفت نگاه نمی‌کنند، بلکه به عنوان حالتی پویا می‌نگرند که می‌تواند تأثیر پذیرد (میلر<sup>۱</sup> و رولینک<sup>۲</sup>). این رویکرد جدید تغییر رفتار یک دیدگاه مهیج و تازه را به این زمینه ارزانی می‌کند. مراجعان نسبت به تغییر خودشان مسئولیت‌پذیر و دارای یک پتانسیل ذاتی در نظر گرفته می‌شوند.

تحقیقات نشان داده‌اند که فرآیندهای تغییر<sup>۳</sup> معین حرکت مراجعان را در خلال این مراحل تسریع می‌بخشند. رویکردهای انگیزشی مثل آنهایی که به وسیله میلر و رولینک (۱۹۹۱) شناخته شده‌اند این مدل را کامل می‌کنند و شیوه‌ای را فراهم می‌آورند که تغییر را در مراحل اولیه حتی با مراجعانی که در مقابل تغییر آمادگی ندارند، تسهیل می‌کنند. راهبردهای شناختی-رفتاری و پیشگیری از عود<sup>۴</sup> ابزارهایی عالی برای کمک به مراجعانی که در مراحل انتهایی قرار دارند، فراهم می‌آورند تا تغییر را به دست آورده و آن را حفظ کنند. این راهبردها زمانی که با استفاده از رویکرد انگیزشی به کار می‌روند مؤثرتر هستند. رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) به وسیله متخصصان، اخیراً در سراسر دنیا به عنوان چهارچوبی جهت فهم تغییر رفتار و الگویی برای انجام مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. (پروچسکا، دیکلمنته، نورکروس،<sup>۵</sup> ۱۹۹۲). همچنین حجم زیادی از تحقیق در مورد کاربرد این مدل برای جمعیت‌ها و رفتارهای گوناگون موجود می‌باشد (دیکلمنته و پروچسکا، ۱۹۹۸؛ استاتس<sup>۶</sup>، دیکلمنته، کاربوناری،<sup>۷</sup> مولن،<sup>۸</sup> ۱۹۹۶؛ گریملی<sup>۹</sup>، پروچسکا و پروچسکا، ۱۹۹۷، پروچسکا، ویلسر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ ولاسکوئز<sup>۱۱</sup>، کاربوناری، دیکلمنته، ۱۹۹۹، ولاسکوئز، کروج<sup>۱۲</sup>، واناشربرگ<sup>۱۳</sup>، گروس دانیس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱). این مدل به وسیله انستیتو ملی سرطان جهت ایجاد موضوعات و مطالب در مورد توقف سیگار کشیدن، به وسیله چندین گروه درمانی و نظارت رفتار سالم در ایجاد پروتکل‌شان و به عنوان یک مدل پیشرو در زمینه درمان اعتیاد در بریتانیای کبیر استفاده شده

1 - Miller

2 - Rollnick

3 - Change processes

4 - Relapse Prevention

5 - Norcross

6 - Stotts

7 - Carbonari

8 - Mullen

9 - Grimley

10 - Velicer

11 - Velasquez

12 - Crouch

13 - Von Stebery

14 - Grosdanis

است. تحقیقاتی که این مدل را در گستره‌ای از تغییرات رفتار اعتیادی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌دهند به وسیلهٔ انستیتو ملی سرطان، انستیتو ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم، انستیتو ملی قلب، ریه و خون، انستیتو ملی سوء مصرف دارو، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، مؤسسه رابرت وودجانسون<sup>۱</sup> مورد حمایت مالی قرار گرفته‌اند. در بسیاری از مطالعات ساختارهای این مدل برای دامنهٔ زیادی از مشکلات رفتاری بهداشتی مناسب و قابل کاربرد تشخیص داده شده‌اند.

وضعیت مرحله و آمادگی انگیزشی برای تغییر پیش‌بینی کننده شرکت در درمان، پیامد درمان و تغییر دراز مدت رفتار است (دیکلمنته و پروچسکا، ۱۹۹۸). ادبیات تحقیق مفید بودن درمان‌هایی که از اجزای مختلف رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) در رفتارهای مختلفی از جمله درمان الکل (گروه تحقیقی پروژه MATCH، ۱۹۹۷)، پیشگیری از الکل در نوجوانان (ورچ<sup>۲</sup>، پاپاس<sup>۳</sup>، کارلسن<sup>۴</sup> و دیکلمنته ۱۹۹۹)؛ سیگار کشیدن (پالونن<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۴)؛ ویلر و پروچسکا، ۱۹۹۹؛ استاتس، دیکلمنته و مالن، زیر چاپ)، ماموگرافی<sup>۶</sup> (راکوفسکی<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۸)، تمرینات ورزشی<sup>۸</sup> (مارکوس<sup>۹</sup>، پینتو<sup>۱۰</sup>، سیمکین<sup>۱۱</sup>، آدریان<sup>۱۲</sup> و تیلور<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴) و پیشگیری از HIV استفاده می‌کنند را نشان می‌دهد. (کولینز<sup>۱۴</sup>، کهلر<sup>۱۵</sup>، دیکلمنته، وانگ<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۹). به‌طور خلاصه، ادبیات تحقیق، مفید بودن ملاحظات مبتنی بر مدل ترانس تئوریک (فرانظری) را در طیفی از جمعیت با رفتارهای بی‌شمار را مورد حمایت قرار می‌دهد. در حالی که کلینیک‌های اندکی به‌طور رسمی مداخلات درمانی خود را ارزیابی می‌کنند، بسیاری از کلینیک‌های عمومی بهداشت روانی و سوء مصرف مواد که در حال حاضر رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) را در برنامه‌های درمانی خود مورداستفاده قرار می‌دهند، گزارش‌هایشان در مورد استفاده از این رویکرد بسیار مثبت بوده است و هم مراجعان و هم درمانگران

1 - Robert Wood Johnson

2 - Werch

3 - Papas

4 - Carlson

5 - Pallonen

6 - Mammography

7 - Rakowski

8 - Exercise

9 - Marcus

10 - Pinto

11 - Simkin

12 - Adrian

13 - Taylor

14 - Colins

15 - Cohler

16 - Wang

مقدار زیادی از اشتیاق را در این زمینه ابراز داشته‌اند.

مداخلات در این کتاب نخستین برنامه جامع درمانی سوء مصرف مواد براساس رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) است که به‌طور سیستماتیک حرکت را در خلال مراحل تغییر تسریع می‌بخشد. از طریق استفاده از تکنیک‌های ویژه برای تسریع فرآیند تغییر، احتمالی که مراجعان در خلال مراحل تغییر پیشرفت کنند، افزایش می‌یابد (کاربنای و دیکلمنته، ۲۰۰۰).

انگیزه برای نوشتن این کتاب درخواست درمانگرانی بود که در زمینه‌های مختلفی کار می‌کردند و در پی مداخلاتی بودند که برای آنها دستورالعمل‌های ویژه و تمرین‌هایی برای اجرای یک درمان مبتنی بر فرآیند تغییر و مرحله فراهم آورد. در ابتدا، این کتاب برای مراجعان سوء مصرف‌کننده مواد بی‌خانمان شکل گرفت. پاسخ به این برنامه، هم از سوی مراجعان و هم درمانگران بسیار مثبت بود. از آن زمان به بعد، در بسیاری از کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد با طیف بسیاری از مراجعان اجرا شده است. مقدار زیادی از شواهد غیر مستند از مداخلات توصیف شده در این کتاب حمایت می‌کنند. به هر حال، این مداخلات هنوز در یک کار آزمایش بالینی تصادفی مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند. ما محققان را تشویق می‌کنیم که اثربخشی<sup>۱</sup> این رویکرد را مورد بررسی قرار دهند و پیش‌بینی می‌کنیم که تحقیقات بالینی آینده، این مداخله را با دیگر مداخلات سنتی در این حیطه مقایسه خواهند کرد. این درمان خود را به‌خوبی در معرض چنین ارزیابی قرار می‌دهد، اندازه‌گیری‌های معتبر و پایایی برای ارزیابی پیشرفت مراجعان در خلال مراحل تغییر، استفاده‌شان از فرآیندهای رفتاری و تجربی، کفایت شخصی‌شان<sup>۲</sup> و تعادل تصمیم آنها وجود دارد (دیکلمنته، پروچسکا، ۱۹۹۱، کاربنای و دیکلمنته، ۲۰۰۰).

### کاربرد، اهداف و سازمان این کتاب

این کتاب موضوعات و دستورالعمل‌هایی برای انجام ۲۹ جلسه گروهی ارائه می‌کند و به‌گونه‌ای طراحی شده است تا به اشخاص کمک کند که آنها از خلال مراحل تغییر بگذرند و سوء مصرف مواد خود را تغییر دهند. گرچه ما این کتاب را برای استفاده گروهی نوشته‌ایم، هر جلسه می‌تواند به‌آسانی برای استفاده در

1 - Efficacy

2 - Self-Efficacy

مشاوره فردی به کار رود. با اجرای متوالی، این ۲۹ جلسه می‌تواند برای سازمان دادن یک برنامه کامل مورد استفاده واقع شود، هم به عنوان یک توالی منفرد از ۲۹ جلسه یا به عنوان توالی کوچکتر ۱۴ و ۱۵ جلسه‌ای و یا اینکه درمان‌گران می‌توانند جلساتی را انتخاب کنند که به نظر آنها نسبت به زمینه و مراحل تغییر مراجعان مناسب‌ترین باشند.

فرآیندهای تغییر برای حرکت به سمت درمان مهم‌اند و هر جلسه یک یا چند فرآیند تغییر را در هر مرحله، مدنظر قرار می‌دهد. توالی نخست از ۱۴ جلسه برای مراجعانی تنظیم شده است که در مراحل اولیه تغییر: پیش از تأمل، تأمل و آمادگی هستند (P/C/P). این جلسات مخصوصاً به گونه‌ای طراحی شده‌اند تا انگیزش را بالا ببرند و تغییر را در مراجعانی تسهیل کنند که ۱- تشخیص نمی‌دهند که مشکلی دارند یا نسبت به تغییر انگیزه‌ای ندارند ۲- در مورد تغییر فکر می‌کنند ۳- برای تغییر آماده هستند. توالی ۱۵ جلسه دوم، بیشتر عمل‌مدار است و برای مراجعانی طراحی شده است که در مراحل بعدی تغییر هستند. اینها کسانی هستند که ۱- آماده‌اند یک تغییر رفتاری را شروع کنند ۲- به طور فعالانه‌ای در حال تغییر هستند ۳- به طور فعالانه تغییراتی که قبلاً انجام داده‌اند را حفظ می‌کنند. این ۱۵ جلسه اخیر راهبردهای پیشگیری از عود و مهارت‌سازی سنتی را مورد استفاده قرار داده و فرآیندهای تغییر حیاتی برای حرکت از خلال آمادگی، باقی ماندن در مراحل عمل و نگهداری را مورد هدف قرار می‌دهند. این کتاب در سه قسمت عمده، سازمان یافته است در قسمت اول، ما رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) را با جزئیات بیشتر توضیح می‌دهیم و تکنیک‌های فردی را مرور می‌کنیم که برای برانگیختن فرآیندهای تغییر در جلسات استفاده خواهند شد. ما همچنین جزئیات عملی اجرای مداخله را توصیف می‌کنیم و ساختار اصلی جلسه را که در همه جلسات یکسان است معرفی می‌کنیم. در قسمت دوم و سوم، ما دستورالعمل‌های جلسه به جلسه را ارائه می‌کنیم. قسمت دوم، جلساتی را پوشش می‌دهد که مربوط به مراجعانی است که در مراحل اولیه تغییر (پیش از تأمل / تأمل / آمادگی) به سر می‌برند، قسمت سوم، شامل جلساتی است که مراحل عمل و نگهداری را در بر دارند و برای مراجعانی است که در مراحل بعدی تغییر قرار دارند. برای هر جلسه، ما منطق و اهداف محتوایی آن را مشخص می‌سازیم، لیستی از موضوعاتی که لازم هستند، ارائه می‌کنیم و به طور خلاصه لیستی از تکالیف جلسه را قدم به قدم

نشان می‌دهیم که چگونه آن تکالیف باید انجام شود تا اهداف جلسه برآورده گردد. هر جلسه همچنین شامل دست نوشته‌هایی است که می‌تواند به‌طور مستقیم از این کتاب کپی شده و بین مراجعان تقسیم شود. ما امیدواریم که شما برای برآوردن نیازهای ویژه خود در استفاده از این کتاب احساس راحتی کنید.

---

بخش اوّل

---

---

---

چگونه به افراد کمک شود تا تغییر یابند

---

## فصل اول

---

---

---

### چگونه اشخاص تغییر می‌کنند: مدل ترانس تئوریکی (فرانظری)

تغییر به یکباره رخ نمی‌دهد. تغییر نیازمند صرف زمان و انرژی است. بیشتر فرآیند تغییر اولیه به طور درونی حادث می‌شود، وقتی شخص سبک و سنگین می‌کند که آیا تغییر ارزش صرف زمان و کوشش را دارد یا خیر. فرآیند تغییر با شخصی آغاز می‌شود که به هرگونه نیاز جهت تغییر ناآگاه است. اگر مشکلی وجود داشته باشد، این شخص احتمالاً آن را نادیده می‌گیرد یا آن را مهم نمی‌پندارد. از آنجائی که مشکل در طولانی مدت نمی‌تواند نادیده انگاشته شود، شخص به این فکر می‌کند که در مورد آن، چه کار می‌تواند بکند. اگر مشکل ادامه یابد و اهمیت آن افزایش یابد، طرحهای معین برای تغییر به کار برده می‌شود. هرگاه نیروهای روانی، فیزیکی و اجتماعی فرد با همدیگر جمع شده باشد، او شروع به مبارزه با مشکل می‌کند و اقدام به تغییر می‌کند. اگر موفق شود، در حفظ و نگهداری وضعیت جدید تلاش می‌کند. بعضی اوقات، اشخاص به رفتار مشکل ساز قبلی برمی‌گردند. اغلب آنها از کوششهای خود جهت تغییر بازخورد می‌گیرند و تغییرات بعدی آسان تر می‌شود.

## مروری بر این مدل

مدل ترانس تئوریکی (فرانظری) تغییر نشان می دهد چگونه اشخاص به طور موفقیت آمیزی در زندگیشان تغییرات را به وجود می آورند. این مدل براساس تحقیقات پروچسکا و دایکلمنته (۱۹۸۴) می باشد، کسانی که شماری از ویژگی های مشترک انواع تغییر موفقیت آمیز در محیط های مختلف را پیدا کردند. آنها دریافتند که تغییر در طول زمان در پنج مرحله مجزا انجام می شود:

پیش از تأمل: مشکلی دیده نمی شود.

تأمل: مشکلی دیده می شود و لزوم عمل مدنظر قرار می گیرد.

آمادگی: طرح های عینی برای عمل بلافاصله انجام می شود.

عمل: جهت تغییر کاری انجام می شود.

نگهداری: برای حفظ تغییر اقداماتی انجام می شود.

پروچسکا و دایکلمنته (۱۹۸۴) همچنین ۱۰ فرآیند ویژه تغییر شناسایی کردند که اشخاص را قادر می سازد از یک مرحله به مرحله بعدی حرکت کنند. آنها به عنوان موتور<sup>۱</sup> تغییر در نظر گرفته می شوند، این فرآیندهای تغییر در دو گروه قرار می گیرند. گروه اول، فرآیندهای تجربی<sup>۲</sup>، که بر فرآیندهای فکری درونی تمرکز دارند و اینکه یک شخص موقعیت اش را چگونه می بیند. این فرآیندها برای مراحل اولیه تغییر بیشترین تناسب را دارند. گروه دوم، فرآیندهای رفتاری، که بر روی رفتار و عمل تمرکز دارند و برای مراحل بعدی تغییر مهم تر هستند. همه این مراحل اجزاء مهمی در حرکت از مراحل تغییر هستند و به منظور کمک به اشخاص جهت انجام صحیح امور در زمان مناسب، حیاتی می باشند.

به طور خلاصه ۱۰ فرآیند تغییر در زیر می آید:

## فرآیندهای تجربی

۱- افزایش آگاهی<sup>۳</sup>: مراجعان در مورد خودشان و ماهیت رفتارشان آگاهی به دست می آورند. از آنجائیکه مراجعان ممکن است قبلاً در مورد اثرات منفی



سوء مصرف مواد ناآگاه بوده‌اند، یادگیری بیشتر در مورد اثرات مصرف مواد به آنها کمک خواهد کرد تا تصمیمات بهتری بگیرند.

۲- تسکین عاطفی: <sup>۱</sup> یک تجربه مهم، اغلب هیجان مربوط به مشکل است. مراجعان اغلب جهت ایجاد تغییرات زمانی انگیزه پیدا می‌کنند که عواطفشان به وسیله محرک‌های بیرونی و درونی تحریک شود.

۳- ارزیابی مجدد خود: <sup>۲</sup> تشخیص اینکه چگونه رفتار حاضر با ارزشهای شخصی و اهداف زندگی تعارض دارد. از طریق استفاده از این فرآیند، مراجع یک ارزیابی عاطفی و متفکرانه از رفتار خود به عمل می‌آورد و خود را در قالب آن نوع شخصی که بعد از تغییر مثبت در خواهد آمد مجسم می‌کند.

۴- ارزیابی مجدد محیطی: تشخیص اثرات رفتار بر روی دیگران و محیط. مراجعان به وسیله این واقعیت انگیزه پیدا می‌کنند که مصرف مواد نه تنها به طور منفی بر روی آنها تأثیر گذاشته بلکه بر روی اطرافیان نیز اثرات مخربی بر جای گذاشته است (مثل اشخاصی که با آنها زندگی می‌کنند و محیطی که در آن کار می‌کنند).

۵- آزادی اجتماعی: شناخت و ایجاد جانشین‌هایی در محیط اجتماعی که تغییر رفتار را تشویق می‌کنند. این فرآیند از منابع محیطی استفاده می‌کند تا تغییرات در رفتار را باعث شود و آنها را حفظ کند (گرچه این فرآیند اغلب با فرآیندهای تجربی طبقه‌بندی می‌شود، همچنین در مراحل بعدی نیز برای کمک به مراجعان جهت حفظ تغییر کاربرد دارد).

## فرآیندهای رفتاری

۱- کنترل محرک: <sup>۳</sup> اجتناب کردن یا تغییر دادن نشانه‌ها، <sup>۴</sup> به طوری که احتمال درگیر شدن در رفتار مشکل‌زا کاهش یابد. مراجعانی که مصرف الکل یا دارو را با محیط ویژه (یک کافه در ضمن دوره خوشی) تداعی می‌کنند اگر از "موقعیت‌های ماشه چکان" اجتناب کنند؛ کمتر در مصرف مواد درگیر می‌شوند.

1 - Dramatic relief

2 - Self-reevaluation

3 - Stimulus Control

4 - Cues

۲- شرطی زدایی:<sup>۱</sup> جانشینی رفتارهای سالم با رفتارهای ناسالم. در موقعیتی که برای مراجعان مشکل است نشانه‌های اغواکننده را تغییر دهند یا از آنها اجتناب کنند، یک استراتژی مؤثر این است که مراجعان پاسخهایشان را به این نشانه‌ها تغییر دهند. این اغلب مستلزم انتخاب جانشین‌های سالم (مثل آرامش عضلانی داشتن در یک موقعیت استرس‌آمیز) به جای سوء مصرف مواد می‌باشد.

۳- مدیریت تقویت:<sup>۲</sup> پاداش دادن به تغییرات مثبت رفتاری؛ این می‌تواند شکل پاداش‌های واقعی به خودگیرد یا می‌تواند صرفاً پیامدهای مثبت ناشی از رفتارهایی باشد که از مصرف الکل یا دارو جلوگیری می‌کنند. وقتی مراجعان به دنبال قدمهای مثبت به طرف تغییر رفتار سوء مصرف مواد خود، پاداش را تجربه کنند، احتمالاً بیشتر تغییرات مشابه را در خود به وجود می‌آورند.

۴- آزادی خود:<sup>۳</sup> باور به توانایی خود جهت تغییر و عمل براساس این باور با ایجاد تعهد برای تغییر رفتار. مراجعان اغلب این فرآیند را با متعهد شدن به اهداف تغییر موضوعات مربوط به مواد نشان می‌دهند.

۵- روابط یاری‌رسان: روابطی که حمایت، مراقبت و پذیرش را برای شخصی که قصد دارد تغییری را در خود به وجود آورد فراهم می‌آورد. مراجعانی که سوء مصرف مواد داشته‌اند اغلب احساس بیگانگی<sup>۴</sup> و تنهایی می‌کنند. با درگیر شدن در این فرآیند، مراجعان می‌فهمند که یک سیستم حمایتی دارند و در شناسایی و درمان سوء مصرف مواد خود، تنها نیستند.

## انجام امور صحیح در وقت مناسب

مراحل معین به وسیله سطوح خیلی پائین یا بالای فعالیت فرآیند تغییر مشخص می‌شوند و مهم‌تر اینکه فرآیندهای ویژه در بعضی مراحل نسبت به

1 - Conter Conditioning

2 - Reinforcement management

4 - alienated

3 - Self-Liberation

مراحل دیگر برجسته تر هستند (پرز<sup>۱</sup> دایکلمنته، کاربوناری، ۱۹۹۶)؛ همچنین بسیاری از فرآیندها حد فاصل مراحل نزدیک به هم هستند و بعضی از آنها با درجه‌های متغیر در مراحل متعدد مورد استفاده قرار می‌گیرند. جدول ۱-۱ نشان می‌دهد که چگونه این فرآیندها و مراحل به همدیگر مرتبط هستند.

تحقیقات نشان داده‌اند که فرآیندهای تغییر معین در ضمن مراحل خاص به اوج خود می‌رسند. جلسات این کتاب همچنان که درمانگران از خلال مراحل تغییر می‌گذرند استفاده از فرآیند ویژه‌ای را تشویق می‌کند. برای مثال، در مراحل اولیه، فرآیندهای تجربی (مثل افزایش آگاهی و ارزیابی مجدد خود) مورد تأکید قرار می‌گیرند در حالی که در مراحل بعدی تأکید بیشتر بر روی فرآیندهای رفتاری (مثل کنترل محرک و آزادی خود) گذاشته می‌شود.

فرآیندهای تجربی تغییر (مثل افزایش آگاهی و ارزیابی مجدد خود) مرتبط با موازنه تصمیمی<sup>۲</sup> مراجع هستند. اولین بار این مفهوم به وسیله جنیز<sup>۳</sup> و مان<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) معرفی شد. موازنه تصمیمی اشاره دارد بر اینکه چگونه یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص را سبک و سنگین می‌کند. به عبارت دیگر، ارزیابی کلی شخص از چیزهای مثبت و منفی یک رفتار خاص است. موازنه تصمیمی نشان دهنده حرکت در خلال مراحل تغییر است. افراد مخصوصاً به یک مشکل رفتاری، مثل سوء مصرف مواد در مراحل پیش از تأمل و تأمل به طور مطلوبی نمی‌نگرند و انگیزش کمی برای تغییر آن دارند. در مراحل عمل و نگهداری، موازنه تصمیمی مراجعان تغییر کرده است و آنها مخصوصاً یک مشکل رفتاری را منفی تلقی می‌کنند (ویلسر، دایکلمنته، پروچسکا، برندنبرگ،<sup>۵</sup> ۱۹۸۵) و قدمهایی را برای تغییر این رفتار برمی‌دارند.

برای مثال، در مرحله پیش از تأمل، شخص مشکلی نمی‌بیند و بنابراین ابتدا باید از وجود مشکل آگاه گردد تا به آن بپردازد. به عبارت دیگر، افزایش آگاهی لازم است. رشد و افزایش آگاهی از وجود یک مشکل جدی به مراجعان کمک

1 - Perls  
4 - Mann

2 - decisional balance  
3 - Janis  
5 - Brandenburg

می‌کند تا موازنه تصمیمی را به سمت توجه به تغییر بچرخانند. آنها سپس تصمیم می‌گیرند؛ "دردسر تغییر ارزشش رو داره؟" همچنانکه مراجعان از خلال مراحل عبور می‌کنند و جنبه‌های منفی رفتار مشکل‌زا چشمگیرتر می‌شود، فرآیندهای عمل مدارت‌تری از تغییر را به کار می‌برند.

افراد می‌توانند در هر مرحله‌ای از تغییر برای مدت طولانی باقی بمانند، همچنین می‌توانند قبل از اینکه بالاخره به مرحله نگهداری برسند چندین بار در خلال مراحل دور بزنند. شخصی که به مرحله نگهداری می‌رسد و سپس شکست می‌خورد به یکی از مراحل قبلی برمی‌گردد، شاید مرحله تأمل، اما این شخص بار دیگر بیشتر احتمال دارد که موفق شود، زیرا او می‌تواند بهتر آماده شود.

یک عامل کلیدی نهایی در تغییر موفق، اعتماد فزاینده مراجعان به توانایی خود جهت ایجاد تغییر می‌باشد. کفایت شخصی، احساس شخص از اینکه او چگونه به خوبی می‌تواند در فرآیند تغییر موفق شود، براساس تئوری شناختی - اجتماعی باندورا<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) می‌باشد. در رویکرد ترانس‌تئوریک (فرانظری)، کفایت شخصی هم با بررسی و سنجش سطح و سوسه<sup>۲</sup> مراجع در درگیر شدن در یک رفتار مشکل‌زا و هم اطمینانش در پرهیز و امتناع از انجام آن رفتار در مواجهه با آن و سوسه‌ها ارزیابی شده است. مطالعات با بیماران سوء مصرف‌کننده و وابسته به الکل نشان داده است که شرکت‌کنندگان نزدیک به مرحله عمل تغییر، اغوا و سوسه کمتری نسبت به مصرف الکل و اعتماد و اطمینان بالاتری در پرهیز از مصرف در مقایسه با بیماران در مراحل اولیه دارند (دایکل‌منته، فایر هارست<sup>۳</sup> پیوترفسکی،<sup>۴</sup> ۱۹۹۵). تفاوت بین چگونگی اغوای یک شخص برای نوشیدن و میزان اطمینانش برای پرهیز از مصرف در یک موقعیت خطرناک به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی پیامد ۳ ساله مصرف الکل در پروژه MATCH نشان داده شد؛ در یک پیگیری سه ساله آزمودنی‌هایی که اطمینان آنها بیشتر از

1 - Bandura

2 - Temptation

3 - Fairharst

4 - piotrowski