





انتشارات سازمان بھزستی

راهنمای آموزش خانواده (ویژه مشاور)

درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرک و شیشه
برنامه درمانی ماتریکس

توسط: مؤسسه ماتریکس آمریکا

با مقدمه دکتر همایون هاشمی
رئیس سازمان بهزیستی کشور

ترجمه:

دکتر فرید براتی سده — حسن هاشمی میناباد

مرکز توسعه پیشگیری
معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای آموزش خانواده (ویژه مشاور): درمان سرپایی عمقی اختلالات اعتیاد به مواد محرک و شیشه برنامه درمانی ماتریکس/توسط {مرکز درمان سوء مصرف مواد(ایالات متحده)}؛ مترجمان فرید براتی سده، حسن هاشمی میناباد؛ با مقدمه همایون هاشمی؛ {به سفارش} مرکز توسعه پیشگیری، معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد. مشخصات نشر: تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۲. مشخصات ظاهری: ۱۶۸ص؛ ۲۲×۲۹ س م. شابک: ۳-۰۹-۶۵۶۹-۶۰۰-۹۷۸؛ (دوره) ۳-۱۲-۶۵۶۹-۶۰۰-۹۷۸. وضعیت فهرست نویسی: فیبا یادداشت: عنوان اصلی: Counselor's Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders. عنوان دیگر: درمان سرپایی عمقی اختلالات اعتیاد به مواد محرک و شیشه برنامه درمانی ماتریکس. موضوع: داروها -- سوء استفاده -- درمان -- دستنامه ها. موضوع: داروها -- سوء استفاده -- مشاوران -- دستنامه ها. شناسه افزوده: براتی سده، فرید، ۱۳۴۲ -- مترجم. شناسه افزوده: هاشمی میناباد، حسن، ۱۳۴۲ -- مترجم. شناسه افزوده: هاشمی، همایون، مقدمه نویسی. شناسه افزوده: مرکز درمان سوء مصرف مواد (ایالات متحده). شناسه افزوده: موسسه اعتیاد ماتریکس شناسه افزوده: Center for Substance Abuse Treatment (U.S). شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور. معاونت توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور. رده‌بندی کنگره: RC ۵۶۴/16 ۲۳۱۳۹۲ رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۶ شماره کتابشناسی ملی: ۳۱۴۳۴۹۶

راهنمای آموزش خانواده (ویژه مشاور)

ترجمه: دکتر فرید براتی سده - حسن هاشمی میناباد

ناشر: سازمان بهزیستی کشور

مجری: گروه انتشارات روابط عمومی و امور بین الملل

چاپ اول: ۱۳۹۲

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

قیمت: اهدایی

فهرست مطالب

۷	مقدمه
۹	پیش‌گفتار
	فصل اول: مقدمه‌ای بر رویکرد و بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد
۱۳	محرك و شیشه به روش ماتریکس
۱۴	پیش‌زمینه
۱۴	رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس
۱۴	نگاهی کلی
۱۵	بخش‌های برنامه
۱۷	جلسات فردی / مشترک با خانواده و عزیزان
۱۷	گروه مهارت‌های بهبودی اولیه
۱۸	گروه پیش‌گیری از بازگشت
۱۸	گروه آموزش خانواده
۱۹	گروه حمایت اجتماعی (تداوم مراقبت)
۱۹	نقش مشاور
۲۰	بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی ماتریکس
۲۱	مقدمه‌ای بر گروه آموزش خانواده
۲۱	نمای کلی
۲۳	اهداف گروه آموزش خانواده
۲۴	شکل و ماهیت گروه

۲۴	ارائه پاورپوینت
۲۴	بحث گروهی چند خانواده‌ای
۲۴	میزگرد
۲۴	رهنمودهای کلی
۲۵	قبل از هر جلسه
۲۵	در طول جلسه
۲۵	یادداشت‌ها
۲۷	فصل دوم: خلاصه جلسات گروه آموزش خانواده
۲۸	جلسه ۱: جرقه‌های آغازگر و وسوسه مصرف مواد (ارائه پاورپوینت)
۳۶	جلسه ۲: الکل و بهبودی (ارائه پاورپوینت)
۴۴	جلسه ۳: بهبودی (میزگرد)
۴۵	جلسه ۴: مت آمفتامین و کوکائین (ارائه پاورپوینت)
۵۴	جلسه ۵: نقشه گنج بهبودی (ارائه پاورپوینت)
۶۷	جلسه ۶: مبارزه با احتمال بازگشت به مصرف مواد (بحث گروهی چندخانواده‌ای)
۶۸	جلسه ۷: مواد شبه‌افیونی و مواد پاتوقی (ارائه پاورپوینت)
۷۸	جلسه ۸: نقش خانواده‌ها در بهبودی (ارائه پاورپوینت)
۸۸	جلسه ۹: اعتمادسازی (بحث گروهی چندخانواده‌ای)
۸۹	جلسه ۱۰: ماری جوانا (ارائه پاورپوینت)
۹۴	جلسه ۱۱: زندگی با اعتیاد (بحث گروهی چندخانواده‌ای)
۹۵	جلسه ۱۲: دام‌های سر راه ارتباطات (بحث گروهی چندخانواده‌ای)
۱۰۱	فصل سوم: کاربرگ‌های گروه آموزش خانواده
۱۵۷	پیوست الف: طرح ارزیابی درمان مت آمفتامین و شیشه
۱۵۹	پیوست ب: ملاحظات در مورد تسهیل کار گروه
۱۶۱	پیوست ج: فهرست اختصارات
۱۶۳	پیوست و: کتابنامه

مقدمه

نگرانی‌هایی جدی را هم در سطح مسئولان و سیاست‌گزاران و هم خانواده‌ها ایجاد کرده است. براساس آخرین یافته‌های علمی، هم‌اکنون شیشه در رتبه دوم مواد مصرفی در کشور قرار دارد که با توجه به پیامدهای ناگوار آن، ضرورت توجه مسئولانه و همه جانبه به درمان آن را جدی‌تر می‌سازد. این در حالی است که متأسفانه در میان آحاد مردم و حتی در بین بخش‌هایی از اقشار تحصیل کرده هنوز هم باورهای نادرست و خطا درباره شیشه و مواد محرک کم نیست. از سوی دیگر، با توجه به افزایش روند مصرف مواد محرک، سامانه درمان اعتیاد کشور توان هماهنگی با حجم فزاینده خانواده‌ها و افرادی که خواهان دسترسی به خدمات

برآوردهای بین‌المللی حاکی از این است که مصرف مواد محرک در جهان روندی رو به افزایش داشته است. این مواد که تأثیر ژرفی بر دستگاه عصبی انسان دارند مشکلاتی برای جامعه و خانواده‌ها و خود مصرف‌کننده‌ها ایجاد می‌کنند. پرخاشگری زایدالوصف و خشم و خشونت نسبت به دیگران و حتی قتل و جنایت، رفتارهای پرخطر آنی و تکانه‌ای، بدبینی به همسر و اعضای خانواده و..... از جمله تبعات مصرف این مواد در جوامع امروزی اند.

در کشور ما نیز تغییر روند مصرف از الگوهای سنتی به سمت مواد جدید روانگردان و از جمله محرک‌ها که در افواه عمومی از آنها به عنوان شیشه یاد می‌شود،

درمانی در این زمینه‌اند را نیافته است. درمانگران آموزش‌های کافی و بسنده‌ای در این باره دریافت نکرده و نه در زمینه پیشگیری علمی و اطلاع‌رسانی، رسانه‌ها و اقدام درخور و شایسته‌ای انجام گرفته است.

به همین دلیل تا مدتی پیش حتی یک متن جدی درباره درمان مواد محرک (شیشه) به زبان فارسی که راهنمای درمانگران و فعالان امر ارائه خدمات درمان اعتیاد باشد، وجود نداشت. البته از سال گذشته در این زمینه تلاش‌هایی شده است که از جمله آنها می‌توان به ترجمه یا بازنویسی منابع علمی در قالب بسته‌های آموزشی برای درمانگران اشاره کرد. سازمان بهزیستی کشور بعنوان بزرگ‌ترین شبکه پیشگیری و درمان و کاهش آسیب اعتیاد و خدمات مشاوره و روان‌درمانی و ارائه مداخلات در آسیب‌های اجتماعی کشور از مدت‌ها قبل با درک این ضرورت مبادرت به انتخاب و تألیف یا ترجمه منابع علمی لازم در این باره کرده است؛ از جمله این منابع که ترجمه و برگردان متن کامل آن به فارسی لازم و ضروری می‌نمود، «راهنمای درمان مواد محرک ماتریکس» است که در درمان مواد محرک (شیشه) از کارآمدی بالایی برخوردار است. خدا را شاکرم که این مهم یعنی ترجمه کامل راهنمای درمان با تلاش همکاران ساعی‌ام در مرکز توسعه پیشگیری سازمان (معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد) محقق شده است و حاصل کار اینک در چند جلد برای استفاده درمانگران مراکز درمان اعتیاد اعم از مراکز سرپایی، مراکز اقامتی میان‌مدت، مراکز TC و نیز مراکز مشاوره و مداخلات روان‌شناختی فراهم گشته است. ضمن تشکر از جناب آقای کاظم نظم‌ده ریاست محترم مرکز توسعه پیشگیری سازمان و نیز جناب آقای حسن هاشمی

میناباد به سبب تقبل زحمت همکاری در ترجمه مناسب و شایسته متون فوق و با تقدیر از همکاران معاونت پیشگیری درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری بویژه آقای دکتر فرید براتی سده، امیدوارم که این گام شایسته با پیمودن قدم‌های بعدی به کنترل و کاهش مصرف مواد محرک و رفع دغدغه‌های خانواده‌های عزیز و مسئولان محترم کشور بینجامد و موجبات شکوفایی و بالندگی نسل نو و جوان جامعه‌مان گردد.

دکتر همایون هاشمی

رئیس سازمان بهزیستی کشور

پیش‌گفتار

افزایش دانش و مهارت‌های تخصصی درمانگران و فعالان در زمینه درمان محرک‌ها و متمفتامین‌ها (شیشه) است. خوشبختانه در این باره الگو (مدل)‌های درمانی مناسبی تهیه و آماده شده است که در گوشه و کنار کشور ما هم در مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد از آنها استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین الگوهای درمان سوءمصرف و وابستگی به مواد محرک، الگوی «درمان سرپایی عمقی ماتریکس» است که توسط موسسه ماتریکس تدوین و در قالب یک بسته چهارجلدی عرضه گشته است. از زمان تهیه این مجموعه تاکنون همواره بخش‌هایی از محتوای آن در کشور ما ترجمه و یا با توجه به ساختار و

در سال‌های اخیر مصرف مواد روان‌گردان و به‌ویژه مواد محرک و از جمله متمفتامین‌ها که در افواه عمومی به «شیشه» یا «کریستال» معروف شده‌اند، افزایش یافته است. اگر در گذشته مصرف انواع متفاوت مواد مخدر موجب دغدغه و اشتغال خاطر مسئولان و خانواده‌ها بود، امروزه مصرف محرک‌ها باعث نگرانی‌های جدی‌گشته است. در این میان آنچه بر ابعاد این نگرانی‌ها می‌افزاید دشواری و پیچیدگی‌های بیشتر موجود در فرایندهای درمانی سوءمصرف و وابستگی به مواد محرک است. شرایط فوق یک ضرورت اصلی را بیش از پیش در معرض دید صاحب‌نظران و دستگاه‌های مسئول قرار داده است و آن همانا ضرورت

محتوای آن جزوات یا مطالبی از روی آن نوشته شده یا تلاش‌هایی برای بومی‌سازی آن به عمل آمده است. اما نکته اینجاست که هیچگاه متن کامل مجموعه چهارجلدی به زبان فارسی در اختیار درمانگران قرار نگرفته است.

مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور (معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد) در راستای اهداف سازمانی خود یعنی تلاش جهت افزایش و ارتقای سطح دانش تخصصی در حیطه‌های مرتبط و استفاده از آخرین دستاوردهای علمی در پیشگیری و درمان اعتیاد و با توجه به ضرورت دسترسی و تجهیز درمانگران اعتیاد به شیوه‌ها و فنون روزآمد و کارآمد درمان مواد، مبادرت به ترجمه متن کامل بسته «درمان ماتریکس» نمود. در این مسیر استاد ارجمند جناب آقای حسن هاشمی میناباد مترجم زبده و توانا و عضو محترم هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اراک با سازمان بهزیستی و معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد همکاری و همیاری نمودند که وظیفه خود می‌دانم از ایشان و تلاش ارزنده ایشان سپاسگزاری و تشکر نمایم. درباره این ترجمه تذکر دو نکته لازم است: (۱) بسیاری از مترجمان اصطلاح "intensive" را در عنوان بسته راهنمای مذکور به «فشرده» ترجمه کرده‌اند. اصطلاح «فشرده» به معنای خلاصه کردن و در هم جمع کردن است اما کسانی که بسته ماتریکس را مطالعه کرده‌اند یا آن را در درمان به کار برده‌اند به خوبی می‌دانند که از اتفاق این مجموعه درمانی هر چه باشد «فشرده» نیست؛ تعدد جلسات، ساختار نظام‌مند درمان و شکل آمیزه‌ای آن (شامل ترکیبی از فنون حاصل از رویکردهای متنوع پیشگیری از بازگشت / عود مصرف

مواد، رفتاری-شناختی، آموزش روانی، خانواده‌درمانی و برنامه‌های حمایتی و همیاری ۱۲ گامی) همگی موید این نظر است. آنچه از این بسته به ذهن متبادر می‌شود در درجه اول ژرف‌نگری و عمق آن است و به همین دلیل و از آنجا که یکی از معانی واژه "intensive" «عمیق» یا «عمقی» هم هست، مترجمان تصمیم گرفتند تا در عنوان برگردان فارسی کلمه "intensive" را «عمقی» بگذارند.

(۲) و باز همان‌گونه که از عنوان مجموعه هم مشخص است این بسته درمانی برای استفاده در درمان سرپایی است. ولی تجربه همکاران درمانگر در ایران حاکی است که چه بسا در مقاطعی از فرایند درمان لازم باشد تا مصرف‌کنندگان مواد محرک («شیشه») از خدمات درمان‌های اقامتی هم برخوردار شوند. بنابراین هرچند مجموعه ماتریکس اصولاً نوعی درمان سرپایی برای سوء مصرف‌کنندگان مواد محرک است، در مراکز اقامتی (اعم از مراکز اقامتی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و درازمدت) هم قابلیت استفاده و کاربرد دارد.

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد وظیفه خود می‌داند از حمایت‌ها و مساعدت‌های جناب آقای دکتر همایون هاشمی، ریاست محترم سازمان بهزیستی کشور که همواره بر لزوم توجه جدی‌تر به پیشگیری و درمان اعتیاد در کشور و به‌ویژه درمان مواد محرک تاکید دارند و نیز از جناب آقای دکتر کاظم نظم‌ده ریاست محترم مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان تقدیر و تشکر نماید. بی‌شک حمایت‌های این مسئولان بزرگوار زمینه لازم را برای عرضه این دستاورد فراهم آورده است. همچنین از زحمات و مساعی جناب آقای مختار صحرانی که مدیریت چاپ و

در پایان از کلیه همکاران و درمانگران محترم که این مجموعه را مطالعه یا در خلال درمان سوءمصرف و وابستگی به مواد محرک از آن بهره می‌جویند تقاضا دارم تا خطاها و نقایص کار را بر ما بخشیده و هرگونه پیشنهاد یا نقدی در این باره دارند با این معاونت در میان بگذارند.

دکتر فرید براتی سده

معاون پیشگیری و درمان اعتیاد

تولید مجموعه حاضر را برعهده داشته‌اند و نیز سرکار خانم صبورا شمسائی به سبب زحمات ارزنده ایشان در صفحه‌آرایی و آماده‌سازی متن‌ها و نیز از جناب آقای علی نجفی مدیر محترم انجمن غیردولتی مدیران جوان که همیار مترجمان بودند تقدیر و تشکر می‌کنم و از خداوند منان برای کلیه این عزیزان توفیق، سلامت، بهروزی و شادکامی آرزو دارم.

فصل اول

مقدمه‌ای بر رویکرد و بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرک و شیشه به روش ماتریکس

بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرک و شیشه به روش ماتریکس^۱، رویکرد ساختارمندی است برای درمان بزرگسالانی که سوء مصرف مواد محرک و شیشه دارند یا به آن‌ها وابسته‌اند. رویکردی که در این بسته آموزشی در پیش گرفته شده مؤسسه ماتریکس^۲ طی مطالعات و آزمایش کاربردی در لوس آنجلس و کالیفرنیا تهیه کرده و برنامه کاربردی دانش^۳ در مرکز درمان سوء مصرف مواد^۴ وابسته به اداره سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روان^۵ تغییراتی در آن انجام داده و آن را مناسب این بسته آموزشی درمان کرده است. این بسته آموزشی شامل بخش‌های چهارگانه زیر است:

■ راهنمای درمان، ویژه مشاور

■ راهنمای آموزش خانواده، ویژه مشاور، کتاب حاضر

■ کتاب کار درمانجو

■ کتاب همراه درمانجو

الگوی درمان سرپایی عمقی ماتریکس و این بسته آموزشی که براساس این الگو فراهم شده از نیاز به درمان ساختارمند و مبتنی بر شواهد در مورد درمانجویانی نشئت می‌گیرد که سوء مصرف مواد محرک^۶، به ویژه مت‌آمفتامین^۷ و کوکائین، دارند یا به آن‌ها وابسته‌اند. این بسته آموزشی جامع یک الگوی

این نتایج برای اداره سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روان آن قدر امیدبخش و کافی بود که دیگر نیازی به ارزیابی‌های بعدی و توجیه‌کاری این رویکرد ندید (مثلاً نگاه کنید به اوبرت و دیگران، ۲۰۰۰؛ راوسون و دیگران، ۲۰۰۴).

اداره سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روان در سال ۱۹۹۸ پژوهش گسترده‌ای را در چند شهر در مورد درمان وابستگی و سوء مصرف مت‌آمفتامین، با نام طرح درمان مت‌آمفتامین^{۲۱}، آغاز کرد. در این پژوهش به مقایسه به صرفه بودن اقتصادی و مقایسه بالینی الگوی درمانی جامعی پرداخت که حاصل آن فراهم آوردن کتاب راهنمایی بود متشکل از رویکردهای اثربخش درمانی که این مؤسسه تدوین کرد. این رویکردها در هشت برنامه درمان اجتماع محور^{۲۲} - شش برنامه در کالیفرنیا، یک برنامه در مونتانا، و برنامه دیگری در هاوایی - به کار بسته شد. در پیوست الف اطلاعات بیشتری درباره طرح درمان مت‌آمفتامین آمده است.

رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس نگاهی کلی

رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس تجربه درمانی ساختارمندی را به درمانجویانی عرضه می‌کند که به اختلالات مصرف مواد محرک و شیشه^{۲۳} مبتلا هستند. در این روش به درمانجویان اطلاعات مفید لازم درباره این مواد و مصرف و سوء مصرف آن ارائه می‌شود، به آن‌ها کمک می‌رسانند تا سبک زندگی رها از مواد^{۲۴} را برای خودشان شکل دهند، و از آن‌ها حمایت می‌شود تا به ترک^{۲۵} مواد و الکل و تداوم دوری از آن‌ها دست یابند و همیشه پاک بمانند. این برنامه اختصاصاً به مسائل و معضلات درمانجویانی می‌پردازد که به مواد

درمان سرپایی عمقی سوء مصرف مواد^۸ که مناسب این‌گونه درمانجویان و خانواده‌هایشان است در اختیار درمان‌گران حرفه‌ای سوء مصرف مواد قرار می‌دهد که مرکب از ۱۶ هفته برنامه ساختارمند^۹ و ۳۶ هفته استمرار درمان است.

پیش زمینه

روش درمان سرپایی عمقی ماتریکس در آغاز در دهه ۸۰ (۱۹) در پاسخ به تعداد فزاینده کسانی شکل گرفت که با وابستگی^{۱۰} به مت‌آمفتامین یا کوکائین به عنوان اختلال اصلی سوء مصرف مواد وارد نظام درمانی می‌شدند. بسیاری از الگوهای سنتی درمانی رایج در آن زمان عمدتاً برای درمان وابستگی به الکل طراحی شده بودند و در عمل ثابت شد که برای درمان وابستگی به کوکائین^{۱۱} و دیگر مواد محرک^{۱۲} کارایی چندانی ندارند (اوبرت^{۱۳} و دیگران، ۲۰۰۰).

کارشناسان درمان در مؤسسه ماتریکس، به منظور طراحی برنامه اجرایی^{۱۴} درمانی کارآمد و مؤثر در مورد درمانجویان وابسته^{۱۵} به داروها/مواد محرک، رویکردهای درمانی گوناگونی را در الگوی خود به کار گرفتند و کارایی و عملی بودن آن با آزمایش‌ها و پژوهش‌هایی به اثبات رسید. الگوی درمانی آن‌ها شامل عناصری از رویکردهای پیش‌گیری از بازگشت/عود به مصرف مواد^{۱۶}، رفتاری - شناختی^{۱۷}، آموزش روانی^{۱۸}، و خانواده درمانی، و نیز برنامه‌های حمایتی^{۱۹} بود (اوبرت و دیگران، ۲۰۰۰).

کارایی رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس از همان آغاز به کارگیری آن بارها ارزیابی شده است (راوسون و دیگران، ۱۹۹۵؛ شاپتا^{۲۰} و دیگران، ۱۹۹۴).

بخش‌های برنامه

در این قسمت جنبه‌های حمایتی و فلسفه هر یک از انواع جلسات پنج‌گانه مشاوره‌ای که بخش‌های سازنده رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس را تشکیل می‌دهد شرح داده می‌شود. تفصیل برنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداره هر یک از انواع جلسات گروهی و فردی در بخش‌های مختلف کتاب راهنمای درمان ویژه مشاور و نیز در کتاب حاضر آمده است.

در بسته آموزشی ماتریکس از توصیف گام به گام برای شرح روش اداره جلسات استفاده شده است. توصیف ویژگی‌های این جلسات براساس روش علمی ویژه‌ای ارائه شده، چرا که این الگوی درمانی ظرافتی دارد و پر است از جزئیات فنی. مشاورانی که از مطالب این بسته آموزشی استفاده می‌کنند شاید به دنبال مطالب بیشتری درباره روش ماتریکس بروند، ولی مطالب به شکلی تدوین و ارائه شده است تا مشاوران بتوانند این رویکرد را حتّا بدون هیچ‌گونه آموزشی به کار ببندند. در این کتاب راهنما چیزی درباره مقرّرات پذیرش افراد واجد صلاحیت برای استفاده، ارزیابی یا برنامه‌ریزی درمان نیامده؛ و فرض بر این است که روان‌شناسی که به کار آموزش اعتیاد می‌پردازد، مقدّمات آن را می‌داند. در این برنامه‌ها باید روش‌ها و روال‌های مقتضی را به کار برد تا بتوان به هدف و نقش اصلی این درمان دست یافت. اگر دستورالعمل‌های عرضه شده در این بسته آموزشی با الزامات بودجه و اعتبار یا شرایط حامیان مالی یا سازمان‌های مسئول در تعارض باشد، در صورت لزوم باید تغییرات و جرح و تعدیلاتی در این برنامه صورت گیرد. (مثلاً در بعضی از ایالت‌های امریکا شرکت بیمه فقط حق جلسات روان‌شناسی و مشاوره‌ای را می‌پردازد که ۶۰ دقیقه کامل باشد).

محزّک، به ویژه مت‌آمفتامین (شیشه) و کوکائین وابسته‌اند و نیز به مسائل خانواده‌های آن‌ها.

درمانجویان به مدّت ۱۶ هفته و هر هفته در چندین جلسه درمان سرپایی عمقی شرکت می‌جویند. این مرحله عمقی^{۲۶} درمان متشکّل است از جلسات گوناگون مشاوره‌ای و حمایتی.

- جلسات مشاوره فردی/مشترک با خانواده^{۲۷} (۳ جلسه)
- جلسات گروه مهارت‌های بهبودی اولیه^{۲۸} (۸ جلسه)
- جلسات گروه پیش‌گیری از بازگشت/عود به مصرف مواد (۳۲ جلسه)
- جلسات گروه آموزش خانواده (۱۲ جلسه)
- جلسات گروه حمایت اجتماعی (۳۶ جلسه)

درمانجویان پس از تکمیل ۱۲ جلسه گروه آموزش خانواده، می‌توانند در جلسات گروه حمایت اجتماعی شرکت کنند و در عین حال، هنوز در گروه پیش‌گیری از بازگشت هم حضور داشته باشند. مطالب و مسائل مشترکی که در گروه‌های حمایت اجتماعی و مرحله عمقی درمان مطرح می‌شود موجب حرکت و گذر آرامی به سوی درمان پایدار می‌شود و استمرار درمان را تضمین می‌کند.

روش درمان سرپایی عمقی ماتریکس همچنین درمانجویان را با برنامه‌های ۱۲ گامی و دیگر گروه‌های حمایتی^{۲۹} آشنا می‌سازد، مهارت‌های مدیریت زمان و زمان‌بندی و برنامه‌ریزی را به آن‌ها می‌آموزد، و آزمایش‌های مرتّب و منظم مواد و تنفسی‌الکل را انجام می‌دهد. برنامه و زمان‌بندی و فعالیت‌های درمان سرپایی عمقی ماتریکس در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ - ۱. برنامه و زمان‌بندی و فعالیت‌های درمان سرپایی عمقی ماتریکس

درمان عمقی		مراقبت مستمر
هفته ۱ تا ۴*	هفته ۵ تا ۱۶**	هفته ۱۳ تا ۴۸
شنبه	مهارت‌های بهبودی اولیه ۶:۵۰ - ۶ صبح ۸:۴۵ - ۷:۱۵ صبح پیش‌گیری از بازگشت	۸:۳۰ - ۷ صبح پیش‌گیری از بازگشت
یک‌شنبه	جلسات گروه همیاری/ جلسات ۱۲ گامی	
دوشنبه	۸:۳۰ - ۷ صبح آموزش خانواده	۸:۳۰ - ۷ صبح آموزش خانواده یا حمایت اجتماعی
سه‌شنبه	جلسات گروه همیاری/ جلسات ۱۲ گامی	
چهارشنبه	۶:۵۰ - ۶ صبح مهارت‌های بهبودی اولیه ۸:۴۵ - ۷:۱۵ صبح پیش‌گیری از بازگشت	۸:۳۰ - ۷ صبح پیش‌گیری از بازگشت
پنج‌شنبه و جمعه	جلسات گروه همیاری/ جلسات ۱۲ گامی	
* یک جلسه فردی یا مشترک با خانواده در هفته اول		
** دو جلسه فردی یا مشترک با خانواده در هفته ۵ یا ۶ و در هفته ۱۶		

درمانجویان در مراحل بهبودی اولیه غالباً دچار درجات متفاوتی از نقایص شناختی^{۳۰}، به ویژه در مورد حافظه کوتاه مدت، می‌شوند. نقایص شناختی خود را به صورت مشکلات درمانجو در یادآوری بعضی از کلمه‌ها و مفهوم‌ها نشان می‌دهد. تکرار مطالب و موضوعات به روش‌های گوناگون در جلسات متفاوت و در سیر درمان به درمانجویان کمک می‌کند تا مفاهیم و مهارت‌های پایه مهم و حیاتی برای بهبودی را به خوبی درک کنند و آن را به خاطر بسپارند.

تمام جلسات گروه‌های روش ماتریکس انعطاف‌پذیر است و محدودیتی در زمان شروع آن‌ها وجود ندارد، به این معنا که درمانجویان می‌توانند در هر زمانی فعالیت خود را در یک گروه شروع کنند، اما آن گروه را تنها در صورتی می‌توانند ترک کنند که تمام جلسات آن را گذرانده باشند. از آن‌جا که جلسات ماتریکس انعطاف‌پذیر است، مطالب هر جلسه به محتوای جلسه قبلی بستگی ندارد. شاید مشاور لازم ببیند که مطالبی را در جلسات سه‌گانه مشاوره فردی و مشترک با خانواده و نیز مشاوره گروهی تکرار کند.

جلسات فردی / مشترک با خانواده و عزیزان

در تدابیر درمان سرپایی عمقی ماتریکس، ارتباط مفید بین مشاور و درمانجو از اولویت‌های اصلی درمان به‌شمار می‌رود. مشاور در مرحله عمقی درمان، طی ۳ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به تنهایی با درمانجو و احیاناً با اعضای خانواده و عزیزان او تشکیل جلسه می‌دهد و در آن‌ها مقدمات شرکت درمانجو در گروه مهارت‌های اولیه بهبودی و گروه پیش‌گیری از بازگشت را فراهم می‌کند. اولین و آخرین جلسه در حکم کتاب‌گیر یا غش‌گیر کتاب^{۳۱} برای بهبودی درمانجوست (یعنی آغاز و پایان درمان به طوری که شرکت فعال در درمان و تداوم بهبودی را تسهیل می‌کند). هدف از جلسه میانی عبارت است از انجام یک ارزیابی کلی از پیشرفت درمانجو، بررسی مشکلات حادّ او، و در صورت لزوم ایجاد هماهنگی بین درمان ماتریکس و دیگر منابع حمایتی در جامعه.

جلسات مشترک که هم شامل درمانجو و هم شامل اعضای خانواده یا دیگر افراد دلسوز او می‌شود عامل بسیار مهمی است در باقی ماندن او در فرایند درمان. اهمیت آوردن افرادی به فرایند درمان که روابط خوبی با درمانجو دارند را نمی‌توان دست کم گرفت. بنابراین، رویکرد درمان سرپایی عمقی ماتریکس از ورود یک یا چند عضو خانواده به جلسات فردی یا مشترک با خانواده و نیز جلسات گروه آموزش خانواده که در زندگی درمانجو نقش مؤثری دارند استقبال می‌کند. مشاور می‌کند که بدون پرداختن به روابط خانوادگی می‌خواهد تغییری در رفتار درمانجو به وجود آورد در واقع فرایند بهبودی را با مشکلاتی سخت مواجه می‌کند. مشاور باید از نقش فرایند بهبودی در نظام خانوادگی اطلاع

پیدا کند و در صورت امکان، یک عضو مهم خانواده را در هر جلسه فردی / مشترک با خانواده شرکت دهد.

گروه مهارت‌های بهبودی اولیه

درمانجویان در ماه اول درمان اصلی خود هر هفته در دو جلسه از جلسات هشت گانه گروه مهارت‌های بهبودی اولیه حضور می‌یابند. این جلسات معمولاً شامل گروه‌های کوچک (حداکثر ۱۰ نفر) و از نظر زمانی نسبتاً کوتاه مدت (۵۰ دقیقه) است. هر گروه مهارت‌های بهبودی اولیه را یک مشاور به کمک یک دستیار اداره می‌کند. این دستیار درمانجویی است که از نظر زمانی جلوتر از دیگران در برنامه ماتریس شرکت کرده، پیشرفت خوبی داشته و از بهبودی ثابتی برخوردار بوده است (در صفحات بعدی اطلاعات بیشتری درباره درمانجو - دستیار^{۳۲} خواهد آمد). نکته مهم این است که این گروه باید نظم و انضباط خودش را از دست ندهد، همیشه به موضوع هدف‌مند خاصی بپردازد و از مسیر اصلی منحرف نشود. مشاور باید بر موضوع جلسه تمرکز کند و جلوی بروز احساسات قوی و «بی‌اختیار»ی را بگیرد که معمولاً در مراحل اولیه بهبودی از وابستگی به محرک‌ها پیش می‌آید.

گروه مهارت‌های بهبودی اولیه مجموعه‌ای از مهارت‌های اساسی را به درمانجویان آموزش می‌دهد که برای ترک و پرهیز از مصرف مواد و الکل لازم است. دو پیام بنیادی این جلسات به درمانجویان عبارت‌اند از: ۱. می‌توانید رفتارتان را طوری تغییر بدهید که پاک ماندن را برایتان آسان کند و جلسات گروه راهکارها و فرصت‌های عملی‌ای را برای انجام این کارها برایتان فراهم می‌کند.

۲. درمان تخصصی می‌تواند برای شما منبع کسب اطلاعات و دریافت کمک و حمایت باشد؛ اما برای این‌که درمان خود را تکمیل کنید و نهایت استفاده را ببرید، به برنامه‌های ۱۲ گامی یا گروه‌های همیاری^{۳۳} نیز احتیاج دارید.

فنون مورد استفاده در جلسات گروه مهارت‌های بهبودی اولیه رفتاری هستند و بیشتر بر «مهارت عملی» تأکید دارند. این گروه نه یک گروه درمانی است و نه به این قصد تشکیل شده تا بین اعضای آن پیوندهای ژرفی برقرار شود؛ هر چند که غالباً پیوندهایی در این مسیر ایجاد می‌شود. این گروه محل تبادل آرا و نظراتی است که مشاور می‌تواند در آن با هر درمانجو از نزدیک کار کند و به او در ایجاد یک برنامه بهبودی اولیه یاری رساند. هر گروه مهارت‌های بهبودی اولیه ساختاری روشن و مشخص دارد. ساختار و روال کار به گونه‌ای است تا با بروز احساسات قوی و بی‌اختیاری که بدان اشاره شد مقابله کند. توضیح روال کار درمان برای هر درمانجوی تازه واردی به اندازه‌ای ارائه اطلاعات درمانی حائز اهمیت است.

گروه پیش‌گیری از بازگشت^{۳۴}

گروه پیش‌گیری از بازگشت بخش اصلی روش درمان سرپایی عمقی ماتریکس است. این گروه طی ۱۶ جلسه اصلی درمان در آغاز و پایان هر هفته و جمعاً ۳۲ بار تشکیل جلسه می‌دهد. هر جلسه گروه پیش‌گیری تقریباً ۹۰ دقیقه طول می‌کشد و به یک موضوع خاص می‌پردازد. این جلسات در واقع نشست‌های تبادل آرا و نظرات هستند که افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد اطلاعاتی را در مورد پیش‌گیری از بازگشت در اختیار هم‌دیگر قرار می‌دهند و کمک‌هایی برای مقابله و کنار

آمدن با مسائل مربوط به بهبودی و پرهیز از بازگشت به هم می‌کنند. گروه پیش‌گیری از بازگشت براساس فرضیات زیر عمل می‌کند:

- بازگشت حادثه‌ای اتفاقی نیست.
- فرایند بازگشت از الگوهای پیش‌بینی‌پذیری تبعیت می‌کند.
- کارکنان درمانی و درمانجویان می‌توانند نشانه‌های بازگشت قریب‌الوقوع را تشخیص بدهند.

محیط گروه پیش‌گیری از بازگشت امکان کمک متقابل و همیاری را در چارچوب رهنمودهای مشاور فراهم می‌سازد. درمانجویانی را که به سمت بازگشت و مصرف دوباره می‌روند می‌توان دوباره جهت‌دهی کرد و کسانی را که مسیر درمانی درستی را به سوی بهبودی می‌پیمایند می‌توان تشویق کرد.

مشاور مسئول شرکت درمانجو در جلسات پیش‌گیری از بازگشت و جلسات فردی/مشترک با خانواده و عزیزان است و درمانجو - دستیار در اداره جلسات گروه پیش‌گیری از بازگشت به مشاور کمک می‌کند. نمونه‌هایی از موضوعاتی که در ۳۲ جلسه گروه پیش‌گیری از عود مطرح می‌شوند عبارت‌اند از:

- احساس شرم و گناه
- سرگرم و مشغول کردن خود به کاری
- انگیزه‌های بهبودی
- هشیار و زرنگ باش، نه قوی
- جرعه‌های عاطفی آغازگر^{۳۵} مصرف مواد

گروه آموزشی خانواده

احتمال موفقیت درمان به مقدار بسیار زیادی افزایش می‌یابد اگر افراد مهم و تأثیرگذار^{۳۶} در زندگی درمانجو

دائماً مدنظر داشته باشند. این گروه‌ها را یک مشاور رهبری می‌کند، اما گاهی می‌توان اعضای گروه‌ها را به دسته‌های کوچک‌تری تقسیم کرد و رهبری آن‌ها را به یک درمانجوی یاور^{۳۷} سپرد. درمانجوی یاور کسی است که مسیر بهبودی پایداری را پیموده، قبلاً به عنوان درمانجو - دستیار فعالیت‌هایی داشته و تعهد ۶ ماهه‌ای را برای کمک به مشاور داده است.

جلسات گروه اجتماعی حول محور دو موضوع اصلی می‌چرخد: (۱) بحث و تبادل نظر درباره مسائل بهبودی که اعضای گروه تجربه‌شان می‌کنند و با آن‌ها روبه‌رو هستند، و (۲) بحث و تبادل نظر درباره موضوعات خاص مطرح در بهبودی از قبیل:

- صبر
- صمیمیت
- انزوا
- طرد
- کار

نقش مشاور

مشاوری که اجرای برنامه درمان سرپایی عمقی ماتریکس را به‌عهده می‌گیرد باید سابقه چندین سال تجربه و کار با گروه‌ها و افراد را داشته باشد. گرچه دستورالعمل‌های مفصلی برای هدایت جلسات در این کتاب راهنما آمده، ممکن است مشاوری که تازه شروع به کار با این روش درمانی کرده از مهارت و چیره‌دستی لازم برای اداره استادانه این جلسات برخوردار نباشد. مشاوری که اراده و اشتیاق یادگیری رویکردهای درمانی جدید را داشته باشد و خود را با آن‌ها سازگار سازد مشاور مناسب و شایسته‌ای خواهد بود برای

درباره تغییرات قابل پیش‌بینی که به احتمال زیاد به موازات پیشرفت بهبودی در روابط درمانجو با دیگران به وجود می‌آید آموزش کافی ببینند. مشاور اصلی شرکت‌کنندگان را آموزش می‌دهد و شرکت افراد تأثیرگذار در زندگی درمانجو، و نیز خود درمانجو، را در جلسات ۱۲ گانه گروه آموزش خانواده تشویق می‌کند. در صفحات آینده به تفصیل درباره گروه آموزش خانواده بحث خواهیم کرد.

گروه حمایت اجتماعی (تداوم مراقبت)

درمانجویان با شروع آخرین ماه درمان اصلی خود، در جلسه گروه حمایت اجتماعی شرکت می‌کنند و حضور در این جلسات گروهی را یک بار در هفته به مدت ۳۶ هفته تداوم مراقبت ادامه می‌دهند. بدین ترتیب، برنامه درمان عمقی و برنامه تداوم مراقبت با هم مصادف می‌شوند.

در جلسات گروه حمایت اجتماعی به درمانجویان کمک می‌کنند تا مهارت‌های اجتماعی شدن را یاد بگیرند یا بازآموزی کنند. کسانی که در مسیر بهبودی قرار گرفته و یاد گرفته‌اند که چه‌گونه مصرف مواد را متوقف و از بازگشت به سوی مصرف پیشگیری کنند آماده هستند تا سبک زندگی عاری از موادی را در پیش بگیرند که بهبودی آن‌ها را تضمین کند. گروه حمایت اجتماعی به درمانجویان کمک می‌کند تا یاد بگیرند که چه‌گونه با درمانجویانی که در برنامه بهبودی جلوتر از آن‌ها هستند معاشرت کنند و در محیطی امن و آشنا با آن‌ها ارتباط نزدیکی برقرار کنند. این گروه همچنین برای شرکت‌کنندگان باتجربه‌ای مفید است که می‌خواهند به عنوان سرمشقی از بهبودی برای دیگران عمل کنند و اصول پاک‌ماندن و پرهیز از مصرف مواد را

درمان سرپایی عمقی ماتریکس. مشاورى که تجربه کار در رویکردهای رفتاری - شناختی و انگیزشی^{۳۸} را داشته و با عصب - زیست شناسی^{۳۹} اعتیاد آشنا باشد بهترین کسی است که می تواند تدابیر درمانی روش ماتریکس را پیاده و اجرا کند. نظارت مناسب بر کار مشاور کمک می کند تا مشخص شود این مشاور تا چه میزانی بر طبق رویکرد درمانی ماتریکس عمل می کند. مشاور اصلی درمانجو، علاوه بر هدایت سه جلسه مشاوره فردی / مشترک با خانواده، تصمیم می گیرد که چه زمانی درمانجو از یک گروه به گروه دیگری انتقال یابد. این مشاور همچنین مسئولیت تنظیم و تدوین مطالب مورد نیاز از الگوهای مختلف مشاوره گروهی به صورت یک تجربه درمانی هماهنگ واحد را به عهده دارد.

هر مشاور اصلی

■ با دیگر مشاورانی که در جلسات گروهی (مثلاً جلسات آموزش خانواده) با درمانجو کار می کنند هماهنگ می شود.

■ با مطالبی آشناست که درمانجو در جلسات آموزش خانواده با آن ها سروکار دارد.

■ مطالبی را که در جلسات ۱۲ گامی یا در جلسات یاری متقابل مطرح می شود مورد بحث قرار می دهد، آن ها را تقویت می کند، و درمانجو را به توجه به این مطالب تشویق می کند.

■ به درمانجو کمک می کند تا مفهوم های مطرح در جلسات ۱۲ گامی و همیاری و نیز روان درمانی و روان پزشکی (در مورد کسانی که تحت درمان همزمان اعتیاد و اختلالات روانی اند) را ملکه ذهن خود سازد.

■ با دیگر متخصصان خدمات درمانی یا اجتماعی که با درمانجو کار می کنند همکاری می کند. به طور کلی، مشاور تمام بخش های برنامه درمانی را هماهنگ می کند. درمانجو می خواهد بداند که مشاور از تمام جنبه های درمان او و زیر و بم های آن آگاه است. بسیاری از معتادان به مواد محرک وقتی وارد برنامه درمانی می شوند اختیاری بر زندگی و اعمال خود ندارند. آن ها از این برنامه انتظار دارند تا به آن ها در باز یابی کنترلشان بر زندگی کمک کند. اگر این برنامه به نظرشان مجموعه پراکنده ای از مطالب نامربوط برسد، در آن ها این احساس به وجود نمی آید که این برنامه در باز توانی و تسلط مجدد آن ها بر اوضاع می تواند به آن ها کمک کند. این احساس ممکن است به نتایج درمانی ناموفق یا خاتمه زودرس درمان منجر شود. پیوست ب نکات بیشتری درباره نقش مشاور در آماده سازی و آسان کردن فعالیت های گروه عرضه می کند.

بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی ماتریکس

بسته آموزشی درمان سرپایی عمقی ماتریکس، علاوه بر این کتاب راهنمای آموزش خانواده، ویژه مشاور (که در صفحات آینده به تفصیل معرفی می شود)، دارای بخش های زیر هم هست:

■ راهنمای درمان، ویژه مشاور. این کتاب تمام مطالب لازم برای مشاور به منظور اداره جلسات انفرادی / مشترک با خانواده و عزیزان، و گروه مهارت های بهبودی اولیه (مبا)، پیش گیری از بازگشت (پاب)، و حمایت اجتماعی را دربر دارد. این کتاب براساس نوع مباحث گروه ها تنظیم شده و هر بخش با مروری کلی شامل موارد زیر شروع می شود:

مقدمه‌ای بر گروه آموزش خانواده

نمای کلی

کسانی که معتادند و به اختلالات مصرف مواد مبتلا هستند در نتیجه تعارض دائمی با اعضای خانواده‌شان غالباً تنها شده‌اند. اعضای خانواده (از جمله اعضای خانواده گسترده) و عزیزان و افراد مهم در زندگی معتاد به خاطر اعتیادش دچار احساسات مختلفی از قبیل نگرانی، ترس، خشم، خجالت یا گناه می‌شوند. این افراد غالباً معنای اعتیاد و وابستگی به مواد و تغییراتی را که در خانواده اتفاق افتاده است نمی‌دانند. آن‌ها همچنین از سازوکار بهبودی و تغییراتی که بهبودی به دنبال دارد، آگاه نیستند. آموزش دادن به خانواده در مورد اختلال اعتیاد و ویژگی‌های بهبودی و فراهم آوردن فرصت‌هایی برای اعضای خانواده به منظور گفتگو درباره نگرانی‌هایشان موضوعی حیاتی است در کمک به آن‌ها برای حمایت از معتاد در دوران بهبودی، و در کاهش نگرانی‌ها و دیگر احساسات منفی‌شان مؤثر است.

آموزش خانواده به اعضای آن یاری می‌رساند تا رفتارهای شاخص خود در برخورد با معتاد (مانند نوع حمایت از معتاد در برابر مصرف مواد) را تغییر دهند. برخی از این رفتارها در فرایند درمان تأثیری منفی می‌گذارند و نیز مشکلاتی برای اعضای خانواده ایجاد می‌کنند. گذشته از این، اگر خانواده‌ها بدانند که در هر یک از مراحل بهبودی عزیزانشان چه چیزهایی اتفاق می‌افتد بهتر می‌توانند خود را با این تغییرات وفق بدهند. احتمال موفقیت درمان بسیار بیشتر می‌شود اگر عزیزان معتاد درباره تغییرات به وجود آمده در مراحل مختلف بهبودی او آموزش ببینند. جلسات

□ هدف کلی از هر یک از مباحث گروه‌ها

□ شکل کلی و رویکرد مشاوره در بحث‌ها

□ ملاحظات خاص مربوط به هر یک از انواع

گروه‌ها و بحث‌هایشان

بعد از این مرور کلی، رهنمودهایی برای اداره هر یک از جلسات می‌آید. نسخه‌ای از کاربرگ‌هایی که مجموعاً کتاب کار درمانجو را تشکیل می‌دهند به منظور ارجاع سریع در پایان بخش توصیه‌ها آمده است.

■ کتاب کار درمانجو. این کتاب مصور شامل یک مقدمه و خوشامدگویی به درمانجویان و تمام کاربرگ‌های مورد استفاده در برنامه درمان سرپایی عمقی ماتریکس است، به جز کاربرگ‌هایی که در جلسات گروه آموزش خانواده به کار می‌روند. کاربرگ‌های جداگانه‌ای برای جلسات آموزش خانواده به کار می‌رود، چون اعضای خانواده در این گروه با درمانجویان شرکت می‌کنند و کاربرگ‌های کتاب کار درمانجو را در اختیار ندارند.

■ کتاب همراه درمانجو. درمانجو این کتاب را در جیب یا کیفش می‌گذارد و با خود همراه می‌برد. این کتاب شامل نکات و مفاهیم مفیدی درباره بهبودی است و فضایی خالی دارد تا درمانجویان بتوانند جرعه‌های آغازگر مصرف و نشانه‌های بازگشت و عود به مصرف را در آن بنویسند؛ عبارت‌ها و جمله‌های کوتاهی را در آن یادداشت کنند که در مقاومتشان در برابر جرعه‌های آغازگر مصرف، به آن‌ها یاری می‌رساند. علاوه بر این، درمانجویان می‌توانند هرچه دل‌تنگشان می‌خواهد در این کتابچه بنویسند.

گروه آموزش خانواده همچنین فرصتی را در اختیار مشاور قرار می‌دهد تا شرکت عزیزان در مانجو در بهبودی‌اش را تسهیل کند. اعتیاد در مواردی خانواده‌ها را وارد بحران‌های بزرگی می‌کند. مشاور همیشه باید در نظر داشته باشد که در چنین محیط‌هایی امکان دارد خشونت‌هایی به وجود آید. مشاور باید امنیت در مانجو و اعضای خانواده‌اش را همیشه در اولویت قرار دهد.

گروه آموزش خانواده ماهیتاً خانواده درمانی نیست و هدف آن دخالت مستقیم در سازوکار خانوادگی هر یک از اعضای درگیر در فرایند بهبودی در مانجو نیست. بلکه بخش آموزش خانواده در برنامه درمانی ماتریکس رویکرد آموزش روانی دارد. گروه آموزش خانواده محیط آرام و مساعدی را فراهم می‌کند تا در آن، اطلاعات و فرصت‌هایی برای درمانجویان و خانواده‌هایشان ارائه شود تا بتوانند در این محیط آرامش و امنیت داشته باشند و از امکانات و تسهیلات آن با طیب‌خاطر برای بهبودی درمانجویان استفاده کنند و بهره بگیرند. در گروه آموزش خانواده اطلاعاتی درباره موارد زیر عرضه می‌شود: اعتیاد به مت‌آفتمین و شیشه، اعتیاد به دیگر مواد مخدر و الکل، درمان، بهبودی، تأثیرات اعتیاد بر خانواده، و راه‌های کمک خانواده به بهبودی در مانجو و حمایت از این فرایند.

تجربیات برنامه درمانی ماتریکس نشان می‌دهد که اگر درمانجویان و عزیزانشان ارتباط تنگاتنگی در دوره بهبودی داشته باشند، اعضای خانواده و افراد تأثیرگذار در زندگی در مانجو می‌توانند نقش مؤثر و قاطعی در بهبودی او داشته باشند، خواه در برنامه‌های ماتریکس شرکت مستقیمی داشته و خواه نداشته باشند. از آن‌جا که تعامل موجود در خانواده در مانجو پیش از شروع

درمان معمولاً منفی است، شاید او اصرار داشته باشد که نیازی به حضور اعضای خانواده و عزیزانش در فرایند بهبودی او نیست و بهتر است آن‌ها در این روند «تنه‌ایش بگذارند». مشاور می‌تواند با در مانجو گفتگو کند و قانعش کند که شرکت اعضای خانواده و افراد تأثیرگذار در زندگی‌اش در برنامه بهبودی او ضرورت و اهمیت به‌سزایی دارد؛ اما اگر در مانجو همچنان به عدم حضور این افراد در فرایند بهبودی‌اش اصرار داشته باشد، مشاور نباید در این مورد پافشاری کند.

گاهی اعضای خانواده با شرکت در برنامه بهبودی در مانجو مخالف‌اند و تمایلی به این کار ندارند. آن‌ها به دلایلی ممکن است رنجیده باشند و حاضر به شرکت در فرایند بهبودی در مانجو نباشند. بنابراین، مشاور باید اعضای خانواده را جداگانه دعوت کند و آن‌ها را قانع کند که حضورشان در این فرایند چه قدر مهم و ضروری است.

در تعیین کسانی که باید در جلسات گروه آموزش خانواده شرکت کنند، برنامه درمانی ابتدا باید تعریفی از «خانواده» به دست بدهد که شامل افراد مهم و تأثیرگذار در زندگی در مانجو هم باشد. مثلاً دوست دیرینه در مانجو را باید عضوی از خانواده دانست. دوست صمیمی یا معلم، استاد و مشاور قدیمی در مانجو را هم باید در این‌جا در نظر گرفت. اعضای بزرگسال خانواده مانند برادر یا خواهر بزرگ مناسب حضور در فرایند درمان هستند، اما گروه آموزش خانواده مناسب کودکان و نوجوانان نخواهد بود. اگر خانواده فرزند خردسالی داشته باشد، برنامه درمانی می‌تواند در زمان حضور اعضای خانواده در جلسات این گروه، تسهیلاتی برای نگهداری از خردسالان فراهم کند.

باید اعضای خانواده درمانجویان را به شرکت در جلسات گروه‌های حمایتی تقویت کند. در صورت امکان، موضوع شرکت در این جلسات را می‌توان در هر جلسه گروه آموزش خانواده متذکر شد. مشاور شاید بخواهد فهرستی از این سازمان‌ها (همراه آدرس، شماره تلفن و وبسایت‌ها) و برنامه آن‌ها تهیه کند و در اختیار درمانجویان و خانواده‌هایشان قرار دهد.

در بخش زیر ویژگی‌های گروه آموزش خانواده برنامه ماتریکس و رهنمودهای کلی برای اداره جلسات آن آمده است. در جدولی که در آخر این بخش آمده کارهایی که در هر یک از جلسات این گروه باید انجام شود و مطالبی که باید مطرح گردد درج شده است.

اهداف گروه آموزش خانواده

- ارائه اطلاعات درستی درباره اعتیاد، بهبودی، درمان، و تعاملات بین شخصی‌ای که در این روند به وجود می‌آید.
- کمک به درمانجویان و اعضای خانواده آن‌ها در درک چگونگی تأثیر فرایند بهبودی در روابط خانواده در حال و آینده.
- فراهم آوردن محیط و فرصتی برای خانواده‌ها به منظور بحث درباره مسائل مربوط به بهبودی درمانجو.
- عرضه اطلاعات صحیح درباره اثرات مواد مخدر و الکل.
- آموزش و تشویق اعضای خانواده درمانجویان به مراقبت از خود در حین کمک به بهبودی درمانجویان.
- فراهم آوردن جو و محیطی تخصصی تا عزت و احترام درمانجویان و خانواده‌هایشان در آن حفظ و پاس داشته شود.

تمام درمانجویان در جلسات گروه آموزش خانواده شرکت می‌کنند، خواه اعضای خانواده‌شان حضور داشته یا نداشته باشند. در این جلسات آموزش نظام‌مند بهبودی درمانجو فراهم می‌شود. علاوه بر این، درمانجویان اطلاعاتی درباره سازوکار روابط خانوادگی مرتبط با اعتیاد به دست می‌آورند.

مشاور مسئول جلسات گروه آموزش خانواده باید به مسائل فرهنگی و تنوعات اعتقادی خاص درمانجویان حساس باشد. لازم است مشاور به فرهنگ در معنای کلی آن توجه کند که نه تنها شامل شاخص‌هایی مانند نژاد، قومیت و مذهب درمانجویان می‌شود، بلکه جایگاه اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، و سطح فرهنگ‌پذیری آن‌ها را نیز در برمی‌گیرد. مشاور باید آمادگی درک درمانجویان را در بافت فرهنگی خاص خود آن‌ها داشته باشد. به هر حال، نباید از نظر دور داشت که هر درمانجویی فردی خاص است، نه صرفاً نمونه‌ای عام از فرهنگی خاص. زمینه‌های فرهنگی پیچیده هستند و نمی‌توان آن‌ها را به سادگی در قالب یک توصیف ساده گنجانند. تعمیم درباره فرهنگ درمانجو مسئله متناقض‌نمایی است. مشاهده‌ای که در مورد یک گروه فرهنگی خاص درست و مفید است شاید هنگام کاربرد آن در مورد عضوی از آن فرهنگ نادرست و مضر باشد. برنامه ماتریکس کتابی با عنوان *بهبود توانش فرهنگی در درمان اعتیاد* در دست چاپ دارد که اطلاعات بیشتری درباره تفاوت‌های فرهنگی عرضه می‌کند.

مشاور گروه آموزش خانواده باید از گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری موجود در محل زندگی درمانجو اطلاع داشته باشد. در جلسات گروه آموزش خانواده، مشاور

■ تشویق شرکت‌کنندگان به آشناسدن با دیگر درمانجویان و خانواده‌هایشان در محیطی سالم و سازنده.

شکل و ماهیت گروه

گروه آموزش خانواده روزی یک بار در هفته به مدت ۱۲ هفته تشکیل جلسه می‌دهد. درمانجویان و خانواده‌هایشان در هر زمانی می‌توانند به این گروه بپیوندند و در سه ماه اول برنامه درمانی عمقی درمانجو در جلسات این گروه شرکت کنند. هر جلسه‌ای ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. تعداد اعضای خانواده درمانجو که در این جلسات شرکت می‌کنند هیچ محدودیتی ندارد. جلسات گروه را می‌توان با شرکت ۲ نفر تا ۳۰ نفر برگزار کرد. گروه‌هایی که تنها ۲ نفر عضو دارند یا تعدادشان بسیار زیاد است کارایی لازم را ندارند و بحث در آن‌ها به راحتی صورت نمی‌گیرد.

شیوه اجرای جلسات گروه به شکل زیر است:

- در ۷ جلسه اسلایدهای پاورپوینت ارائه می‌شود.
- ۴ جلسه با شرکت تمام خانواده‌ها تشکیل می‌شود.
- یک جلسه به صورت میزگرد است.

ارائه پاورپوینت

اسلایدهای این کتاب را می‌توان به صورت پاورپوینت استفاده کرد یا آن‌ها را کپی و به صورت اُورهِد نشان داد. (با مراجعه به سایت www.kap.samhsa.gov و کلیک کردن روی Products و سپس کلیک روی Resource Documents & Manuals و سپس کلیک روی آی‌کون Matrix می‌توان متن انگلیسی این اسلایدها را دانلود کرد. اسلایدهای هر جلسه جداست.)^{۴۰} رهنمودهای

جدول خلاصه جلسات گروه آموزش خانواده توضیحاتی درباره روش کار با این اسلایدها در هر جلسه دارد. بعد از ادامه هر مجموعه‌ای از این اسلایدها، بحث موضوعی درباره آن‌ها صورت می‌گیرد. قسمت آخر هر جلسه، بحث آزادی است درباره موضوعات مهمی که شرکت‌کنندگان می‌خواهند مطرح کنند.

بحث گروهی چند خانواده‌ای

چهار جلسه به بحث گروهی براساس کاربرگ‌ها اختصاص دارد. شرکت‌کنندگان در قسمت آغازین هر جلسه مطالب کاربرگ‌ها را می‌خوانند یا به پرسش‌های آن پاسخ می‌دهند. کاربرگ‌ها مقدمه‌ای هستند برای بحث گروهی. رهنمودهایی به مشاوران درباره اطلاعاتی که می‌توانند به اعضای گروه در هر جلسه و هر بخش آن بدهند بعد از این قسمت از کتاب آمده است.

میزگرد

اعضای این میزگردها عبارت‌اند از درمانجویانی که دوره درمانشان را تکمیل کرده‌اند یا اعضای خانواده‌شان یا هر دوی آن‌ها، یا اعضای گروه‌های ۱۲ گامی یا حمایت اجتماعی در منطقه. اعضای میزگرد، بعد از مقدمه‌ای کوتاه درباره موضوع بحث، به پرسش و پاسخ می‌پردازند. مشاور اداره این میزگردها را به عهده می‌گیرد.

رهنمودهای کلی

بهتر است مشاور گهگاه قسمت زیر را مرور کند تا نکات اصلی مشترک هر جلسه را از یاد نبرد. پیوست ۲ مطالبی درباره تسهیل کار گروه را که برای مشاور لازم است دربردارد.

قبل از هر جلسه

- رهنمودهای تسهیل کار گروه و اداره هر جلسه را بخوانید.
- کاربرگ‌ها و اسلایدهای هر جلسه را مرور کنید.
- میزهای اتاق جلسه را برای نشان دادن اسلایدها آماده کنید. برای جلسات بحث گروهی چند خانواده‌ای صندلی‌ها را به صورت دایره‌ای بچینید.
- تجهیزات نمایش اسلاید یا اورهد را آماده کنید.
- یک نسخه از کاربرگ هر جلسه را برای تمام اعضای گروه آماده کنید.
- اگر درمانجو یا کسی از اعضای خانواده‌اش تازه وارد گروه شده است در شروع جلسه، آن‌ها را معرفی کنید.

در طول جلسه

- به عنوان میزبان گروه عمل کنید و اعضای جدید را معرفی کنید.
- کسانی را که درمانجو به این جلسات دعوت می‌کند با عنوان مناسبی خطاب کنید. این افراد ممکن است همسر، فرزند بزرگسال، دوست، رئیس یا همکار درمانجو باشند. آن‌ها را به عنوان اعضای خانواده یا دوستان درمانجو معرفی کنید و مثلاً نگویند «همسر» یا «زن» فلانی؛ مگر این‌که خود درمانجو عنوان خاصی برای آن‌ها انتخاب کند.
- درمانجو و اعضای خانواده‌اش را تشویق کنید تا به پرسش و پاسخ در باره موضوع مورد بحث بپردازند.
- منبع و مأخذ اطلاعاتی را که در گروه عرضه می‌کنید همیشه ذکر کنید. شاید عده‌ای علاقه‌مند باشند این موضوعات را در منبع اصلی آن‌ها پیگیری کنند.
- جلسه را با تشکر از شرکت‌کنندگان و اعلام موضوع جلسه بعدی به پایان برسانید.

- بعد از پایان هر جلسه در اتاق بمانید تا به سؤالات دیگری که درمانجویان و اعضای خانواده‌شان دارند پاسخ دهید.

مشاور باید بداند که بحث درباره مواد و الکل ممکن است به عنوان جرعه‌های آغازگر مصرف عمل کند و درمانجویان را به مصرف وسوسه کند. مشاور باید مرتباً هر کس را که دچار وسوسه می‌شود تشویق کند تا بعد از جلسات گروه، بماند تا با او صحبت کند، تا زمانی که بتواند توجه کامل خود را به بهبودی معطوف کند. شاید لازم باشد مشاور، درمانجویانی را که بدون خانواده‌شان در جلسه شرکت کرده‌اند تشویق کند تا به خانه‌شان زنگ بزنند که بعد از اتمام جلسه دارند به خانه باز می‌گردند. این امر باعث افزایش اعتماد به درمانجویان می‌شود و خانواده را به شرکت در درمان و بهبودی آن‌ها ترغیب می‌کند.

یادداشت‌ها

1. The Matrix Intensive Outpatient Treatment for people with Stimulant Use Disorders (IOP)
۲. Matrix Institute: ماتریکس در روان‌شناسی یعنی زمینه شناختی یا ادراکی‌ای که بر مشخص کردن یا تعیین معنای پدیده‌ای کمک می‌کند.
3. Knowledge Application Program
4. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
6. stimulants
7. methamphetamine
8. substance / drug abuse
۹. structured: ویژگی روش و رویکردی که از چشم‌انداز کل به آن نگریسته می‌شود و در درجه اول کلیت آن، و سپس اجزای آن، موردنظر است.

10. dependence
11. cocaine dependence
12. stimulant dependence
13. Obert
14. protocol
15. dependant.
16. relapse prevention (RP)
17. cognitive-behavioral
18. psychoeducation
19. 12-step program support
20. Shoptaw
21. Methamphetamin Treatment Project (MTP)
22. community-based treatment
23. stimulant use disorders
24. substance-free
25. abstinence
26. intensive phase
27. conjoint familly session
28. Early Recovery Skills (ERP)

29. support group
30. cognitive impairment
31. bookend: وسیله‌ای به شکل دو صفحه عمود برهم از جنس چوب یا فلز یا پلاستیک که در جلوی ردیفی از کتاب‌ها قرار می‌گیرد تا آن‌ها را به حالت قائم نگه دارد.
32. client co-leader
33. mutual-help group
34. relapse avoidance
35. emotional trigger
36. significant others
37. client-facilitator
38. motivational
39. neurobiology

۴۰. چون پاورپوینت‌های مورد اشاره به زبان انگلیسی است پیشنهاد می‌شود خود مربیان و آموزش‌دهندگان با توجه به آنها از مطالبی که در صفحات آتی کتاب حاضر آمده پاورپوینت‌هایی به زبان فارسی برای شرکت‌کنندگان در جلسات فراهم کنند (مترجمان).

فصل دوم

خلاصه جلسات گروه آموزش خانواده

ردیف	عنوان جلسه	نوع جلسه	مطالب جلسه	صفحه
۱	جرقه‌های آغازگر و وسوسه مصرف	ارائه پاورپوینت	شرکت‌کنندگان مطالبی درباره مبنای شیمیایی لذت و پاداش مواد در مغز یاد می‌گیرند و این‌که جرقه‌های آغازگر و وسوسه‌کننده مصرف چه‌طور با اعتیاد ربط پیدا می‌کنند.	۲۸ - ۳۶
۲	الکل و بهبودی	ارائه پاورپوینت	ماهیت و شیوع مصرف الکل، و خطراتی که الکل برای سلامتی و بهبودی دارد	۳۶ - ۴۴
۳	بهبودی	میزگرد	یادگیری فواید بهبودی و مشکلات آن از دیگران، ویژگی‌های برنامه‌های ۱۲ گامی و همیاری	۴۴ - ۴۵
۴	مت‌آمفتامین و کوکائین	ارائه پاورپوینت	ماهیت و شیوع مصرف مت‌آمفتامین و کوکائین، و خطراتی که برای سلامتی و بهبودی درمانجویان دارند.	۴۵ - ۵۴
۵	نقشه گنج بهبودی	ارائه پاورپوینت	خطراتی که درمانجویان در هر یک از مراحل چهارگانه بهبودی با آن‌ها مواجه می‌شوند.	۵۴ - ۶۷

ردیف	عنوان جلسه	نوع جلسه	مطالب جلسه	صفحه
۶	مبارزه با احتمال بازگشت به مصرف مواد	بحث گروهی چندخانواده‌ای	آشنایی شرکت‌کنندگان با احساسات و نیازهای همدیگر در مورد بازگشت به مصرف، و یادگیری روش‌های مقابله با بازگشت	۶۷-۶۷
۷	مواد شبه‌افیونی و مواد پاتوقی	ارائه پاورپوینت	ماهیت و شیوع هروئین و مواد پاتوقی، و خطراتی که هروئین، روپینول، ال‌اس‌دی، و اکستازی برای سلامتی و بهبودی درمانجویان دارند.	۷۸-۶۸
۸	نقش خانواده‌ها در بهبودی	ارائه پاورپوینت	فرایند بهبودی و نقش همکاری و شرکت خانواده‌ها و عزیزان درمانجو در جلوگیری از بازگشت به مصرف	۸۸-۷۸
۹	اعتمادسازی	بحث گروهی چندخانواده‌ای	یادگیری نقش ارزنده اعتماد در بهبودی، و چگونگی شروع اصلاح و ترمیم روابط آسیب‌دیده	۸۹-۸۸
۱۰	ماری‌جوانا	ارائه پاورپوینت	ماهیت و شیوع مصرف ماری‌جوانا، و خطراتی که برای سلامتی و بهبودی درمانجویان دارد	۹۴-۸۹
۱۱	زندگی با اعتیاد	بحث گروهی چندخانواده‌ای	چه گونه بهبودی بر زندگی خانواده تأثیر می‌گذارد، بحث درباره مشکلات و استراتژی‌های مقابله با آن‌ها	۹۵-۹۴
۱۲	دام‌های سرراه ارتباطات	بحث گروهی چندخانواده‌ای	نقش ارزنده ارتباطات در برقراری روابط سالم بین درمانجویان و دیگران، و مشکلات و موانعی که بر سر راه ارتباطات قرار دارد.	۹۹-۹۵

جلسه ۱: جرّقه‌های آغازگر و وسوسه مصرف

مواد (ارائه پاورپوینت)

نگاه کلی

اهداف جلسه

■ کمک به شرکت‌کنندگان در درک رابطه بین لذت و

نظام پاداش‌دهی مغز و اعتیاد

■ کمک به شرکت‌کنندگان در شناسایی فرایند اعتیاد

■ کمک به شرکت‌کنندگان در درک چگونگی

شکل‌گیری و پیشروی وسوسه

■ کمک به شرکت‌کنندگان در شناسایی رابطه بین

جرّقه‌های آغازگر مصرف و وسوسه مصرف

■ کمک به شرکت‌کنندگان در پیدا کردن و به کار گرفتن

راه‌های مقابله با جرّقه‌های آغازگر و وسوسه مصرف

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۱ الف: تعریف اعتیاد برطبق انجمن

پزشکی اعتیاد امریکا

■ کاربرگ گاخ ۱ ب: توقف فکر

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت‌کنندگان

نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی

که بخواهند، سؤال‌تشان را مطرح کنند. در صفحات ۲۹

تا ۳۴ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور

باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری

مطرح سازد که برای شرکت‌کنندگان مناسب و قابل

درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

بگیرند و دریابند که توصیه‌های برنامه درمانی

ماتریکس چه معنایی دارند و چرا ارائه می‌شوند.

■ به‌طور خلاصه، جرّقه‌های آغازگر به وسوسه مصرف و وسوسه مصرف در نهایت به خود مصرف مواد یا الکل منجر می‌شود.

■ عقل سلیم حکم می‌کند که قرار گرفتن در معرض و در کنار افراد، مکان‌ها و موقعیت‌هایی که در گذشته به مصرف مواد منجر شده است احتمال مصرف دوباره الکل یا مواد را افزایش می‌دهد.

■ تأثیری که جرّقه‌های آغازگر مصرف بر مغز دارد ثابت می‌کند که توصیه به دور ماندن از آن‌ها چیزی بسیار فراتر از یک فکر بکر است؛ راه مطمئن دیگری برای دوری از جرّقه‌های آغازگر و جلوگیری از بازگشت وجود ندارد.

اسلاید ۲ - ۱: تغییرات شیمیایی مغز

■ اعتیاد یک اختلال رفتاری - عصبی است. برای درک معنای این جمله باید دو بخش مهم مغز را بررسی کنیم: قشر پیش‌پیشانی مخ و دستگاه کناری.

■ در مغز سالم، قشر پیش‌پیشانی مخ یا بخش جلویی مغز مسئول تفکر عقلانی است. این بخش در واقع تصمیم‌گیرنده رفتار و گفتار انسان است.

■ دستگاه کناری بخش قدیمی‌تر و ابتدایی‌تر ساختمان مغز است که در زیر این قشر قرار دارد.

■ این بخش پایینی مغز به درجات زیاده‌تر یا کمتری در تمام اشکال اعتیاد دخالت دارد. قسمت لذت و شادی و نظام پاداش‌دهی در این‌جا قرار دارد و بیشتر، اگرچه نه همه، سازوکارهای بقای انسان هم از این‌جاست می‌شود.

■ لذت نیروی بیولوژیک قدرتمندی در بقای انسان است. اگر کار لذت بخشی انجام بدهید، مغز به

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

■ کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟ چه چیزی برایتان جالب بود؟

■ این اطلاعات چه طور با تجربیات شما مربوط می‌شد؟

■ این اطلاعات چه طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟

■ چه سؤال‌هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را دربردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۱: جرّقه‌های آغازگر و وسوسه مصرف

■ این اسلاید با بررسی کلی اعتیاد و وابستگی شروع می‌شود و سپس بر روند شکل‌گیری اعتیاد و وسوسه، و روابط بین جرّقه‌های آغازگر بیرونی و درونی وسوسه مصرف متمرکز می‌شود.

■ درک درست فرایند اعتیاد این امکان را برای درمانجویان و خانواده آن‌ها فراهم می‌کند تا اختلال مصرف مواد را به گونه‌ای جدید و منطقی‌تر در نظر

■ یک آزمایش قدیمی قدرت و تأثیر مواد بر مغز و رفتار انسان را نشان می‌دهد:

□ اگر موشی را که در قفس است آزاد کنید و او فقط دو امکان رفتن به یک جای روشن و یک جای تاریک را پیش رو داشته باشد، موش همیشه به طرف تاریکی فرار می‌کند.

□ موش و دیگر جوندگان چنین شرطی شده است که خودبه‌خود به دنبال تاریکی باشد، چون تاریکی است که آن‌ها را از خطر شکارچیان نشان محافظت می‌کند. سازوکار بقایی که در وجودشان عجین شده در طول میلیون‌ها سال تکامل یافته است.

□ اگر مقداری کوکائین در محیط روشن به موش تزریق شود، وقتی آن را از قفس آزاد کنیم به طرف نقطه روشن می‌رود. این آزمایش قدیمی «ترجیح مکانی شرطی شده» را نشان می‌دهد که شرطی‌شدگی‌ای را که میلیون‌ها سال طول کشیده است معکوس می‌کند.

اسلاید ۴ - ۱: پاولوف

■ برای درک رابطه بین جرقه‌های آغازگر مصرف و وسوسه مصرف باید اطلاعاتی درباره فرایندی به نام شرطی‌شدگی به دست آوریم.

■ پاولوف، دانشمند روسی، به خاطر انجام آزمایش‌هایی در مورد فرایند فیزیکی گوارش برنده جایزه نوبل شد.

■ بعضی از دانشجویانش این آزمایش‌ها را ادامه دادند و نتایج این پژوهش‌ها به اصل شرطی‌شدگی کلاسیک معروف شد.

گونه‌ای عمل می‌کند که می‌خواهید دوباره همان کار را تکرار کنید.

■ دستگاه کناری، برخلاف قشر مخ، زیر کنترل آگاهانه، یا ارادی، نیست. تأثیرات قوی مواد و الکل روی این بخش و دیگر بخش‌های مغز به اعتیاد منتهی می‌شود و محدودیت‌های عادی و منطقی روی رفتار را کمتر می‌کند.

■ مصرف مداوم و طولانی مواد تغییراتی را در مغز ایجاد می‌کند که اساسی و دیرپا هستند. این تغییرات بخش عمده‌ای از خود فرایند اعتیاد به‌شمار می‌روند.

■ پذیرفتن اعتیاد به عنوان رابطه پیچیده‌ای بین مغز و رفتار انسان گام بزرگی است در مسیر بهبودی.

اسلاید ۳ - ۱: شرطی‌شدگی

■ آن بخش از مغز که تحت تأثیر مواد تغییردهنده خلق و خو قرار می‌گیرند همان بخشی است که انسان را به تلاش برای به دست آوردن آب و غذا به هنگام تشنگی و گرسنگی و می‌دارد و همچنین مسئول سائق جنسی است.

■ گرسنگی، تشنگی، میل جنسی و نیاز به محبت همگی وسوسه‌های طبیعی‌اند. برآوردن این نیازها بقای ما را به عنوان فرد و انسان تضمین می‌کند. وقتی وسوسه‌ای برآورده نمی‌شود (مثلاً اگر کسی مدت زیادی غذا نخورد)، برآوردن این نیاز بر هر چیز دیگری غلبه می‌کند.

■ وقتی کسی به مدت زیادی مواد یا الکل مصرف می‌کند، مغز به نوعی دیگر تنظیم می‌شود و خود را طوری با مواد وفق می‌دهد که بقای معتاد حالا به مواد وابسته می‌شود.

فرد مصرف‌کننده در آن قرار دارد مثل زنگِ پاولوف عمل می‌کنند. این عوامل موجب بروز وسوسه در انسان می‌شوند (مانند واکنش فیزیکی سگ‌ها به زنگ یعنی ترشح بزاق) حتّاً وقتی که مواد مصرف نمی‌کند. حتّاً ممکن است مغز پاسخ‌های فیزیکی‌ای را که خودِ مواد در آغاز در آن‌ها تولید کرده بود، برانگیزد.

- مثلاً اگر قرار بود شرکت‌کنندگان به لیس زدن به لیموترش فکر کنند، ممکن بود بی‌اختیار لب‌هایشان را ورچینند. این پاسخ براساس تجربه قبلی‌شان در خوردن لیمو استوار است.
- این نوع پاسخ به جرّقه‌های آغازگر مصرفِ مواد اتّفاق می‌افتد بدون آن‌که شخص قصد مصرف داشته باشد. فرد وابسته به مواد تنها با دوری از جرّقه‌های آغازگر مصرف می‌تواند مانع واکنش مغز بشود.
- جرّقه‌های آغازگر مصرف و وسوسه‌ها نشانه‌های شاخص اعتیادند.

اسلاید ۶ - ۱: تعریف اعتیاد

- **کاربرگ گاخ (الف)** تعریف اعتیاد را از دیدگاه انجمن پزشکی اعتیاد امریکا ارائه می‌دهد: اعتیاد عبارت است از بیماریِ اولیه، عصبی - زیستی و مزمنی با عوامل وراثتی، روانی - اجتماعی و محیطی‌ای که بر شکل‌گیری و جلوه‌های بیرونی آن تأثیر می‌گذارد.
- «اولیه» در این تعریف یعنی این‌که اعتیاد نشانه بیماری یا اختلال دیگری نیست؛ اعتیاد خودش بیماری مستقلّی است.
- «مزمن» در این تعریف یعنی این بیماری مدّت زمان زیادی طول می‌کشد و می‌توان آن را «درمان» کرد،

اسلاید ۵ - ۱: سگ پاولوف

- پاولوف به سگ‌ها غذا می‌داد و در همان حال یک زنگ را به صدا درمی‌آورد.
- سگ‌ها غذا را می‌دیدند و بو می‌کردند و سپس بخشی از مغزشان تحریک می‌شد، یا جرّقه می‌زد که باعث ترشح بزاق و ترشح اسید معده در آن‌ها می‌شد، چون انتظار خوردن را می‌کشیدند.
- پاولوف و همکارانش بعد از مدّت نسبتاً کوتاهی زنگ را به صدا در می‌آوردند، بدون این‌که غذایی در کار باشد. سگ‌ها باز هم بزاق و اسید معده ترشح می‌کردند، درست مثل زمانی که غذایی در کار بود.
- سگ‌ها صدای زنگ، جرّقه، را با انتظار خوردن مرتبط می‌ساختند و به‌طور فیزیکی (غیرارادی) به جرّقه قدرتمند، یا محرّک، زنگ پاسخ می‌دادند.
- وقتی که سگی به این ترتیب شرطی می‌شود، صرف‌نظر از این‌که آن سگ چه قدر باهوش است یا به خوبی آموزش دیده، همچنان بزاق و اسید معده را با شنیدن صدای زنگ تولید می‌کند. تنها راهی که سگ‌های پاولوف می‌توانند از جاری شدن آب دهانشان جلوگیری کنند این است که از زنگ دوری کنند.
- در سگ‌ها یک پاسخ شرطی شده به زنگ به وجود آمده بود.
- مغز انسان هم تقریباً به همان روش به جرّقه‌های شرطی شده آغازگر مصرف مواد یا الکل که باعث به‌وجود آمدن وسوسه می‌شود پاسخ می‌دهد.
- مواد و الکل تغییراتی در مغز انسان به‌وجود می‌آورند که به احساس لذّت منتهی می‌شود. اتّفاقاتی که در حین مصرف مواد روی می‌دهد یا محیط‌هایی که

ولی نمی‌توان کاملاً از بین برد. دیگر نمونه‌های بیماری‌های مزمن دیابت و بیماری قلبی هستند.

■ این تعریف حاکی از این است که عوامل وراثتی، روانی-اجتماعی، و محیطی بر شکل‌گیری و جلوه‌های بیرونی (نشانه‌های) این بیماری تأثیر می‌گذارند.

■ «وراثتی» در این تعریف یعنی این‌که بعضی از مردم با آسیب‌پذیری‌های خاصی در مقابل اعتیاد به مواد یا الکل به دنیا می‌آیند.

■ عوامل روانی-اجتماعی و محیطی (یعنی این‌که زندگی هیجانی و عاطفی، ذهنی و اجتماعی و نیز خانواده، همسالان، شیوه زندگی، اشتغال یا وضع تحصیلی انسان) می‌تواند تعیین کند که کسی معتاد می‌شود و اعتیادش چه گونه شکل می‌گیرد، یا این‌که کسی معتاد نمی‌شود.

■ این عوامل روانی-اجتماعی و محیطی هنگام بررسی جرقه‌های آغازگر مصرف مواد یا الکل در مورد هر کس مهم است.

اسلاید ۷-۱: فرایند اعتیاد

■ در بقیه وقت این جلسه فرایند معتادشدن در طول زمان بررسی می‌گردد و روی وسوسه و جرقه‌های آغازگر وسوسه تأکید می‌شود.

■ فرایند معتادشدن را می‌توان به چهار بخش تقسیم کرد: مرحله مقدماتی، مرحله نگه‌داری، مرحله سرخوردگی، و مرحله فاجعه.

■ در خلال هر یک از این دوره‌ها شخص دچار سطوح فزاینده تفکر وسواسی و اجباری، وسوسه، مصرف، و عوارض ناشی از مصرف می‌شود.

■ گرچه این اسلایدها اختصاصاً به مت‌آمفتامین مربوط می‌شوند، اما فرایند معتادشدن در مورد دیگر مواد اعتیادآور و الکل نیز دقیقاً همین‌طور است.

اسلاید ۸-۱: فرایند معتادشدن (مرحله مقدماتی)

■ مصرف مت‌آمفتامین (و دیگر مواد و الکل) در طول مرحله مقدماتی نسبتاً کم و گهگاه است.

■ امکان دارد مصرف به چند بار در سال، اتفاقی و برحسب تصادف، یا در مواقع خاص محدود باشد.

اسلاید ۹-۱: فرایند شرطی‌شدگی در دوره اعتیاد (مرحله مقدماتی)

■ کسی که الکل یا مواد مصرف می‌کند، بدون این‌که خودش بداند، هر بار که مصرف می‌کند، مغزش را شرطی می‌کند، اما ارتباط ضعیفی بین افراد و مکان‌ها و اتفاقات خاص با مصرف مواد یا الکل احساس می‌کند.

اسلاید ۱۰-۱: شکل‌گیری تفکر اجباری (مرحله مقدماتی)

■ در این دوره، مصرف مواد یا الکل تنها بخش کوچکی از فرایند کلی تفکر شخص است.

اسلاید ۱۱-۱: شکل‌گیری واکنش وسوسه (مرحله مقدماتی)

■ واکنش وسوسه عبارت است از تجربیات مرکبی از جرقه‌های آغازگر مصرف مواد یا الکل که دستگاه کناری مغز را فعال می‌کند و تفکر مداومی به مصرف مواد یا الکل که با این جرقه‌ها ارتباط پیدا می‌کند.

■ در طول این مرحله مقدماتی، الکل یا مواد مستقیماً دستگاه کناری را فعال می‌کند و، بسته به این‌که مواد مصرفی محرک باشد یا کندساز، برانگیختگی فیزیولوژیکی را افزایش یا کاهش می‌دهد (مثلاً مت‌آمفتامین ضربان قلب و تنفس را سریع‌تر می‌کند، اما هروئین سرعت ضربان قلب و تنفس را پایین می‌آورد).

اسلاید ۱۶ - ۱: فرایند معتاد شدن (مرحله سرخوردگی)

■ در این مرحله، شاخص از قله مثبت به طرف منفی می‌رود.

■ عوارض مصرف مواد و الکل حادث می‌شوند و زندگی شخص از کنترلش خارج می‌شود.

■ در این زمان، تصمیم منطقی او بر قطع مصرف است؛ ولی قشر مخ دیگر در اختیار او نیست.

■ ممکن است فرایند تفکر، ارزیابی وضعیت خود و تصمیم‌گیری صورت گیرد؛ اما رفتارش همیشه براساس عقل و منطق نیست.

■ شاید واقعاً و از صمیم قلب تصمیم به قطع مصرف بگیرد؛ اما با اولین فکر مصرف، یا اولین بار دیدن کسی که با او مصرف می‌کرده، در صورت داشتن پول نقد، یا دیگر جرعه‌های قوی می‌بیند که در مقابل مواد یا الکل اختیاری از خود ندارد.

اسلاید ۱۷ - ۱: فرایند شرطی‌شدگی در دوره اعتیاد (مرحله سرخوردگی)

■ در این مرحله، او دیگر کاملاً معتاد شده و با وجود عوارض و عواقب جدی جسمی و اجتماعی، به مصرف خود ادامه می‌دهد.

■ جرعه‌های آغازگر مصرف در این مرحله، واکنش‌های فیزیولوژیکی شدیدی را به وجود می‌آورد که او را به سمت تهیه و مصرف مواد و الکل می‌کشاند.

اسلاید ۱۸ - ۱: شکل‌گیری تفکر اجباری (مرحله سرخوردگی)

■ در این مرحله، دفعات مصرف مواد و الکل افزایش می‌یابد و تقریباً تمام فکر و ذکر او را به خود مشغول می‌کند.

اسلاید ۱۲ - ۱: فرایند معتاد شدن (مرحله نگه‌داری)

■ در طول این مرحله، دفعات مصرف الکل یا مواد شاید به هر ماه یا هر هفته افزایش می‌یابد.

اسلاید ۱۳ - ۱: فرایند شرطی‌شدگی در دوره اعتیاد (مرحله نگه‌داری)

■ شرطی‌شدگی رو به پیشرفت دارد. افراد، مکان‌ها و چیزهای مرتبط با مصرف مواد و الکل حالا دیگر به جرعه‌های آغازگر مصرف تبدیل شده‌اند.

■ قرارگرفتن در معرض این جرعه‌ها فکر و خیال به مصرف مواد و الکل را به وجود می‌آورند.

■ این فکر و خیال‌ها واکنش‌های فیزیولوژیکی معتدلی را پدید می‌آورند که به تلاش برای تهیه و مصرف مواد و الکل منجر می‌شوند.

اسلاید ۱۴ - ۱: شکل‌گیری تفکر اجباری (مرحله نگه‌داری)

■ فکر و خیال مصرف مواد و الکل زیاده‌تر می‌شود.

اسلاید ۱۵ - ۱: شکل‌گیری واکنش وسوسه (مرحله نگه‌داری)

■ برانگیختگی فیزیولوژیکی معتدلی در مواردی که با مصرف مواد و الکل ارتباط نزدیکی دارند اتفاق می‌افتد.

■ همین که کسی با جرعه‌های آغازگر مصرف مواد و الکل روبه‌رو می‌شود، دستگاه کناری مغز فعال می‌شود و وسوسه مصرف مواد و الکل پیش می‌آید.

■ وقتی بالاخره مواد و الکل مصرف می‌شود، حالت فیزیولوژیکی موافق اتفاق می‌افتد.

اسلاید ۱۹ - ۱: شکل‌گیری واکنش وسوسه (مرحله سرخوردگی)

- وسوسه در این مرحله بسیار قوی است.
- اگر از مصرف مواد و الکل محروم شود، واکنش جسمی شدید و بی‌امان و مقاومت‌ناپذیری احساس می‌کند.
- وسوسه تقریباً به اندازه خودِ واکنش جسمی به مواد و الکل قوی است.

اسلاید ۲۰ - ۱: فرایند معتاد شدن (مرحله فاجعه)

- در این مرحله، مصرف مواد و الکل معمولاً بی‌اختیار است.
- او نمی‌تواند از مصرف الکل و مواد خودداری کند.
- رفتار او در این مرحله بسیار شبیه رفتار حیوانات معتاد آزمایشگاهی است که آن قدر مواد مصرف می‌کنند تا بمیرند.

اسلاید ۲۱ - ۱: فرایند شرطی‌شدگی در دوره اعتیاد (مرحله فاجعه)

- معتاد در این مرحله یا روزانه مصرف می‌کند یا آن قدر در مصرف افراط می‌کند که تنها از حال رفتگی، بستری شدن در بیمارستان یا دستگیری‌اش می‌تواند مانعی در مصرفش ایجاد کند.
- وسوسه مقاومت‌ناپذیر دائمی از جانب دستگاه کناری کاملاً بر قشر مخ غلبه می‌کند.

اسلاید ۲۲ - ۱: شکل‌گیری تفکر اجباری (مرحله فاجعه)

- فکر و خیال مصرف مواد و الکل بر خودآگاهی او غلبه می‌کند.

اسلاید ۲۳ - ۱: شکل‌گیری واکنش وسوسه (مرحله فاجعه)

- در این مرحله، وسوسه باعث بروز تأثیرات فیزیولوژیکی قدرت‌مندی می‌شود به طوری‌که معتاد حتماً شروع می‌کند به تقلید تأثیرات فیزیولوژیکی اولیه مصرف واقعی مواد.

اسلاید ۲۴ - ۱: جرعه‌های آغازگر مصرف ← فکر و خیال ← وسوسه ← مصرف

- جرعه‌های بیرونی آغازگر مصرف می‌تواند وسوسه مصرف را فعال کند.
- جرعه‌ها باعث فکر و خیال مصرف می‌شوند، فکر و خیال به وسوسه مصرف تبدیل می‌شود، و آن نیز به نوبه خود به مصرف منجر می‌شود.

اسلاید ۲۵ - ۱: ایجاد مانع

- هر قدر زودتر در چرخه باطل حوادث موانعی ایجاد شود، احتمال جلوگیری از بازگشت به مصرف بیشتر خواهد بود.
- روش مؤثر غلبه بر جرعه‌های آغازگر و وسوسه مصرف مواد عبارت است از توقف فکر.

اسلاید ۲۶ - ۱: توقف فکر

- به عبارت ساده‌تر، توقف فکر در فرایند عادی‌ای که به مصرف مواد یا الکل منتهی می‌شود وقفه و اختلال ایجاد می‌کند و جلوی آن را سد می‌نماید.
- واکنش عادی به فکر و خیال مصرف با وسوسه رو به رشد «کلنجار می‌رود و با آن بگومگو می‌کند». این جرّوبحث معمولاً با پیروزی اعتیاد به پایان می‌رسد.
- این جرّوبحث و کلنجار در واقع قبل از مذاکره، سازش، توجیه و، شاید، بازگشت به مصرف مواد صورت می‌گیرد.

- رها می‌کند و به فکر مصرف «نه» می‌گوید (با صدای بلند یا در دل خود، با توجه به موقعیت).
- همان‌طور که در مورد تصویرسازی ذهنی گفتیم، همیشه باید فکر مثبتی را آماده در ذهنش داشته باشد تا آن را جانشین فکر و خیال مصرف مواد بکند.
- این فن در صورتی نتیجه بهتری خواهد داشت که کش لاستیکی را همیشه با خود داشته باشد.

اسلاید ۲۹ - ۱: آرام سازی (ریلکسیشن)

- وسوسه معمولاً احساس‌هایی مانند خالی بودن یا سنگینی معده، و دل درد در او ایجاد می‌کند.
- با یک دم عمیق (پرخیدن شش‌ها از هوا) و یک بازدم آرام و تدریجی (بیرون دادن هوا از شش‌ها) می‌توانید این احساس‌ها را از خودتان دور کنید. این کار را سه بار انجام دهید. چند دقیقه، تا آن‌جا که می‌توانید، روی آرام سازی بدنتان تمرکز کنید.
- هر وقت احساس‌های منفی به سراغتان آمد، می‌توانید خود را با این دم عمیق و بازدم آرام و تدریجی آرام کنید. این کار را هر قدر دلتان خواست، انجام دهید تا به آرامش برسید.

اسلاید ۳۰ - ۱: گفتگوی تلفنی با کسی و درد دل با او

- صحبت کردن و درد دل با کسی دیگر راهی است برای تخلیه احساسات آزاردهنده، و این امکان را برای درمانجو فراهم می‌کند تا حرف دلش را بزند و هر چه دل تنگش می‌خواهد، بگوید و آرام شود.
- کسانی که در دوره بهبودی‌اند باید همیشه شماره تلفن حامی دلسوزی را به همراه داشته باشند تا در صورت ضرورت بتوانند با او تماس بگیرند.

- توقف فکر این فرایند را پیش از شروع بازگشت به مصرف به پایان می‌رساند و معمولاً وسوسه را در مسیر خود از کار می‌اندازد.
- اگر توقف فکر راه وسوسه را بست ولی فکر و خیال مصرف باز هم به سراغ درمانجوی در حال بهبودی آمد، بهتر است محیطی را که در آن قرار دارند ترک کنند و خود را به کاری مشغول کنند که نیازمند تمرکز کامل است.
- فنون توقف فکر عبارت‌اند از:

- تصویرسازی ذهنی □ آرام سازی (ریلکسیشن)
- ایجاد درد موضعی □ گفتگوی تلفنی

اسلاید ۲۷ - ۱: تصویرسازی ذهنی

- وقتی فکر و خیال مصرف مواد و الکل به ذهن کسی می‌رسد، می‌تواند یک کلید برق یا اهرم قطع و وصل کننده جریان برق به دستگاهی را مجسم کند و واقعاً تصور کند که آن را از حالت روشن به حالت خاموش در می‌آورد تا فکر و خیال مصرف را در وجودش خاموش کند.
- همیشه باید فکر مثبتی را آماده در ذهن داشته باشد تا آن را جایگزین فکر و خیال مصرف مواد بکند.
- فکری که می‌خواهد آماده در ذهن داشته باشد باید فکر خوشایند و جالبی باشد که در آن اثری از مواد و الکل وجود نداشته باشد.

اسلاید ۲۸ - ۱: ایجاد درد موضعی (کش درمانی)

- ایجاد درد موضعی با کش لاستیکی به درمانجویان کمک می‌کند تا توجه خود را از فکر و خیال مصرف مواد و الکل منحرف کنند.
- معتاد یک کش لاستیکی را دور مچ دستش می‌بندد.
- هر بار که به فکر مصرف می‌افتد، کش را می‌کشد و

■ در کار برگ گاخ ۱ ب فهرستی از راه‌های توقف فکر آمده است.

جلسه ۲: الکل و بهبودی (ارائه پاورپوینت)

نگاه کلی

اهداف جلسه

■ فراهم آوردن اطلاعات علمی درباره الکل برای شرکت‌کنندگان.

■ فراهم آوردن اطلاعاتی درباره خطرات الکل در فرایند بهبودی برای شرکت‌کنندگان.

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان به منظور گفتگو درباره تجربیاتشان (یا تجربیات اعضای خانواده‌شان) در مورد الکل و بهبودی.

کار برگ

■ کار برگ گاخ ۲: الکل در یک نگاه

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤالاتشان را مطرح کنند. در صفحات ۳۶ تا ۴۳ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری مطرح سازد که برای شرکت‌کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

■ کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟

چه چیزی برایتان جالب بود؟

■ این اطلاعات چه‌طور با تجربیات شما مربوط می‌باشد؟

■ این اطلاعات چه‌طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟

■ چه سؤالاتی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤالات عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را دربردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۲: الکل و بهبودی

■ این جلسه به بحث درباره الکل اختصاص دارد.

■ از آن‌جا که الکل در جوامع غربی و به‌ویژه در امریکا بخش مهم و رایج این فرهنگ‌هاست، مصرف نکردن الکل مشکلاتی برای کسانی که در حال بهبودی از اعتیاد به مواد محرک هستند ایجاد می‌کند.

■ کسانی که در حال بهبودی‌اند باید خوب بدانند که الکل تأثیری منفی بر بدن، رفتار و بهبودی‌شان می‌گذارد.

اسلاید ۴ - ۲: نشانه‌های قطع مصرف

- نشانه‌های قطع مصرف عبارت‌اند از:
 - تشنّج
 - بی‌خوابی
 - رَعشه (لرز)
 - تهوع
 - بی‌قراری (تحریک پذیری و حالت عصبی شدید)
 - گیجی و سردرگمی
 - توهّمات شنوایی یا دیداری (شنیدن یا دیدن چیزهایی که واقعیت ندارند)

اسلاید ۵ - ۲: روان‌آشفته‌گی الکلی

- قطع ناگهانی مصرف الکل ممکن است مرگ‌بار باشد.
- روان‌آشفته‌گی الکلی عارضه خطرناکی است که از قطع مصرف الکل ناشی می‌شود.
- یک نفر از هر ۲۰ نفری که دچار این بیماری می‌شوند اگر تحت درمان قرار نگیرند می‌میرند^۱.

■ نشانه‌های روان‌آشفته‌گی الکلی عبارت‌اند از:

- ضربان سریع قلب
- رَعشه و لرز
- گرگرفتن و افزایش شدید دمای بدن
- فقدان توانایی کنترل حرکات ماهیچه‌ها
- افزایش شدید فشار خون
- تغییر حالات روحی
- تنفس سریع غیرعادی
- توهّم
- تعریق زیاد
- فروپاشی قلبی و عروقی و مرگ

اسلاید ۶ - ۲: میزان شیوع

- در آمریکا بیشتر افراد ۲۱ سال به بالا الکل می‌نوشند.
- طبق گزارش پیمایش ملی مصرف مواد و سلامتی آمریکا در سال ۲۰۰۳ حدود نیمی از آمریکاییان ۱۲ سال به بالا مشروب می‌خورند^۲.

■ گرچه بسیاری از مردم جوامع غربی گهگاه الکل مصرف می‌کنند بدون این‌که دچار مشکلی بشوند، الکل ماده‌ای قوی است که به سلامتی و زندگی انسان آسیب‌های جدی می‌زند.

اسلاید ۲ - ۲: الکل در مغز انسان

- الکل بر بسیاری از دستگاه‌های شیمیایی مغز تأثیری منفی می‌گذارد.
- تعادل ظریفی بین دستگاه‌های شیمیایی‌ای که کارکرد مغز را تحریک می‌کنند و دستگاه‌های شیمیایی‌ای که این کارکردها را بازداري (کم) می‌کنند وجود دارد.
- الکل در این تعادل ظریف اختلال ایجاد می‌کند و این توازن را برهم می‌زند.

اسلاید ۳ - ۲: انطباق

- اگر کسی مرتباً الکل مصرف کند، مغزش به مرور زمان خود را به وجود الکل انطباق می‌دهد.
- این انطباق را مغز او از راه تولید مواد شیمیایی محرّک در مقادیری بیش از حد معمول انجام می‌دهد.
- وقتی مغز و بدن خود را با شرایط جدید انطباق دادند، او دیگر برای حفظ این تعادل، به الکل وابسته می‌شود.
- اگر کسی که به الکل معتاد یا وابسته شده ناگهان مصرف آن را قطع کند، این مقدار زیاد مواد شیمیایی محرّک موجب بروز نشانه‌های قطع مصرف یا ترک می‌شود، چون در این هنگام تأثیر کُندساز الکل دیگر در کار نیست.
- نشانه‌های قطع مصرف، بسته به مقدار و مدت زمان مصرف، متفاوت است.

اسلاید ۹ - ۲: تأثیرات بعدی الکل

- وقتی او به خوردن مشروب ادامه می‌دهد، به تدریج سست و خواب‌آلود می‌شود و
 - تعادلش برهم می‌خورد
 - استفراغ می‌کند
 - دید جانبی او (توانایی دیدن سمت چپ و راست) دچار مشکل می‌شود
 - به خواب می‌رود.
 - جویده جویده حرف می‌زند.
 - از هوش می‌رود و هیچ چیزی را از مدت زمانی که شدیداً مست بوده به یاد نمی‌آورد.
 - واکنش‌هایش به کنندی انجام می‌شود.

اسلاید ۱۰ - ۲: تأثیرات بلندمدت الکل

- مشروب‌خورهای قهّار آسیب‌های عمده‌ای به سلامتی خود می‌زنند.
- مشروب‌خواری «سنگین» یعنی مصرف افراطی الکل یا رَطَلِ گران‌نوشی پنج یا شش بار در عرض یک ماه.
- رَطَلِ گران‌نوشی یعنی نوشیدن پنج گیلان یا بیشتر حداقل یک بار در ماه.
- وقتی کسی الکل مصرف می‌کند، الکل وارد جریان خونسازی می‌شود و در سرتاسر بدنش پخش می‌شود.
- گرچه مشروب‌خواری سنگین اساساً باعث آسیب کبد می‌شود، همچنین به دستگاه‌های گوارشی، قلبی-عروقی، ایمنی، غده‌های درون‌ریز، و عصبی نیز آسیب می‌زند.

اسلاید ۱۱ - ۲: کبد

- کبد مکان اصلی متابولیسم الکل (تجزیه الکل به مواد شیمیایی دیگر و دفع آن از بدن) است، اما تعدادی

- مؤسسه ملی اعتیاد به الکل آمریکا تخمین زده است که ۳ نفر از هر ده نفر (۳۰ درصد) از بزرگسالان آمریکایی آن قدر الکل مصرف می‌کنند که خطر بروز عوارض جسمی، عاطفی و هیجانی، و اجتماعی در آن‌ها افزایش می‌یابد.^۳
- حدود یک نفر از هر چهار نفری که مشروب‌خور قهّار هستند اخیراً به اختلال مصرف الکل یا اعتیاد به آن مبتلا شده‌اند.^۴

اسلاید ۷ - ۲: میزان شیوع برحسب سن و جنس^۵

- به‌طورکلی مردان بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند. در سال ۲۰۰۳ بالغ بر ۵۷ درصد مردان ۱۲ سال به بالا گزارش کردند که در ماه گذشته مشروب مصرف کرده‌اند.
- میزان اعتیاد به الکل نیز در زنان پایین‌تر از مردان است.
- طبق برآوردها حدود یک سوّم معتادان به الکل زن هستند.
- میزان شیوع مصرف سنگین الکل در میان افراد ۲۱ تا ۲۹ سال بالاتر از همه و در میان افراد ۶۵ سال به بالاتر، کمتر از همه است.

اسلاید ۸ - ۲: تأثیرات اولیه الکل

- وقتی کسی شروع به خوردن الکل می‌کند،
 - شاد و سرخوش می‌شود.
 - پرحرف و معاشرتی می‌شود.
 - موانع و بازدارنده‌هایش کمتر می‌شوند (رفتار و کردار و گفتاری دارد که در حالت هشیاری هرگز چنین کارهایی نمی‌کند و چنین حرف‌هایی نمی‌زند).

- مصرف الکل در کار پمپاژ قلب اختلال ایجاد می‌کند و موجب ضربان نامنظم و / یا آهسته قلب می‌شود.
- مصرف الکل باعث فشار خون بالا می‌شود که آن هم خطر حمله قلبی را افزایش می‌دهد.
- پلاکت‌های خون، که در انعقاد خون نقش دارند، نیز آسیب می‌بینند که آن هم خطر خون‌ریزی و بند نیامدن خون را افزایش می‌دهد.

اسلاید ۱۴ - ۲: دستگاه ایمنی

- الکل تأثیر منفی زیادی بر دستگاه ایمنی (دستگاهی که بدن را در مقابل بیماری‌ها محافظت می‌کند) می‌گذارد و به گلبول‌های قرمز و سفید خون آسیب می‌رساند.
- کسانی که در مصرف الکل افراط می‌کنند، بیشتر به بیماری‌های عفونی مبتلا می‌شوند.
- الکل طوری به دستگاه ایمنی بدن آسیب می‌رساند که خود دستگاه ایمنی به بدن انسان حمله می‌کند.

اسلاید ۱۵ - ۲: دستگاه غده‌های درون‌ریز

- مصرف درازمدت الکل به دستگاه غده‌های درون‌ریز (دستگاه کنترل هورمونی) آسیب می‌رساند.
- توازن هورمون‌های انسولین و گلوکوکورتیکوئید، که قند خون را تنظیم می‌کنند، برهم می‌خورد. دیابت بین مشروب‌خواران قهّار رایج است.
- مصرف الکل تأثیری منفی روی ترشح هورمون‌های تولیدمثل، هورمون رشد، و تستوسترون می‌گذارد.
- تأثیرات الکل روی هورمون‌های جنسی عبارت‌اند از کوچک شدن بیضه‌ها و تخمدان، و اختلال در تولید اسپرم و تخمک.

- از مواد شیمیایی که در این فرایند تولید می‌شوند سمّی‌اند و برای خود کبد مضر.
- این مواد سمّی به مرور زمان انباشته می‌شوند و به آسیب کبدی ناشی از الکل ختم می‌شوند.
- این آسیب‌ها ممکن است به شکل تورّم (هپاتیت یا التهاب کبدی الکلی) بروز کنند یا به شکل زخم (سیروز).
- غالباً هر دو نوع این آسیب‌ها در یک نفر مشاهده می‌شود.
- اعتیاد به الکل عامل اصلی مرگ‌های ناشی از بیماری‌های کبدی در امریکا است.
- طبق برآوردها بیش از ۲ میلیون نفر در امریکا به گونه‌ای از انواع بیماری‌های کبدی ناشی از الکل مبتلا هستند.

اسلاید ۱۲ - ۲: دستگاه گوارش

- الکل تأثیراتی منفی بر دستگاه گوارش هم دارد.
- مصرف فراوان الکل موجب ورم مزمن مری می‌شود که آن هم امکان دارد به سرطان مری ختم شود.
- الکل به کبد آسیب می‌زند و بیماری کبدی موجب گشادشدن رگ‌های مری می‌گردد.
- این رگ‌ها ممکن است پاره شوند و در این صورت، غالباً مرگ را به دنبال دارند.
- مصرف بیش از حد الکل با التهاب لوزالمعده، و سرطان حنجره، روده بزرگ و راست‌روده ارتباط دارد.

اسلاید ۱۳ - ۲: دستگاه قلبی - عروقی

- مصرف سنگین الکل با بیماری‌های جدی و خطرناک قلبی ارتباط دارد.

■ تغییر در تراکم هورمونی موجب اختلال جنسی هم در مردان و هم در زنان می‌شود.

اسلاید ۱۶ - ۲: دستگاه عصبی

■ مصرف سنگین الکل به دستگاه عصبی صدمه می‌زند. این زیان‌ها عبارت‌اند از:

□ نوروپاتی پیرامونی، که به بی‌حسی و گزگز شدن دست‌ها و پاها منجر می‌شود.

□ سندرم ورنیکه، که به حرکات نامنظم چشم‌ها، تعادل حرکتی بسیار ضعیف، و اشکال در راه رفتن می‌انجامد.

□ سندرم کورساکف، که به اختلال شدید در حافظه منتهی می‌شود و بیمار نمی‌تواند چیزهای جدیدی یاد بگیرد و وقایع جدید را نمی‌تواند به حافظه بسپارد.

■ بیشتر مشروب‌خواران قهّار، علاوه بر این اختلال‌های دستگاه عصبی، دچار اختلال‌هایی در فرایندهای ذهنی، کاهش حجم مغز، و تغییرات در کارکرد مغز می‌شوند.

اسلاید ۱۷ - ۲: عوارض رفتاری

■ مصرف الکل باعث اختلال‌های رفتاری و جسمی می‌شود.

□ مصرف الکل با خشونت خانگی، کودک‌آزاری و پرخاش‌گری ارتباط دارد.

□ مصرف الکل با انواع تصادف‌ها و حوادث ناگوار مرتبط است.

□ هرچه مصرف الکل زیادتر باشد، خطر بالقوه مشکلات خانوادگی، مشکلات شغلی، مشکلات با دوستان و حتّاً با غریبه‌ها بیشتر می‌شود.

- اختلاف با همسر و دیگر اعضای خانواده یا طلاق

- وخیم شدن روابط با همکاران

- غیبت از سر کار یا تأخیر در حاضر شدن در محلّ کار به دفعات فزاینده

- از دست دادن شغل به علّت کاهش کارایی

- ارتکاب خشونت یا قربانی خشونت شدن

- تصادف و / یا دستگیری به علّت رانندگی در حال مستی

اسلاید ۱۸ - ۲: الکل و زنان^۶

■ مصرف الکل تأثیر متفاوتی در زنان، نسبت به مردان، دارد.

■ زنان در صورت مصرف درازمدت، نسبت به مردان، سریع‌تر و با مقدار الکل کمتری دچار بیماری‌های مرتبط با الکل می‌شوند.

■ زنان، نسبت به مردان، سریع‌تر و با مقدار الکل کمتری به بیماری کبدی مرتبط با الکل مبتلا می‌شوند. احتمال مبتلا شدن زنان، نسبت به مردان، به هیپاتیت (ورم کبد) و احتمال مرگشان به علّت سیروز بیشتر است.

■ زنان، نسبت به مردان، در مقابل آسیب مغزی ناشی از الکل آسیب‌پذیرتر و ضعیف‌ترند.

■ هم مردان و هم زنان مشروب‌خوار قهّار به یک میزان به بیماری‌های قلبی مرتبط با الکل مبتلا می‌شوند، هر چند مقدار مصرف الکل در زنان کمتر است.

اسلاید ۱۹ - ۲: الکل و بارداری

■ زنی که در حین حاملگی الکل مصرف می‌کند،

□ چین و چروک در گوشه چشم

□ محیط کوچک سر

□ برآمدگی کوچک بینی

□ بینی کوچک

□ حدقه کوچک

□ گونه‌های کوچک

□ لب بالایی صاف و یکدست بدون شیار میانی

□ لب بالایی نازک

اسلاید ۲۳ - ۲: پاکی کامل

■ مشروب‌خواری سنگین آسیب‌های جدی به انسان وارد می‌کند.

■ حتّا اگر درمانجویی با مصرف الکل هرگز دچار مشکلی نشده باشد، مصرف گهگاه و اندک الکل هم برای بهبودی‌اش مضر است.

■ در برنامه ماتریکس از درمانجویان خواسته شده تا مصرف هرگونه موادمخدر و داروهای غیرتجویزی و الکل را قطع کنند.

اسلاید ۲۴ - ۲: جرّقه‌های آغازگر مصرف الکل در جوامع غربی در همه جا حاضرند

■ درمانجویی که می‌خواهد مصرف الکل را قطع کند با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می‌کند.

■ جرّقه‌های بیرونی آغازگر مصرف بر سر و روی درمانجویان می‌ریزند. مصرف الکل مخصوصاً در جشن‌ها و مناسبت‌های جوامع غربی چیزی عادی است.

■ در جوامع غربی مصرف الکل معمولاً با بعضی از مناسبت‌ها همراه است: شراب سر میز شام، آبدو در استادیوم‌ها، یک پیک بعد از کار روزانه.

فرزندش را در معرض خطرات زیادی قرار می‌دهد.

■ فرزندان مادرانی که در دوره حاملگی شان الکل مصرف کرده‌اند ممکن است عقب‌مانده ذهنی باشند یا دچار مشکلات رفتاری و یادگیری دیگری بشوند.

■ تحقیقات نشان می‌دهد که حتّا مقادیر بسیار کم الکل برای جنین مضر است.

اسلاید ۲۰ - ۲: اختلال سندرم جنینی ناشی از الکل

■ خطرناک‌ترین ضرر الکل اختلال سندرم جنینی ناشی از الکل است.

■ در امریکا این اختلال دلیل اصلی عقب‌ماندگی ذهنی قابل پیش‌گیری کودکان است.^۷

اسلاید ۲۱ - ۲: اختلال سندرم جنینی ناشی از الکل (مشکلات شناختی و رفتاری)^۸

■ گرچه اثرات این اختلال در مورد جنین‌ها متفاوت است، کودکان مبتلا به این بیماری مشکلات شناختی و رفتاری دارند.

■ مشکلات شناختی و رفتاری مرتبط با این اختلال باعث افت تحصیلی و دشواری‌های حقوقی و شغلی در نوجوانی و بزرگسالی می‌شود.

اسلاید ۲۲ - ۲: اختلال سندرم جنینی ناشی از الکل (ویژگی‌های مجموعه‌ای - چهره‌ای)

■ کودکانی که مبتلا به انواع حادّ این اختلال‌اند معمولاً سر و صورتشان غیرعادی و دارای خصوصیات زیر است:

می‌کند و احتمال مقاومتش در برابر وسوسه مصرف مواد بسیار کم‌تر می‌شود.

■ از آن‌جا که الکل تأثیری منفی بر بخش عقلانی و منطقی مغز می‌گذارد، کسی که مشروب خورده است توانایی کافی برای مقابله با جرعه‌های آغازگر و عوامل وسوسه‌کننده مصرف را از دست می‌دهد.

■ گذشته از این، کسانی که الکل مصرف می‌کنند بیشتر از افراد پاک در معرض جرعه‌های آغازگر مصرف قرار می‌گیرند. مثلاً خوردن مشروب ممکن است:

□ درمانجویان در حال بهبودی را با دیگر معتادان به مواد محرک روبه‌رو کند.

□ درمانجویان در حال بهبودی را در شرایط «پارتی» قرار دهد که این کار میل به مصرف شیشه را در او تحریک کند.

□ پس از مستی، هوس نشئگی حاصل از مواد محرک به سرش بزند.

اسلاید ۲۸ - ۲: دلایل دیگری برای دوری از الکل

■ دوری از الکل دلایل دیگری هم دارد. وقتی درمانجویی می‌خواهد یاد بگیرد که چه‌طور بدون پناه بردن به مواد محرک زندگی‌اش را بگذراند، مصرف الکلی که این فرایند سخت آموزش را با دشواری‌هایی روبه‌رو می‌کند به دو دلیل زیر برای درمانجو مضر است:

□ مصرف الکل مانع مبارزه مستقیم درمانجو با اختلال اعتیادش به مواد محرک می‌شود.

□ وقتی درمانجو می‌خواهد بر اعتیادش به مواد محرک غلبه کند، مصرف الکل در این زمان مشکلی بر مشکلات دیگرش اضافه می‌کند و او این بار به الکل هم معتاد می‌شود.

■ در جوامع غربی برای کسی که در دوره بهبودی به سر می‌برد سخت است که روزی را بدون روبه‌رو شدن با بسیاری از مواردی که الکل را به یاد او می‌آورد بگذراند.

اسلاید ۲۵ - ۲: جرعه‌های درونی آغازگر مصرف

■ جرعه‌های درونی آغازگر مصرف مشکلاتی پیش می‌آورند:

□ افسردگی، اضطراب و تنهایی همگی از ویژگی‌های دوران بهبودی‌اند.

□ حالت‌های روحی و روانی و نیز استرس، عصبانیت و احساس گناه مواردی هستند که بسیاری از درمانجویان را به مصرف الکل برمی‌انگیزاند.

□ کسانی که با عواقب منفی هیجانی ناشی از قطع مصرف مواد دست و پنجه نرم می‌کنند خود را محق می‌دانند که برای «آرام کردن» خود به الکل پناه ببرند.

اسلاید ۲۶ - ۲: هشدارهای بازگشت به مصرف

■ این موضوع اهمیت حیاتی دارد که درمانجویانی که در حال بهبودی از اعتیاد به مواد محرک و شیشه هستند از الکل دوری کنند، هر چند که این کار برایشان سخت باشد.

■ یکی از دلایل این تأکید به عدم مصرف این است که تحقیقات نشان می‌دهد که معتادان به مواد محرک در صورت مصرف الکل ۸ برابر بیشتر در معرض خطر بازگشت به مصرف قرار می‌گیرند.

اسلاید ۲۷ - ۲: بازگشت به مصرف مواد

■ مصرف الکل قیدوبندها و بازدارنده‌های انسان را کم می‌کند. در نتیجه، او نسنجیده و بی‌اختیار عمل

- پذیرفتن این که بروز افکار و احساسات منفی در دوره بهبودی هم طبیعی است و هم گذرا.
 - کمک گرفتن از روان شناس و مشاور در صورتی که این مشکلات عاطفی و هیجانی شدید باشد.
- **کاربرگ گاخ ۲: الکل در یک نگاه خلاصه ای است از مطالبی که در این جلسه مطرح می شود.**

یادداشت ها

1. Tevisan, L.; Boutros, N.; Petrakis, I.; and Krystal, J.H. Complications of alcohol withdrawal. Alcohol Health and Research World 22 (1) : 61-66, 1998.
 2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.
 3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much; A Clinician's Guide*, 2005 Edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005.
- www.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/guide.pdf [accessed September 16, 2005].
۴. نگاه کنید به یادداشت ۳.
 ۵. نگاه کنید به یادداشت ۲.
6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, December 1999 (updated October 2000). www.niaaa.nih.gov/publications/aa46.htm [accessed September 16, 2005].

- اسلاید ۲۹ - ۲: برنامه ریزی برای مصرف نکردن الکل
- این موضوع برای درمانجویان امری حیاتی است که برای مصرف نکردن الکل نقشه و برنامه ای داشته باشند. مثلاً درمانجویان در دوره بهبودی می توانند:
- راه های دیگری را برای جشن گرفتن پیدا کنند.
 - دور و بر کسانی که الکلی هستند یا الکل مصرف می کنند، نگردند.
 - راه هایی برای معاشرت و گذراندن اوقات فراغت با کسانی پیدا کنند که الکلی نیستند.
 - با کسانی که در دوره بهبودی اند دوست شوند.
 - قاطعانه جواب منفی دادن و «نه گفتن» به مصرف الکل (و مواد) را یاد بگیرند.
 - در پارتی ها و مهمانی هایی که در آن ها الکل پیدا می شود شرکت نکنند.

اسلاید ۳۰ - ۲: نقشه مقابله و کنار آمدن با مشکلات

دوره بهبودی

- درمانجویان در حال بهبودی باید برنامه و نقشه ای برای مقابله و کنار آمدن با احساسات و افکار منفی ای که در این زمان پیش می آیند داشته باشند. این نقشه باید موارد زیر را در برگیرد:
- شرکت مرتب و منظم در جلسات گروه های ۱۲ گامی یا همیاری
 - در میان گذاشتن آزادانه و بی پرده احساسات خود در جلسات برنامه ماتریکس
 - پیدا کردن یک یاور و حامی در برنامه های ۱۲ گامی
 - تمرین مداوم روش های آرام سازی و ریلکسیشن
 - رعایت روش HALT (ایست) یعنی خود را بیش از حد خسته و عصبانی و تنها و گرسنه نکردن

آمادگی

مشاور دست کم یک هفته قبل از تشکیل این جلسه چهار یا پنج عضو میزگرد را مشخص می‌سازد، از آن‌ها دعوت می‌کند و آن‌ها را با روش اداره میزگرد و مطالبی که می‌توان در آن مطرح نمود آشنا می‌سازد. اعضای میزگرد باید از این دو گروه تشکیل شوند: (۱) درمان آموخته‌هایی که بهبودی پایداری دارند و در جلسات گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری شرکت فعالانه‌ای داشته‌اند، و (۲) آن دسته از اعضای خانواده درمان آموخته‌ها که نقش فعالانه‌ای در بهبودی عزیزشان داشته و در برنامه‌های ۱۲ گامی یا همیاری نیز شرکت کرده‌اند. اگر تعداد کافی از درمان آموختگان در برنامه شما وجود نداشته باشد، می‌توانید با مراجعه به سازمان‌ها و مراکز درمانی و بهزیستی، افرادی را با چنین مشخصاتی پیدا کنید که مایل به همکاری با برنامه درمانی شما باشند.

مشاور باید مطمئن شود که اعضای میزگرد، قبل از تشکیل جلسه، کاربرگ‌های مربوط به خودشان (کاربرگ گاخ ۳ الف و ب) را دریافت و آن‌ها را مطالعه کرده‌اند. اگر بعضی از اعضای میزگرد از خارج از برنامه درمانی باشند، کاربرگ گاخ ۳ پ را در اختیار آن‌ها قرار دهید.

مشاور دقیقاً قبل از شروع جلسه باید به اعضای میزگرد متذکر شود که ۱۰ دقیقه وقت دارند تا طبق آن‌چه در کاربرگ‌هایشان آمده است درباره ماجرایشان صحبت کنند.

میزگرد (۴۵ دقیقه)

مشاور ابتدا اعضای میزگرد را معرفی می‌کند. در طول میزگرد مشاور جلسه را اداره می‌کند و اگر یکی از اعضا

7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol Alert* 50, December 2000 (updated April 2001). www.niaaa.nih.gov/publications/aa50.htm [accessed September 16, 2005].

۸. نگاه کنید به یادداشت ۷.

9. Rawson R.A. Shoptaw, S, J. Obert, J. L: McCann, M.J.; Hasson A.L.; Narinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The MAtrix model. *Journal of Substacne Abuse Treatment*. 12(2): 117-127, 1995.

جلسه ۳: بهبودی (میزگرد)

اهداف جلسه

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان تا با نمونه‌هایی از ماجرایی درمانجویانی که دوره بهبودی‌شان را با موفقیت پشت سر گذاشتند آشنا شوند.

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان تا سؤالاتشان را از افرادی که در دوره بهبودی هستند بپرسند.

■ ارائه اطلاعاتی به شرکت‌کنندگان درباره روند بهبودی به گونه‌ای که خود آن‌ها هم در این کار سهیم باشند.

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۳ الف: راهنمایی‌هایی برای درمان آموخته‌های عضو میزگرد

■ کاربرگ گاخ ۳ ب: راهنمایی‌هایی برای اعضای خانواده عضو میزگرد

■ کاربرگ گاخ ۳ پ: راهنمایی‌هایی برای اعضای میزگرد بهبودی

کاربرگ‌ها

- کاربرگ گاخ ۴ الف: مت‌آمفتامین در یک نگاه
- کاربرگ گاخ ۴ ب: کوکائین در یک نگاه

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤال‌شان را مطرح کنند. در صفحات ۴۶ تا ۵۴ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری مطرح سازد که برای شرکت‌کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

- کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟ چه چیزی برایتان جالب بود؟
- این اطلاعات چه‌طور با تجربیات شما مربوط می‌باشد؟
- این اطلاعات چه‌طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟
- چه سؤال‌هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

شاید لازم باشد مشاور این بحث را به دو بخش تقسیم کند: (۱) از اسلاید ۴-۱۰ تا ۴-۲۸ درباره مت‌آمفتامین، و (۲) اسلاید ۴-۲۹ تا ۴-۴۴ درباره کوکائین.

به حاشیه رفت یا بیشتر از وقت خودش صحبت کرد، جلسه را به مسیر درست هدایت می‌کند. اگر مشاور متوجه شد که یکی از اعضای میزگرد نمی‌تواند به خوبی درباره موضوع خودش حرف بزند، سؤالاتی از کاربرگ از او می‌پرسد. مشاور همیشه باید نسخه‌های اضافی از کاربرگ‌ها را داشته باشد تا، در صورت ضرورت، در اختیار شرکت‌کنندگان بگذارد.

زمان پرسش و پاسخ (۳۰ دقیقه)

مشاور تلاش می‌کند شرکت‌کنندگان را به پرسش از اعضای میزگرد تشویق کند. در این‌جا نیز هدایت جلسه با مشاور است. پس از اتمام مباحث این بخش، مشاور از اعضای میزگرد تشکر می‌کند و میزگرد پایان می‌یابد.

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

جلسه ۴: مت‌آمفتامین و کوکائین (ارائه

پاورپوینت)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

- ارائه اطلاعات علمی درباره تأثیر مت‌آمفتامین و کوکائین به مغز.
- ارائه اطلاعات علمی درباره اثرات روانی و جسمی مت‌آمفتامین.
- ارائه اطلاعات علمی درباره اثرات روانی و جسمی کوکائین.
- فراهم آوردن فرصتی برای درمانجویان تا بتوانند از تأثیرات مواد محرک بر خود و خانواده‌شان صحبت کنند.

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را در بردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۴: مت‌آمفتامین و کوکائین

■ موضوع بحث این جلسه مت‌آمفتامین (مت، شیشه) و کوکائین است.
■ هر دو مواد بسیار قوی اعتیادآوری هستند که در بسیاری موارد شبیه‌اند، هرچند که تفاوت‌های بزرگی هم دارند.

اسلاید ۲ - ۴: تفاوت‌های بین کوکائین و مت‌آمفتامین

■ کوکائین و مت‌آمفتامین از این نظر با هم متفاوت‌اند که کوکائین از بدن انسان بسیار سریع‌تر از مت‌آمفتامین دفع می‌شود. بنابراین، تأثیر، یا نشئگی، کوکائین کمتر از مت‌آمفتامین است.
■ تأثیر کوکائین تنها یک یا دو ساعت طول می‌کشد، در حالی‌که تأثیر مت‌آمفتامین ۸ تا ۱۲ ساعت ادامه دارد.
■ در نتیجه، قطع مصرف مت‌آمفتامین هم به زمان زیادتری احتیاج دارد و نشانه‌های قطع مصرف آن بسیار شدیدتر از کوکائین است.

اسلاید ۳ - ۴: دوپامین

■ دلیل این تأثیر مت و کوکائین این است که آن‌ها روی دوپامین، ماده شیمیایی‌ای که همیشه در مغز وجود دارد، اثر می‌گذارند.

■ دوپامین نقش مهمی در موارد زیر دارد:

- حرکات بدن
 - انگیزه و پاداش
 - تفکر
 - واکنش‌های لذت
- دوپامین نقش مهمی در اعتیاد به هر ماده یا دارویی دارد.

اسلاید ۴ - ۴: موردی از تأثیر دوپامین

■ وقتی انسان به فعالیت طبیعی مانند خوردن و آشامیدن و سکس می‌پردازد، سلول‌های مغز دوپامین را آزاد می‌کنند و دوپامین با تحریک سلول‌های دیگر مغز، احساس لذت فوری (گرچه کوتاه) را به وجود می‌آورد.
■ این احساس‌ها به خوردن و آشامیدن و سکس (فعالیت‌های اصلی انسان) پاداش می‌دهند و انسان را به تکرار این فعالیت‌ها تشویق می‌کنند و به این ترتیب بقای انسان تضمین می‌شود.

اسلاید ۵ - ۴: برهم خوردن تعادل دوپامین

■ برهم خوردن تعادل طبیعی دوپامین (مثلاً با مصرف مواد) عواقب منفی به دنبال دارد:
■ دوپامین بسیار زیاد موجب بروز حالت‌های عصبی، تحریک‌پذیری و تندخویی، پرخاش‌گری، ترس بی‌مورد و غیرواقعی، و افکار عجیب و غریب می‌شود.
■ دوپامین بسیار کم موجب خلُق و خوی پایین، خستگی، و لرز و ناتوانی در کنترل حرکتی مانند لقوه می‌شود.

اسلاید ۶ - ۴: دوپامین و مواد محرک

■ وقتی کسی مت یا کوکائین مصرف می‌کند، مقدار زیادی دوپامین در مغزش تولید می‌شود.

اسلاید ۹ - ۴: راه‌های مصرف

■ مدت تأثیر مواد بستگی دارد به:

□ سرعت تأثیر آن

□ قدرت تأثیر آن، چه مثبت و چه منفی

□ عواقب منفی‌ای که شخص دچارش می‌شود

■ هم مت و هم کوکائین به شکل‌های زیر در دسترس‌اند:

□ تزریقی □ کشیدنی □ استنشاقی

اسلاید ۱۰ - ۴: مت‌آمفتامین

■ اولین ماده‌ای که بررسی می‌کنیم مت است: ماده

صنعتی قوی‌ای که از مواد شیمیایی معمولی به

دست می‌آید.

اسلاید ۱۱ - ۴: نام‌های عامیانه

■ شیشه، کریستال، آیس، مت، کریستال مت، تینا، و یخ

نام‌های عامیانه مت‌آمفتامین در ایران هستند.

نام‌های عامیانه آن در انگلیسی عبارت‌اند از: Speed,

meth, ice, crystal (سرعت)، chalk, glass (گچ)،

crank (آدم عجیب و غریب)، tweak (نیشگون).

اسلاید ۱۲ - ۴: شیوع مت^۱

■ پیمایش ملی بهداشت و مصرف مواد آمریکا در سال

۲۰۰۴ تخمین زده است که ۱۲ میلیون از

امریکیان ۱۲ سال به بالا در طول عمرشان حداقل

یک بار مت مصرف کرده‌اند.

■ شواهدی در دست است که نشان می‌دهد مصرف مت

تثبیت شده. تعداد افرادی که مت مصرف می‌کنند و

تعداد افرادی که اولین بار آن را امتحان می‌کنند در

سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴ ثابت مانده است.

■ از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ میانگین سنی کسانی که

اولین بار مت مصرف می‌کنند سه سال بالاتر رفته،

یعنی از ۱۸/۹ سال به ۲۱/۱ سال رسیده است.

■ گرچه هر یک از مواد مخدر و محرک مقدار دوپامین

مغز را به نوع متفاوتی افزایش می‌دهند، بسیاری از

این تأثیراتشان مشابه است.

■ وقتی کسی شروع به مصرف مت یا کوکائین می‌کند،

ابتدا نتایج لذت‌بخش آن‌ها را می‌چشد، اما دچار

عواقب منفی آن‌ها به علت تولید دوپامین بیش از

حد هم می‌شود.

اسلاید ۷ - ۴: مصرف مداوم مت و کوکائین

■ وقتی کسی مت و کوکائین را به صورت مداوم مصرف

می‌کند، دستگاه دوپامین مغز آسیب می‌بیند.

■ همین‌طور که این مصرف ادامه پیدا می‌کند، او

همچنان نتایج لذت‌بخشی می‌بیند، اما عواقب

منفی مت و کوکائین به طور قابل ملاحظه‌ای زیاد

می‌شود.

اسلاید ۸ - ۴: مصرف ← افسردگی ← وسوسه ← مصرف

■ وقتی اثرات تحریک‌کنندگی و سرخوش‌کنندگی مت

و کوکائین کم‌کم از بین می‌رود، سطح دوپامین به

میزانی کم‌تر از مقدار طبیعی آن کاهش می‌یابد و

خلق و خوی مصرف‌کننده ناگهان پایین می‌آید و

تمام انرژی‌اش از دست می‌رود و بی‌حال می‌شود.

■ نشانه‌های خستگی و بی‌حالی و افسردگی در بین

مصرف‌کنندگان مت و کوکائین شایع است.

■ این احساسات منفی معمولاً میل شدید (وسوسه) را

در آن‌ها به وجود می‌آورند تا دوباره مصرف کنند.

■ به تدریج (و معمولاً بسیار سریع) این چرخه «مصرف

← افسردگی ← وسوسه ← مصرف» به اعتیاد منجر

می‌شود.

اسلاید ۱۳ - ۴: چه کسانی مت مصرف می‌کنند؟

■ گرچه نرخ کلی مصرف مت در امریکا شاید افزایش نیافته باشد، اما مصرف آن همچنان مسئله‌ای مهم است.^{۲،۳}

■ تعداد معتادان مت از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ بیش از دو برابر شد.^۴

■ مت، که زمانی به مناطق خاصی از امریکا مانند هاوایی و شهرهای ساحل غربی آن محدود بود، اکنون در سرتاسر این کشور در میان تمام اقشار مردم گسترش یافته است.^۵

■ مصرف مت به پارتی‌ها و باشگاه‌ها و مجالس شور و حال هم گسترش یافته است.

■ مصرف مت در میان زنان افزایش یافته است.

■ بیشتر زنان مت مصرف می‌کنند تا کوکائین یا هروئین. اکنون تعداد معتادان زن و مرد مت تقریباً برابر است.

■ مصرف مت در محیط‌های کاری بیشتر شده؛ قبلاً رانندگان وسایل سنگین بیشتر مصرف می‌کردند، اما اکنون در کارگاه‌های ساختمانی و کارخانه‌ها و کارگاه‌های تولیدی هم رواج یافته است.

■ کسانی که در رادیو و تلویزیون و سینما و تئاتر، فروش، خرده‌فروشی و امور حقوقی شاغل‌اند نیز به طور روزافزونی مت مصرف می‌کنند.

اسلاید ۱۴ - ۴: تأثیرات فوری روانی

■ تأثیرات فوری روانی مت‌آمفتامین عبارت‌اند از:

□ سرخوشی

□ هشیاری و چابکی

□ احساس قدرتِ رو به افزایش و انرژی تازه

□ احساس بی‌نقصی و مصونیت و رویین‌تنی

(احساس این‌که هیچ‌چیز بد نمی‌تواند برای شما

اتفاق بیفتد و شما قادر به هر کاری هستید و

هیچ آسیبی به شما نمی‌رسد)

■ احساس اعتماد به نفس و قابلیت و لیاقتِ رو به افزایش

■ میل شدید جنسی

■ از بین رفتن بی‌حوصلگی، دل‌تنگی، احساس تنهایی و بی‌کسی، و خجالت

اسلاید ۱۵ - ۴: تأثیرات فوری جسمی

■ تأثیرات فوری جسمی مت‌آمفتامین عبارت‌اند از:

□ افزایش:

- ضربان قلب - فشار خون

- شدت تنفس - اندازهٔ مردمک

- حساسیت به صدا و محرک‌ها - دمای بدن

□ کاهش:

- اشتها - خواب - زمان واکنش

اسلاید ۱۶ - ۴: تأثیرات سمّی

■ این تأثیرات شاید در آغاز بد نباشد، حتّاً برای بعضی‌ها خوشایند است.

■ اما مت در درازمدت آسیب‌های جدّی روانی و جسمی وارد می‌کند.

■ گرچه بسیاری از تأثیرات سمّی مت به مرور زمان از بین می‌روند، ولی بعضی از آن‌ها حتّاً پس از ترک مت هم باقی می‌مانند.

■ بسیاری از عواقب منفی مت، خیلی زود، پس از مصرف مداوم ظاهر می‌شوند.

اسلاید ۱۷ - ۴: تأثیرات روانی مزمن

- تأثیرات روانی مزمن مت («مزمن» در این جا یعنی این تأثیرات در صورت مصرف مداوم، دیرتر ظاهر می شوند و مدت زمان زیادی ادامه دارند) عبارت اند از:
 - گیجی □ نوسانات خلقی
 - از دست دادن توانایی تمرکز و سازمان دادن اطلاعات
 - بداخلاقی و خشم □ افسردگی کلی
 - اضطراب و اختلال هراس و وحشت زدگی
 - از دست دادن توانایی احساس لذت بدون مواد
 - پارانوئا (بدگمانی و شک به همه چیز و همه کس)
 - افسردگی در صورت مصرف نکردن مت (که معتادان به آن «خراب» بودن می گویند)
 - رفتار جنسی بی پروا و محافظت نشده
 - بی خوابی و خستگی مفرط

اسلاید ۱۸ - ۴: تأثیرات روانی حاد

- تأثیرات روانی حاد مت عبارت اند از:

- توهم بساوایی (معتاد احساس می کند چیزهایی مثل حشرات روی بدنش راه می روند) و توهم شنیداری (معتاد صداهایی غیر واقعی می شنود)

اسلاید ۱۹ - ۴: تأثیرات جسمی مزمن

- تأثیرات جسمی مزمن مت عبارت اند از:

- لرز و رعشه □ ضعف
- خشکی دهان □ سردرد
- کاهش وزن و بی اشتها □ عرق کردن زیاد
- پوست چرب
- زخم های ناشی از زخم شدن پوست و کندن آن توسط خود معتاد که یکی از اثرات عمومی مت است.
- بروز مشکلات شدید در دندان و لثه به علت دندان قروچه کردن، کاهش جریان خون به دهان، و کاهش ترشح بزاق

اسلاید ۲۰ - ۴: تأثیرات جسمی حاد

- تأثیرات جسمی حاد مت عبارت اند از:

- تشنج
- آسیب مویرگ های مغز که امکان دارد به سکتۀ مغزی منجر شود
- نقص در کارکرد کبد
- نقص در کارکرد کلیه
- آسیب سلول های مغزی
- حرکات پیچشی مداوم غیر قابل کنترل
- ضربان نامنظم قلب که ممکن است باعث مرگ ناگهانی شود
- زخم های چرکی پوست که ممکن است باعث خارش شود
- حملۀ قلبی یا بیماری مزمن قلبی از جمله پارگی ماهیچه های قلب

اسلاید ۲۱ - ۴: مت هایی که مصرف می کنید که مت نیست!

- چون مت را معمولاً افراد غیر متخصص، که به آن ها «آشپزباشی» می گویند، تولید می کنند، عموماً ناخالصی هایی دارد از جمله آستات سرب یا جیوه که ممکن است منجر به مسمومیت فلزی شود.
- علاوه بر این، اسیدهای زیادی در این فرایند شیمیایی تولید می شود که همگی برای بدن زیان آورند.
- گذشته از این، مت به دست آمده، قبل از فروش به منظور سودجویی هرچه بیشتر رقیق می شود.
- موادی که برای رقیق کردن مت به کار می رود به نوبۀ خود زیان آورند.
- غلظت مت بین ۴۰ تا ۷۰ درصد است؛ و این بدان معنی است که ۳۰ تا ۶۰ درصد آن چیزی که تزریق یا دود می کنید یا به دماغ بالا می کشید مت نیست.^۶

اسلاید ۲۲ - ۴: تزریق مت

- نوع مصرف مت هم مشکلات خاص خودش را دارد.
- تزریق مت عوارض زیر را در بردارد:
 - لخته شدن خون
 - ورم کردن قلب
 - آبسه های پوستی
 - ذات الریه
- قرار گرفتن در معرض ویروس های ایدز، اچ آی وی، سل، یا هپاتیت C به علت استفاده از سرنگ مشترک یا ارتباط جنسی محافظت نشده
- نقص در کارکرد کلیه

اسلاید ۲۳ - ۴: بالاکشیدن مت به بینی

- بالاکشیدن مت به بینی عوارض زیر را در بردارد:
 - عفونت سینوس ها
 - گرفتگی صدا
 - خون دماغ شدن
 - ایجاد سوراخ هایی در پره بینی و غضروف بین سوراخ های بینی

اسلاید ۲۴ - ۴: کشیدن مت

- کشیدن مت عوارض زیر را در بردارد:
 - ناراحتی های گلو و حنجره
 - سرفه های شدید با خلط سیاه
 - تَرَک و خشکی لب ها
 - بیماری ریوی مزمن
 - احتقان ریوی

اسلاید ۲۵ - ۴: مقدار مصرف مت و تأثیرات آن

- مقدار و دفعات مصرف مت در میزان تأثیرات سمّی آن هم نقش دارد.
- هر قدر مقدار و دفعات مصرف مت بیشتر باشد، احتمال تأثیرات سمّی آن هم بالاتر می رود.
- تحمّل کسانی که مت مصرف می کنند، به تدریج بیشتر می شود، یعنی برای رسیدن به نشئگی قبلی باید مقدار بیشتری مت مصرف شود.

اسلاید ۲۶ - ۴: بارداری و مت

- زنی که باردار است و مت مصرف می کند به جنین خود آسیب می رساند. جنین مادرانی که مت مصرف می کنند در معرض خطر بالای سکتۀ یا خونریزی مغزی قرار دارند که این عوارض ممکن است به مرگ جنین پیش از زایمان منجر شود.
- مصرف مت در دوران بارداری ممکن است باعث تولّد زودرس شود.
- اگر مادر به ویروس اچ آی وی یا هپاتیت مبتلا شده باشد، ممکن است جنین هم در معرض این بیماری ها قرار گیرد.
- فرزندان مادرانی که در دوره بارداری مت مصرف می کرده اند ممکن است دچار عوارض زیر بشوند:
 - واکنش های غیرطبیعی
 - مشکل در خوردن و هضم غذا
 - تحریک پذیری و تندخویی شدید

اسلاید ۲۷ - ۴: تأثیرات دیگر مت روی کودکان

- مت به روش های دیگری هم روی کودکان اثر می گذارد:
 - گرچه مقدار زیادی مت وارد کشور می شود، مقداری هم در آزمایشگاه های خانگی تولید می شود، و کودکان هم در این خانه ها شاهد و ناظر آن هستند.
 - وقتی کودکان با والدینی زندگی می کنند که در خانه هایشان مت تولید می کنند، در معرض مواد سمّی ای که برای تولید مت به کار می روند قرار می گیرند.
 - آزمایشگاه های تولید مت هم برای کودکان و هم بزرگسالان زیان آور است.

■ **کاربرگ گاخ ۴ الف** خلاصه‌ای است از اطلاعاتی که در این جا دربارهٔ مت ارائه شد.

اسلاید ۲۹ - ۴: کوکائین

■ **مادهٔ محرک دیگری** که دربارهٔ آن بحث می‌کنیم کوکائین است: ماده‌ای که از گیاه کوکا به دست می‌آید.

اسلاید ۳۰ - ۴: نام‌های عامیانه برای کوکائین

■ **کوکائین پودر شده** (هیدروکلرید کوکائین) نام‌های عامیانه‌ای در انگلیسی دارد مانند flake, coke (خرده، تراشه، پوسته)، blow, snow (ضربه، ترکاندن)

اسلاید ۳۱ - ۴: کراک

■ **کراک:** کوکائین پودر شده را به صورت کریستال سفت در می‌آورند و بعد آن را دود می‌کنند.
■ نام کراک در انگلیسی از صدای سوختن آن (crack) گرفته شده است.

اسلاید ۳۲ - ۴: شیوع کوکائین^۹

■ **پیمایش ملی بهداشت و مصرف مواد** آمریکا در سال ۲۰۰۴ تخمین زده است که ۳۴ میلیون آمریکایی دست کم یک بار در طول عمرشان کوکائین مصرف کرده‌اند.
■ **همین پیمایش** آمار زیر را هم به دست داده است:
□ در حال حاضر حدود ۲ میلیون نفر در آمریکا کوکائین مصرف می‌کنند.
□ حدود ۲/۵ درصد افراد ۱۲ تا ۱۷ ساله گزارش کردند که دست کم یک بار کوکائین مصرف کرده‌اند. حدود ۹ درصد افراد ۱۸ ساله گزارش کردند که دست کم یک بار کوکائین مصرف کرده‌اند.

□ **آتش‌سوزی، انفجار، نشت مواد شیمیایی، و خروج گازهای سمی** در این آزمایشگاه‌ها بسیار اتفاق می‌افتد.

□ **مواد شیمیایی‌ای که برای تولید مت به کار می‌روند** گازهایی تولید می‌کنند که می‌توانند شش‌ها را بسوزانند، به مغز و کلیه و کبد آسیب بزنند و حتّا مرگ‌آور باشند.

□ **ممکن است** فرزندان معتادان مت فراموش و رها شوند یا مورد سوءاستفاده قرار گیرند.

□ **در سال ۲۰۰۱ تعداد ۷۰۰ کودک** در آزمایشگاه‌هایی که ادارهٔ مبارزه با مواد مخدر آمریکا به آن‌ها حمله کرد پیدا شدند. جواب آزمایش مواد سمی بدنشان مثبت بود.^۷

اسلاید ۲۸ - ۴: دیگر مشکلات آزمایشگاه‌های تولید مت

■ **آزمایشگاه‌های خانگی تولید مت** خطرانی جدی برای دیگر انسان‌ها و محیط زیست دارند:

□ **گازهای سمی آزادشده** از مواد شیمیایی‌ای که برای تولید مت به کار می‌روند مدت زیادی روی در و دیوار و فرش و اثاثیه می‌مانند و کسانی را که در این خانه‌ها زندگی می‌کنند در معرض خطر قرار می‌دهند.

□ **حتّا کسانی که پس از تخلیهٔ ساکنان قبلی، در این خانه‌ها زندگی می‌کنند** در معرض خطرند.

□ **تولید مت ضایعات جامدی هم به جا می‌گذارد.**

□ **در تولید هر کیلو مت، ۵ تا ۶ کیلو ضایعات جامد سمی به دست می‌آید.^۸**

□ **این ضایعات سمی روی زمین و داخل آب یا شبکهٔ فاضلاب تخلیه می‌شوند و محیط زیست را آلوده می‌کنند.**

□ ۱۶ درصد افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله گزارش کردند که دست کم یک بار کوکائین مصرف کرده‌اند.

■ اسلاید ۳۳ - ۴: چه کسانی کوکائین مصرف می‌کنند؟
 ■ در حال حاضر افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله نسبت به هر گروه سنی دیگری بیشتر کوکائین مصرف می‌کنند.
 ■ به طور کلی در حال حاضر مردان بیشتر از زنان کوکائین مصرف می‌کنند.

اسلاید ۳۴ - ۴: تأثیرات فوری روانی

■ تأثیرات فوری روانی کوکائین شبیه تأثیرات مت است:
 □ سرخوشی □ افزایش هشیاری ذهنی
 □ افزایش توان و انرژی □ افزایش اعتماد به نفس
 □ پرحرف شدن □ میل شدید جنسی
 □ حساسیت زیاد در برابر نور، صدا، و لمس کردن

اسلاید ۳۵ - ۴: تأثیرات فوری جسمی

■ تأثیرات فوری جسمی کوکائین عبارت‌اند از:
 □ تنگ شدن رگ‌ها □ بالا رفتن فشار خون
 □ گشاد شدن مردمک‌ها □ کم‌اشتهایی
 □ بالا رفتن ضربان قلب □ کم‌خوابی
 □ افزایش دمای بدن

اسلاید ۳۶ - ۴: هشدار!

■ در موارد نادر، مصرف کوکائین مرگ ناگهانی به دنبال دارد، حتی اگر اولین بار باشد که کسی مصرف می‌کند.
 ■ مصرف الکل همراه با کوکائین احتمال این خطر را افزایش می‌دهد.
 ■ کبد کوکائین و الکل را ترکیب می‌کند و ماده‌ای به نام کوکاتیلین می‌سازد.
 ■ کوکاتیلین تأثیر شادی‌آور کوکائین را تقویت می‌کند و در همان حال احتمال مرگ ناگهانی را افزایش می‌دهد.

اسلاید ۳۷ - ۴: تأثیرات روانی مزمن

■ تأثیرات روانی مزمن کوکائین عبارت‌اند از:

□ تحریک‌پذیری و تندخویی
 □ رفتارهای احتمالی عجیب و غریب و / یا خشن
 □ افسردگی
 □ بی‌قراری رو به افزایش
 □ آسیب دیدن احساس لذت بدون مصرف مواد
 □ پارانوئا (بدگمانی و شک نسبت به همه چیز و همه کس)
 □ قرار گرفتن در معرض ویروس اچ‌آی‌وی و
 هپاتیت C از راه ارتباط جنسی بی‌پروا و
 محافظت نشده
 □ توهمات شنیداری

اسلاید ۳۸ - ۴: تأثیرات جسمی مزمن

■ تأثیرات جسمی مزمن کوکائین عبارت‌اند از:
 □ تأثیر روی دستگاه قلبی و عروقی مانند
 - اختلال در ریتم ضربان قلب
 - سکته مغزی
 □ تأثیر روی دستگاه تنفسی مانند
 - درد قفسه سینه
 - نقص کارکرد دستگاه تنفسی
 - برونشیت و ذات‌الریه
 □ تأثیر روی دستگاه عصبی مانند
 - سکته مغزی
 - تشنج
 - سردرد
 - بی‌اشتهایی که به مرور زمان باعث کاهش وزن و سوءتغذیه می‌شود.

اسلاید ۳۹ - ۴: تزریق کوکائین

- نوع مصرف کوکائین، مانند مت، مشکلات خاص خودش را دارد. تزریق کوکائین عوارض زیر را در بردارد:
 - آبسه و زخم‌های چرکی در محل تزریق
 - آلرژی، به خود ماده کوکائین یا به بعضی از مواد افزودنی به کوکائین‌های خیابانی، که امکان دارد به مرگ منجر شود.
 - قرار گرفتن در معرض ویروس اچ آی وی یا هپاتیت C

اسلاید ۴۰ - ۴: بالاکشیدن کوکائین به بینی

- بالاکشیدن کوکائین به بینی معمولاً عوارض زیر را در بردارد:
 - از بین رفتن حس بویایی
 - خون دماغ شدن
 - اشکال در بلع و قورت دادن
 - گرفتگی صدا
 - خارش کلی پره بینی که در نهایت به تورم مزمن بینی و خون دماغ شدن مزمن ختم می‌شود
 - کج شدن بینی

اسلاید ۴۱ - ۴: کشیدن کراک

- کشیدن کراک عوارض زیر را در بردارد:
 - ناراحتی گلو و حنجره
 - سرفه‌های شدید
 - ترک و خشکی لب‌ها
 - بیماری ریوی مزمن
 - احتقان ریوی

اسلاید ۴۲ - ۴: مقدار مصرف کوکائین و تأثیرات آن

- تحمل کسانی که کوکائین مصرف می‌کنند، مانند مت، به تدریج بیشتر می‌شود، یعنی برای رسیدن به نشئگی قبلی باید مقدار بیشتری کوکائین مصرف شود.

- هر قدر مقدار و دفعات مصرف کوکائین بیشتر باشد، احتمال تأثیرات سمی آن هم بالاتر می‌رود.

اسلاید ۴۳ - ۴: بارداری و کوکائین

- زنی که باردار است و کوکائین مصرف می‌کند به جنین خود آسیب می‌زند.
- مواد از راه جفت وارد دستگاه گردش خون جنین و سپس مغز او می‌شود.
- فرزندان مادرانی که در دوره بارداری کوکائین مصرف می‌کرده‌اند ممکن است دچار عوارض زیر بشوند^{۱۱}:
 - تولد زودرس
 - سر کوچک‌تر از حد عادی
 - وزن پایین در زمان تولد
 - قد کوتاه‌تر از حد عادی
- اگر مادر به ویروس اچ آی وی یا هپاتیت مبتلا شده باشد، ممکن است جنین هم در معرض این بیماری‌ها قرار گیرد.

اسلاید ۴۴ - ۴: تأثیرات کوکائین روی کودکان

- برخلاف آن‌چه قبلاً تصور می‌شد، قرار گرفتن جنین در معرض خطر کوکائین باعث مشکلات جدی و درازمدتی نمی‌شود.
- به هر حال، همان‌طور که کودکانی که در معرض خطر کوکائین قرار داشته‌اند بزرگ می‌شوند، مشکلات ظریف، اما عمده‌ای بعدها در زندگی‌شان ظاهر می‌گردد که در موفقیت تحصیلی آن‌ها در مدرسه عواقب منفی دارد^{۱۲} مانند موارد زیر:
 - توجه به کارها و تکالیفی که از آن‌ها خواسته می‌شود
 - یادگیری مطالب جدید
 - توجه به جزئیات

www.nida.nih.gov/PDF/PRCCocain.pdf [accessed September 16, 2005].

۱۱. نگاه کنید به یادداشت ۹.

۱۲. نگاه کنید به یادداشت ۱۰.

جلسه ۵: نقشه گنج بهبودی (ارائه پاورپوینت)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

■ کمک به شرکت کنندگان در درک مراحل چهارگانه بهبودی.

■ کمک به شرکت کنندگان در شناسایی ویژگی‌های هر یک از مراحل چهارگانه بهبودی.

■ کمک به شرکت کنندگان در شناسایی خطرات خاص هر یک از مراحل بهبودی در زمینه بازگشت به مصرف مواد.

■ کمک به شرکت کنندگان در آموزش هرچه بیشتر جرقه‌های آغازگر و عوامل وسوسه کننده مصرف و راه‌های دوری یا مقابله با آن‌ها که هم باید در مانجویان و هم اعضای خانواده‌شان بدانند.

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۵ الف: جدول زمان‌بندی روزانه / ساعتی

■ کاربرگ گاخ ۵ ب: توجیه بازگشت

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤال‌هایشان را مطرح کنند. در صفحات ۵۵ تا ۶۷ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری مطرح سازد که برای شرکت کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

■ کاربرگ گاخ ۴ ب خلاصه‌ای است از اطلاعاتی که در این جا درباره کوکائین ارائه شد.

یادداشت‌ها

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Methamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003 and 2004*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, September 16, 2005. www.oas.samhsa.gov/2k5/meth/meth.pdf [accessed March 2, 2006].

2. National Institute on Drug Abuse. *NIDA Community Drug Alert Bulletin: Methamphetamine*, Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998; www.drugabuse.gov/methAlert/MethAlert.html [accessed September 16, 2005].

3. Office of National Drug Control. *Fact Sheet: Methamphetamine*, Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf [accessed September 16, 2005].

۴. نگاه کنید به یادداشت ۱.

۵. نگاه کنید به یادداشت ۲.

۶. نگاه کنید به یادداشت ۳.

۷. نگاه کنید به یادداشت ۳.

۸. نگاه کنید به یادداشت ۳.

9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication N0. (SMA) 05-4063 Rockville MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

10. National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction*. NIH Publication No. 99-4342 Bethesda, MD: National Institutes of Health, revised November 2004.

هیجانی خاصی می‌شوند، هر یک از این مراحل نشانه‌ها و عوارض خاص خود را دارند، و هر یک از آن‌ها خطر ویژه‌ای از نظر بازگشت به مصرف مواد دارند. خانواده‌ها احتمالاً این تغییرات و عوارض را به چشم خودشان دیده‌اند.

■ اما این طور نیست که هر کس یا هر خانواده‌ای دقیقاً همین تجربیات را از سر می‌گذرانند. هرچند که جریان کلی این روند قابل پیش‌بینی است، هر درمانجویی مسیر خاص خود و نقشه گنج خاص خودش را دارد.

■ تعداد کمی از درمانجویان این مراحل را گام به گام و به راحتی پشت سر می‌گذارند؛ بسیاری از آن‌ها مدتی در یک مرحله «درجا می‌زنند» و عده‌ای هم قبل از این که به پیشرفتی دست پیدا کنند کاملاً از مسیر بهبودی منحرف می‌شوند.

■ هر چند که پیمودن این مسیر تنوعاتی دارد، آگاهی کامل از مراحل بهبودی تصویری کلی به درمانجویان و خانواده‌هایشان به دست می‌دهد از این که در این مسیر چه اتفاقاتی روی می‌دهد.

■ آگاهی از اتفاقاتی که در پیش‌روست به درمانجویان و خانواده‌هایشان کمک می‌کند تا از دام‌ها و تله‌هایی که سر راهشان قرار دارد دوری کنند، خود را به در دسر نیندازند، و استوار و ثابت قدم در مسیری که نقشه گنج بهبودی مشخص کرده پیش بروند.

اسلاید ۲ - ۵: مراحل بهبودی

- ما مراحل بهبودی را به چهار بخش تقسیم کرده‌ایم:
- مرحله اول: کناره‌گیری
- مرحله دوم: پاکی اولیه (که به «ماه غسل» هم معروف است)

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

- کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟ چه چیزی برایتان جالب بود؟
- این اطلاعات چه‌طور با تجربیات شما مربوط می‌باشد؟
- این اطلاعات چه‌طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟
- چه سؤال‌هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را در بردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۵: نقشه گنج پیروزی

■ در این بخش نگاه می‌اندازیم به بهبودی و مسیر قابل پیش‌بینی آن که درمانجو مانند نقشه یک گنج از مسیرهای مشخصی عبور می‌کند (مراحل چهارگانه بهبودی) و سرانجام گنج بهبودی را به دست می‌آورد.

■ درمانجویان در هر یک از این مراحل بهبودی به احتمال زیاد دچار تغییرات جسمی و عاطفی و

■ هم درمانجویان و هم اعضای خانواده‌شان باید بدانند که این احساسات و هیجان‌ها موقتی هستند و از بین می‌روند، اما بعضی از این افکار ممکن است مدت کوتاهی به افکار خودکشی یا برنامه‌ریزی برای آن منجر شود. اگر افسردگی، اضطراب یا پارانوئا ادامه داشت یا بسیار شدید شد، درمانجو را باید به روان‌پزشک ارجاع داد.

■ علاوه بر عوارض شایعی که در بالا فهرست کردیم، بعضی از درمانجویانی که در دوره بهبودی‌اند شاید برای رفع مشکلاتی مانند موارد زیر، که از مصرف مواد ناشی می‌شوند به درمان دارویی نیاز داشته باشند.

- تشنج □ کمبود ویتامین
- عفونت در محل تزریق □ مشکلات تنفسی
- مشکلات قلبی - عروقی □ ایچ آی وی و ایدز
- کاهش شدید وزن □ هپاتیت C

اسلاید ۴ - ۵: کناره‌گیری (عوامل خطرزای بازگشت به مصرف)

■ درمانجویان در دوره کناره‌گیری معمولاً کنترل زندگی‌شان را در دست ندارند.

■ عوارضی مانند پارانوئا، افسردگی، ترس از قطع مصرف، و بد خوابی و کم خوابی و بی خوابی همچنان درمانجویان را در مقابل خطر وسوسه مصرف ضعیف و آسیب‌پذیر می‌کند.

■ وقت آزادی که نقشه و برنامه‌ای برای گذراندن آن تنظیم نشده و همچنین نزدیکی به جرعه‌های آغازگر مصرف هم خطر بازگشت را افزایش می‌دهد.

اسلاید ۵ - ۵: کناره‌گیری (ساختار)

■ مفهوم ساختار بخش مهمی از برنامه درمانی ماتریکس است.

□ مرحله سوم: پاک‌سازی درازمدت (که به مرحله «دیوار»

هم معروف است)

□ مرحله چهارم: سازگاری مجدد

اسلاید ۳ - ۵: مرحله اول: کناره‌گیری

■ مرحله کناره‌گیری وقتی شروع می‌شود که کسی مصرف مواد یا الکل را قطع می‌کند.

■ این مرحله از یک تا دو هفته طول می‌کشد.

■ عوارض عمومی مرحله کناره‌گیری (مخصوصاً در مورد معتادان به مت‌آفتامین و مواد محرک دیگر) عبارت‌اند از:

- سم‌زدایی جسمی
- بی‌خوابی و خواب زیاد
- وسوسه شدید به مصرف
- افکار پراکنده و پریشان
- اضطراب یا افسردگی

□ پارانوئا

□ ضعف و بی‌حالی

□ اختلال در حافظه و حواس‌پرتی

□ پرخاش‌گری یا بدخلقی

□ اشتیهای زیاد

■ خستگی مفرط

■ اگر کسی مواد دیگری مانند آرام‌بخش‌ها، باربیتورات‌ها، یا هروئین را به مقدار زیادی مصرف می‌کرده یا مصرف الکلش بسیار بالا بوده است، دچار نشانه‌ها و عوارض جسمی قطع مصرف آن مواد هم خواهد شد.

■ اضطراب، افسردگی و پارانوئایی که در مرحله اول

قطع مصرف مواد محرک پیش می‌آید نتیجه

مستقیم سازگاری مغز با مصرف نکردن مواد محرک

است، و در اکثر موارد، موقتی است.

■ **کاربرگ گاخ ۵ الف: جدول برنامه‌ریزی روزانه / ساعتی**

نمونه‌ای است از فرمی که درمانجویان می‌توانند از آن برای ساختار دادن به زندگی و اوقاتشان استفاده کنند.

■ **عناصر تشکیل‌دهنده زندگی جدید درمانجو باید شامل مواردی باشد از فعالیت‌هایی که در آن‌ها اثری از مواد نباشد. بعضی از آن‌ها عبارت‌اند از:**

□ فعالیت‌های برنامه درمانی ماتریکس

□ خودبرنامه‌ریزی و زمان‌بندی

□ در پیش گرفتن تفریحات و سرگرمی‌های جدید

یا دنبال کردن فعالیت‌های سالمی که در دوره

اعتیاد فراموش شده بود

□ دید و بازدید از بستگان

□ شرکت در برنامه‌های ۱۲ گامی یا همیاری

□ فعالیت در امور معنوی

□ ورزش و نرمش

□ «جزیره سازی» (برنامه‌ریزی و اجرای تفریحات و

سرگرمی‌ها و دادن پاداش به خود: ساختن

جزیره امید و آرامش)

□ کار، تحصیل، یا شرکت داوطلبانه در امور

اجتماعی

□ معاشرت با دوستان سالم غیر معتاد

■ **نتیجه نهایی تنظیم برنامه‌ای برای فعالیت‌های**

روزانه‌ای است که موجب پیشرفت بهبودی می‌شود

و احتمال بی‌حوصلگی و دل‌تنگی و خستگی،

تصمیم‌های ناگهانی غیرمنطقی، قرار گرفتن در

معرض جرّقه‌های آغازگر مصرف و نهایتاً بازگشت به

مصرف را کاهش می‌دهد.

■ **درمانجویان با کمک اعضای خانواده و عزیزانشان،**

باید یاد بگیرند که ساختار و نظم و نظامی به زندگی‌شان بدهند.

■ **برقرار کردن ساختار و نظم و نظام از طریق**

برنامه‌ریزی و زمان‌بندی، به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس کنند می‌توانند کنترل زندگی‌شان را به دست بیاورند.

■ **ساختار و نظم و نظامی که خود درمانجو تنظیم می‌کند**

□ به‌از بین بردن جرّقه‌های آغازگر مصرف از طریق

اجرای برنامه‌ای به منظور دوری از آن‌ها کمک می‌کند.

□ سبک زندگی اعتیادی را برهم می‌زند و قاعده و

ضابطه را جایگزین آن می‌کند.

□ مفهوم «فقط برای امروز؛ امروز را دریاب» را

برایش ملموس و قابل درک می‌کند.

□ اضطراب را کاهش می‌دهد.

■ **درمانجویان برنامه ماتریکس یاد می‌گیرند تا برای**

زمان خارج از این برنامه هم نقشه و طرحی بزنند و

برای اجرای آن‌ها زمان‌بندی معقولی انجام دهند.

■ **اعضای خانواده درمانجو هم می‌توانند با**

حمایت‌هایشان از این برنامه‌ریزی و زمان‌بندی، به

او کمک کنند.

اسلاید ۶-۵: عناصر تشکیل‌دهنده ساختار

درمانجویان، به کمک مشاور و اعضای خانواده‌شان،

ساختاری برای زندگی‌شان تنظیم می‌کنند و با استفاده

از **جدول برنامه‌ریزی روزانه / ساعتی فعالیت‌هایی را**

برنامه‌ریزی و اجرا می‌کنند.

اسلاید ۷ - ۵: دام‌های سر راه برنامه‌ریزی و زمان‌بندی
 ■ برنامه‌ریزی و زمان‌بندی کاری است مثبت و مفید، اما گاهی ممکن است خسته‌کننده و استرس‌آور باشد.

■ بعضی از مشکلاتی که در برنامه‌ریزی و زمان‌بندی پیش می‌آید عبارت‌اند از:

□ برنامه‌ریزی غیرواقع‌بینانه (مثلاً ۸ ساعت کار، بردن بچه‌ها به فعالیت‌های فوق برنامه، شرکت در جلسه ماتریکس، شرکت در گروه ۱۲ گامی، ورزش؛ و همه این‌ها فقط در یک روز)

□ برنامه‌ریزی نامتناسب (مثلاً اختصاص وقت بسیار زیادی به تفریحات یا اختصاص ندادن هیچ وقتی به این فعالیت‌ها)

□ برنامه‌ریزی تحمیلی (مثلاً اجازه دادن به دیگران تا برای درمانجو تعیین تکلیف کنند، نه این خودش به میل خودش کارها و سرگرمی‌های دلخواهش را انتخاب کند)

□ برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بدون حمایت اعضای خانواده و افراد تأثیرگذار بر درمانجو
 □ تعطیلات، بیماری و تغییرات دیگری که برنامه درمانجو را به هم می‌زنند.

■ این موضوع بسیار مهم است که درمانجو با مشاورش گفتگو کند و یاد بگیرد که چه‌طور برنامه‌ریزی درستی انجام دهد و نقشه‌هایی برای اتفاقات پیش‌بینی نشده که برنامه‌اش را برهم می‌زند طراحی کند.

■ این موضوع هم به اندازه مورد بالا اهمیت دارد که اعضای خانواده و عزیزان درمانجو از برنامه‌ها و نقشه‌هایش حمایت و پشتیبانی کنند.

■ برنامه‌ریزی و زمان‌بندی و همچنین برقراری ساختار و نظم و نظام در زندگی مهارتی است که به تمرین احتیاج دارد.

اسلاید ۸ - ۵: پاکی اولیه

■ مرحله پاکی اولیه را گاهی مرحله «ماه غسل» می‌گویند، چون درمانجو در این زمان غالباً احساس می‌کند که حالش کاملاً خوب است و «درمان» شده، و مشکل اعتیادش حل شده است.

■ این مرحله معمولاً ۴ هفته طول می‌کشد.

■ عوارض عمومی مرحله پاکی اولیه (مخصوصاً در مورد معتادان مت‌آمفتامین و مواد محرک دیگر) عبارت‌اند از:

□ خوش‌بینی و نشاط فراوان

□ احساسات پرشور

□ اعتماد به نفس بیش از حد

□ نوسانات خلقی

□ حواس پرتی

□ مصرف مواد دیگر

□ تداوم اشکال در حافظه

□ ناتوانی در تعیین اولویت‌ها

□ نگرانی بابت چاق شدن

□ پارانویای خفیف و مداوم

اسلاید ۹ - ۵: پاکی اولیه (عوامل خطرزای بازگشت به مصرف)

■ در این دوره عموماً خلق و خوی درمانجو بهتر می‌شود، انرژی زیادی به دست می‌آورد، وسوسه کمتر می‌شود، و اعتماد به نفس و خوش‌بینی افزایش می‌یابد.

■ درمانجویان در این مرحله باید:

- از خطرات این مرحله از درمان کاملاً آگاه باشند.
- یاد بگیرند که چه طور انرژی و خوش بینی و شور و شوقی را که در این مرحله پیش می آید را به سمت فعالیت های مرتبط با بهبودی هدایت کنند، و اساس موفقیت خود را در آینده پی ریزی کنند.

■ اعضای خانواده نیز باید بدانند که گرچه درمانجو در

- این دوره به نظر می رسد که «خوب» شده و از شور و شوق و خوش بینی برخوردار است، آن ها همچنان به حمایت ها و تشویق هایشان احتیاج دارند تا
- تمام فعالیت های مربوط به درمان را انجام دهند
- در جلسات ۱۲ گامی یا همیاری شرکت داشته باشند
- از مصرف الکل و تمام مواد دیگر خودداری کنند
- به برنامه ریزی دقیق فعالیت ها و سرگرمی ها و اجرای آن ها ادامه دهند
- از معتادان و جاهای مرتبط با مواد دوری کنند
- مرتب و منظم ورزش کنند

اسلاید ۱۰ - ۵: پاکي اوليه (جرقه های آغازگر مصرف و فنون توقف فکر)

- صرف نظر از این که درمانجو با چه دقتی برنامه هایش را تنظیم و زمان بندی می کند، این احتمال وجود دارد که با یک نفر، جا، موقعیت یا حالت روحی ای رو به رو شود که فکر مصرف را وارد ذهنش کند.

- درمانجویان و خانواده آن ها در دوره های شروع مرحله پاکي اوليه باید مفهوم جرقه های آغازگر مصرف و روش های توقف فکر را به خوبی درک کنند.

■ این انرژی زیاد بعضی از درمانجویان را به سمت کار

- بیش از حد می کشد، خود کار بیش از حد ممکن است به دلایل زیر موجب بازگشت به مصرف شود:
- بی توجهی و غافل ماندن از خورد و خوراک و استراحت و ورزش

- خستگی بیش از حد و افزایش استرس
- کاهش زمان لازم برای انجام فعالیت های مربوط به بهبودی و شرکت در برنامه درمانی

■ اعتماد به نفس بیش از حد هم مشکلاتی به وجود

- می آورد. کسانی که در دوره بهبودی اند شاید به این نتیجه برسند که «دیگر از پس مت برآمدم و کنارش گذاشتم». به این دلیل شاید فکر کنند که
- دیگر نیازی به درمان ندارند.

- می توانند خیلی راحت با معتادان نشست و برخاست کنند و به جاهایی بروند که در آن ها مواد مصرف می شود، بدون این که مشکلی برایشان پیش بیاید و اقدام به مصرف مواد نکنند.
- می توانند الکل یا مواد دیگری غیر از «ماده اعتیادی» خودشان مصرف کنند، بدون این که مشکلی برایشان پیش بیاید.

■ قرار گرفتن در معرض جرقه های آغازگر و عوامل

- وسوسه کننده مصرف مواد غالباً به بازگشت به مصرف مت یا دیگر مواد محرک منجر می شود.

■ درمانجویان در این مرحله با مشکلات زیر هم روبه رو می شوند:

- نگرانی بابت چاق شدن
- مقاومت در برابر ادامه تغییر رفتار
- ناتوانی در تعیین اولویت ها
- پارanoiای گهگاه
- نگرانی درباره بروز مشکلات جنسی

- چرخه «جرقه‌های آغازگر» فکر و خیال «وسوسه» مصرف» ظاهراً برای درمانجویان در حال درمان به‌طور همزمان اتفاق می‌افتد.
- در واقع، کسانی که در دوره بهبودی‌اند می‌توانند یاد بگیرند که چه‌طور این چرخه را در هر نقطه آن بشکنند.

اسلاید ۱۱ - ۵: شکستن «چرخه جرقه‌های آغازگر»

- فکروخیال «وسوسه» مصرف»
- راه دیگری برای درک این چرخه «جرقه‌های آغازگر» فکر و خیال «وسوسه» مصرف» این است که آن را با حرکت در یک سرازیری مقایسه کنیم.
- زمان استفاده از روش‌های توقف فکر درست وقتی است که کسی اولین فکر مصرف را شناسایی می‌کند.
- در این مرحله، میل به مصرف هنوز نسبتاً کم است و می‌توان جلوی آن را گرفت.
- وقتی این میل به مرحله وسوسه می‌رسد، هنوز امکان متوقف کردنش وجود دارد. وقتی کسی در حالت وسوسه قرار می‌گیرد، نیرویی قوی در او به وجود می‌آید که تقریباً خارج از کنترل است.
- کسی که در دوره بهبودی است شاید نخواهد مصرف کند و امکان دارد بخواهد جلوی وسوسه را بگیرد، اما در بیشتر این موارد، این وسوسه آن قدر قوی است که او را به سمت بازگشت به مصرف می‌کشانند.
- اولین قدم در شکستن چرخه «جرقه‌های آغازگر» فکر و خیال «وسوسه» مصرف» این است که بدانیم جرقه‌های آغازگر از چه چیزهایی تشکیل شده و یاد بگیریم که هرچه زودتر آن را در خودمان شناسایی کنیم.

اسلاید ۱۲ - ۵: انواع جرقه‌های آغازگر

- جرقه‌های آغازگر با موارد زیر ارتباط دارد:
 - افراد
 - زمان‌ها
 - جاها
 - حالت‌های عاطفی و هیجانی
 - اشیا

اسلاید ۱۳ - ۵: جرقه‌های آغازگر (افراد)

- جرقه‌های آغازگری که با افراد ارتباط دارند ممکن است موارد زیر باشند:
 - دوستان معتاد
 - فروشندگان و ساقی‌های مواد مخدر
 - تنهایی و بی‌کسی (نبودن کسی در زندگی که برای انسان عزیز و مهم باشد)
 - صدای دوستان معتاد یا ساقی‌ها (مثلاً پشت تلفن)
 - کسانی که از مصرف مواد تعریف می‌کنند
 - کسانی که در سکس مرتبط با مواد درگیر بوده‌اند

اسلاید ۱۴ - ۵: جرقه‌های آغازگر (جاها)

- جرقه‌های آغازگر مرتبط با جاها عبارت‌اند از:
 - خانه ساقی‌ها
 - محل کار
 - پارک‌ها و باشگاه‌ها
 - گوشه خلوتی از خیابان
 - محله‌هایی که کسی در آن‌ها مواد مصرف کرده
 - هر جای مرتبط با مصرف

اسلاید ۱۵ - ۵: جرقه‌های آغازگر (اشیا)

- جرقه‌های آغازگر مرتبط با اشیا و چیزها عبارت‌اند از:
 - وسایل مصرف مواد
 - پول / دستگاه خودپرداز
 - موسیقی‌های مرتبط با مصرف

اسلاید ۱۸ - ۵: توقف فکر

■ از روش‌های توقف فکر می‌توان برای شکستن «چرخه باطل جرقه‌های آغازگر» فکر و خیال و وسوسه «مصرف» استفاده کرد.

■ اولین قدم برای استفاده مفید و موفقیت‌آمیز روش‌های توقف فکر این است که فکر و خیال مصرف را به محض بروز آن شناسایی کنید.

■ کسانی که تازه وارد برنامه درمانی شده‌اند معمولاً نمی‌دانند که فکر و خیال مصرف در چه زمانی وارد ذهنشان می‌شود، اما با تمرکز دقیق و آگاهانه روی افکارشان می‌توانند این کار را انجام دهند.

■ همین‌که درمانجویی فکر و خیال مصرف را در خود شناسایی کرد، می‌تواند تصمیم بگیرد که با کدام یک از روش‌های زیر این فکر و خیال را از سر خود بیرون کند:

□ تصویرسازی ذهنی

- وقتی فکر و خیال مصرف وارد ذهن کسی شد، می‌تواند کلید قطع و وصل یک دستگاه برقی را تصور کند و آن را از حالت روشن به حالت خاموش در بیاورد.

- درمانجو همیشه باید فکرهای خوشایندی را در ذهنش آماده داشته باشد تا آن‌ها را جانشین فکر و خیال مصرف کند.

- در این افکار جانشین نباید خبری از مواد و مصرف باشد.

□ ایجاد درد موضعی (کِش درمانی)

- یک کش لاستیکی دور مچ دستتان بپیچید و هر وقت فکر و خیال مصرف به سراغتان آمد، آن را محکم بکشید و رها کنید.

□ فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی که صحنه‌هایی از

مصرف الکل یا مواد دارند

□ مصرف موادی به غیر از آن‌چه ماده اصلی

اعتیادآور شخص است

اسلاید ۱۶ - ۵: جرقه‌های آغازگر (زمان‌ها)

■ جرقه‌های آغازگر مرتبط با زمان‌ها عبارت‌اند از:

□ اوقات بیکاری و وقت آزاد

□ بعد از کار

□ مواقعی که کسی دچار استرس می‌شود

□ روز پرداخت حقوق

□ تعطیلات

□ شب‌های آخر هفته

□ جشن تولد، جشن‌ها و مناسبت‌های دیگر

اسلاید ۱۷ - ۵: جرقه‌های آغازگر (حالت‌های روحی و هیجانی)

■

واقعیت این است که هر حالت روحی و هیجانی، چه مثبت و چه منفی، اگر با مصرف مواد یا الکل ربطی داشته باشد، برای کسانی که در دوره بهبوداند مانند جرقه آغازگر مصرف عمل می‌کند.

■ جرقه‌های آغازگر مرتبط با حالت‌های روحی عبارت‌اند از:

□ اضطراب

□ خستگی روحی (یا ترس از خستگی روحی)

□ افسردگی

□ خشم

□ ناامیدی و سرخوردگی

□ بی‌حوصلگی و دل‌تنگی

□ ترس

□ نگرانی بابت چاق شدن

□ تحریک جنسی، محرومیت جنسی

- وقتی کش را می کشید و رها می کنید، با صدای بلند یا در دل خودتان به فکر و خیال مصرف مواد و الکل «نه» بگویید.

- این کش را همیشه همراهتان داشته باشید.

- همان طور که در مورد تصویرسازی ذهنی گفتیم، همیشه فکرهای خوشایندی را در ذهنتان آماده داشته باشید تا آن ها را جانشین فکر و خیال مصرف نکنید. در این افکار نباید اثری از مواد و مصرف وجود داشته باشد.

□ آرام سازی یا ریلکسیشن

- فکر و خیال و وسوسه مصرف معمولاً احساس هایی مانند دل درد و سنگینی معده و همچنین دل تنگی و غم و غصه ایجاد می کند.

- در بیشتر اوقات با یک دم عمیق (پر کردن شش ها از هوا) و یک بازدم آرام و تدریجی (بیرون دادن هوا از شش ها) می توانید این احساس ها را از خودتان دور کنید. این کار را سه بار انجام دهید و تا آن جا که می توانید روی آرام کردن بدنتان تمرکز کنید.

- آن قدر این کارها را تکرار کنید تا به آرامش برسید.

□ گفتگوی تلفنی و درد دل با کسی

- صحبت کردن و درد دل با کسی دیگر راهی است برای تخلیه احساسات آزاردهنده شما و این امکان را برایتان فراهم می کند تا حرف دل خودتان را بنزید و هرچه دل تنگتان می خواهد، بگویید و آرام شوید.

- درمانجویان باید شماره تلفن حامی دلسوزی را که همیشه در دسترس باشد به همراه داشته باشند تا، در صورت ضرورت، بتوانند با او تماس بگیرند.

اسلاید ۱۹ - ۵: فعالیت های سالمی که وسوسه مصرف ایجاد نمی کند

■ اگر روش های توقف فکر در مورد شما مؤثر بود اما فکر و خیال مصرف همچنان دست از سر شما نکشید، باید محیط اولیه ای که در آن زندگی می کنید را تغییر دهید یا خود را با فعالیت هایی مشغول کنید که مستلزم تمرکز کامل است.

■ نمونه ای از فعالیت های سالمی که وسوسه مصرف ایجاد نمی کنند عبارت اند از:

□ ورزش

□ مراقبه و مدیتیشن یا دعا

□ شرکت در جلسات ۱۲ گامی یا همیاری

□ خوردن یا خوابیدن

□ تفریحات و سرگرمی های جدید

□ فعالیت های معنوی و دینی

□ فیلم هایی که در آن ها صحنه هایی از مواد مصرف نباشد

□ وقت گذرانی برنامه ریزی شده با خانواده یا دوستان سالم

■ درمانجویان باید فهرستی از این گونه کارها تهیه کنند و همیشه در دسترس داشته باشند تا در صورت لزوم، از آن ها استفاده کنند.

اسلاید ۲۰ - ۵: مرحله پاکي درازمدت

■ مرحله پاکي معمولاً ۳ تا ۴ هفته طول می کشد.

■ در این مرحله (که گاهی «دیوار» نامیده می شود) احساسات مختلفی به سراغ درمانجویان می رود از

اسلاید ۲۱ - ۵: مرحله پاک‌ی درازمدت (عوامل خطرزا در بازگشت به مصرف)

■ عوامل خطرزای بازگشت به مصرف در این دوره عبارت‌اند از:

- تحریک‌پذیری و حساسیت زیاد
 - برهم خوردن برنامه زندگی منظم
 - تغییر منفی رفتار
 - درگیری با دیگران
 - کاهش احساس شادی و لذت
 - از دست دادن انگیزه
 - نگرانی بابت افزایش وزن
 - نگرانی بابت میل جنسی
 - پایین آمدن میزان مراقبت از سلامتی و سر و وضع خود
 - خستگی روحی و کم شدن شور و شوق
 - مصرف مواد دیگر یا الکل
 - توجیهات و عذر و بهانه‌هایی برای بازگشت به مصرف
- درمانجوی در حال بهبودی در دوره پاک‌ی درازمدت مخصوصاً در برابر خطر بازگشت به مصرف آسیب‌پذیر است، چون تصور می‌کند حالت‌های روحی و هیجانی منفی و بی‌انگیزگی و بی‌دل و دماغی که در این دوره شایع است همیشه ادامه خواهد داشت.

■ کسی که در این مرحله از بهبودی قرار دارد به تدریج به این نتیجه می‌رسد که حالا که بهبودی این قدر سخت است، پس ارزشش را ندارد.

■ این تصور، و خستگی روحی و بی‌انگیزگی و نداشتن شور و شوق امکان دارد به تغییر منفی به سمت رفتارهای ناسالم گذشته ختم شود، نظم و نظام زندگی درمانجو (از جمله کارهای مربوط به درمان و شرکت در برنامه‌های ۱۲ گامی یا همیاری) به هم

شور و هیجان و انرژی فراوان دوره ماه غسل گرفته تا دوره‌هایی از بی‌حالی و بی‌انگیزگی و حالت‌های روحی‌ای مانند افسردگی، دل‌سردی و دل‌مردگی، و لذت نبردن و شاد نشدن از هیچ چیز، به طور کلی در این دوره نوسانات خلقی زیاد می‌شود.

■ حتی اگر درمانجویی تغییرات مثبت زیادی در زندگی‌اش انجام داده و ثمرات زحمت‌هایش را دیده باشد هم ممکن است به این نوسانات خلقی دچار شود. ویژگی‌های عمومی این مرحله از بهبودی عبارت‌اند از:

- ادامه تغییرات در زندگی
- دیدن نتایج مثبت پاک‌ی
- عصبانیت و افسردگی
- نوسانات خلقی
- دوره‌هایی از پارانویا و سوءظن
- افکار پریشان و مغشوش
- تنهایی
- افزایش وزن
- سازگاری با خانواده و نیز اختلاف با خانواده
- مواردی از وسوسه
- نگرانی بابت از دست دادن توانایی جنسی، کاهش میل جنسی، بروز مشکلاتی در عملکرد جنسی

□ برگشت به رفتارهای قدیمی

■ درمانجویان و خانواده‌هایشان باید بدانند که بعضی از احساسات در این دوره نتیجه بروز تغییراتی در خواص شیمیایی مغز است. اگر درمانجویان همچنان پاک بمانند، شیمی مغزشان تثبیت خواهد شد و احساسات منفی و بی‌انگیزگی و نبودن شور و شوق در آن‌ها تمام خواهد شد.

- بخورد، و تغییرات رفتاری ای که با خون دل به آن‌ها رسیده است بر باد برود.
- وقتی ساختار درمانی و نظم و نظام زندگی در مانجو به هم می‌ریزد، ممکن است فکر و خیال مصرف مواد یا الکل در او بیشتر و بیشتر شود و شروع کند به عذر و بهانه آوردن برای مصرف.
- این موضوع حائز اهمیت حیاتی است که در مانجو از زیر و بم‌های مشکلات این مرحله آگاه باشد، در برابر آن‌ها آمادگی داشته باشد و بداند که این مشکلات هم می‌گذرند و اثری از آن‌ها باقی نمی‌ماند: هم سرآید روز غربت، هم شب غم بگذرد.
- این موضوع هم حائز اهمیت حیاتی است که در مانجوی در حال بهبودی همچنان درمان خود را دنبال کند و به تغییرات رفتاری ای که تا این مرحله انجام داده ادامه دهد تا از زنجیره بی‌حالی و سستی، بی‌حوصلگی و دل‌تنگی، بی‌انگیزگی در بهبودی، توجیهات بازگشت، و بالاخره بازگشت به مصرف جلوگیری کند.
- مراقبت کامل از سلامتی و سر و وضع خود، مخصوصاً ورزش، و دل‌سوزی و حمایت اعضای خانواده به در مانجو کمک می‌کند تا این مرحله را با موفقیت پشت سر بگذراند.

اسلاید ۲۲ - ۵: «دوای دوم» و الکل

- «دوای دوم» ماده مخدری است که معتاد گاهی علاوه بر ماده مورد اعتیادش مصرف می‌کند. در بین کسانی که در دوره بهبودی اند کاملاً رایج است که در تمام مراحل درمان گاهی به سرشان بزند که دوای دوم یا الکل مصرف کنند.

- مصرف دوای دوم مخصوصاً در مرحله پاکی درازمدت یکی از عوامل خطرزای بازگشت به مصرف است، چون حالت‌های روحی آزارنده و تمایل به برهم زدن نظم و نظامی که در مانجو با زحمت برقرار کرده در این مرحله به او فشار می‌آورد.
- در مانجویان در حال بهبودی شاید به خودشان بگویند که: «مشکل من با مت‌آمفتامین است. کوکائین که برایم مسئله نیست. من هم آدمم و به تنوع احتیاج دارم».
- مصرف دوای دوم یا الکل فکر خوبی نیست و شاید به دلایل زیر به مصرف مواد درجه اول اعتیاد (ماده اصلی مورد اعتیاد کسی) منجر می‌شود.
 - از بین بردن ممنوعیت مغزی (بازداری زدایی مغزی). مصرف دوای دوم یا الکل باعث پایین آمدن فعالیت قشر پیش‌پیشانی مخ (بخشی از مغز که مسئول تصمیم‌گیری منطقی است) می‌شود و در نتیجه، راه را برای بازگشت به مصرف مواد درجه اول اعتیاد هموار می‌کند. به این ترتیب، بازداری یا ممنوعیتی که مغز اعمال می‌کرد ضعیف می‌شود و بعد از بین می‌رود. اگر مصرف دوای دوم، در مانجو را در معرض جرعه‌های آغازگر مربوط به مواد درجه اول اعتیاد قرار دهد (مثلاً خریدن از همان ساقی مت‌آمفتامین)، احتمال خطر بازگشت بیشتر می‌شود.
 - ایجاد وسوسه به مواد محرک. مطالعات مؤسسه ماتریکس نشان می‌دهد که اگر کوکائین یا مت‌آمفتامین مواد مورد مصرف اصلی کسی باشد، مصرف الکل خطر بازگشت به مواد محرک را ۸۰۰ برابر بیشتر می‌کند. مصرف ماری‌جوانا

■ این مسئله برای درمانجویان و اعضای خانواده‌شان حیاتی است که همین‌که عذر و بهانه‌ای برای بازگشت به مصرف پیش آمد، بلافاصله آن را شناسایی و با آن مبارزه کنند.

■ بیشتر توجیهات بازگشت از این فکر اشتباه ناشی می‌شوند که افراد در حال بهبودی فکر می‌کنند هیچ اختیاری از خود برای ادامه بهبودی یا مصرف مواد ندارند.

■ گرچه در مواردی مصرف مواد شاید اجتناب‌ناپذیر به نظر برسد (مثلاً وقتی کسی به خانه ساقی و توزیع کننده مواد رفته باشد)، درمانجویان باید بدانند که می‌توانند خود را در موقعیت‌های خطرناک قرار ندهند.

■ فکر و خیال بازگشت وقتی قوت می‌گیرد که آن را نشناسند و آشکارا در باره‌اش حرف نزنند.

■ توجیهات و عذر و بهانه‌های بازگشت فراوان اند و به هر شکل و شمایلی درمی‌آیند از جمله:

- تقصیر من نبود؛ تقصیر رفیق ناباب است.
- حال و حوصله ندارم. اگر مواد مصرف کنم سالم‌تر می‌شود / بهتر می‌توانم کار کنم.
- داشتم خودم را امتحان می‌کردم.
- اتفاقی بود. خودم نمی‌خواستم.
- پارتی بود و همه بودند و مصرف می‌کردند. من چه کار باید می‌کردم؟

اسلاید ۲۴-۵ تا ۲۹-۵: توجیهات بازگشت به مصرف مواد

■ در کاربرد گاخ ۵ ب: توجیهات بازگشت به مصرف مواد عذر و بهانه‌های مصرف‌مندرچ در اسلاید

همین خطر را ۳۰٪ برابر افزایش می‌دهد. حتی اگر کسی به الکل یا ماری‌جوانا معتاد هم نباشد، همین میزان خطر تهدیدش می‌کند.

□ مشکل پیدا کردن با مفهوم و فلسفه برنامه‌های

۱۲گامی. اگر درمانجویان در حال بهبودی دوازدهم یا الکل مصرف کنند، احتمالاً دیگر در جلسات گروه‌های ۱۲گامی شرکت نخواهند کرد. برنامه‌هایی که موضوعی حیاتی در بهبودی اند - چون مصرف مواد و داروهای غیرقانونی و الکل برخلاف اصول برنامه‌های ۱۲گامی است و چنین درمانجویانی با شرکت در این جلسات روز به روز بیشتر احساس گناه خواهند کرد.

□ تأثیر تخلف از پاکی. وقتی درمانجویی دوازدهم یا الکل مصرف می‌کند، این میل شدید در او

به وجود می‌آید که: «خُب، حالا که مشروب خوردم، چه می‌شود اگر هم کمی مت مصرف کنم.»

□ ایجاد اختلال در رفتارهای جدید. مصرف دوازدهم یا الکل برای مقابله با مشکلات و فشارهای

زندگی، باعث می‌شود اختلال‌هایی در یادگیری رفتارهای جدید درمانجو به منظور مبارزه با اعتیادش به وجود بیاید. همان‌طور که قبلاً گفتیم، یادگیری رفتارهای جدید سالم لازمه رسیدن به بهبودی درازمدت و پایدار است.

اسلاید ۲۳-۵: مرحله پاکی درازمدت (توجیهات

بازگشت)

■ توجیهات بازگشت وقتی پیش می‌آید که مغز معتاد درمانجو تلاش می‌کند دلیلی ظاهراً منطقی (توجیه) بیاورد برای رفتاری که او را به سمت بازگشت به مصرف می‌کشاند.

۵۲۴ تا ۵۲۹ آمده و جریان توجیه بازگشت توضیح داده شده است.

اسلاید ۳۰ - ۵: مرحله چهارم: سازگاری مجدد

■ مرحله سازگاری مجدد معمولاً ۴ تا ۶ ماه طول می‌کشد.

■ هر چند که درمانجو مشکلات جسمی ناشی از قطع مصرف را پشت سر گذاشته و بسیاری یا بیشتر تأثیرات جسمی اعتیاد را برطرف کرده است، هنوز هم تا بهبودی کامل راه درازی را در پیش دارد.

■ حالا بیشتر درمانجویان احساس می‌کنند که کار عظیم درمان را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند و در نتیجه، احساس غرور می‌کنند.

■ این احساس ممکن است درمانجویان و خانواده‌هایشان را به این نتیجه نادرست برساند که حالا می‌توانند به زندگی عادی پیش از درمان خود برگردند.

■ درمانجویان در حال بهبودی (و اعضای خانواده‌شان) که این مرحله را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند باید بدانند که سبک زندگی و تغییراتی که در روابطشان انجام داده‌اند حالا تعریف جدیدی از «زندگی عادی» را مطرح کرده است.

■ وقتی درمانجویان این دوره درمانی را تمام کردند، باید از یادگیری مهارت‌های جدید برون‌د به سمت □ در پیش گرفتن یک زندگی متعادل

□ گوش به زنگ نشانه‌های بازگشت به مصرف ماندن

□ درک و پذیرش این که بهبودی چیزی نیست جز یک روند عمرانه

□ در پیش گرفتن علایق و سرگرمی‌ها و تفریحات جدید

■ درمانجو، به خاطر ثبات روحی و هیجانی در این مرحله، ممکن است سراغ حل و فصل مسائل اساسی‌ای برود (و گاهی از آن‌ها تخلف کند) که از آن‌ها فاصله گرفته بود یا تا آن زمان مطرح نبوده است.

اسلاید ۳۱ - ۵: مرحله سازگاری مجدد

■ از آن جا که وسوسه مصرف در این مرحله به ندرت اتفاق می‌افتد و خفیف‌تر است، امکان دارد درمانجویان

□ فکر کنند که حالا می‌توانند دواي دوم مصرف کنند، بدون این که خطری برایشان داشته باشد.
□ از میزان هشیاری و گوش‌بزرگی‌شان در برابر نشانه‌های بازگشت به مصرف کم کنند و خطرات بازگشت را دست کم بگیرند.

□ در اجرای قوانین و مقررات درمانی و نظم و نظامی که در زندگی‌شان برقرار کرده‌اند سخت‌گیری لازم را فراموش کنند و در نتیجه خود را در موقعیت‌های پرخطر قرار دهند.

□ روابط با دوستان معتادشان را از سر بگیرند.

□ در فعالیت‌های مربوط به بهبودی‌شان سهل‌انگاری کنند و ضرورت و اهمیت بهبودی را به‌بوته فراموشی بسپارند.

■ درمانجویان در حال بهبودی و خانواده‌هایشان ممکن است هنوز با پذیرش اعتیاد و این که بهبودی یک روند عمرانه است در کلنجار باشند.

■ ظاهر شدن یا دوباره ظاهر شدن بعضی از امور عاطفی و هیجانی یا مسائل روابط خانوادگی ممکن است ناراحتی‌ها و در نتیجه میل به مصرف مواد یا الکل را به دنبال داشته باشد. برای جلوگیری از بازگشت

مقدمه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور توضیح می‌دهد که:

■ جلسه امروز فرصتی است برای درمانجویان و خانواده‌هایشان تا در مورد مسائل و ترس‌هایشان از احتمال بازگشت به مصرف با هم بحث کنند.

■ بازگشت به مصرف مواد یا الکل تنها بعد از رسیدن به پاکی اتفاق می‌افتد.

■ بسیاری از درمانجویان در نقطه‌ای به دام بازگشت به مصرف می‌افتند. بهبودی شبیه یاد گرفتنِ هر کار سختی است؛ بیشتر درمانجویان مهارت بهبودی را بدون مرتکب شدن اشتباهی به چنگ نمی‌آورند.

■ با وجود این، بازگشت به مصرف حتمی نیست. بعضی‌ها بدون بازگشت هم به بهبودی پایدار و درازمدت می‌رسند.

■ اعضای خانواده درمانجو هم به نوعی دچار بازگشت می‌شوند: کسانی که روش‌های سالم و جدید برقراری ارتباط و رفتار را یاد گرفته‌اند ممکن است به رفتار و راه‌های قدیمی ارتباط عقب‌گرد کنند و وقتی عزیز درمانجویان به طرف مصرف مواد و الکل بازگشت همان رفتار و کردار سابق را در پیش بگیرند.

■ طبیعی است که درمانجویان و اعضای خانواده‌شان از بازگشت بترسند.

مرور کاربرگ (۱۰ تا ۱۵ دقیقه)

مشاور

■ نسخه‌ای از کاربرگ گاخ ۶ الف: مقابله با احتمال بازگشت به مصرف: ویژه درمانجویان در حال بهبودی را به درمانجویان می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد مطالب کاربرگ را بخوانند و به دقت به سؤال‌های آن پاسخ دهند.

احتمالی، این مسائل را باید با مشاوران و متخصصان در میان گذاشت.

اسلاید ۳۲ - ۵: مرحله سازگاری مجدد

■ برقراری تعادل و توازن در زندگی مسئله‌ای است حیاتی در این دوره (و در آینده).
■ این نمودار بهبودی توازن و تعادل لازم در زندگی برای حفظ و ادامه پاکی را نشان می‌دهد.
■ هر کس باید تعادل لازم در زندگی‌اش را طوری پیدا و برقرار کند که متناسب با ویژگی‌ها و شرایطش باشد.
■ خانواده‌ها می‌توانند در پیدا کردن و حفظ این تعادل به درمانجویان کمک کنند.

جلسه ۶: مبارزه با احتمال بازگشت به مصرف مواد (بحث گروهی چند خانواده‌ای)

اهداف جلسه

■ کمک به شرکت‌کنندگان در کندوکاو در احساسات و ترس‌هایشان از بازگشت به مصرف.
■ کمک به درمانجویان و اعضای خانواده‌شان در درک هر چه بهتر و بیشتر ترس‌ها و نیازهای همدیگر.
■ کمک به شرکت‌کنندگان در این موضوع که فکرهايشان دربارهٔ مقابله و مبارزه با بازگشت به مصرف را با دیگران در میان بگذارند.

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۶ الف: مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد: ویژه درمانجویان در حال بهبودی
■ کاربرگ گاخ ۶ ب: مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد: ویژه اعضای خانواده و عزیزان درمانجو
■ کاربرگ گاخ ۶ پ: اعضای خانواده و بهبودی

■ نسخه‌ای از کاربرگ گاخ ۶ ب: مقابله با احتمال بازگشت به مصرف: ویژه اعضای خانواده و عزیزان درمانجو را به اعضای خانواده و عزیزان درمانجو می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد مطالب کاربرگ را بخوانند و به دقت به سؤال‌های آن پاسخ دهند.

■ به شرکت کنندگان می‌گوید که جواب‌هایشان به این سؤال‌ها قرار است موضوع بحث جلسه باشد، و این که هیچ کس جواب‌هایشان را نخواهد دید، مگر این که خودشان راضی به این کار باشند.

بحث موضوعی (۵۰ تا ۵۵ دقیقه)

مشاور

■ بحث را اداره می‌کند و از جواب شرکت کنندگان به سؤال‌های کاربرگ‌ها برای هدایت جلسه استفاده می‌کند.

■ روی پیشنهادها و نظرات خوبی که در بحث مطرح می‌شود تأکید خاصی انجام می‌دهد.

خلاصه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور

■ پیشنهادها و نظرات درباره روش‌های مفید و مؤثر مقابله با بازگشت را که در بحث مطرح شده‌اند جمع‌بندی می‌کند.

■ کاربرگ گاخ ۶ پ: اعضای خانواده و بهبودی را به اعضای خانواده می‌دهد.

■ توضیح می‌دهد که این کاربرگ مطالب مفیدی برای اعضای خانواده درمانجویان در حال بهبودی دارد که باید همیشه به خاطر داشته باشند و بهتر است هر از چندگاه به آن مراجعه کنند.

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

جلسه ۷: مواد شبه افیونی و مواد پاتوقی (ارائه

پاورپوینت)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

■ آشنا کردن شرکت کنندگان با ماهیت و شیوع مواد شبه افیونی (مانند هروئین، اکسی کدون، و مورفین) و مواد پاتوقی (مانند کتامین، ال اس دی، و اکستاسی).

■ آشنا کردن شرکت کنندگان با خطرات مواد شبه افیونی و مواد پاتوقی برای سلامتی و بهبودی درمانجویان.

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۷ الف: مواد شبه افیونی در یک نگاه

■ کاربرگ گاخ ۷ ب: مواد پاتوقی در یک نگاه

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤال‌هایشان را مطرح کنند. در صفحات ۶۹ تا ۷۶ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری مطرح سازد که برای شرکت کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می کند و آن را جهت می دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می پرسد:

- کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟ چه چیزی برایتان جالب بود؟
- این اطلاعات چه طور با تجربیات شما مربوط می شد؟
- این اطلاعات چه طور روی خانواده تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن ها تأثیر می گذارد؟

- چه سؤال هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت کنندگان اختصاص می دهد تا سؤال های عمومی ای را که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را دربردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۷: مواد شبه افیونی و مواد پاتوقی

- در این بخش نگاهی می اندازیم به مواد شبه افیونی و پاتوقی، انواع آن ها، مصرف کنندگان شان، تأثیرشان در بدن، و خطراتی که برای بهبودی دارند.
- کاربرد گاخ ۷ الف: مواد شبه افیونی در یک نگاه و کاربرد گاخ ۷ ب: مواد پاتوقی در یک نگاه خلاصه مطالبی را که در این جلسه بحث می شود در بر دارند.

اسلاید ۲ - ۷: ضرورت و اهمیت پاکی کامل

- درمانجویان در حال بهبودی برای موفقیت در برنامه درمانی باید به پاکی کامل برسند. پاکی از تمام مواد روان گردان امکان موفقیت بهبودی را به میزان بسیار زیادی افزایش می دهد.
- اگر درمانجویی به علت اعتیاد به مواد محرک و شیشه تحت درمان باشد، باید تمام مواد غیرقانونی از جمله ماری جوانا را که به نظر عده ای بی ضرر است کنار بگذارد تا بهبودی موفقیت آمیزش تضمین شود.

اسلاید ۳ - ۷: مواد شبه افیونی چیست؟

- مواد شبه افیونی گروهی از موادی هستند که روی گیرنده های افیونی مغز عمل می کنند. مواد شبه افیونی طبیعی (مثل مورفین و هروئین و تریاک) و مواد شبه افیونی ترکیبی یا صنعتی (مانند میپریدین و اکسی کودون) اثرات مشابهی دارند.
- مواد شبه افیونی مسکن درد هستند، چون حس را تضعیف و آرام می کنند و نگرانی ناشی از انتظار درد را کم می کنند.
- عده ای از مواد شبه افیونی سوءاستفاده می کنند تا احساس قوی سرخوشی و نشنگی را در خود به وجود آورند.

اسلاید ۴ - ۷: تأثیرات جسمی مواد شبه افیونی

- وقتی مواد شبه افیونی وارد مغز می شوند، در مدت بسیار کوتاهی تأثیر خود را به جامی گذارند.
- تأثیرات جسمی این مواد مردمک را تنگ می کند، پوست صورت و بدن گل می اندازد و اندام های بدن سنگین می شود. معتادان هروئین را «چرتو» می گویند، چون ظاهرشان مانند آدم های خواب آلود به نظر می رسد.

■ یک حالت سستی و خواب آلودگی، بعد از هجوم سرخوشی ظاهر می‌شود. سردرد و سرگیجه در این مرحله شایع است. چند ساعت بعد از مصرف، این تأثیرات فوری از بین می‌روند.

اسلاید ۵ - ۷: مواد شبه افیونی و تحمل

■ وقتی مصرف مواد ادامه می‌یابد، برای رسیدن به تأثیر و نشنگی اولیه باید مقادیر بیشتر و بیشتری مصرف شود که به آن تحمل می‌گویند.

■ بالاخره کار به جایی می‌رسد که مواد نمی‌تواند برای نشنگی کافی باشد و معتاد فقط به این دلیل مصرف می‌کند که دچار عوارض ناشی از نرسیدن مواد به بدنش نشود.

اسلاید ۶ - ۷: وابستگی در مقابل اعتیاد

■ مصرف مداوم مواد به وابستگی یا اعتیاد منجر می‌شود.

■ کسانی که پزشک برایشان مواد شبه افیونی تجویز کرده تا دردهایشان آرام شود به ندرت معتاد می‌شوند.

■ در درازمدت، حتّا کسانی که داروهای تجویزی پزشک را مصرف می‌کنند ممکن است به داروهای شبه افیونی وابسته شوند.

■ این افراد باید مصرف داروهای شبه افیونی تجویز شده را به تدریج و رفته‌رفته قطع کنند. در غیراین صورت، دچار عوارض ناشی از قطع مصرف می‌شوند.

■ اعتیاد یعنی وابستگی فیزیکی به مصرف مواد همراه با میل شدید بی‌اختیار و تکانشی به آن، حتّا اگر عوارض و عواقب منفی داشته باشد.

اسلاید ۷ - ۷: قطع مصرف مواد شبه افیونی

■ کسی که به مواد شبه افیونی وابسته یا معتاد باشد، در صورت قطع ناگهانی مصرف، دچار عوارض قطع مصرف یا ترک می‌شود. نشانه‌های قطع مصرف یا ترک عبارت‌اند از بی‌قراری، درد شدید ماهیچه‌ها و استخوان‌ها، بی‌خوابی، اسهال، استفراغ، تب و لرز.

■ عوارض قطع مصرف و ترک یک هفته طول می‌کشد. این عوارض به ندرت باعث مرگ آدم بزرگسال سالم می‌شود، امّا در زنان باردار ممکن است موجب درد زایمان زودرس یا سقط جنین شود.

اسلاید ۸ - ۷: سوءاستفاده از داروهای شبه افیونی تجویزی

■ داروهای شبه افیونی تجویزی عمده‌ای که در مصرف آن‌ها سوءاستفاده می‌شود عبارت‌اند از اکسی کدون (با نام‌های تجارّتی اکسی کوتین، پرکودان، پرکوست، تیلوکس)، مِپریدین (با نام تجارّتی دِمِرول) و هیدرومورفون (با نام تجارّتی دیلاؤدید).

■ در چند اسلاید بعدی دربارهٔ اکسی کدون بحث خواهیم کرد. اکسی کوتین قوی‌ترین شکل اکسی کدون موجود است.

اسلاید ۹ - ۷: اکسی کدون (الگوی مصرف)

■ سوءمصرف اکسی کدون در امریکا ظاهراً افزایش می‌یابد.

■ برطبق پیمایش ملی بهداشت و مصرف مواد در سال ۲۰۰۴، بیش از ۱۰ درصد امریکاییان ۱۸ تا ۲۵ ساله اکسی کدون را بدون تجویز پزشک مصرف می‌کنند. از زمان ساخته شدن این دارو در سال ۱۹۹۵ تعداد کسانی که اکسی کدون را بدون تجویز

آلوده در معرض بیماری‌هایی مانند هپاتیت و اچ آی وی و ایدز قرار می‌گیرند.

■ اکسی کودون مانند همه مواد شبه افیونی بسیار اعتیادآور است.

اسلاید ۱۲ - ۷: هروئین (الگوی مصرف)

■ هروئین و مورفین اصلی‌ترین مواد شبه افیونی هستند که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. در چند اسلاید بعدی هروئین را بررسی می‌کنیم.

■ در آمریکا حدود ۱/۶ درصد افراد ۱۲ سال به بالا هروئین مصرف می‌کرده‌اند. بیش از ۳/۱ دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان هروئین مصرف کرده‌اند.^۴

■ در آمریکا حدود یک میلیون نفر معتاد به هروئین هستند.^۵

■ در بین سفیدپوستان، آمریکایی‌های لاتین تبار، و تمام افراد بالاتر از ۲۶ سال، هروئین بیشتر از هر ماده مخدر و محرک دیگری به جز الکل باعث مرگ شده است.^۶

■ ۱۵ درصد مراجعات به بخش اورژانس بیمارستان‌ها در آمریکا ناشی از مصرف هروئین است.^۷

■ بیشتر مصرف‌کنندگان هروئین مردان سفیدپوست بالاتر از ۳۰ سال ساکن در مناطق شهری‌اند.^۸ سن شروع مصرف هروئین از سال‌های میانی دهه دوم زندگی در سال ۱۹۹۰ به سال‌های اولیه دهه دوم زندگی در سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است.^۹

■ در سال‌های اخیر افزایش مصرف هروئین در میان افراد کم سن و سال تا حدودی به دلیل مصرف شکل‌های خالص‌تر هروئین بوده که هم ارزان‌تر است و هم دسترسی به آن راحت‌تر است. هروئین

پزشک مصرف می‌کنند هر ساله افزایش یافته است.^۱

■ بیشتر مصرف‌کنندگان بدون نسخه اکسی کودون افراد بالاتر از ۳۰ سال هستند.^۲

■ در سال ۲۰۰۴ بالغ بر ۵ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان مصرف اکسی کودون را حداقل یک بار در سال گزارش کردند.^۳

اسلاید ۱۰ - ۷: اکسی کودون (ویژگی‌ها)

■ اکسی کودون قرصی است که به تدریج عمل می‌کند و برای افراد دارای دردهای درازمدت مانند دردهای سرطانی و کمردرد تجویز می‌شود.

■ عده‌ای اکسی کودون را با تظاهر به این که دردهای شدید دارند، با جعل نسخه، و با دزدیدن آن از داروخانه‌ها به دست می‌آورند.

■ برای حذف تأخیر زمانی تأثیر اکسی کودون، قرص را خرد می‌کنند و به صورت پودر در می‌آورند و بعد آن را قورت می‌دهند، به بینی بالا می‌کشند (روش دماغی) یا در آب حل و تزریق می‌کنند.

■ وقتی اکسی کودون به این صورت‌ها مصرف می‌شود، نشنگی‌ای در حد هروئین ایجاد می‌کند.

اسلاید ۱۱ - ۷: اکسی کودون (خطرات)

■ اکسی کودون، نسبت به فرآورده‌های دیگر مانند پرکودون و پرکوست، مقدار بیشتری ماده شبه افیونی دارد.

■ وقتی اکسی کودون قبل از مصرف به صورت پودر در آورده می‌شود، خطر تنفس بسیار پایین، حمله قلبی و اوردوز بیشتر می‌شود.

■ کسانی که این قرص را در آب حل می‌کنند و محلول آن را تزریق می‌کنند به علت استفاده از سرنگ‌های

داروندارشان را در این راه می‌بازند و به جرم و جنایت روی می‌آورند.

■ از آن جا که خلوص هروئین‌ها فرق می‌کند، خطر آوردن تصادفی همیشه وجود دارد.

اسلاید ۱۵ - ۷: هروئین (خطر مبتلا شدن به بیماری)

■ بیشتر معتادان هروئین تزریقی هستند. کسانی که به دود کردن یا بالاکشیدن هروئین به دماغ شروع کرده‌اند بالاخره کارشان به تزریق می‌کشد، چون تزریق هروئین اثر سریعی دارد و زودتر به نشئگی می‌رسند.

■ تزریق هروئین دلیل یک سوّم تمام موارد اچ آی وی و نیمی از تمام موارد هپاتیت C در امریکا است.

■ تزریق هروئین به عوارض زیر منجر می‌شود: بسته شدن رگ‌ها، عفونت باکتریایی قلب و عروق، ذات‌الریه، سل، و بیماری‌های کبدی یا کلیوی.

اسلاید ۱۶ - ۷: موادّ پاتوقی چیست؟

■ موادّ پاتوقی شامل انواع مختلفی از مواد و داروهایی می‌شوند که عده‌ای به غلط فکر می‌کنند که نسبتاً بی‌خطرند. موادّ پاتوقی عبارت‌اند از: هیدرکسی بوتیرات (جی اچ بی)، روهیپنول، ال اس دی، و اکستاسی یا MDMA.

■ موادّ پاتوقی را عمدتاً سفیدپوستان کمتر از ۳۰ سال مصرف می‌کنند. دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان بیشترین مصرف‌کنندگان این مواد هستند.

■ موادّ پاتوقی را عمدتاً در انجمن‌های دانشجویی، پارتی‌ها، کنسرت‌ها و باشگاه‌ها مصرف می‌کنند.

خالص‌تر را می‌توان دود کرد یا به داخل بینی بالا کشید، ولی نمی‌توان تزریقش کرد.

■ دود کردن و به داخل بینی بالا کشیدن هروئین رواج بیشتری پیدا کرده و دلیلش این تصوّر غلط است که این روش‌های مصرف موجب اعتیاد نمی‌شود. ترس از خطرات تزریق به علت استفاده از سرنگ‌های آلوده هم به گسترش این روش‌های مصرف دامن زده است.

اسلاید ۱۳ - ۷: هروئین (ویژگی‌ها)

■ هروئین را از مورفین به دست می‌آورند و مورفین هم از گیاه خشخاش گرفته می‌شود. هروئین در اواخر قرن نوزدهم و در اوایل قرن بیستم به طور گسترده‌ای برای آرام کردن درد به کار گرفته شد. تزریق مورفین در سال ۱۹۱۴ ممنوع اعلام شد، چون هم بسیار اعتیادآور است و هم داروهای مسکن دیگری تولید شد.

■ هروئین خالص به صورت پودری سفید است. رنگ هروئینی که از خیابان‌ها تهیه می‌شود از سفید تا قهوه‌ای تیره متغیّر است و با مواد دیگری مانند شکر، شیر خشک، نشاسته یا سم‌هایی مانند استریکنین مخلوط می‌شود.

■ نام‌های عامیانه هروئین عبارت‌اند از گرد، هِر، اسب سفید و دوا.

اسلاید ۱۴ - ۷: هروئین (خطرات)

■ معتادان هروئین آن قدر به تهیّه و مصرف آن مشغول می‌شوند که تقریباً همه چیز زندگی را فراموش می‌کنند.

■ بعضی از معتادان هروئین دچار کاهش شدید وزن، کاهش آب بدن، و سوءتغذیه می‌شوند. عده‌ای

تأثیر خود را می‌گذارد. این اثر ۳ تا ۶ ساعت طول می‌کشد.

■ دوزهای بالای جی بی باعث پایین آمدن شدید تنفس، بی‌هوشی، و کما می‌شود. اگر جی بی با الکل مخلوط شود، امکان مرگ پیش می‌آید.

■ در سال ۱۹۹۰ در آمریکا حدود ۱۶۰۰۰ مورد اوردوز ناشی از جی بی گزارش شده که ۷۰ مورد آن‌ها به مرگ منجر شده است.^{۱۴}

اسلاید ۲۰ - ۷: روهیپنول (الگوی مصرف)

■ بیشتر مصرف کنندگان روهیپنول ۱۳ تا ۳۰ ساله و مرد هستند.^{۱۵}

■ به نظر می‌رسد مصرف روهیپنول در بیشتر مناطق آمریکا رو به کاهش است.

■ روهیپنول ارزان‌تر از دیگر مواد پاتوقی است و به این دلیل بعضی از جوانان به مصرف آن تمایل بیشتری دارند.

■ حدود ۱/۶ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان در آمریکا در سال ۲۰۰۴ دست‌کم یک بار روهیپنول مصرف کرده‌اند.^{۱۶}

اسلاید ۲۱ - ۷: روهیپنول (ویژگی‌ها)

■ روهیپنول نام تجاری دارویی است که در مکزیک و اروپا قانونی است و برای درمان بی‌خوابی به کار می‌رود. این ماده در آمریکا هرگز مجاز نبوده است.

■ قرص‌های روهیپنول را در بسته‌بندی اصلی آن می‌فروشند که این موضوع باعث می‌شود مردم فکر کنند که قانونی و مجاز است.

■ روهیپنول مانند هالسیون، والیوم و زاناکس کُندساز است، ولی به مراتب خطرناک‌تر از آن‌هاست.

اسلاید ۱۷ - ۷: هیدروکسی بورات یا جی بی (الگوی مصرف)

■ بیشتر مصرف کنندگان جی بی افراد ۱۸ تا ۳۰ ساله‌اند و بیشتر آن‌ها را مردان سفیدپوست طبقه متوسط تشکیل می‌دهند.^{۱۰}

■ مصرف جی بی به طور ناگهانی در دهه ۱۹۹۰ گسترش یافت. در سال ۱۹۹۴ در آمریکا ۵۶ مورد اورژانسی مربوط به مصرف جی بی گزارش شد؛ این آمار در سال ۲۰۰۲ تقریباً به ۵۰۰۰ مورد رسید. و این ۹۰۰۰ درصد افزایش در عرض ۸ سال را نشان می‌دهد.^{۱۱} گزارش اورژانس‌ها نشان می‌دهد که از سال ۲۰۰۲ به بعد این آمار کاهش یافته است.^{۱۲}

■ حدود ۲ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان در سال ۲۰۰۴ دست‌کم یک بار جی بی مصرف کرده بودند.^{۱۳}

اسلاید ۱۸ - ۷: جی بی (ویژگی‌ها)

■ جی بی در آزمایشگاه‌های غیرقانونی از مواد ارزان تولید می‌شود و پودر کم‌رنگی است که به راحتی در آب حل می‌شود. وقتی با آب مخلوط می‌شود، روشن و بی‌بو و بی‌طعم است.

■ جی بی در پارتی‌ها و مجالس به صورت محلول در آب یا نوشابه‌های انرژی‌زا فروخته می‌شود. آن را در سرپوش بطری می‌ریزند و می‌فروشند.

اسلاید ۱۹ - ۷: جی بی (تأثیرات جسمی)

■ جی بی حالت‌های سرخوشی و توهمی ایجاد می‌کند که بعد از آن به از دست دادن تعادل و هماهنگی اعضای بدن و اختلال در صحبت کردن می‌رسد. جی بی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از مصرف

اسلاید ۲۲ - ۷: روهیپنول (تأثیرات جسمی)

■ روهیپنول، مانند جی اچ بی، سرخوشی و توهم ایجاد می‌کند.

■ تأثیر روهیپنول ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بعد از مصرف شروع می‌شود و تا ۱۲ ساعت ادامه داد.

■ تأثیرات روهیپنول عبارت‌اند از پایین رفتن فشار خون، جویده جویده حرف زدن، قضاوت نادرست، و اشکال در راه رفتن.

■ روهیپنول ممکن است باعث این عوارض بشود: سردرد، کابوس، لرز و رعشه، دردهای ماهیچه‌ای، مشکلات گوارشی، رفتارهای پر خاش‌گرانه، و خوابی که ممکن است تا ۲۴ ساعت طول بکشد.

اسلاید ۲۳ - ۷: کتامین (الگوی مصرف)

■ کتامین در بین نوجوانان و دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویانی که در پارتی‌ها و مجالس شبانه شرکت می‌کنند بیشتر شایع است.

■ مصرف کتامین آهسته و پیوسته کاهش می‌یابد.

■ حدود ۱/۹ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان در سال ۲۰۰۴ دست کم یک بار کتامین مصرف کرده‌اند.^{۱۷}

اسلاید ۲۴ - ۷: کتامین (ویژگی‌ها)

■ کتامین داروی بیهوشی‌ای است که ابتدا در میدان‌های جنگ به خاطر سرعت تأثیر آن به کار رفت. امروزه مصرف آن اساساً به دام‌پزشکی محدود شده است. در آمریکا درمانگاه‌های دام‌پزشکی را صرفاً به خاطر به دست آوردن این دارو سرقت می‌کنند.

■ کتامین به صورت مایع تولید می‌شود، اما قبل از فروش غیرقانونی، آن را به شکل پودر در می‌آورند

که سفید و بی‌بو و بی‌طعم است. آن را می‌توان با ماری‌جوانا یا توتون و سیگار دود کرد، به بینی بالا کشید یا با نوشیدنی‌ها مخلوط کرد.

■ کتامین نه بویی دارد و نه طعمی، و بنابراین، تشخیص آن سخت است.

اسلاید ۲۵ - ۷: کتامین (تأثیرات جسمی)

■ کتامین احساسات و ادراکات را عوض می‌کند، توهم ایجاد می‌کند، و امکان دارد فراموشی بیاورد.

■ مقادیر کم کتامین باعث تغییر در احساسات و ادراکات می‌شود مثلاً احساس خوشایند پرواز یا شناور بودن (توی فضا رفتن)، یا خارج شدن از بدن خود.

■ مقادیر بالای مصرف موجب از دست دادن تقریباً کل حواس پنج‌گانه می‌شود که بسیار وحشت‌ناک است و به غارِکا (K-hole) معروف شده.

■ تأثیر کتامین چند دقیقه پس از مصرف آن شروع می‌شود و معمولاً در عرض یک ساعت از بین می‌رود، گرچه مصرف کنندگان آن می‌گویند که ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از مصرف آن هنوز به حالت عادی بر نمی‌گردند.

■ مصرف بالای کتامین ممکن است حمله قلبی، سکتۀ مغزی و کمبود اکسیژن را به دنبال داشته باشد که همه آن‌ها به کما و مرگ منجر می‌شوند.

اسلاید ۲۶ - ۷: مواد پاتوقی و تجاوز به عنف سرِ قرار ملاقات

■ کتامین، مانند جی اچ بی و روهیپنول، انسان را گیج و بی‌دفاع می‌کند و او را در مقابل جرم و جنایت، مخصوصاً تجاوز به عنف، آسیب‌پذیر می‌سازد.

اسلاید ۲۹ - ۷: ال اس دی (تأثیرات جسمی)

■ اولین تأثیر ال اس دی ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بعد از مصرف آن ظاهر می شود. تأثیرات جسمی آن عبارت‌اند از افزایش ضربان قلب و فشارخون، عرق کردن، تهوع، خشک شدن دهان، از دست دادن اشتها، سستی و بی حالی و لرز.

■ مقادیر پایین ال اس دی باعث نوسانات خلقی سریع و شدت عواطف و احساسات می شود.

■ مقادیر بالای ال اس دی موجب برهم خوردن ادراکات می شود مثلاً شکل‌ها عوض می شوند، زمان کندتر حرکت می کند، و احساسات با هم مخلوط می شوند. این توهمات را «توی فضا رفتن» و «فضانوردی» می گویند.

■ این توهمات شدید (فضانوردی) حالت بسیار وحشت‌ناکی است که باعث گیجی و سردرگمی، وحشت‌زدگی و سراسیمگی می شود. توهمات ال اس دی باعث حوادث مرگ‌بار می شود.

■ «فضانوردی» ممکن است تا ۱۲ ساعت ادامه داشته باشد. مصرف‌کننده پس از آن دچار کوفتگی، خستگی روحی و افسردگی می شود.

■ یکی از خطرناک‌ترین جنبه‌ال اس دی این است که نمی توان پیش‌بینی کرد که مصرف‌کننده دچار چه حالت‌هایی می شود. تأثیر آن بستگی دارد به مقدار مصرف، خلق و خو و روحیه مصرف‌کننده، و محیطی که در آن مصرف می کند.

■ مصرف‌کنندگان مداوم ال اس دی در افکارشان معمولاً به خاطرات گذشته برمی گردند که در این حالت، بدون این که مصرف کرده باشند، ناگهان دچار توهم می شوند.

■ کسانی که این مواد را مصرف می کنند در مقابل حمله جنسی نمی توانند از خود دفاع کنند.

■ روهپینول بی بو و بی طعم است و آن را می توان به آسانی در نوشابه حل کرد.

■ روهپینول‌های جدید وقتی در نوشابه حل می شوند به رنگ آبی در می آیند تا قابل تشخیص باشند و خطر استفاده از آن در تجاوز به عنف سر قرار ملاقات کم تر شود.

اسلاید ۲۷ - ۷: ال اس دی (الگوی مصرف)

■ ال اس دی را اساساً جوانان و دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان مصرف می کنند.

■ در امریکا حدود ۱۰ درصد افراد ۱۲ سال به بالا مصرف ال اس دی را آزمایش کرده‌اند؛ ۲ درصد مردم در سال ۲۰۰۳ دست کم یک بار ال اس دی مصرف کرده‌اند.

■ در سال‌های اخیر در امریکا مصرف ال اس دی رو به کاهش بوده است.

■ در سال ۲۰۰۴ در امریکا ۲/۲ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان گزارش کردند که در سال گذشته دست کم یک بار ال اس دی مصرف کرده‌اند.

اسلاید ۲۸ - ۷: ال اس دی (ویژگی‌ها)

■ ال اس دی قوی‌ترین مواد تغییردهنده خلق و خو و ادراک و احساس است و هیچ کاربرد پزشکی ندارد.

■ ال اس دی گاهی به صورت قرص به فروش می رود، اما بیشتر در کاغذ خشک‌کن حل می شوند و این کاغذها را به صورت قطعات شطرنجی در می آورند. ال اس دی بی بو، اما کمی تلخ و تند است.

■ ال اس دی ممکن است به افسردگی درازمدت یا اسکیزوفرنی منجر شود.

اسلاید ۳۰ - ۷: اکستاسی (الگوی مصرف)

■ اکستاسی را عمدتاً جوانان سفیدپوست دانشجوی طبقه بالا مصرف می کنند^{۲۰}.

■ اکستاسی که ابتدا بیشتر در پارتی ها و باشگاه ها به کار می رفت به دیگر محیط های اجتماعی هم سرایت کرده است.

■ در امریکا نزدیک به ۵ درصد افراد ۱۲ سال به بالا اکستاسی را امتحان کرده اند؛ یک درصد در سال ۲۰۰۳ دست کم یک بار مصرف کرده اند^{۲۱}.

■ در سال ۲۰۰۴ حدود ۴ درصد دانش آموزان سال های آخر دبیرستان دست کم یک بار اکستاسی مصرف کرده اند، به نظر می رسد این آمار در حال کاهش است^{۲۲}.

اسلاید ۳۱ - ۷: اکستاسی (ویژگی ها)

■ اکستاسی در دهه ۱۹۷۰ در روان درمانی به کار می رفت، اما چون ارزش درمانی نداشت مصرف آن ممنوع شد.

■ اکستاسی خالص پودر سفیدرنگی است، اما قبل از فروش می توان آن را با داروها یا مواد دیگر مخلوط کرد و معمولاً به صورت قرص درآورد.

اسلاید ۳۲ - ۷: اکستاسی (تأثیرات جسمی)

■ تأثیرات جسمی مصرف اکستاسی عبارت اند از افزایش فشار خون و ضربان قلب، تهوع، از بین رفتن اشتها، سفتی آرواره ها، دندان قروچه و جویدن های بی اختیار و تکانشی.

■ مصرف کننده اکستاسی بعد از نشئگی اولیه (یا «ترکاندن»)، حالت آرام و مثبتی را احساس می کند که ۳ تا ۶ ساعت طول می کشد. این حالت را «اول» بودن می گویند.

■ اکستاسی همچنین موارد زیر را در انسان به وجود می آورد: افزایش انرژی و شور و شوق، میل به تحریک بصری / دیداری، افزایش حساسیت و واکنش به دریافت های حسی.

■ چون اکستاسی در مصرف کننده احساس نوع دوستی و تحمل دیگران را افزایش می دهد، بسیاری از مردم به غلط فکر می کنند که داروی بی ضرری است.

■ اکستاسی ممکن است حرارت بدن را به میزان خطرناکی (مثلاً تا ۴۵ درجه) بالا ببرد. این تب بالا موجب از دست رفتن شدید آب بدن می شود و مرگ را به دنبال دارد.

■ چون از دست دادن آب بدن با مصرف اکستاسی را مردم عادی هم می دانند، عده ای برای مقابله با آن آب بسیار زیادی می خورند که ممکن است به بیماری خطرناک و کشنده ای به نام هیپوناترمی منجر شود.

■ اکستاسی سلول های عصبی را از بین می برد. مطالعات در مورد موش های صحرایی و میمون ها نشان می دهد که حتی مقادیر پایین اکستاسی آسیب هایی را در مغز به وجود می آورد که تا ۷ سال بعد هم ترمیم نمی شوند.

یادداشت ها

1. Substance Abuse And Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results from the*

6. Center for Substance Abuse Prevention, *Heroin: What's the Real Dope?* DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003, p.11.

۷. نگاه کنید به یادداشت ۵، ص ۴.

۸. نگاه کنید به یادداشت ۵، ص ۲.

۹. نگاه کنید به یادداشت ۶، ص ۱۰.

10. Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB)*, Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2002, p. 2. www.whitehousedrugpolicy.gov/pdf/gamma_hb.pdf [accessed September 16, 2005].

11. National Institute on Drug Abuse, *NIDA Info Facts: Rohypnol and GHB*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005, p.2. www.drugabuse.gov/pdf/infofacts/Rohypno105.pdf [accessed September 16, 2005].

12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Club Drugs*, 2002 Update. *The DAWN Report* Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA. July 2004.

۱۳. نگاه کنید به یادداشت ۱۱.

۱۴. نگاه کنید به یادداشت ۱۰.

15. Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Rohypnol*, Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2002, p. 1. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/rohypnol/rohypnol.pdf [accessed September 16, 2005].

۱۶. نگاه کنید به یادداشت ۳، ص ۴۳.

۱۷. نگاه کنید به یادداشت ۳، ص ۴۳.

۱۸. نگاه کنید به یادداشت ۴.

19. National Institute on Drug Abuse, *NIDA Info Facts: LSD*. Bethesda, MD: National Institutes of

2004 *National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005. www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k4Results/2k4Results.htm#toc [accessed January 30, 2006]

2. Office of National Drug Control Policy, *Pulse Check: Trends in Drug Abuse*. Washington DC: Executive Office of the President, November 2002.

www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/drugfact/pulsechk.nove02/pulse_nove02.pdf [accessed September 16, 2005].

3. Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; Bachman, J.G.; and Schulenberg, J.E.; *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings 2004*. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005. www.monitoring.org/pubs/monographs/overview2004.pdf [accessed September 16, 2005].

4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004, p. 37. www.oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/2k3OverviewW.pdf [accessed January 16, 2005]

5. Office of National Drug Control Policy, *Fact sheet: Heroin*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, June 2003, p. 1. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/heroin/197335.pdf [accessed September 16, 2005].

باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری بیان کند که برای شرکت‌کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

□ کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟

چه چیزی برایتان جالب بود؟

□ این اطلاعات چه‌طور با تجربیات شما مربوط می‌باشد؟

□ این اطلاعات چه‌طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟

□ چه سؤال‌هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را دربردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۸: نقش خانواده‌ها در بهبودی

■ در این جلسه درباره خانواده درمانجو و عزیزان و افراد تأثیرگذار در زندگی او صحبت می‌کنیم. تمام

Healthe, March 2005, p.2.
www.nida.nih.gov/pdf/infofacts/LSD05.pdf
[accessed September 16, 2005].

20. Center for Substance Abuse Prevention, *Ecstasy: What's All the Rave About?* DHHS Publication No. (SMA) 3710B. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, p.9.

۲۱. نگاه کنید به یادداشت ۴.

۲۲. نگاه کنید به یادداشت ۳، ص ۴۳.

جلسه ۸: نقش خانواده‌ها در بهبودی (ارائه)

پاورپوینت)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

- کمک به خانواده‌ها و عزیزان درمانجو در شناخت هر چه بهتر اعتیاد و بهبودی.
- کمک به خانواده‌ها و عزیزان در شناخت روش‌های حمایت از بهبودی درمانجویان.

کاربرگ‌ها

- کاربرگ گاخ ۸ الف: پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد
- کاربرگ گاخ ۸ ب: توجیه بازگشت
- کاربرگ گاخ ۸ پ: جلوگیری از انحراف مسیر منجر به بازگشت به مصرف

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤالاتشان را مطرح کنند. در صفحات ۷۸ تا ۸۸ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور

درمانجو. اگر کسی با شما صمیمی است و یار و یاور و دلسوز شما باشد، او عضوی است از خانواده شما.

اسلاید ۳ - ۸: اعتیاد یعنی چه؟

■ اعتیاد عبارت است از فرایند پیچیده جسمی و روانی‌ای که در مغز انسان صورت می‌گیرد. مغز، در نتیجه مصرف مواد، تغییر می‌کند و معتاد رفتارهایی پیدا می‌کند که تأثیری منفی بر خود او و خانواده‌اش می‌گذارد.

■ اعتیاد یک اختلال پزشکی است. این تصوّر که اعتیاد نشانه ضعف شخصی، بی‌ارادگی، یا سقوط اخلاقی است در روند بهبودی تأثیری منفی می‌گذارد.

اسلاید ۴ - ۸: شکل‌گیری اعتیاد

■ دو بخش از مغز در شکل‌گیری اعتیاد مؤثر است: قشر پیش‌پیشانی مخ، و دستگاه کناری.

■ قشر پیش‌پیشانی مخ مسئول هوش، منطق و تفکر انسان است، تصمیم‌گیرنده است و در واقع کامپیوتر مغز است. این قشر دائماً رفتارهای ما را هدایت می‌کند و نتایج مثبت و منفی هر موقعیتی را ارزیابی می‌کند تا تصمیمی بگیرد.

■ دستگاه کناری از قسمت‌های کوچک‌تری تشکیل می‌شود که زیر قشر پیش‌پیشانی مخ قرار دارند. این دستگاه که مسئول احساسات و هیجان‌ها و انگیزه‌های ماست باعث اعتیاد می‌شود. هر مقداری از مواد مخدر، مخصوصاً مواد محرک، دستگاه کناری را فعال می‌کند. بالاخره این دستگاه آن‌قدر بیش از اندازه تحریک می‌شود که محدودیت‌های طبیعی و منطقی بر رفتار از بین می‌رود.

■ یکی از راه‌های درک درست اعتیاد این است که آن را مبارزه‌ای بین بخش منطقی و عقلانی مغز (قشر

شرکت‌کنندگان در این جا جمع شده‌اند، چون زندگی درمانجو برایشان مهم است و نگرانش هستند.

■ درمانجویان در حال درمان این جا جمع شده‌اند، چون نگران خود و خانواده‌ها و عزیزانشان هستند؛ اعضای خانواده و عزیزان درمانجو این جا هستند، چون می‌خواهند از او حمایت کنند و او را به درمان و بهبودی تشویق کنند.

■ وقتی در خانواده‌ای کسی باشد که مواد محرک و شیشه مصرف می‌کند، زندگی خانواده به هم می‌خورد و تیره و تار می‌شود. معتاد با این کارهایش خود را نابود می‌کند. ممکن است خانواده برای مقابله با این وضع به اقدامات نامناسبی دست بزنند. کسانی که در این ماجرا درگیرند معمولاً نمی‌دانند که چه‌طور کار به این جا کشیده؟ چرا اوضاع این قدر بد شد؟ وقتی کسی در این وضعیت خراب گیر می‌کند، نمی‌تواند ارزیابی درستی از آن داشته باشد.

■ در این جلسه بررسی می‌کنیم که چرا بعضی‌ها معتاد می‌شوند و آن‌ها و خانواده‌هایشان چه‌طور می‌توانند از شرّ این اعتیاد خلاص شوند. امیدواریم که با پیدا کردن درک درستی از ماهیت اعتیاد و بهبودی، اعضای خانواده بتوانند هرچه مؤثرتر از عزیز معتادشان حمایت کنند.

اسلاید ۲ - ۸: خانواده در برنامه ماتریکس چه تعریفی

دارد؟

■ در برنامه ماتریکس، خانواده را بسیار کلی‌تر در نظر می‌گیریم.

■ خانواده افراد زیر را در بر می‌گیرد: بستگان درجه اول و درجه دوم، دوستان، مشاوران و مربیان، و همکاران

می‌گیرد که مصرف مت کار خوبی است، چون مزایا و فوایدی دارد.

■ در این مرحله، به نظر می‌رسد جنبه‌های مثبت بر جنبه‌های منفی می‌چربد. این موضوع که مت غیرقانونی است و پولی برای خریدن آن به هدر می‌رود چندان مهم نیست.

اسلاید ۷ - ۸: فرایند شناختی (سرخورگی)

■ کسی که به مصرف مت ادامه می‌دهد بالاخره سرخورده می‌شود، چون عواقب منفی مصرف مت آشکارا بر نتایج مثبت آن می‌چربد.

■ بعضی‌ها وقتی که متوجه می‌شوند مصرف مت برای سلامتی‌شان ضرر دارد دیگر مصرف نمی‌کنند. آن‌هایی که نمی‌توانند جلوی مصرف خودشان را بگیرند معتاد می‌شوند.

■ عطش شدید به مصرف مت حالا قوی‌تر از بخش عقلانی و منطقی مغز می‌شود.

■ تصمیم منطقی به مصرف نکردن و اراده حالا دیگر برای منصرف کردن وسوسه مت کافی نیست - وسوسه‌ای که در بخش احساسی و هیجانی مغز ریشه دوانده است. فرایند منطقی و تصمیم‌گیرنده مغز شدیداً صدمه دیده، و برآوردن نیازها و دستورهای مغز معتاد انسان اولویت پیدا کرده است.

اسلاید ۸ - ۸: فرایند شرطی‌شدگی (وسوسه ملایم)

■ زمانی که فرایند شناختی در قشر پیش‌پیشانی مخ صورت می‌گیرد، درست در همان زمان اتفاقاتی در دستگاه کناری کسی که مت مصرف کرده است روی می‌دهد. به این فرایند می‌گوییم شرطی‌شدگی.

پیش‌پیشانی و بخش احساسی و هیجانی آن (دستگاه کناری) در نظر بگیریم.

■ در مورد بسیاری از مصرف‌کنندگان مت، ابتدا بخش منطقی مغز مصرف مت را کنترل می‌کند و جلوی آن را می‌گیرد. اما با مصرف مداوم مت، این ماده روی بخش‌هایی از مغز که بر احساس و هیجان و انگیزه کنترل دارند تأثیر می‌گذارد و به عقل و منطق و تفکر درست مسلط می‌شود.

اسلاید ۵ - ۸: شکل‌گیری واکنش وسوسه

■ وسوسه عبارت است از میل شدید جسمی و روانی به مصرف مواد.

■ سه روند جداگانه جمع می‌شوند و وسوسه مصرف مواد را به وجود می‌آورند:

□ فرایند شناختی □ تفکر بی‌اختیار و اجباری □ فرایند شرطی‌شدگی

■ فرایند شناختی یعنی این که بخش منطقی و عقلانی مغز (قشر مخ) چه‌طور با مصرف مواد برخورد می‌کند.

■ فرایند شرطی‌شدگی یعنی شرکت و تأثیر بخش اساسی و هیجانی مغز (دستگاه کناری) در اعتیاد.

■ تفکر اجباری یعنی مبارزه و کشمکش بین واکنش‌های منطقی با واکنش‌های هیجانی در مقابل مصرف مواد.

اسلاید ۶ - ۸: فرایند شناختی (مراحل اولیه اعتیاد)

■ در مراحل اولیه اعتیاد، مصرف مت گهگاه است و غالباً در پارتی‌ها یا مناسبت‌ها و موقعیت‌های خاص صورت می‌گیرد.

■ مصرف به تدریج بیشتر می‌شود، اما بخش منطقی مغز هنوز کنترل اوضاع را در دست دارد و تصمیم

اسلاید ۹ - ۸: فرایند شرطی‌شدگی (وسوسه شدید)

■ همان‌طور که ارتباط ذهنی بین مت و لذتی که ایجاد می‌کند قوی‌تر و قوی‌تر می‌شود، چیزهایی به غیر از خود مت روز به روز بیشتر و بیشتر در مصرف‌کننده وسوسه‌هایی ایجاد می‌کنند، و این وسوسه‌ها قوی‌تر و قوی‌تر می‌شوند.

■ کسی که به مصرف مت ادامه می‌دهد، در صورتی که مصرف نکند، واکنش‌های جسمی شدیدی در او به وجود می‌آید.

■ در مراحل بعدی اعتیاد، فکر کردن به مت هم وسوسه شدیدی در شخص به وجود می‌آورد. وقتی معتاد، به مت یا مصرف آن فکر می‌کند، این فکرش او را شدیداً تحریک می‌کند، شبیه تأثیر واقعی مت.

■ جرعه‌های آغازگر مصرف خود به خود باعث ایجاد وسوسه مصرف می‌شود و این وسوسه‌هاست که معتاد را به سمت تهیّه و مصرف مت می‌برد.

اسلاید ۱۰ - ۸: فرایند شرطی‌شدگی (وسوسه غیرقابل مقاومت)

■ چیزی نمی‌گذرد که تعداد جرعه‌های آغازگر مصرف زیادتر می‌شود و دیگر نمی‌توان در مقابل آن‌ها و عوامل وسوسه‌کننده مصرف مقاومت کرد. حالا دیگر زمان اعتیاد - یعنی از بین رفتن کنترل بخش عقلانی مغز روی بخش احساسی و هیجانی آن - رسیده است.

■ شدت اعتیاد روز به روز بیشتر، و دفعات مصرف زیادتر می‌شود. حالا او هر روز مصرف می‌کند یا آن‌قدر مصرف می‌کند که از پادرمی‌آید و بی‌هوش می‌شود.

■ مغز معتاد او با وسوسه‌های دائمی و شدیدش کاملاً بر مغز عقلانی او مسلط می‌شود. معتادان نمی‌توانند

■ شرطی‌شدگی نوعی از یادگیری است براساس ارتباط و تداعی. هر زمانی که کسی مت مصرف می‌کند، ارتباط ذهنی بین مواد و تأثیرات خوشایند آن تقویت می‌شود. این تداعی و ارتباط طوری مغز را عادت می‌دهد که باز هم به مت احتیاج پیدا می‌کند.

■ ابتدا مصرف مت آن‌قدر دیر به دیر است که هیچ واکنش ناخودآگاهی به افراد، جاها یا موقعیت‌های مربوط به مت صورت نمی‌گیرد.

■ این ارتباط و تداعی به مرور زمان قوی‌تر و کلی‌تر می‌شود به طوری که نه تنها مصرف مت، بلکه فکر کردن به چیزهای مربوط به مت (پول، خانه ساقی، بعضی از دوستان) می‌تواند وسوسه به مصرف مت را در انسان به وجود بیاورد.

■ چیزهایی که به مصرف مت ارتباط دارند و تمایل به مصرف آن را در کسی به وجود می‌آورند جرعه‌های آغازگر مصرف می‌نامند.

■ وسوسه عبارت است از تمایل و اشتیاق به مصرف مت که از طریق فعال شدن مرکز احساسی و هیجانی مغز و از طریق تفکر بی‌اختیار و اجباری به مصرف مت تقویت می‌شود.

■ شکل‌گیری وسوسه مصرف مواد خودش نوعی فرایند است. مصرف مداوم مت باعث ایجاد و تثبیت وسوسه به مواد در ذهن انسان می‌شود.

■ ابتدا خرید و مصرف مواد است که مرکز احساسی و هیجانی و انگیزشی مغز را در دستگاه کناری فعال می‌کند. این کار به سرخوشی و تحریک فیزیولوژیکی (افزایش ضربان قلب و تنفس، تأثیرات آدرنالین، و انرژی و شور و شوق زیاد) ختم می‌شود.

■ مغز شروع می‌کند به برقرار کردن رابطه‌ای بین مت و لذت و شادی.

تغییراتی که مت در مغز ایجاد کرده، میل به مصرف آن را غیرقابل مقاومت کرده است.

اسلاید ۱۳ - ۸: مراحل وخیم اعتیاد

- در این جا برای توضیح بهتر موضوع، از واکنش های اعضای خانواده که می بینند عزیزانشان به تدریج معتاد می شوند کمک می گیریم. واکنش های خانواده مصرف کنندگان به اعتیاد عزیزانشان را به چهار مرحله تقسیم می کنیم:
- ۱. مقدماتی ۲. نگهداری
- ۳. سرخوردگی ۴. فاجعه

اسلاید ۱۳ - ۸: واکنش اعضای خانواده به مصرف مت (مرحله مقدماتی)

- در دوره مقدماتی مصرف مت شاید اعضای خانواده مصرف کننده با مشکلات چندانی روبه رو نشوند. شاید روحشان هم از این مسئله بی خبر باشد.
- شاید اعضای خانواده در او رفتارهایی ببینند که از مصرف گهگاه مت ناشی می شود، اما آن ها را به مصرف مواد نمی توانند ربط بدهند.
- اعضای خانواده شاید ندانند که چرا او از انجام مسئولیت هایش باز می ماند و نمی تواند تعهداتش را انجام دهد.

اسلاید ۱۴ - ۸: واکنش اعضای خانواده به مصرف مت (مرحله نگهداری)

- اعضای خانواده در مرحله نگهداری غالباً متوجه می شوند که مشکلی پیش آمده و درصدد حل آن بر می آیند.
- اعضای خانواده ممکن است به او کمک مالی بکنند. شاید برای رفتار غیر مسئولانه و بی ملاحظه ای که از

قوی تر از واکنش های شرطی شده ای باشند که در مغزشان تثبیت شده است. آن ها فقط می توانند هشیارتر و زیرک تر باشند.

اسلاید ۱۱ - ۸: شکل گیری تفکر اجباری (مصرف اولیه)

- وقتی کسی شروع به مصرف مت می کند، وقت و فکر زیادی صرف آن نمی کند و مصرف مت فقط بخش کوچکی از زندگی اش می شود.
- وقتی به مصرف مواد ادامه می دهد، تصمیم درباره زمان و مکان مصرف، تأمین پول برای تهیه مواد، و پنهان کردن آثار و نشانه های اعتیادش همگی فکر و زمان زیادی از او طلب می کنند.
- این فکر و خیال های مصرف هرچه بیشتر و بیشتر خود را به ذهن معتاد تحمیل می کنند، چون ارتباطی که در مغز بین مت و لذت تثبیت شده است تأثیر و نفوذ خود را بر او اعمال می کند.

اسلاید ۱۲ - ۸: شکل گیری تفکر اجباری (ادامه مصرف)

- با ادامه مصرف مت، فکر و خیال تهیه و مصرف مواد جای تمام چیزهای دیگر را در زندگی او می گیرد.
- بخش احساسی و هیجانی مغز تقریباً تمام و کمال خود را به اعتیاد تسلیم می کند و فکر و خیال مت بر همه چیز مسلط می شود.
- مت آن قدر هوش و حواس معتاد را به خود مشغول می کند که از همه چیز از جمله روابط با دیگران غافل می ماند. حالا دیگر در زندگی او جای زیادی برای هیچ چیز و هیچ کس به غیر از مت وجود ندارد.
- این دل مشغولی غیرقابل مقاومت به این معنا نیست که ارزش مت برایش بیشتر از ارزش خانواده و عزیزانش شده است، بلکه به این معناست که

■ وابستگی معتاد به مت باعث می‌شود تمام اعضای خانواده به علت اتفاقاتی که افتاده و ناتوانی‌شان در کنترل اوضاع، خود را گناه کار بدانند و بابت این مسئله خجالت بکشند.

اسلاید ۱۷ - ۸: واکنش اعضای خانواده به مصرف مت (مرحله فاجعه)

■ اعضای خانواده در مرحله فاجعه به این نتیجه می‌رسند که برای نجات خودشان، معتاد را از زندگی خودشان کنار بگذارند. آن‌ها به علت این جدایی فیزیکی و عاطفی، احساس شکست و درماندگی می‌کنند.

■ در صورتی که اعضای خانواده به زندگی خود با معتاد ادامه دهند، رفتار و گفتارشان طوری است که می‌خواهند زندگی آرام و باصفای خودشان را حفظ کنند، در صورتی که این کار نه به نفع معتاد است و نه به نفع خود آن‌ها.

■ کودکانی که در چنین محیطی زندگی می‌کنند رفتارهایی یاد می‌گیرند که بعدها بر توانایی‌هایشان در داشتن روابطی سالم در زندگی تأثیری منفی می‌گذارد.

اسلاید ۱۸ - ۸: مزایا و فواید شرکت خانواده در بهبودی

■ شرکت اعضای خانواده در درمان و بهبودی دارای اهمیت فراوان است. مطالعات نشان می‌دهد که اقدامات درمانی در صورتی موفق‌ترند که دست‌کم یکی از اعضای دلسوز خانواده در درمان معتاد شرکت داشته باشد.

■ آن دسته از اعضای خانواده که در درمان شرکت می‌کنند درک بهتری پیدا می‌کنند از مسائل و مشکلاتی که درمانجویی در حال بهبودی با آن‌ها

مصرف مت ناشی می‌شود عذر و بهانه‌هایی بیاورند. حتی ممکن است تمام مسئولیت‌های تأمین مالی را به‌عهده بگیرند، خانواده را اداره کنند، به دوستی‌ها ادامه دهند، و مخارج خانوار را تأمین کنند.

■ این تلاش‌ها فقط موقتاً کاری از پیش می‌برند، چون مشکل واقعی در مصرف مت و عوارض و عواقب آن است.

■ همان‌طور که مصرف مت ادامه می‌یابد، این مشکل روز به روز حادتر می‌شود. اعضای خانواده می‌خواهند کاری نکنند. بنابراین، عزیزشان را که مت مصرف می‌کند ناز و نوازش می‌کنند و امکانات و پول فراوانی در اختیارش می‌گذارند.

■ این رفتار فایده‌ای ندارد که هیچ، وضع را بدتر هم می‌کند و باعث می‌شود او با پوشاندن عواقب مصرف مت، همچنان معتاد بماند. چنین کارهایی پول، انرژی و فرصت بیشتری برای ادامه مصرف و سرپوش گذاشتن بر این حقیقت که باید مصرف مت را قطع کند در اختیار می‌گذارد.

اسلاید ۱۶ - ۸: واکنش اعضای خانواده به مصرف مت (مرحله سرخوردگی)

■ تا قبل از زمانی که معتاد به مرحله سرخوردگی برسد، اعضای خانواده غالباً عصبانی‌اند و امید به حل مشکل را از دست می‌دهند.

■ اعضای خانواده با رسیدن به این نتیجه که هیچ‌یک از راه‌حل‌هایشان مؤثر واقع نشده است، سعی می‌کنند موضوع را نادیده بگیرند.

■ اعضای خانواده وقتی که از مقابله با عواقب رفتار معتاد درمانده می‌شوند خودشان یا فرد معتاد را مقصر می‌دانند.

■ سخت‌ترین عوارض این مرحله وسوسه مصرف و افسردگی است. بسیاری از درمانجویان دچار بی‌حالی، بدخوابی، پراشتهایی، و حواس‌پرتی می‌شوند.

اسلاید ۲۱ - ۸: مرحله ماه‌عسل یا پاک‌ی اولیه

■ مرحله ماه‌عسل حدود چهار هفته طول می‌کشد.
■ ویژگی بارز این مرحله افزایش انرژی و نشاط، شور و شوق، و خوش‌بینی است.
■ بسیاری فکر می‌کنند که این مرحله پایان دوره بهبودی است و اوضاع از این به بعد بهتر می‌شود و دیگر جای نگرانی نیست. متأسفانه هنوز سخت‌ترین قسمت درمان در پیش است.

اسلاید ۲۲ - ۸: مرحله دیوار یا پاک‌ی درازمدت

■ مرحله دیوار سخت‌ترین دوره بهبودی و طولانی‌ترین قسمت درمان است و ۱۲ تا ۱۶ هفته طول می‌کشد.
■ مرحله دیوار مشکلات احساسی و هیجانی دردسرساز و دردناکی با خود دارد. خوش‌بینی موجود در مرحله ماه‌عسل جای خود را به درک عمیق سختی‌ها و تلاش‌های طاقت‌فرسایی می‌دهد که در بهبودی باید متحمل شود.
■ درمانجوی در حال بهبودی دچار این حالت‌ها می‌شود: تحریک‌پذیری و بداخلاقی، حواس‌پرتی، بی‌حالی و کم‌توانی، و بی‌انگیزگی و نداشتن شور و شوق. خطر بازگشت به مصرف در این مرحله بسیار زیاد است.
■ این مرحله به کوشش و تلاش و تکاپوی بسیار زیادی احتیاج دارد، اما درمانجویان با حمایت و پشت‌گرمی‌های اعضای خانواده‌هایشان و با استفاده از استراتژی‌ها و مهارت‌هایی که در این

دست و پنجه نرم می‌کند. آن‌ها همچنین اطلاعاتی درباره مراحل بهبودی به دست می‌آورند به نحوی که می‌توانند پیش‌بینی کنند که درمانجو در هر یک این مراحل با چه مشکلاتی روبه‌رو می‌شود و یاد می‌گیرند که چه‌طور با این سختی‌ها برخورد کنند.
■ درمانجوی در حال بهبودی خودش مسئول ترک مت و فعالیت در مسیر بهبودی است. اما این اعتیاد به شکل‌های مختلف در زندگی اعضای خانواده تأثیر گذاشته و برای ترمیم و اصلاح آسیب‌ها و صدمه‌هایی که به آن‌ها وارد شده است خود آن‌ها هم باید تغییراتی در زندگی‌شان بدهند.
■ کاربرگ گاخ ۸ الف: پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرف در باره نقش اعضای خانواده در بهبودی معتاد گفتگو می‌کند.

اسلاید ۱۹ - ۸: مراحل بهبودی

■ کسانی که مصرف مواد را قطع می‌کنند معمولاً مراحل را در بهبودی‌شان پشت سر می‌گذارند که قابل پیش‌بینی است.
■ جدول زمانی بهبودی در مورد هر کسی متفاوت است، اما مراحل آن معمولاً تفاوتی ندارند.
■ دانستن این‌که بهبودی دارای مراحل است و دانستن این‌که در هر مرحله باید انتظار چه چیزهایی را داشت، اعضای خانواده را دل‌گرم می‌کند و به آن‌ها یاری می‌رساند تا هرچه بهتر و موثرتر از فرد در حال بهبودی حمایت کنند و پشت و پناهِش باشند.

اسلاید ۲۰ - ۸: مرحله کناره‌گیری

■ مرحله کناره‌گیری معمولاً یک یا دو هفته طول می‌کشد.

آیا می‌خواهند در جریان بهبودی درمانجویان شرکت داشته باشند یا نه؟

■ کار شرکت اعضای خانواده در برنامه درمانی در صورتی آسان‌تر می‌شود که مشکل اصلی را مصرف مت، نه خود معتاد و درمانجوی در حال بهبودی، بدانند؛ و مصرف مت را، بدون توجه به این‌که چه‌طور شروع شده است، یک بیماری پزشکی بدانند.

اسلاید ۲۵ - ۸: اهداف مرحله ماه‌عسل یا پاکی اولیه

■ درمانجویان در مرحله ماه‌عسل از راه ورزش و تلاش و کوشش اقداماتی برای بهبود وضع جسمانی و سلامتی خود انجام می‌دهند.

■ درمانجویان همچنین جرقه‌های آغازگر و عوامل وسوسه‌کننده مصرف و توجیهات بازگشت را که خاص خودشان است شناسایی می‌کنند و از روش‌های اصولی و هدف‌مندی برای پاک‌ماندنشان استفاده می‌کنند.

■ معمولاً درمانجویان در این دوره فکر می‌کنند که دیگر به درمان قطعی رسیده‌اند. این موضوع حائز اهمیت حیاتی است که آن‌ها همچنان به فعالیت‌های لازم برای بهبودی‌شان ادامه دهند و سعی نکنند با حضور در موقعیت‌های پرخطر مستلزم وجود مواد و معتاد، خود را آزمایش کنند.

■ اعضای خانواده نقش مهمی در بهبودی درمانجو در این مرحله دارند و با درمانجو برای رسیدن به هدف اصلی یعنی پاکی همکاری می‌کنند.

■ گرچه اعضای خانواده مسئول بهبودی عزیزشان نیستند، رفتارها و نگرش‌ها و طرز برخورد آن‌ها در این دوره به طور قابل ملاحظه‌ای احتمال دست

برنامه درمانی یاد گرفته‌اند می‌توانند از این دیوار و سدّ بزرگ با سربلندی بگذرند.

اسلاید ۲۳ - ۸: مرحله سازگاری مجدد

■ مرحله سازگاری مجدد زمانی است که درمانجویان شروع می‌کنند به سازگار کردن و وفق دادن خود با شرایط مداوم پاکی و مصرف نکردن مواد.
■ در این مرحله، دیوار و سدّ بزرگی از میان برداشته شده و درمانجو و اعضای خانواده‌اش شروع می‌کنند به ساختن زندگی عادی سالم.

■ درمانجویان و اعضای خانواده‌شان در این مرحله و بعد از آن می‌توانند برای روان‌درمانی و مشاوره خانوادگی به متخصصان مربوط مراجعه کنند. در برنامه درمانی ماتریکس بررسی و حل و فصل مسائل دارای اهمیت درازمدت در نظر گرفته نشده است.

اسلاید ۲۴ - ۸: اهداف مرحله کناره‌گیری

■ مهم‌ترین هدف درمانجوی در حال بهبودی در مرحله کناره‌گیری عبارت است از قطع مصرف مت.

■ درمانجویان در جلسات گروهی مربوط به مهارت‌های بهبودی اولیه روش‌های خاص کاهش و از بین بردن وسوسه‌های مصرف و جلوگیری از بازگشت به مصرف را یاد می‌گیرند.

■ درمانجویان همچنین مطالبی درباره فرایند اعتیاد یاد می‌گیرند و این که مواد مخدر و محرک، مانند مت، چه‌طور بر شیمی مغز و بقیه بدن تأثیر منفی می‌گذارند.

■ وقتی درمانجویان در مرحله کناره‌گیری هستند، اعضای خانواده باید تصمیم سرنوشت‌سازی بگیرند:

یافتن درمانجو به بهبودی و حفظ و ادامه پاک‌ی را افزایش یا کاهش می‌دهد.

■ اعضای خانواده باید عواملی را که در عزیزانشان وسوسه مصرف ایجاد می‌کنند بشناسند و با آن‌ها مبارزه کنند.

اسلاید ۲۶ - ۸: اهداف مرحله دیوار یا پاک‌ی درازمدت

■ زمانی که درمانجویان به مرحله دیوار می‌رسند، چند ماه از پاک‌ی‌شان گذشته است. آن‌ها با عملی کردن روش‌های جلوگیری از بازگشت که در برنامه ماتریکس یاد گرفته‌اند به حفظ پاک‌ی خود ادامه می‌دهند.

■ درمانجوی در حال بهبودی حالا شروع کرده است به ترمیم و اصلاح روابط آسیب‌دیده‌اش با اعضای خانواده و دوستان و آشنایان و همچنین ساختن شبکه حمایتی‌ای برای مقابله با مشکلاتی که در دوره بهبودی پیش می‌آید و حلّ و فصل آن‌ها.

■ مرحله دیوار برای بعضی از درمانجویان دوره‌ای است بسیار سخت و ناامیدکننده. او به حمایت و پشت‌گرمی افراد زیادی احتیاج دارد. فعالیت در جهت در پیش گرفتن سرگرمی‌ها و تفریحات جدید و در پیش گرفتن زندگی پرتلاش هم در بهبودی اهمیت زیادی دارند.

■ شناسایی و برخورد مناسب و منطقی با احساسات خطرناک نیز حائز اهمیت فراوان است.

■ در این دوره اعضای خانواده باید سعی کنند درمانجو را ناراحت نکنند و موجبات آرامش روحی‌اش را فراهم کنند.

■ اعضای خانواده تا آن‌جا که امکان دارد باید رنجش‌ها و دلخوری‌ها را کنار بگذارند و سعی کنند پشت و

پناه درمانجو باشند. اعضای خانواده که خود را متعهد به حمایت از بهبودی درمانجو می‌دانند باید شروع کنند به اظهار امیدواری به او و بهبودی‌اش. ■ اعضای خانواده باید از راه برگشتن به زندگی سالم عادی یاد بگیرند که چه‌طور مراقب خود و عزیزانشان باشند و فعالیت‌هایی را در پیش بگیرند که در بهبودی درمانجویان و برقراری دوباره روابط اصولی و منطقی بین درمانجویان و اعضای خانواده مفید باشد.

■ همچنین این موضوع بسیار مهم است که اعضای خانواده در این مرحله راه‌های برقراری ارتباط درست با درمانجو را یاد بگیرند، بدانند که روابط غلط چه‌طور در زندگی آن‌ها مشکل‌ساز می‌شود، و چه‌طور می‌توان روابط غلط را اصلاح کرد.

■ کاربرد گاخ ۸ ب: توجیه بازگشت به اعضای خانواده کمک می‌کند تا بدانند توجیهات و عذر و بهانه‌های بازگشت به مصرف چه‌طور شکل می‌گیرند.

اسلاید ۲۷ - ۸: اهداف مرحله سازگاری مجدد

■ زمانی که درمانجویان به مرحله سازگاری مجدد می‌رسند، می‌دانند که برای حفظ و ادامه بهبودی و رسیدن به پاک‌ی باید چه رفتارهایی را در پیش بگیرند و چه رفتارهایی آن‌ها را در معرض خطر بازگشت به مصرف قرار می‌دهد.

■ وظیفه درمانجویان در این مرحله - و در بقیه عمرشان - این است که بهبودی خودشان را زیر نظر داشته باشند و از آن پاسداری کنند و فراموش نکنند که رفتارهایی در پیش بگیرند که به آن‌ها در جلوگیری از بازگشت به مصرف کمک می‌کند.

■ اعضای خانواده باید محدودیت‌های زندگی با فرد در حال بهبودی را بپذیرند، زندگی سالم و متعادل را در پیش بگیرند، واز بازگشت به رفتارهای نادرست با او خودداری کنند.

■ صبر و بردباری در این مسیر بسیار حیاتی است.

■ صبر کن ای دل که این بیداد می‌گذرد.

□ کارها نیکو شود، اما به صبر.

□ گرفتار را چاره صبر است و بس.

□ صبر تلخ است، ولیکن بر [میوه] شیرین دارد.

■ کاربرگ گاخ ۸ پ: جلوگیری از انحراف مسیر منجر به بازگشت به اعضای خانواده درمانجو کمک می‌کند تا بدانند چه‌طور می‌توانند از عزیزانشان حمایت کنند و پشت و پناهِش باشند.

اسلاید ۲۸ - ۸: مسائل حساس مربوط به بازگشت برای درمانجویان

■ درمانجویان در حال درمان و اعضای خانواده آن‌ها باید سبک و سنگین کنند که هر یک از آن‌ها به تنهایی و به عنوان عضوی از خانواده چه تغییراتی باید در سبک زندگی و طرز فکرشان انجام دهند. از این به بعد درمانجویان از کمک‌های کمتری در قالب درمان برخوردار می‌شوند.

■ بعضی از این نقش‌های حمایتی را برنامه‌های ۱۲ گامی و همیاری یا دوستان و آشنایان به‌عهده می‌گیرند، اما اعضای خانواده منبع اصلی و عمده حمایت و پشتیبانی از درمانجویی در حال درمان خواهند بود.

■ خانواده‌ها باید تصمیم بگیرند که چه تغییراتی را که در دوره بهبودی انجام داده‌اند باید در زندگی‌شان تثبیت کنند.

■ از آن‌جا که ممکن است درمانجویان در حال بهبودی با موقعیت‌ها و فرصت‌ها و میل به مصرف مواد روبه‌رو شوند، باید مواظب و مراقب و گوش‌به‌زنگ موقعیت‌ها و فکر و خیال‌هایی باشند که آن‌ها را در معرض خطر بازگشت به مصرف قرار می‌دهد. در نتیجه، باید موقعیت‌های در‌دسرساز و مشکل‌ساز را پیش‌بینی کنند و از قبل نقشه‌ها و برنامه‌هایی برای مقابله با آن‌ها آماده کنند. مهم‌ترین جنبه حفظ و ادامه پاکی این است که آن‌ها بدانند چه‌طور از خطر بازگشت به مصرف دوری نمایند و راه این خطر را سد کنند.

■ درمانجویان در حال بهبودی در مرحله سازگاری مجدد باید اقداماتی در جهت برقراری روابط سالم جدید و محکم، و استوار کردن روابط موجود انجام دهند. آن‌ها در این مرحله شروع می‌کنند به تعیین اهداف بلندمدتی در زندگی خود.

■ وقتی درمانجو به مرحله سازگاری مجدد می‌رسد، خانواده‌اش چهار ماه است که دوشادوش او در این مبارزه برای بهبودی حرکت کرده است. درمانجویان و خانواده‌هایشان مطالب زیادی یاد گرفته‌اند درباره کارهایی که برای درمانجویان و حمایت از آن‌ها باید انجام داد و چه‌طور روابط خانوادگی را اصلاح و آن را پربار کرد.

■ ویژگی بارز مرحله سازگاری مجدد عبارت است از برگشتن همه اعضای خانواده به سبک زندگی عادی. اعضای خانواده همیشه باید در نظر داشته باشند که تغییراتی را که برای حمایت و کمک به درمانجویان صورت گرفته است باید ادامه دهند و آن‌ها را تثبیت کنند.

■ در تصمیم‌گیری در این مورد باید شایع‌ترین و عمده‌ترین مسائل مربوط به بازگشت افرادی که متراک کرده‌اند در نظر بگیرند. تمام شش موردی که در این اسلاید فهرست شده‌اند شاید برای شخص در حال بهبودی مشکل‌ساز نباشد، اما خانواده‌ها باید بدانند که کدام یک از این موارد دردسر سازند.

■ اعضای خانواده باید بی‌پرده و صریح با شخص در حال بهبودی درباره بهترین راه حمایت و کمک به او گفتگو کنند.

اسلاید ۲۹ - ۸: مسائل حساس مربوط به بازگشت، ویژه اعضای خانواده

■ شخص در حال بهبودی باید کاملاً گوش به زنگ بازگشت به مصرف مت باشد، اما خانواده‌ها هم باید مواظب باشند به روش‌های قبلی رفتار و گفتار، و طرز تفکر قبلی برنگردند.

■ این اسلاید فهرستی از شایع‌ترین مشکلاتی را که ممکن است اعضای خانواده قبل از لغزش به سمت رفتارهای قبلی با آن‌ها روبه‌رو شوند ارائه می‌کند.

■ درست همان‌طور که شخص در حال درمان باید موقعیت‌هایی را که به بازگشت به مصرف منجر می‌شود پیش‌بینی کند، اعضای خانواده هم باید هشیار و مراقب برگشت به رفتارهای قبلی‌ای باشند که به بهبودی و خانواده آسیب می‌زند.

جلسه ۹: اعتمادسازی (بحث گروهی چندخانواده‌ای)

اهداف جلسه

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان در تفکر درباره نقش اعتماد در روابط سالم و بحث درباره آن.

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان در بررسی اعتماد از دست‌رفته‌ای که از اعتیاد ناشی شده، از جمله ادامه شک و سوءظن به مصرف مواد توسط درمانجویان.

■ فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان به منظور شروع اصلاح روابط آسیب دیده‌شان.

کاربرگ‌ها

■ کاربرگ گاخ ۹: اعتمادسازی

مقدمه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور توضیح می‌دهد که جلسه امروز فرصتی است برای درمانجویان و خانواده‌هایشان تا در مورد مسئله اعتماد از دست‌رفته‌ای که از اعتیاد ناشی شده با هم بحث کنند و راه‌های بازسازی این اعتماد در روابط خانوادگی را با دیگران در میان بگذارند.

مرور کاربرگ (۱۰ تا ۱۵ دقیقه)

مشاور

■ نسخه‌ای از کاربرگ گاخ ۹: اعتمادسازی را به شرکت‌کنندگان می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد مطالب کاربرگ را بخوانند و به‌دقت به سؤال‌های آن پاسخ دهند.

■ به شرکت‌کنندگان می‌گوید که جواب‌هایشان به این سؤال‌ها قرار است موضوع بحث جلسه باشد، و این که هیچ کس جواب‌هایشان را نخواهد دید، مگر این که خودشان راضی به این کار باشند.

بحث موضوعی (۵۰ تا ۵۵ دقیقه)

مشاور بحث را اداره می‌کند و از جواب شرکت‌کنندگان به سؤال‌های کاربرگ‌ها برای هدایت جلسه استفاده می‌کند.

خلاصه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور پیشنهادها و نظرات درباره اعتمادسازی بین اعضای خانواده را که در خلال بحث‌های گروه مطرح شده‌اند جمع‌بندی می‌کند.

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

جلسه ۱۰: ماری جوانا (ارائه پاورپوینت)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

- آشنا کردن شرکت‌کنندگان با ماهیت و شیوع ماری جوانا
- آشنا کردن شرکت‌کنندگان با خطراتی که مصرف ماری جوانا برای سلامتی و بهبودی درمانجویان دارد.

کاربرگ‌ها

- کاربرگ گاخ ۱۰: ماری جوانا در یک نگاه

ارائه پاورپوینت (۴۰ تا ۴۵ دقیقه)

مشاور اسلایدهای پاورپوینت را به شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد و آن‌ها را تشویق می‌کند تا در هر زمانی که بخواهند، سؤال‌تشان را مطرح کنند. در صفحات ۸۹ تا ۹۳ محور بحث هر اسلاید مشخص شده است. مشاور باید موارد و مثال‌ها را مطرح سازد و مفاهیم را طوری مطرح سازد که برای شرکت‌کنندگان مناسب و قابل درک باشد.

بحث موضوعی (۳۰ دقیقه)

مشاور بحث درباره موضوعات ارائه شده را اداره می‌کند و آن را جهت می‌دهد و سؤالات آزاد و بدون محدودیتی مانند موارد زیر را می‌پرسد:

- کدام مورد از اطلاعاتی که شنیدید برایتان تازه بود؟ چه چیزی برایتان جالب بود؟
- این اطلاعات چه طور با تجربیات شما مربوط می‌شد؟
- این اطلاعات چه طور روی خانواده‌تان در مقابله با مشکلات دوران بهبودی و فائق آمدن بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؟
- چه سؤال‌هایی در مورد این اطلاعات برایتان پیش آمده است؟

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

مطالب اسلایدهای پاورپوینت

مواردی که در این بخش آمده به‌طور خلاصه مطالب و اطلاعاتی را دربردارند که مشاور باید درباره هر اسلاید توضیح دهد.

اسلاید ۱ - ۱۰: ماری جوانا

- در این بخش نگاهی می‌اندازیم به ماری جوانا، ماهیت آن، مصرف‌کنندگان آن، تأثیر آن در بدن، و خطراتی که برای بهبودی دارد.

اسلاید ۲ - ۱۰: ضرورت و اهمیت پاکی کامل

- درمانجویان در حال بهبودی برای موفقیت در برنامه درمانی‌شان باید به پاکی کامل برسند. این بدان معناست

اسلاید ۴ - ۱۰: شیوع ماری جوانا

■ در آمریکا هر سال حدود ۲/۶ میلیون نفر ماری جوانا را برای اولین بار امتحان می‌کنند. دو سوم این افرادی که برای نخستین بار مصرف می‌کنند پایین‌تر از ۱۸ سال سن دارند. میانگین سنی افرادی که برای نخستین بار ماری جوانا مصرف می‌کنند ۱۷ سال است.^۴

■ دو نفر از هر پنج آمریکایی ماری جوانا را امتحان کرده‌اند. یک نفر از ده آمریکایی در سال گذشته ماری جوانا مصرف کرده‌اند. یک نفر از صد نفر در سال گذشته دست کم ۳۰۰ روز ماری جوانا مصرف کرده است.^۵

اسلاید ۵ - ۱۰: ماری جوانا چیست؟

■ ماری جوانا مخلوط خاکستری مایل به سبز گیاه شاهدانه با نام علمی Cannabis sativa است که پس از خشک شدن، کوبیده می‌شود. این مخلوط ممکن است از برگ‌ها، ساقه‌ها، گل‌ها و بذرها شاهدانه به دست آمده باشد.

■ ماری جوانا معمولاً به صورت سیگارهای دستی یا با چپق و پیپ مصرف می‌شود. گاهی توتون سیگار برگ را خالی می‌کنند و به جای آن ماری جوانا بار می‌زنند.

■ شکل غلیظ شده ماری جوانا صمغی است به نام بَنگ و مایع غلیظی است به نام روغن بَنگ.

اسلاید ۶ - ۱۰: نام‌های عامیانه ماری جوانا

■ ماری جوانا نام‌های عامیانه زیادی در آمریکا دارد که در نقاط مختلف آن با هم تفاوت دارند از قبیل: Mary Jane, grass, ganja, herb, bud, weed, pot و chronic.

که صرف‌نظر از ماده‌ای که دلیل درمانشان است، باید از مصرف تمام مواد روان‌گردان خودداری کنند.

■ کسی که به علت اعتیاد به مواد محرک و شیشه تحت درمان است، باید تمام مواد غیرقانونی از جمله ماری جوانا را که به نظر عده‌ای بی‌ضرر است کنار بگذارد تا بهبودی موفقیت‌آمیزش تضمین شود.

■ مصرف هر ماده مخدر و محرک، بهبودی از شیشه را به خطر می‌اندازد.

اسلاید ۳ - ۱۰: آیا ماری جوانا بی‌خطر است؟

■ بسیاری از مردم به اشتباه فکر می‌کنند که ماری جوانا بی‌خطر است، مخصوصاً وقتی که آن را با موادی مانند هروئین، کوکائین، کراک، مت، یا مواد پاتوقی مقایسه می‌کنند.

■ ماری جوانا در آمریکا پرمصرف‌ترین ماده غیرقانونی است، که این پرمصرف بودن به تصور بی‌ضرر بودن آن دامن زده است. هر سال در حدود ۲۵ میلیون آمریکایی ۱۲ سال به بالا ماری جوانا مصرف می‌کنند. این تعداد یعنی بیش از یک نفر از هر ده نفر آمریکایی.^۱

■ تعداد کسانی که به علت مصرف ماری جوانا برای درمان مراجعه می‌کنند بیش از مجموع کل مواد غیرقانونی دیگر است.^۲

■ مصرف ماری جوانا خطرات عمده‌ای برای سلامتی دارد و تقریباً بر تمام اندام‌ها و اعضای بدن تأثیر می‌گذارد.^۳

■ ماری جوانا گذشته از تأثیر جسمی‌اش، روی تحصیلات و شغل و زندگی شخصی هم اثرات منفی می‌گذارد.

■ تی اچ سی مسئول تأثیراتی است که موجب نشئگی حاصل از ماری جوانا می شود.

■ در دو دهه گذشته مقدار تی اچ سی در ماری جوانا را افزایش داده اند. ماری جواناهای امروزی، نسبت به ماری جواناهای دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ سه برابر تی اچ سی بیشتری دارند که آن ها را سه برابر قوی تر می کند.

اسلاید ۱۰ - ۱۰: تأثیرات کوتاه مدت

■ وقتی کسی ماری جوانا دود می کند، تی اچ سی سریعاً از شش ها وارد جریان خون و از آن جا وارد قلب می شود. تی اچ سی باعث می شود سلول های عصبی مغز انتقال دهنده های عصبی ای به نام دوپامین تولید کنند.

■ آزاد شدن دوپامین احساس آرامش و سرخوشی، یعنی نشئگی، را در انسان به وجود می آورد.

■ تی اچ سی همچنین به حافظه کوتاه مدت آسیب می زند، تعادل و هماهنگی اندام های بدن را به هم می ریزد، زمان واکنش را کاهش می دهد، ضربان قلب را افزایش می دهد، ادراک را مختل می کند، و موجب سردرگمی، وحشت زدگی و سراسیمگی، و گم کردن جهت و سمت و سو و سرگردانی می شود.

■ تأثیر اولیه ماری جوانا از ۱ تا ۳ ساعت طول می کشد.

■ بعد از این که نشئگی می پرد، مصرف کننده ممکن است افسرده یا خواب آلود شود. سراسیمگی و وحشت زدگی، اضطراب، شک و سوءظن از عوارض شایع آن است.

اسلاید ۱۱ - ۱۰: تأثیرات دراز مدت

■ ماری جوانا تأثیرات دراز مدتی روی حافظه و یادگیری دارد.

■ چون در ایران ماری جوانا مصرف عمومی ندارد نام عامیانه ای هم برای آن ساخته نشده است.

اسلاید ۷ - ۱۰: تاریخ

■ ماری جوانا در تمام ایالت های پنجاه گانه آمریکا رشد می کند. مهم ترین منابع خارجی عبارت اند از مکزیک، کانادا، کلمبیا و جامائیکا.

■ ماری جوانا، مثل هروئین و ال اس دی، در آمریکا ماده تحت ممنوعیت قانونی رتبه یک است.

■ مصرف غیر پزشکی ماری جوانا از سال ۱۹۳۷ ممنوع است.

اسلاید ۸ - ۱۰: ماری جوانای پزشکی

■ ماری جوانا برای درمان موارد زیر به کار رفته است:

□ از دست دادن بینایی به علت آب سیاه چشم

□ تهوع ناشی از مصرف داروهای اچ آی وی / ایدز و سرطان

□ دردهای بیماران مبتلا به ام اس

■ اداره غذا و داروی آمریکا در سال ۱۹۸۵ مصرف مارینول، کپسول خوراکی دارای ماده فعال ماری جوانا، را تأیید کرد.

■ مارینول با نسخه پزشک برای درمان استفراغ و تهوعی که با شیمی درمانی سرطان همراه است و کاهش شدید وزن بیماران مبتلا به ایدز به کار می رود.

■ کشورهای دیگر، از جمله کانادا، شکل افشانه / اسپری، همراه با اسپری تنفسی مخصوص آن، را برای درمان دردهای مبتلا به ام اس تأیید کرده اند.

اسلاید ۹ - ۱۰: ماده فعال ماری جوانا

■ ماده فعال ماری جوانا، دلتا ۹ تتراهیدروکانابینول (تی اچ سی) است.

اسلاید ۱۳ - ۱۰: خطر عفونت و بیماری

- تی اچ سی، مادهٔ فعال ماری جوانا، مانع فعالیت دستگاه ایمنی بدن در مبارزه با عفونت و بیماری می‌شود.
- مطالعات نشان می‌دهد که توانایی سلول‌های دستگاه ایمنی که در معرض مادهٔ فعال ماری جوانا قرار می‌گیرند، در مقابله با عفونت و تومور کاهش می‌یابد.^{۱۵}

اسلاید ۱۴ - ۱۰: ماری جوانا و رانندگی

- از آن‌جا که ماری جوانا به تعادل، هماهنگی و تصمیم‌گیری آسیب می‌زند، باعث انواع مختلف تصادف‌های رانندگی می‌گردد.
- مطالعات نشان می‌دهد که در آمریکا ۱۱ درصد کسانی که در تصادف جان باخته‌اند در بدنشان تی اچ سی پیدا شده است.^{۱۶}
- حتّا مقادیر پایین ماری جوانا تأثیر قابل توجهی در کاهش عملکرد رانندگان می‌گذارد.
- وقتی ماری جوانا با الکل ترکیب می‌شود، این توانایی رانندگان آسیب بیشتری می‌بیند.^{۱۷}
- تعادل و زمان واکنش رانندگان حتّا چند ساعت بعد از پایان نشئگی ناشی از ماری جوانا هم همچنان مختل است.
- در آمریکا بعد از الکل، ماری جوانا بیشترین ماده‌ای است که در خون رانندگان تصادف‌های منجر به مرگ پیدا می‌شود. هفت درصد تصادفات منجر به مرگ، از ماری جوانا ناشی می‌شود.^{۱۸}
- مطالعات نشان می‌دهد که در آمریکا بیش از یک نفر از هر هفت رانندهٔ دانش آموز سال‌های آخر دبیرستان هنگام رانندگی تحت تأثیر ماری جوانا بوده‌اند.^{۱۹}

- کسانی که ماری جوانا مصرف کرده‌اند، حتّا ۳۰ روز بعد از قطع مصرف آن، مشکلاتی در یادگیری و به خاطر آوردن دارند.^۶
- دانش آموزان دبیرستانی و دانشجویانی که ماری جوانا دود می‌کنند نمرات پایین‌تری نسبت به دیگران دارند.^۷
- ماری جوانا به مهارت‌های مؤثر در یادگیری آن‌چنان آسیب می‌زند که معنادار آن همیشه در سطح پایینی فعالیت ذهنی می‌کنند.
- کارگران مصرف‌کنندهٔ ماری جوانا، نسبت به همکاران سالمشان، مشکلات کاری بیشتری از قبیل حوادث کاری، غیبت، دیرکرد، و از دست دادن شغل دارند.^۸
- کسانی که در سال دست‌کم ۳۰۰ روز ماری جوانا مصرف می‌کنند به احتمال زیاد، نسبت به کسانی که کمتر از این میزان مصرف می‌کنند یا اصلاً مصرف نمی‌کنند، بیکار هستند.^۹

اسلاید ۱۲ - ۱۰: خطر سرطان

- کسانی که ماری جوانا را دود می‌کنند به اندازهٔ سیگاری‌ها در معرض سرطان ریه قرار دارند.^{۱۰}
- مصرف‌کنندگان ماری جوانا معمولاً دچار سینه درد ناشی از سرماخوردگی، برونشیت، و آمفیزم (چسبیدن مجراهای شش بر اثر تراکم هوا) می‌شوند.^{۱۱}
- دود ماری جوانا پنج برابر قطران و مونواکسید کربن بیشتر و ۷ درصد موادّ سرطان‌زای بیشتر از دود سیگار دارد.^{۱۲}
- احتمال سرطان ریه در کشیدن ماری جوانا بیشتر از کشیدن سیگار است.^{۱۳}
- برطبق مطالعات انجام گرفته، کشیدن ماری جوانا خطر ابتلا به سرطان گردن یا سر را افزایش می‌دهد.^{۱۴}

اسلاید ۱۷ - ۱۰: ماری جوانا و مواد دیگر

■ کسانی که بیش از ۳۰ روز از سال ماری جوانا مصرف می کنند مصرف مشروب و مواد دیگرشان بسیار بیشتر از کسانی است که گهگاه ماری جوانا مصرف می کنند یا اصلاً مصرف نمی کنند.^{۲۰}

■ هر قدر در دوران نوجوانی، سنّ اولین بار مصرف ماری جوانا پایین باشد، به همان قدر بیشتر احتمال دارد که این افراد در بزرگسالی به هروئین و کوکائین معتاد شوند.^{۲۱}

■ از آن جا که مصرف ماری جوانا اساساً ارتباط بیشتری با مصرف مواد دیگر دارد، کسانی که به علت اعتیاد به مت تحت درمان هستند مصرف ماری جوانا برایشان خطر بیشتری دارد.

اسلاید ۱۸ - ۱۰: ماری جوانا و بازگشت به مصرف مواد

■ مطالعات نشان می دهد که افراد در حال بهبودی از مصرف کوکائین یا مت که همچنان ماری جوانا مصرف می کنند نرخ بازگشتشان به مصرف این مواد دو یا سه برابر بیشتر از کسانی است که از مصرف ماری جوانا خودداری می کنند.^{۲۲}

اسلاید ۱۹ - ۱۰: ماری جوانا و خانواده ها

■ ماری جوانا را به عنوان راهی برای فرار از بی حوصلگی، خستگی روحی، اضطراب و افسردگی مصرف می کنند.

■ ماری جوانا برای فرار از مشکلات خانوادگی مصرف می شود، نه برای حلّ و فصل آن ها.

■ ماری جوانا نه تنها بهبودی از چنگال مت را سخت تر می کند، بلکه به وخیم تر شدن مشکلات شخصی و خانوادگی هم دامن می زند.

اسلاید ۱۵ - ۱۰: ماری جوانا و بارداری

■ زنی که در دوره بارداری اش ماری جوانا مصرف می کند فرزندش را در معرض انواع بیماری ها قرار می دهد.

■ وزن پایین در زمان تولّد و مشکلات عصبی کودکان با مصرف ماری جوانا ارتباط دارد.

■ کودکی که در دوره جنینی در معرض ماری جوانا قرار می گیرد بعدها در زندگی اش دچار مشکلاتی در تمرکز، یادگیری، و تصمیم گیری می شود. اگر مادر بعد از تولّد کودک هم ماری جوانا مصرف کند، این مشکلات شدیدتر می شود.

■ مادران شیردهی که ماری جوانا مصرف می کنند ماری جوانا را با شیرشان به فرزندشان منتقل می کنند. تی اچی سی موجود در شیر مادر غلیظ تر است و با مشکلات در رشد حرکتی کودک ارتباط دارد.

اسلاید ۱۶ - ۱۰: اعتیاد به ماری جوانا

■ یکی از دلایلی که مردم در بی خطر بودن ماری جوانا می آورند این تصوّر آن هاست که ماری جوانا اعتیادآور نیست.

■ هر چند که امکان دارد کسی به لحاظ جسمی به ماری جوانا معتاد نشود، امّا قطعاً او به لحاظ روانی معتاد می شود و زندگی بدون ماری جوانا برایش غیر ممکن می شود.

■ اعتیاد یعنی مصرف مواد حتّا در صورتی که مشکلاتی در خانواده، کار، تحصیل و دیگر جنبه های زندگی پیش بیاورد.

■ نشانه های قطع مصرف برای کسانی که به لحاظ روانی به ماری جوانا معتاد شده اند عبارت اند از وسوسه و بلع شدید به ماری جوانا، اضطراب، تحریک پذیری و تندخویی، و بی خوابی.

یادداشت‌ها

۱۵. نگاه کنید به یادداشت ۷، ص ۳.
16. National Institute on Drug Abuse, *Research Report Series: Marijuana Abuse*. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, October 2002, p.4. www.drugabuse.gov/pdf/PRMarijuana.pdf [accessed September 16, 2005].
۱۷. نگاه کنید به یادداشت ۷، ص ۳ و ۴.
۱۸. نگاه کنید به یادداشت ۶، ص ۱۹.
۱۹. نگاه کنید به یادداشت ۲، ص ۴.
۲۰. نگاه کنید به یادداشت ۱.
۲۱. نگاه کنید به یادداشت ۲، ص ۱.
22. Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; and Ling, W., An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2): 121, 1995.
1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH report: Daily Marijuana Users*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, November 26, 2004 www.oas.samhsa.gov/2kdailyMJ.htm [accessed September 16, 2005]
2. Office of National Drug Control Policy, *Fact Sheet: Marijuana*, Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse. February 2004, p.6. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj198099.pdf [accessed September 16, 2005].
3. Khalsa, J.H.; Genser, S.; Francis, H.; and Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (suppl): 7S-10S, 2002.
۴. نگاه کنید به یادداشت ۲، ص ۱.
۵. نگاه کنید به یادداشت ۲.
6. Center for Substance Abuse Prevention, *Marijuana: Weeding Out the Hype*. DHHS Publication NO (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, p. 13.
7. National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Marijuana*, Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2004, p.4. www.drugabuse.gov/pdf/infoFacts/Marijuana04.pdf [accessed September 16, 2005].
۸. نگاه کنید به یادداشت ۷.
۹. نگاه کنید به یادداشت ۱.
۱۰. نگاه کنید به یادداشت ۲، ص ۳.
۱۱. نگاه کنید به یادداشت ۲، ص ۳.
۱۲. نگاه کنید به یادداشت ۷، ص ۳.
۱۳. نگاه کنید به یادداشت ۷، ص ۳.
۱۴. نگاه کنید به یادداشت ۷، ص ۳.

جلسه ۱۱: زندگی با اعتیاد (بحث گروهی چندخانواده‌ای)

اهداف جلسه

- فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان تا درباره اثرات بهبودی در زندگی خانوادگی‌شان بحث کنند و نظراتشان را با دیگران در میان بگذارند.
- فراهم آوردن فرصت‌هایی برای شرکت‌کنندگان تا نگرانی‌هایشان و راه حل‌هایشان برای رفع این نگرانی‌ها را با دیگران در میان بگذارند.

کاربرگ

- کاربرگ گاخ ۱۱: زندگی با اعتیاد

خلاصه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور پیشنهادها و نظرات درباره زندگی با اعتیاد و بهبودی را که در این جلسه مطرح شده‌اند جمع‌بندی می‌کند.

بحث آزاد (۱۵ تا ۲۰ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

جلسه ۱۲: دام‌های سر راه ارتباطات (بحث

گروهی چند خانواده‌ای)

نگاهی کلی

اهداف جلسه

- فراهم آوردن اطلاعاتی درباره سبک‌های ارتباط، روش‌ها، و دام‌های سر راه ارتباطات.
- فراهم آوردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان برای بحث و بررسی مسائل ارتباطی خانوادگی.
- تشویق شرکت‌کنندگان به یادگیری و در پیش گرفتن مهارت‌های جدید ارتباط.

کاربرگ‌ها

- کاربرگ گاخ ۱۲ الف: دام‌های سر راه ارتباطات
- کاربرگ گاخ ۱۲ ب: بهبود ارتباطات
- کاربرگ گاخ ۱۲ پ: تعهدنامه: تعهد به در پیش گرفتن مهارت‌های جدید ارتباط

مقدمه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور توضیح می‌دهد که

- اعضای خانواده که با اختلال مصرف مواجه شده‌اند غالباً احساس گناه می‌کنند، عصبانی و آزرده‌اند، و حالت تدافعی به خود می‌گیرند.

مقدمه (۲ تا ۳ دقیقه)

مشاور توضیح می‌دهد که

- متعهد ماندن به بهبودی مستلزم شناختن و پذیرفتن واقعیت‌هایی است.
- بهبودی انواع مختلفی از سؤالات را پیش می‌آورد: بعد از قطع مصرف مواد و الکل چه اتفاقاتی می‌افتد؟ آیا زندگی بالاخره به حالت عادی‌اش برمی‌گردد؟ آیا درمانجوی در حال بهبودی می‌تواند زندگی‌ای مثل کسی که هرگز معتاد نبوده است داشته باشد؟

- جلسه امروز فرصتی برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌کند تا مسائل و مشکلات و نگرانی‌های مربوط به زندگی با اعتیاد و بهبودی را هم از دیدگاه درمانجویان در حال بهبودی و هم از دیدگاه اعضای خانواده‌شان بحث کنند.

مرور کاربرگ (۱۰ تا ۱۵ دقیقه)

مشاور

- نسخه‌ای از کاربرگ گاخ ۱۱: زندگی با اعتیاد را به شرکت‌کنندگان می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد مطالب کاربرگ را بخوانند و به دقت به سؤال‌های آن پاسخ دهند.

- به شرکت‌کنندگان می‌گوید که جواب‌هایشان به این سؤال‌ها قرار است موضوع بحث جلسه باشد، و این که هیچ‌کسی این جواب‌ها را نخواهد دید، مگر این که خودشان راضی به این کار باشند.

بحث موضوعی (۵۰ تا ۵۵ دقیقه)

- مشاور بحث را اداره می‌کند و از جواب شرکت‌کنندگان به سؤال‌های کاربرگ برای هدایت جلسه استفاده می‌کند.

- این احساسات در روش برخورد و ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر تأثیر منفی جدی ای می‌گذارد؛ و الگوهای منفی برخورد با یکدیگر خودبه‌خود در خانواده به‌وجود می‌آید.
 - درک این موضوع که ارتباط مثبت با همدیگر مستلزم برخورداری از مهارتی است که می‌توان یاد گرفت و اولین گام بزرگ و مهمی است در بهبود روابط خانوادگی.
 - این جلسه درباره‌ی دام‌های سر راه ارتباطات (رفتارهای ارتباطی غیرمفید و زیان‌بار) است و همچنین یادگیری مهارت‌های لازم برای بهبود روابط خانوادگی.
 - توجه به مسائل ارتباطی و یادگیری مهارت‌های جدید ارتباطی به بهبود روابط اعضای خانواده کمک می‌کند.
 - برخوردهای صریح و روشن و مثبت به افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس کمک می‌کند و راه را برای ارتباط مسئولانه و صمیمانه هموار می‌سازد.
 - بهبودی از اختلال‌های مصرف مواد کار سختی است هم برای کسی که در حال بهبودی است و هم برای اعضای خانواده‌اش.
 - روابط خانوادگی مثبت و صمیمانه به نفع تمام افراد درگیر در فرایند بهبودی است.
- بحث موضوعی و مرور کاربرد (۵۵ تا ۶۰ دقیقه)**
- مشاور بحث درباره‌ی ارتباطات و نقش آن در بهبودی را اداره می‌کند و سؤالات زیر را مطرح می‌سازد:
- از راه بهبود مهارت‌های ارتباطی تان چه‌طور می‌توانید روابط خانوادگی تان را بهبود ببخشید؟
 - در دوره‌ی بهبودی، در روابط خانوادگی تان چه تغییری روی داده است؟

مشاور

- کاربردگ گاخ ۱۲ الف: دام‌های سر راه ارتباطات را به شرکت‌کنندگان می‌دهد.
- نمونه‌هایی از دام‌های ارتباطی را مطرح می‌کند (در بخش دام‌های سر راه ارتباطات: یک سناریوی فرضی، صفحات ۹۷ تا ۹۹ نمونه‌هایی آمده؛ مشاور هم می‌تواند مثال‌های دیگری بزند).
- بحث درباره‌ی دام‌های ارتباطی را ادامه می‌دهد و سؤالاتی در این مورد می‌پرسد از قبیل
- چه‌طور می‌توان از مشکلاتی که در این موقعیت پیش می‌آید دوری کرد؟
- آیا مواردی مشابه نمونه‌های مطرح شده، در خانواده شما هم پیش آمده؟ آیا خودتان می‌توانید مثالی بزنید؟
- نمونه‌هایی از راه‌حل‌های درست برای هر دام ارتباطی می‌دهد، در صورتی که راه‌حلی در بحث پیشنهاد نشده باشد (در بخش دام‌های سر راه ارتباطات: یک سناریوی فرضی نمونه‌هایی آمده؛ مشاور هم می‌تواند راه‌حل‌های دیگری مطرح کند).
- بعد از بحث و بررسی کاربردگ گاخ ۱۲ الف: دام‌های سر راه ارتباطات، مشاور
- کاربردگ گاخ ۱۲ ب: بهبود ارتباطات را به شرکت‌کنندگان می‌دهد.
- هر مورد از کاربردگ را بررسی می‌کند.

خلاصه (۱۵ دقیقه)

مشاور مسائل و مطالب مربوط به ارتباطات و نقش آن در بهبودی را که در جلسه مطرح شده‌اند جمع‌بندی می‌کند.

اعتماد ندارد و تغییراتی را که در دوره بهبودی در او به وجود آمده نادیده می‌گیرد. منظور نانسی این بوده که آیا شوهرش می‌تواند سر راه به خانه، لباس‌ها را از خشک‌شویی بگیرد یا باید خودش زودتر از سر کار بیرون بیاید و لباس‌ها را بگیرد.

نمونه راه حل ارتباطی

پیت می‌توانست وانمود کند که منظور نانسی را نفهمیده و از او توضیح بیشتری می‌خواست و در نتیجه، این جنگ و دعوا بینشان پیش نمی‌آمد. پیت می‌توانست با لحن معمولی بپرسد: «آره، کاری داشتی؟»، «آره، چرا می‌پرسی؟» یا مستقیماً جواب آره یا نه می‌داد و منتظر واکنش همسرش می‌ماند.

۲. آیا حرفتان را صریح و آشکار می‌زنید یا غیرمستقیم

سناریو

ریکاردو، جوان ۱۷ ساله‌ای که در دوره بهبودی است، مشغول بازی ویدئویی است که مادرش سر می‌رسد و می‌گوید: «آشغال تمام آشپزخانه را گرفته.» ریکاردو هوم هومی می‌کند و به بازی‌اش ادامه می‌دهد. مادر نیم ساعت بعد متوجه می‌شود ریکاردو آشغال‌ها را نبرده. مادر سرش داد می‌کشد که چرا آشغال‌ها را بلافاصله بیرون نگذاشته. ریکاردو هم داد و فریاد می‌کند که: «هی، هر وقت حالم خوب شد، می‌گذارمشان بیرون.»

نمونه راه حل ارتباطی

مادر می‌توانست به جای درخواست غیرمستقیم برای این‌که ریکاردو فوراً آشغال‌ها را بیرون ببرد، مستقیماً و صراحتاً بگوید: «ریکاردو، باید فوری آشپزخانه را خلوت کنم. دارم شام می‌پزم و یک عالمه آشغال سبزی آشپزخانه را گرفته. زود باش آشغال‌ها را ببر بیرون.»

■ **کاربرگ گاخ ۱۲ پ: تعهدنامه: تعهد به در پیش گرفتن مهارت‌های جدید ارتباط را به شرکت‌کنندگان می‌دهد و ۵ دقیقه به آن‌ها وقت می‌دهد تا این تعهدنامه را با استفاده از روش‌هایی که در کاربرگ گاخ ۱۲ ب آمده تکمیل کنند.**

■ **به شرکت‌کنندگان گوش‌زد می‌کند که تعهدنامه را در جایی نگه‌داری کنند که مرتباً چشمشان به آن بخورد و اجرای تعهداتشان و استفاده از مهارت‌های جدید ارتباط را به یادشان بیاورد.**

بحث آزاد (۱۵ دقیقه)

مشاور این مدت زمان را به شرکت‌کنندگان اختصاص می‌دهد تا سؤال‌های عمومی‌ای که دارند بپرسند و هر موضوعی را که برایشان مهم است مطرح سازند.

دام‌های سر راه ارتباطات: یک سناریوی فرضی

۱. آیا زود قضاوت می‌کنید؟ آیا هر حرفی را به خودتان می‌گیرید؟

سناریو

نانسی از شوهرش پیت می‌پرسد: «بلافاصله بعد از کار، به خانه می‌آیی؟» پیت عصبانی می‌شود و آتش می‌گیرد: «نباید هر ۵ دقیقه یک بار کنترل‌م کنی! آزمایش ادرار هم لابد می‌خواهی؟» نانسی با عصبانیت جواب می‌دهد: «معلوم است. آن قدر گزک به دستم داده‌ای که باید مرتباً کنترلت کنم.» این جرّ و بحث به یک دعوای حسابی درباره گذشته تبدیل می‌شود. پیت این حرف نانسی را به خودش گرفته و فرض کرده است که وقتی نانسی از او پرسیده که آیا بلافاصله بعد از کار، به خانه برمی‌گردد یا نه به شوهرش مشکوک بوده است. پیت ناراحت و عصبانی می‌شود که همسرش به او

ریکاردو هم می‌فهمید که مادرش همین الان از او می‌خواهد آشغال‌ها را بیرون ببرد، نه هر وقتی که دلش خواست.

۳. آیا صاف و پوست‌کنده حرف نمی‌زنید؟ آیا دوپهلوی حرف می‌زنید؟

سناریو

تانیا از شوهرش آندره می‌پرسد: «اشکالی ندارد که جمعه با شارون بروم ماهی‌گیری؟» نقشه آندره این بود که جمعه را با خانواده‌اش بگذراند و نمی‌خواست تانیا با شارون برود. با وجود این، آندره می‌گوید: «باشد. برو به سلامت.» آندره موقع زدن این حرف، دست‌هایش را روی سینه‌اش قلاب می‌کند و نگاهش را از زنش می‌دزد. تانیا دودل می‌ماند و می‌پرسد: «واقعاً راضی هستی؟» آندره با عصبانیت جواب می‌دهد: «گفتم که برو! نگفتم؟» این جرّوبحث هم به دعوا و مرافعه درست حسابی می‌کشد.

نمونه راه حل ارتباطی

آندره به جای این که دوپهلوی حرف بزند، می‌توانست صاف و پوست‌کنده حرف دلش را بزند. آندره می‌توانست بگوید: «دلم می‌خواست این جمعه با هم باشیم. تمام هفته سر کار بودم. دلم برای حرف زدن با تو لک زده.» تانیا هم می‌توانست راحت بفهمد که شوهرش چه نقشه‌ای برای روز جمعه‌شان دارد؛ و در آن صورت، می‌توانست برنامه‌اش را عوض کند یا با شوهرش برنامه دیگری بگذارد تا نظر شوهرش هم تأمین شود.

۴. آیا می‌توانید اشتباهتان را بپذیرید؟

سناریو

باب یادش رفته که امروز پنجمین سالگرد ازدواجش با کاترین است. یکی از همکاران باب از او دعوت کرده بعد

از وقت اداری چند دست با هم بولینگ بزنند؛ او هم قبول کرده. وقتی باب به خانه می‌رسد، می‌بیند که میز غذا برای دو نفر چیده شده و زنش دارد گریه می‌کند. کاترین بچه‌ها را به خانه شوهرش فرستاده و خودش را برای یک شام عاشقانه آماده کرده، و شام هم حالا یخ کرده. وقتی از باب می‌پرسد که چرا این قدر دیر کرده، باب با حالت تدافعی جواب می‌دهد: «خودت خوب می‌دانی که من حافظه‌ام ضعیف است و این چیزها یادم نمی‌ماند. باید یادم می‌انداختی! من از کجا بدانم که می‌خواستی برای یک شام اختصاصی آماده بشوی؟» باب در این جا احساس گناه می‌کند، اما نمی‌خواهد اشتباهش را بپذیرد، بلکه با حالت تدافعی می‌گوید: «گوش کن، کاترین! پنج سال است که با هم ازدواج کرده‌ایم؛ چه گلی به سرمان زده‌ایم؟» کاترین قهر می‌کند و در اتاق را به روی شوهرش می‌بندد.

نمونه راه حل ارتباطی

وقتی باب فهمید که سالگرد ازدواجشان از یادش رفته، می‌توانست خیلی راحت به اشتباهش اعتراف کند و صادقانه از زنش معذرت بخواهد. هر چند که جرّوبحث بعد از آن، چندان خوشایند نمی‌بود، اما کار به دعوا و قهر نمی‌کشید.

۵. آیا از نگرانی خودتان حرف می‌زنید یا همیشه دیگران را محکوم می‌کنید؟

سناریو

مری، دانش‌آموز سال آخر دبیرستان، به منزل همکلاسی‌اش رفته. باید ساعت ۱۱ یا ۱۲ برمی‌گشت، اما خیلی دیر کرده. وقتی ساعت یک نصف شب برمی‌گردد، مادرش خیلی نگران شده. مادر تا دم در به

خیال کردم خدای ناکرده بلایی سرت آمده. داشتم دیوانه می شدم. خواهش می کنم هر وقت دیر کردی، یک زنگ به من بزن، قربانت بروم.» مادر می توانست این موضوع مهم را با آرامش مطرح کند؛ و مری هم دیگر با آن تندى جواب مادرش را نمی داد. از طرف دیگر، مری هم دفعه دیگر که دیر می کرد، به مادرش خبر می داد.

استقبال دخترش می رود و می گوید: «خیلی دیر کردی. نمی شد یک زنگی می زدی و به من خبر می دادی. تو همیشه بی ملاحظه هستی. تو همیشه بی فکری!» مری هم به تندى جواب می دهد: «من همیشه بی ملاحظه نیستم.»

نمونه راه حل ارتباطی

مادر می توانست از نگرانی هایش بگوید و مثلاً بگوید: «دلم هزار جا رفت. وقتی دیر کردی و زنگ هم نزدی،

فصل سوم

کاربرگ‌های گروه آموزش خانواده

ردیف	عنوان کاربرگ‌ها
گاخ ۱ الف	تعریف اعتیاد بر طبق انجمن پزشکی اعتیاد امریکا
گاخ ۱ ب	توقف فکر
گاخ ۲	الکل در یک نگاه
گاخ ۳ الف	راهنمایی‌هایی برای درمان آموخته‌های عضو میزگرد
گاخ ۳ ب	راهنمایی‌هایی برای اعضای خانواده عضو میزگرد
گاخ ۳ پ	راهنمایی‌هایی برای اعضای میزگرد بهبودی
گاخ ۴ الف	مت‌آمفتامین در یک نگاه
گاخ ۴ ب	کوکائین در یک نگاه
گاخ ۵ الف	جدول زمان‌بندی روزانه / ساعتی
گاخ ۵ ب	توجیه بازگشت
گاخ ۶ الف	مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد: ویژه درمانجویان در حال بهبودی
گاخ ۶ ب	مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد: ویژه اعضای خانواده و عزیزان درمانجو
گاخ ۶ پ	اعضای خانواده و بهبودی

ردیف	عنوان کاربرگ‌ها
گاخ ۷ الف	مواد شبه افیونی در یک نگاه
گاخ ۷ ب	مواد پاتوقی در یک نگاه
گاخ ۸ الف	پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد
گاخ ۸ ب	توجیه بازگشت
گاخ ۸ پ	جلوگیری از انحراف مسیر منجر به بازگشت
گاخ ۹	اعتمادسازی
گاخ ۱۰	ماری‌جوانا در یک نگاه
گاخ ۱۱	زندگی با اعتیاد
گاخ ۱۲ الف	دام‌های سر راه ارتباطات
گاخ ۱۲ ب	بهبود ارتباطات
گاخ ۱۲ پ	تعهدنامه: تعهد به در پیش گرفتن مهارت‌های جدید ارتباط

تعریف اعتیاد بر طبق انجمن پزشکی اعتیاد امریکا

اعتیاد یعنی بیماریِ اولیه، عصبی - زیستی و مُزمنی که عواملِ وراثتی، روانی - اجتماعی و محیطی بر شکل‌گیری و جلوه‌های بیرونیِ آن تأثیر می‌گذارند. ویژگیِ بارزِ اعتیاد رفتارهایی است که یک یا چند مورد از موارد زیر را شامل می‌شود:

- کنترلِ تضعیف شده بر مصرف مواد
- مصرفِ مداوم با وجودِ ضررهایی که دارد
- مصرفِ اجباری و بی‌اختیار
- وسوسه

به نقل از:

Graham, A. W; Schultz, T.K; Mayo-Smith, M.F; Ries, R.K; and Wilford, B.B., eds. *Principles of Addiction Medicine*, Third Edition. Chevy chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.

کاربرگِ گَاخ

ب ۱

توقفِ فکر

تصویرسازیِ ذهنی

- در ذهنِ خودتان یک کلیدِ قطع و وصلِ جریانِ برق تصور کنید.
- تصور کنید این کلید را از حالتِ روشن به حالتِ خاموش در می‌آورید تا فکر و خیالِ مصرفِ مواد یا الکل را در وجودتان خاموش کند.
- همیشه فکرِ مثبتی را آماده در ذهنتان داشته باشید تا آن را جانشینِ فکر و خیالِ مصرفِ مواد یا الکل بکنید.
- فکری را که می‌خواهید آماده در ذهنتان داشته باشید باید فکرِ خوشایند و جالبی باشد که در آن از مصرفِ مواد و الکل خبری نباشد.
- اگر این روشِ توقفِ فکرِ راهِ وسوسه را بست ولی فکر و خیالِ مصرف باز هم به سراغتان آمد، بهتر است محیطی را که در آن هستید ترک کنید یا خود را به کاری مشغول کنید که به تمرکز کامل احتیاج داشته باشد.

ایجادِ دردِ موضعی (یا کشِ درمانی)

- با استفاده از یک کشِ لاستیکی فکر و خیالِ مصرفِ مواد را از خودتان دور کنید.
- یک کشِ لاستیکی را دورِ مچِ دستتان ببندید. (آن قدر محکم ببندید که شاهرگتان قطع شود!)
- هر بار که به فکرِ مصرف می‌افتید، کش را محکم بکشید و رها کنید و به فکر و خیالِ مصرف «نه» بگویید (با صدای بلند یا در دلِ خودتان، با توجه به موقعیت).
- همان‌طور که در موردِ تصویرسازیِ ذهنی گفتیم، همیشه باید فکرِ مثبت و خوشایندی در ذهنتان آماده داشته باشید تا آن را جانشینِ فکر و خیالِ مصرف بکنید.
- این کشِ لاستیکی را همیشه همراهِ خود داشته باشید.

آرام سازی یا ریلکسیشن

- وسوسه مصرف معمولاً در معده شما حالتِ خالی بودن، سنگینی یا دل‌درد ایجاد می‌کند. با یک دم عمیق (پر کردنِ شش‌ها از هوا) و یک بازدمِ آرام و تدریجی (بیرون دادنِ هوا از شش‌ها) می‌توانید این احساس‌ها را از خودتان دور کنید. این کار را سه بار انجام دهید.
- چند دقیقه، تا آن‌جا که می‌توانید، رویِ آرام سازیِ بدنتان تمرکز کنید.
- هر وقت این احساس‌ها به سراغتان آمد، خودتان را با دم عمیق و بازدمِ آرام و تدریجی آرام کنید.

کاربرگِ گنج

۱ ب

توقفِ فکر

گفتگوی تلفنی با کسی و درددل با او

- صحبت کردن و درددل با کسی راهی است برای تخلیه احساسات منفی و آزاردهنده شما، و این امکان را برایتان فراهم می‌کند تا حرف دلتان را بزنید و هرچه دل‌تنگتان می‌خواهد، بگویید و آرام شوید.

کاربرگِ گاخ

۲

الکل در یک نگاه

الکل در بدن چه طور عمل می‌کند؟

الکل بر بسیاری از دستگاه‌های شیمیایی مغز تأثیری منفی می‌گذارد. تعادل ظریفی بین دستگاه‌های شیمیایی ای که کارکرد مغز را تحریک می‌کنند و دستگاه‌های شیمیایی ای که این کارکردها را بازداري یا کم می‌کنند وجود دارد. الکل در این تعادل ظریف اختلال ایجاد می‌کند و این توازن را به هم می‌زند.

انسان چه طور به الکل وابسته می‌شود؟

اگر کسی مرتباً الکل مصرف کند، مغزش به مرور زمان خود را به وجود الکل عادت می‌دهد. مغز او این عادت را از راه تولید مواد شیمیایی محرک در مقادیری بیش از حد معمول انجام می‌دهد. وقتی مغز و بدن کسی خود را با شرایط جدید عادت داد، او دیگر برای حفظ این تعادل، به الکل وابسته یا معتاد می‌شود. اگر کسی که به الکل وابسته یا معتاد شده ناگهان مصرف آن را قطع کند، این مقدار زیاد مواد شیمیایی محرک باعث بروز نشانه‌های قطع مصرف یا ترک می‌شود. نشانه‌های قطع مصرف، بسته به مقدار و مدت زمان مصرف، متفاوت است.

نشانه‌های قطع مصرف کدام‌ها هستند؟

نشانه‌های قطع مصرف عبارت‌اند از:

- تشنّج
- بی‌خوابی
- رعشه و لرز
- بی‌قراری (تحریک‌پذیری، بداخلاقی، و حالت عصبی شدید)
- تهوع
- گیجی و سردرگمی
- توهمات شنیداری یا دیداری (شنیدن یا دیدن چیزهایی که واقعیت ندارند)
- قطع مصرف الکل ممکن است باعث مرگ بشود. «روان‌آشفته‌گی الکلی» بیماری خطرناکی است که از قطع مصرف الکل ناشی می‌شود. یک نفر از هر ۲۰ نفری که دچار این بیماری می‌شوند، اگر تحت درمان قرار نگیرند، می‌میرند.
- نشانه‌های روان‌آشفته‌گی الکلی عبارت‌اند از:
- افزایش شدید ضربان قلب
- رعشه و لرز
- گرگرفتگی و افزایش شدید دمای بدن
- نداشتن کنترل حرکات ماهیچه‌ها
- افزایش شدید فشار خون
- تغییر حالت‌های روحی

الکل در یک نگاه

- تنفس سریع و غیرعادی
- عرق کردن زیاد
- توهم
- فروپاشی قلبی و عروقی

چه کسانی الکل مصرف می‌کنند؟

در آمریکا بیشتر افراد ۲۱ سال به بالا الکل می‌نوشند. طبق آمار سال ۲۰۰۳، حدود نیمی از آمریکاییان ۱۲ سال به بالا مشروب می‌خورند.

سه نفر از هر ده نفر (۳۰ درصد) بزرگسال آمریکایی آن قدر الکل مصرف می‌کنند که خطر مشکلات جسمی، عاطفی و هیجانی، و اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. حدود یک نفر از هر چهار نفری که مشروب خور قهار هستند اخیراً به آن معتاد شده‌اند.

به طور کلی مردان بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند. در سال ۲۰۰۳ در آمریکا ۵۷ درصد مردان ۱۲ سال به بالا گفتند که در ماه گذشته مشروب خورده‌اند.

میزان اعتیاد به الکل هم در زنان پایین‌تر از مردان است. طبق آمار موجود، حدود یک سوم معتادان به الکل زن هستند.

میزان مشروب خواری سنگین در میان افراد ۲۱ تا ۲۹ سال بالاتر از همه، و در میان افراد ۶۵ سال به بالا کمتر از همه است.

تأثیرات اولیه الکل

- وقتی کسی شروع به خوردن مشروب می‌کند، ابتدا
- شاد و شنگول و سرخوش می‌شود
 - پرحرف و معاشرتی می‌شود
 - رویش باز می‌شود و دیگر خجالت و محدودیتی احساس نمی‌کند (کارهایی می‌کند و حرف‌هایی می‌زند که در حالت هشیاری هیچ وقت از او سر نزده)

وقتی کسی باز هم مشروب می‌خورد، چه اتفاقی می‌افتد؟

- وقتی به خوردن مشروب ادامه می‌دهد، به تدریج سست و خواب‌آلود می‌شود و
- تعادلش به هم می‌خورد.

کاربرگِ گاخ

۲

الکل در یک نگاه

- دیدِ جانبی‌اش ضعیف می‌شود (توانایی دیدنِ سمت چپ و راستش دچار مشکل می‌شود)
- جویده جویده / بریده بریده حرف می‌زند.
- استفراغ می‌کند.
- به خواب می‌رود.
- از هوش می‌رود و هیچ چیزی را از مدّت زمانی که شدیداً مست بوده به یاد نمی‌آورد.

مشروب‌خوَرهای قهّار چه ضررهایی به خودشان می‌زنند؟

مشروب‌خواری سنگین یعنی مصرفِ افراطیِ الکل پنج یا شش بار در عرض یک ماه. «رَطَلِ گِران‌نوشی» یعنی خوردنِ پنج گیلّاس یا بیشتر در هر بار مصرف، حدّ اقل یک بار در ماه.

مشروب‌خوَرِ قهّار کسی است که رَطَلِ گِران بنوشد (پنج گیلّاس در هر بار مصرف در مورد مردان و چهار گیلّاس در هر بار در مورد زنان).

مشروب‌خوَرهای قهّار آسیب‌های عمده‌ای به سلامتی خود می‌زنند. وقتی کسی الکل مصرف می‌کند، الکل وارد جریانِ خونس می‌شود و در سرتاسر بدنش پخش می‌شود.

مشروب‌خواری سنگین یا رطل‌گران نوشی اساساً باعثِ آسیبِ کبد می‌شود، اما به دستگاه‌های گوارشی، قلبی - عروقی، ایمنی، غده‌های درون‌ریز، و عصبی هم صدمه می‌زند.

● کبد جایی است که الکل را تجزیه و دفع می‌کند. تعدادی از موادّ شیمیایی‌ای که در این فرایند تولید می‌شوند سمّی هستند و برای خود کبد ضرر دارند.

● این موادّ سمّی به مرور زمان انباشته می‌شوند و به آسیبِ کبدی ناشی از الکل منجر می‌شوند.

● این آسیب‌ها ممکن است به شکلِ توّرّم (هپاتیت یا ورمِ کبدیِ الکلی) بروز کنند یا به شکلِ زخم (سیروز).

● بیشتر هر دو نوع این آسیب‌ها در یک نفر مشاهده می‌شود.

● اعتیاد به الکل عاملِ اصلی مرگ‌های ناشی از بیماری‌های کبدی در امریکا است.

● طبق برآوردها، بیش از ۲۰ میلیون نفر در امریکا به یک نوع از انواعِ بیماری‌های کبدی ناشی از الکل مبتلا هستند.

الکل تأثیراتی منفی روی دستگاهِ گوارش هم دارد.

● مصرفِ افراطیِ الکل موجب ورمِ مزمنِ مری (لوله‌ای که میان حلق و معده است) می‌شود که آن هم امکان دارد به سرطانِ مری ختم شود.

الکل در یک نگاه

- الکل به کبد آسیب می‌رساند و بیماری کبدی باعث گشاد شدن رگ‌های مری می‌شود.
- این رگ‌ها ممکن است پاره شوند که غالباً مرگ را به دنبال دارد.
- مصرف افراطی الکل با ورم لوزالمعده، و سرطان حنجره و روده بزرگ و راست‌روده ارتباط دارد.

الکل به قلب صدمه می‌زند.

- مصرف سنگین الکل با بیماری‌های جدی و خطرناک قلب ارتباط دارد. مصرف الکل در کار پمپاژ قلب اختلال ایجاد می‌کند و باعث ضریان نامنظم و / یا آهسته قلب می‌شود. همچنین فشار خون را بالا می‌برد که آن هم خطر حمله قلبی را افزایش می‌دهد.
- پلاکت‌های خون، که در بسته شدن خون نقش دارند، هم آسیب می‌بینند که آن هم خطر خون‌ریزی و بند نیامدن خون را افزایش می‌دهد.

الکل به دستگاه ایمنی بدن هم صدمه می‌زند.

- الکل تأثیر منفی زیادی روی دستگاه ایمنی (که بدن را در مقابل بیماری‌ها محافظت می‌کند) می‌گذارد و به گلبول‌های قرمز و سفید خون آسیب می‌رساند.
- کسانی که در مصرف الکل افراط می‌کنند، بیشتر به بیماری‌های عفونی مبتلا می‌شوند.
- الکل طوری به دستگاه ایمنی آسیب می‌رساند که خود این دستگاه به بدن حمله می‌کند. این کار باعث بیماری کبدی ناشی از الکل می‌شود یا آن را بدتر می‌کند.
- الکل تأثیری منفی روی غده‌های درون‌ریز می‌گذارد.
- مصرف درازمدت الکل به دستگاه غده‌های درون‌ریز (دستگاه کنترل هورمون‌ها) آسیب می‌زند.
- توازن هورمون‌های انسولین و گلوکوکورتیکوئید، که قند خون را تنظیم می‌کنند، به هم می‌خورد. دیابت (مرض قند) بین مشروب‌خورهای قهار رایج است.
- مصرف الکل در ترشح هورمون‌های تولید مثل، هورمون رشد، و تستوسترون (هورمون جنسی مردانه) تأثیری منفی می‌گذارد.
- تأثیرات الکل روی دستگاه هورمونی عبارت‌اند از کوچک شدن بیضه‌ها و تخمدان، و اختلال در تولید اسپرم و تخمک.
- تغییرات هورمونی ناشی از الکل باعث اختلال جنسی هم در مردان و هم در زنان می‌شود.

کاربرگی کاغذ

۲

الکل در یک نگاه

مصرف الکل به دستگاه عصبی صدمه می‌زند.

● مصرف سنگین الکل این ضررها را دارد:

- نوروپاتی پیرامونی، که به بی‌حسی و گزگز کردن دست‌ها و پاها منجر می‌شود.
- سندرم ورنیکه، که به حرکات نامنظم چشم‌ها، تعادل حرکتی بسیار ضعیف، و اشکال در راه رفتن منجر می‌شود.
- سندرم کورساکوف، که به اختلال شدید در حافظه ختم می‌شود و بیمار نمی‌تواند چیزهای جدیدی یاد بگیرد.
- بیشتر مشروب‌های قه‌ار، گذشته از این اختلال‌های دستگاه عصبی، دچار اختلال‌هایی در عملکردهای ذهنی، کوچک شدن مغز، و تغییراتی در کارکرد مغز می‌شوند.

مصرف الکل باعث اختلال‌های رفتاری و جسمی می‌شود.

- مصرف الکل با خشونت خانگی، کودک‌آزاری، و پرخاش‌گری ارتباط دارد.
- مصرف الکل با انواع تصادفات و حوادث ناگوار ارتباط دارد.
- هر چه مصرف الکل بیشتر باشد، خطر بروز مشکلات خانوادگی و شغلی، و مشکلات با دوستان و حتی دیگران بیشتر می‌شود. بعضی از این مشکلات عبارت‌اند از:

- اختلاف با همسر و دیگر اعضای خانواده و طلاق
- وخیم شدن روابط با همکاران
- غیبت از سرکار یا تأخیر در حاضر شدن در محل کار که روز به روز بیشتر می‌شود.
- از دست دادن شغل به علت پایین آمدن کارایی
- ارتکاب خشونت یا قربانی خشونت شدن
- تصادف و / یا دستگیری به علت رانندگی در حال مستی

آیا الکل تأثیر مشابهی روی زنان و مردان می‌گذارد؟

- مصرف الکل، حتی مقدار بسیار کمی از آن، تأثیر متفاوتی در زنان و مردان می‌گذارد.
- زنان، نسبت به مردان، سریع‌تر و با مقدار الکل کمتری به بیماری کبدی ناشی از الکل مبتلا می‌شوند. احتمال مبتلا شدن زنان، نسبت به مردان، به هیپاتیت (ورم کبد) و احتمال مرگشان به علت سیروز (التهاب، ورم و زردی کبد) بیشتر است.

الکل در یک نگاه

- زنان، نسبت به مردان، در مقابلِ آسیبِ مغزیِ ناشی از الکلِ ضعیف‌ترند.
- هم مردان و هم زنان مشروبِ خورِ قهّار به یک اندازه به بیماری‌های قلبیِ ناشی از الکل مبتلا می‌شوند، هر چند مقدارِ مصرفِ الکل در زنان در طولِ عمرِ کمتر است.
- در موردِ زنان، هر چند که مصرفِ روزانه‌شان کم باشد، خطرِ سرطانِ سینه کمی بالا می‌رود.

مصرفِ الکل چه ارتباطی با بارداری دارد؟

زنانی که در دورهٔ حاملگی الکل مصرف می‌کنند، فرزندانشان را در معرضِ خطراتی جدّی قرار می‌دهند. فرزندانِ مادرانی که در دورهٔ حاملگی‌شان الکل مصرف کرده‌اند ممکن است عقب ماندهٔ ذهنی باشند یا دچار مشکلاتِ رفتاری و یادگیریِ دیگری بشوند. خطرناک‌ترین ضرر الکل «سندرم جنینی ناشی از الکل» است. این اختلال دلیلِ اصلیِ عقب‌ماندگیِ قابلِ پیش‌گیریِ کودکان است.

اگرچه اثراتِ این اختلال در موردِ جنین‌ها متفاوت است، کودکانِ مبتلا به این سندرم مشکلاتِ شناختی و رفتاریِ زیادی دارند. مشکلاتِ شناختی و رفتاریِ مرتبط با این اختلال باعثِ افت تحصیلی، جرم و جنایت، و مشکلاتِ شغلی در نوجوانی و بزرگسالی می‌شود.

کودکانی که مبتلا به انواعِ شدیدِ سندرم هستند معمولاً سر و صورتشان غیرعادی و دارایِ خصوصیاتِ زیر است:

- چین و چروک در گوشهٔ چشم
- محیطِ کوچکِ سر
- برآمدگیِ کوچکِ بینی
- حدقهٔ کوچک
- بینی کوچک
- گونه‌های کوچک
- لبِ بالاییِ صاف و یکدست
- لبِ بالاییِ نازک بدونِ شیارِ میانی

تحقیقات نشان می‌دهد که حتّاً مقدارِ بسیار کمی
از الکل برایِ جنین ضرر دارد.

کاربرگِ گَاخ

۳ الف

راهنمایی‌هایی برای درمان آموخته‌های میزگرد

تبریک می‌گوییم!

دعوت به شرکت در میزگرد بهبودی یعنی این که در بهبودی پیشرفت کرده‌اید و می‌توانید به دیگران هم کمک برسانید. برای درمانجویانی که اولین ماه‌های درمانشان است (و خانواده‌هایشان) بسیار مفید و مؤثر است که ماجرای موفقیت شما را بشنوند و تجربه کسب کنند. این تجربه به خود شما هم کمک می‌کند، چون برایتان فرصتی فراهم می‌کند تا ماجرای خودتان را شرح دهید و تجربیات خودتان را از چشم‌انداز دیگری بررسی کنید. شرکت در میزگرد به بسیاری از درمانجویان اعتماد به نفس و اطمینان خاطر بیشتری درباره خودشان و بهبودی‌شان می‌بخشد.

شما و سه یا چهار نفر از شرکت‌کنندگان دیگر به نوبت در تاریخ ساعت بعدازظهر در جلسه گروه آموزشی خانواده درباره ماجرای درمان و بهبودی خودتان در میزگرد صحبت خواهید کرد. وقتی صحبت‌هایتان تمام شد، شرکت‌کنندگان گروه فرصت دارند تا از شما سؤالاتی بپرسند. اگر از سؤالی ناراحت یا معذب شدید، تردیدی به خود راه ندهید و بگویید که از جواب دادن به این سؤال معذور هستید.

اگر نمی‌دانید که چه چیزهایی را با اعضای گروه در میان بگذارید، از سؤال‌های زیر استفاده کنید تا به افکارتان جهت بدهد.

- اختلال مصرف مواد چه تأثیرات منفی‌ای روی زندگی شما داشته و دارد؟
- چه‌طور وارد این برنامه درمانی شدید؟
- آیا به یادتان می‌آید در اولین هفته‌ها و ماه‌های درمان چه احساساتی داشتید؟
- چه تجربیات، فعالیت‌ها و رفتارهایی در دوره بهبودی برایتان مفید و مؤثر بوده است؟
- فکر می‌کنید چه کار متفاوتی در این دوره می‌توانستید انجام دهید؟
- گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری امروزه چه نقشی در زندگی‌تان دارند؟
- اگر در گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری از وجود یک یاور و حامی برخوردار بوده‌اید، چه‌طور او را انتخاب کردید؟
- دوست داشتید در چند هفته و ماه اول این برنامه درمانی چه چیزهایی می‌دانستید؟

به یاد داشته باشید که

- اگر صادقانه و رک و راست از احساساتتان صحبت کنید، ماجرای شما برای دیگران جالب‌تر و تأثیرگذارتر می‌شود.
- به دیگران نگویید که چه کار نکنند و چه کار نکنند. وقتی فقط ماجرای بهبودی‌تان را برایشان تعریف می‌کنید، فایده‌اش از هر چیز دیگری بیشتر خواهد بود.

از حضورتان بسیار سپاس‌گزاریم.

کاربرگِ گاخ

ب ۳

راهنمایی‌هایی برای اعضای خانواده عضو میزگرد

تبریک می‌گوییم!

دعوت خانواده شما به شرکت در میزگرد بهبودی به این معناست که در بهبودی پیشرفت کرده‌اید و می‌توانید به دیگران هم کمک برسانید. برای درمانجویانی که اولین ماه‌های درمانشان است و خانواده‌هایشان بسیار مفید و مؤثر است که ماجرای موفقیت شما را بشنوند و تجربه کسب کنند. این تجربه به خود شما هم کمک می‌کند، چون برایتان فرصتی فراهم می‌کند تا ماجرای خودتان را شرح دهید و تجربیات خودتان را از چشم‌انداز دیگری بررسی کنید. شرکت در میزگرد به بسیاری از درمانجویان اعتماد به نفس و اطمینان خاطر بیشتری درباره خودشان و بهبودی‌شان می‌بخشد.

شما و سه یا چهار نفر از شرکت‌کنندگان دیگر به نوبت در تاریخ ساعت بعدازظهر در جلسه گروه آموزش خانواده درباره ماجراهایی که در این برنامه درمانی و بهبودی داشته‌اید در میزگرد صحبت خواهید کرد. وقتی صحبت‌هایتان تمام شد، شرکت‌کنندگان گروه فرصت دارند تا از شما سؤالاتی بپرسند. اگر از سؤالی ناراحت یا معذب شدید، تردیدی به خود راه ندهید و بگویید که از جواب دادن به این سؤال معذور هستید.

اگر نمی‌دانید که چه چیزهایی را با اعضای گروه در میان بگذارید، از سؤال‌های زیر استفاده کنید تا به افکار شما جهت بدهد.

- اختلال مصرف مواد عضو خانواده چه تأثیر منفی‌ای روی زندگی شما داشته و دارد؟
- از چه روش‌هایی برای مقابله با اختلال مصرف عزیزتان استفاده کردید؟
- چه چیزی در این دوره کمکتان کرده است؟
- آیا فکر می‌کنید می‌توانستید جور دیگری عمل کنید؟
- آیا به یادتان می‌آید در اولین هفته‌ها و ماه‌های درمان عزیزتان چه احساساتی داشتید؟
- چه تجربیات، فعالیت‌ها و رفتارهایی در دوره بهبودی برایتان مفید و مؤثر بوده است؟
- گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری امروزه چه نقشی در زندگی‌تان دارند؟
- اگر در گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری از وجود یک یاور و حامی برخوردار بوده‌اید، چه‌طور او را انتخاب کردید؟
- دوست داشتید در چند هفته و ماه اول این برنامه درمانی چه چیزهایی می‌دانستید؟

به یاد داشته باشید که

- اگر صادقانه و رک و راست از احساسات خودتان صحبت کنید، ماجرایتان برای دیگران جالب‌تر و تأثیرگذارتر می‌شود.
- به دیگران نگویند که چه کار بکنند و چه کار نکنند. وقتی فقط تجربیات و احساسات خودتان را برایشان تعریف می‌کنید، فایده‌اش از هر چیز دیگری بیشتر خواهد بود.

از حضورتان سپاس‌گزاریم.

کاربرگِ گِاَخ

پ ۳

راهنمایی‌هایی برای اعضای میزگرد بهبودی

از این که دعوت ما را برای شرکت در میزگردِ بهبودیِ گروه آموزش خانواده پذیرفته‌اید سپاس‌گزاریم. برای درمانجویانی که اولین ماه‌های درمانشان است (و خانواده‌ها و عزیزانشان) بسیار مفید و مؤثر است که ماجرایی موفقیت شما را بشنوند و تجربه کسب کنند.

شما حدود ۱۰ دقیقه وقت دارید تا صحبت کنید. وقتی صحبت‌هایتان تمام شد، شرکت‌کنندگان گروه فرصت دارند تا از شما سؤالاتی بپرسند. لطفاً سعی کنید تا آن جا که می‌توانید صریح و مستقیم پاسخ دهید. اگر از سؤالی ناراحت یا معذب شدید، تردیدی به خود راه ندهید و بگویید که از جواب دادن به این سؤال معذورید. اگر نمی‌دانید چه چیزهایی را با اعضای گروه در میان بگذارید، از سؤال‌های زیر استفاده کنید تا به افکارتان جهت بدهد.

- اختلال مصرف مواد چه تأثیر منفی‌ای روی زندگی شما داشته و دارد؟
- چه طور وارد این برنامه درمانی (یا گروه ۱۲ گامی و همیاری) شدید؟
- آیا یادتان می‌آید در اولین هفته‌ها و ماه‌های درمان چه احساساتی داشتید؟
- گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری امروزه چه نقشی در زندگی‌تان دارند؟
- چه تجربیات، فعالیت‌ها و رفتارهایی در دوره بهبودی برایتان مفید و مؤثر بوده است.
- اگر در گروه‌های ۱۲ گامی یا همیاری از وجود یک یاور و حامی برخوردار بوده‌اید، چه طور او را انتخاب کردید؟
- فکر می‌کنید چه کار متفاوتی می‌توانستید در این دوره انجام دهید.
- دوست داشتید در چند هفته و ماه اول این برنامه درمانی چه چیزهایی می‌دانستید؟

به یاد داشته باشید که

- اگر صادقانه و رک و راست از احساساتتان صحبت کنید، ماجرایتان برای دیگران جالب‌تر و تأثیرگذارتر می‌شود.
- به دیگران نگوئید که چه کار کنند و چه کار نکنند. وقتی فقط تجربیات و احساسات خودتان را برایشان تعریف می‌کنید، فایده‌اش از هر چیز دیگری بیشتر خواهد بود.

دوباره از شما سپاس‌گزاری می‌کنیم.

کاربرگِ گِاَخ ۴ الف

مَت‌آمفتامین در یک نگاه

مَت‌آمفتامین یا شیشه چیست؟

مَت‌آمفتامین یا شیشه مادّه محرّک قوی‌ای است که از چند مادّه شیمیایی به دست می‌آید.

نام‌های عامیانه مَت‌آمفتامین عبارت‌اند از:

- یخ
- مِت
- کریستال مِت
- تینا
- آیس
- کریستال

چند نفر مَت‌آمفتامین مصرف می‌کنند؟

تعداد مصرف‌کنندگان مَت از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۰ در امریکا بیش از دو برابر شده است.

برطبق آمار سال ۲۰۰۴ حدود ۱۲ میلیون از امریکاییان ۱۲ سال به بالا در طول عمرشان دست کم یک بار مَت مصرف کرده‌اند.

شواهدی در دست است که نشان می‌دهد مصرف مَت تثبیت شده. تعداد کسانی که مَت مصرف می‌کنند و تعداد افرادی که اولین بار آن را امتحان می‌کنند در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴ ثابت مانده است. از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ میانگین سنی کسانی که اولین بار مَت مصرف می‌کنند سه سال بالاتر رفته، یعنی از ۱۸/۹ سال به ۲۱/۱ سال رسیده است.

چه کسانی مَت مصرف می‌کنند؟

اگرچه میانگین مصرف مَت در امریکا شاید افزایش نیافته باشد، امّا مصرف آن همچنان مسئله‌ای مهم است و در میان بعضی از گروه‌های مردم افزایش یافته است. مَت، که زمانی به مناطق خاصی از امریکا مانند هاوایی و شهرهای ساحل غربی آن محدود بود، اکنون در سرتاسر این کشور در میان تمام اقشار مردم گسترش یافته است. کسانی که مَت مصرف می‌کردند سفیدپوست، مرد و کارگر ساده بودند، امّا مصرف آن به پارتی‌ها و باشگاه‌ها و مجالس شور و حال هم گسترش یافته است.

مصرف مَت در میان امریکایی‌های لاتینی تبار و جوانان هم دارد بیشتر می‌شود و در میان زنان هم افزایش یافته است. زنان بیشتر مَت مصرف می‌کنند تا کوکائین یا هروئین. اکنون تعداد معتادان زن و مرد مَت تقریباً برابر است.

■ مصرف مَت در محیط‌های کاری بیشتر شده؛ قبلاً رانندگان وسایل سنگین دوز مسیر بیشتر مصرف می‌کردند، امّا اکنون در کارگاه‌های ساختمانی و کارخانه‌ها و کارگاه‌های تولیدی هم رواج یافته است. کسانی که در رادیو و تلویزیون و سینما و تئاتر، فروش، خرده‌فروشی، و امور حقوقی شاغل‌اند هم به طور روزافزونی مَت مصرف می‌کنند.

کاربرگِ کاغذ

۴ الف

مت‌آمفتامین در یک نگاه

مت چه تأثیراتی روی انسان می‌گذارد؟

تأثیراتِ فوریِ روانیِ مت عبارت‌اند از

- سرخوشی
- هشیاری و چابکی
- احساسِ قدرتِ رو به افزایش و انرژیِ تازه
- احساسِ بی‌نقصی و مصونیت و رویین‌تنی (احساسِ این‌که هیچ‌چیز بد نمی‌تواند برایتان اتفاق بیفتد، شما قادر به هر کاری هستید و هیچ آسیبی به شما نمی‌رسد)
- احساسِ اعتماد به نفس و قابلیت و لیاقتِ رو به افزایش
- میلِ شدیدِ جنسی
- از بین رفتنِ بی‌حوصلگی، دل‌تنگی، احساسِ تنهایی و بی‌کسی، و خجالت
- تأثیراتِ فوریِ جسمیِ مت عبارت‌اند از
- افزایش

○ ضربانِ قلب ○ فشارِ خون

○ شدتِ تنفس ○ اندازهٔ مردمک

○ حساسیت به صدا و محرک‌ها ○ دمایِ بدن

● کاهش

○ اشتها ○ خواب ○ زمانِ واکنش

تأثیراتِ روانیِ مزمنِ مت (منظور از «مزمن» این است که این تأثیرات، در صورتِ مصرفِ مداوم، دیرتر ظاهر می‌شوند و مدتِ زمانِ زیادی ادامه دارند) عبارت‌اند از:

● گیجی

● از دست دادنِ تواناییِ تمرکز و سازمان دادنِ اطلاعات

● از دست دادنِ تواناییِ احساسِ لذتِ بدونِ مواد

● پارانویا (بدگمانی و شک به همه چیز و همه کس)

● بی‌خوابی و خستگیِ مفرط

● نوساناتِ خلقی

مت‌آمفتامین در یک نگاه

- بداخلاقی و تندخویی و عصبانیت
- افسردگی عمومی
- اختلال اضطراب و هراس و وحشت‌زدگی
- رفتار جنسی بی‌پروا و محافظت نشده
- توهمِ بساوايي (مصرف کننده احساس می‌کند چیزهایی مثل حشرات روی بدنش راه می‌روند) و توهم شنیداری (مصرف کننده صداهای غیر واقعی می‌شنود)
- افسردگی شدیدی که ممکن است به خودکشی یا فکر خودکشی منجر شود
- دوره‌هایی از رفتارهای ناگهانی خشن
- از دست دادنِ شدیدِ حافظه که امکان دارد دائمی شود

تأثیرات جسمی مزمن مت عبارت‌اند از:

- رعشه و لرز
- ضعف
- خشکی دهان
- کاهش وزن و سوء تغذیه
- عرق کردن زیاد
- پوست چرب
- زخم‌های روباز ناشی از چرب شدن پوست و کندن آن توسط خود معتاد که یکی از اثرات عمومی مت است.
- بروز مشکلات شدید در دندان و لثه به‌علت دندان قروچه کردن، کاهش جریان خون به دهان و کاهش ترشح بزاق
- تشنج
- آسیب مویرگ‌های مغز که امکان دارد به سکتۀ مغزی منجر شود
- آسیب سلول‌های مغزی
- ضربان نامنظم قلب که ممکن است باعث مرگ ناگهانی شود.
- حملۀ قلبی یا بیماری مزمن قلبی از جمله پارگی ماهیچه‌های قلب
- نقص در کارکرد کبد
- نقص در کارکرد کلیه

کاربرگِ گاخ

۴ الف

مت‌آمفتامین در یک نگاه

- حرکات بی‌اختیار اندام‌ها که تکرار می‌شود و در کنترل انسان نیست
- زخم‌های روبازِ چرکی پوست که امکان دارد باعث خارش شود.

نوع مصرف مت هم مشکلات خاص خودش را دارد.

تزریق مت عوارض زیر را در بردارد:

- لخته شدن خون
- ورم کردنِ قلب
- آبسه‌های پوستی
- ذات‌الریه
- قرارگرفتن در معرض ویروس‌های اچ‌آی‌وی / ایدز، سل، یا هپاتیت C به علت استفاده از سرنگِ مشترک یا ارتباط جنسی محافظت نشده
- نقص در کارکرد کلیه

بالاکشیدن مت به بینی عوارض زیر را در بردارد:

- عفونت سینوس‌ها
- گرفتگی صدا
- خون دماغ شدن
- ایجاد سوراخ‌هایی در پره بینی و غضروف بین سوراخ‌های بینی

کشیدن و دود کردنِ مت عوارض زیر را در بردارد:

- ناراحتی‌های گلو و حنجره
- سرفه‌های شدید همراه با خلط سیاه
- ترک و خشکی لب‌ها
- بیماری ریوی مزمن
- احتقان ریوی (جمع شدن غیرعادی مواد در شش‌ها و گرفته شدن مجراهای آن‌ها)

مصرف مت در دورانِ حاملگی چه زیان‌هایی دارد؟

زنی که باردار است و مت مصرف می‌کند به جنین خود آسیب می‌رساند. جنین مادرانی که مت مصرف می‌کنند در معرض خطر بالایی سکنه یا خون‌ریزی مغزی قرار دارند که امکان دارد به مرگ جنین در شکم مادر منجر شود. مصرف مت در دوران بارداری ممکن است باعث تولد زودرس شود. اگر مادر به ویروس اچ‌آی‌وی یا هپاتیت مبتلا شده باشد، امکان دارد جنین هم در معرض این بیماری قرار گیرد.

مت‌آمفتامین در یک نگاه

فرزندانِ مادرانی که در دورهٔ بارداری مت مصرف می‌کرده‌اند، ممکن است دچار عوارض زیر بشوند:

- واکنش‌های غیرطبیعی
- مشکل در خوردن غذا و هضم آن
- تحریک‌پذیری و تندخویی شدید

مت چه تأثیرهایی روی کودکان می‌گذارد؟

مت گاهی در آزمایشگاه‌های خانگی تولید می‌شود و کودکان هم در این خانه‌ها شاهد و ناظر آن هستند. آزمایشگاه‌های تولید مت هم برای کودکان و هم بزرگسالان مضر است.

- آتش‌سوزی، انفجار، نشت موادّ شیمیایی، و خروج گازهای سمّی در این آزمایشگاه‌ها بسیار اتفاق می‌افتد.
- موادّ شیمیایی‌ای که برای تولید مت به کار می‌روند گازهایی تولید می‌کنند که می‌توانند شش‌ها را بسوزانند، به مغز و کلیه و کبد آسیب بزنند و حتّاً مرگ آور باشند.

در سال ۲۰۰۱ تعداد ۷۰۰ کودک در آزمایشگاه‌هایی که ادارهٔ مبارزه با موادّ مخدّر امریکا به آن‌ها حمله کرد پیدا شدند. جواب آزمایش موادّ سمّی بدنشان مثبت بود.

آزمایشگاه‌های تولید مت چه خطرات دیگری دارند؟

گازهای سمّی آزادشده از موادّ شیمیایی‌ای که برای تولید مت به کار می‌روند مدت زیادی روی در و دیوار و فرش و اثاثیه می‌مانند و کسانی را که در این خانه‌ها زندگی می‌کنند در معرض خطر قرار می‌دهند.

تولید مت ضایعات جامدی هم به‌جا می‌گذارد. در تولید هر کیلو مت، ۵ تا ۶ کیلو ضایعات جامد سمّی به دست می‌آید. این ضایعات سمّی روی زمین و داخل آب یا شبکهٔ فاضلاب تخلیه می‌شوند و محیط زیست را آلوده می‌کنند.

کاربرگ کاخ

ب ۴

کوکائین در یک نگاه

کوکائین چیست؟

کوکائین ماده محرک قوی‌ای است که از گیاه کوکا به دست می‌آید. کوکائین پودر شده را به صورت بلور یا کریستال سفت در می‌آورند و بعد آن را می‌کشند. به این نوع کوکائین، کراک می‌گویند. نام کراک در انگلیسی از صدای سوختن آن (crack) گرفته شده است.

چند نفر کوکائین مصرف می‌کنند؟

برطبق آمار سال ۲۰۰۴ در آمریکا ۳۴ میلیون نفر دست کم یک بار در طول عمرشان کوکائین مصرف کرده‌اند. در حال حاضر حدود ۲ میلیون نفر در آمریکا کوکائین مصرف می‌کنند. حدود ۲/۵ درصد افراد ۱۲ تا ۱۷ ساله گزارش کردند که دست کم یک بار کوکائین مصرف کرده‌اند. ۱۶ درصد افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله گزارش کردند که دست کم یک بار کوکائین مصرف کرده‌اند.

چه کسانی کوکائین مصرف می‌کنند؟

در حال حاضر در آمریکا افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله نسبت به هر گروه سنی دیگری بیشتر کوکائین مصرف می‌کنند. به طور کلی مردان بیشتر از زنان مصرف کننده کوکائین هستند.

کوکائین چه تأثیراتی روی انسان می‌گذارد؟

تأثیرات فوری روانی کوکائین شبیه تأثیرات مت است:

- سرخوشی
- افزایش هشیاری ذهنی
- افزایش توان و انرژی
- افزایش اعتماد به نفس
- پرحرف تر شدن
- میل شدید جنسی
- حساسیت زیاد در برابر نور، صدا، و لمس کردن

تأثیرات فوری جسمی کوکائین عبارت‌اند از:

- تنگ شدن رگ‌ها
- بالا رفتن فشار خون
- گشاد شدن مردمک‌ها
- کم‌اشتهایی
- بالا رفتن ضربان قلب
- کم‌خوابی
- افزایش شدید دمای بدن

کوکائین در یک نگاه

در موارد نادر، مصرف کوکائین مرگ ناگهانی به دنبال دارد، حتّا اگر اولین بار باشد که کسی مصرف می‌کند. مصرف الکل همراه با کوکائین احتمال این خطر را زیاده‌تر می‌کند. کبد کوکائین و الکل را ترکیب می‌کند و ماده‌ای به نام کوکا ایتیلن می‌سازد. کوکا ایتیلن تأثیر شادی‌آور کوکائین را تقویت می‌کند و در همان حال احتمال مرگ ناگهانی را افزایش می‌دهد.

تأثیرات روانی مزمن کوکائین عبارت‌اند از:

- تحریک‌پذیری و تندخویی
- افسردگی
- پارانویا (شک و بدگمانی به همه چیز و همه کس)
- بی‌قراری رو به افزایش
- آسیب دیدن احساس لذّت بدون مصرف مواد
- روان‌پریشی پارانویایی همراه با توهمات شنیداری
- رفتارهای عجیب و غریب و / یا خشن (در صورت اوردوز)
- قرار گرفتن در معرض ویروس اچ آی وی و هپاتیت C به علّت ارتباط جنسی بی‌پروا و محافظت نشده و استفاده مشترک از سرنگ آلوده
- از دست دادن توانایی احساس لذّت بدون مصرف مواد

تأثیرات جسمی مزمن کوکائین عبارت‌اند از:

- اختلال در ریتم ضربان قلب
 - نقص در کارکرد دستگاه تنفسی
 - حمله قلبی
 - سکته مغزی
 - درد قفسه سینه
 - برونشیت و ذات‌الریه
 - تشنّج
 - سردرد
- گذشته از این، بی‌اشتهایی به مرور زمان باعث کاهش وزن و سوءتغذیه می‌شود.

نوع مصرف کوکائین، مانند مت، مشکلات خاصّ خودش را دارد.

تزریق کوکائین عوارض زیر را در بر دارد:

- آبسه و زخم‌های چرکی در محلّ تزریق
- آلرژی‌های شدید
- قرار گرفتن در معرض ویروس اچ آی وی یا هپاتیت C

کاربرگ کاغذ

۴ ب

کوکائین در یک نگاه

بالاکشیدن کوکائین به بینی معمولاً عوارض زیر را در بر دارد:

- از بین رفتن حس بویایی ● خون دماغ شدن
- اشکال در بلع و قورت دادن غذا ● گرفتگی صدا
- خارش کلی پره بینی که در نهایت به تورم مزمن بینی و خون دماغ شدن مزمن ختم می شود
- ایجاد سوراخ هایی در پره بینی و غضروف میان سوراخ های بینی

کشیدن و دود کردن کوکائین عوارض زیر را در بر دارد:

- ناراحتی های گلو و حنجره ● سرفه های شدید
- ترک و خشکی لب ها ● بیماری ریوی مزمن
- احتقان ریوی

مصرف کوکائین در دوران حاملگی چه زیان هایی دارد؟

فرزندانی مادرانی که در دوره بارداری کوکائین مصرف کرده اند ممکن است دچار عوارض زیر بشوند:

- تولد زودرس ● سر کوچک تر از حد عادی
- وزن پایین در زمان تولد ● قد کوتاه تر از حد عادی

اگر مادر به ویروس اچ آی وی یا هیپاتیت مبتلا شده باشد، ممکن است جنین هم در معرض این بیماری ها قرار گیرد. برخلاف آن چه قبلاً تصور می شد، قرار گرفتن جنین در معرض خطر کوکائین باعث مشکلات جدی و درازمدتی نمی شود. به هر حال، همان طور که کودکانی که در معرض خطر کوکائین قرار داشته اند بزرگ می شوند، مشکلات ظریف اما عمده ای بعدها در زندگی شان ظاهر می گردد که در موفقیت تحصیلی آن ها در مدرسه عواقب منفی دارد مانند اشکال و نقص در موارد زیر:

- اشکال و نقص در یادگیری مطالب جدید
- اشکال و نقص در توجه به جزئیات
- اشکال و نقص در توجه به کارها و تکالیفی که از آن ها خواسته می شود

کاربرگِ گنج

الف ۵

جدولِ زمان‌بندیِ روزانه / ساعتی

تاریخ

۷ چند ساعت می‌خوابید؟

۸ از تا

یادداشت‌ها:



۹

۱۰

۱۱

۱۲

۱۳

۱۴

۱۵

۱۶

یادم باشد که:



۱۷

۱۸

۱۹

۲۰

۲۱

۲۲

۲۳

کاربرگ گاخ

ب ۵

توجیه بازگشت

وقتی کسی تصمیم می‌گیرد که دیگر مواد مصرف نکند، چه‌طور کارش دوباره به اعتیاد می‌کشد؟ آیا بازگشت به مصرف کاملاً تصادفی و ناگهانی است؟ و آیا نشانه‌های هشداردهنده‌ای در کار است و راه‌هایی برای جلوگیری از بازگشت وجود دارد؟

توجیه بازگشت به مصرف جریانی است که در ذهن انسان اتفاق می‌افتد. ممکن است کسی در این برنامه درمانی تصمیم به قطع مصرف گرفته باشد، اما مغزش هنوز در حال بهبودی است و هنوز هم نیاز به مصرف را احساس می‌کند. مغز معتاد او عذر و بهانه‌هایی می‌تراشد تا این امکان را به او بدهد تا یواش‌یواش به موقعیت‌هایی نزدیک شود که در آن‌ها احتمال بازگشت به مصرف وجود دارد. («خُب، پیش می‌آید دیگر. عیب ندارد.»)

این مسئله اهمیت حیاتی دارد که درمانجویان در حال بهبودی و خانواده‌هایشان یاد بگیرند که چه‌طور سریعاً توجیهات و عذر و بهانه‌های بازگشت را شناسایی کنند. این کاربرگ را مرور کنید. مثال‌ها و نمونه‌های آن کمکتان می‌کند تا بدانید چه توجیهاتی ممکن است بی‌سروصدا پیدا شوند.

تقصیر رفیق ناباب است

- زخم مصرف کرد و من هم هوس کردم...
- کارها خوب پیش می‌رفت که یک روزی فلانی مواد آورد به خانه...
- با خواهرم رفتیم کنار دریا و...
- برادرم شام مهمان ما بود و کمی از آن زهرماری داشت...
- می‌خواستم برای آخرین بار این دوستم را ببینم و والسلام. او هم تعارف کرد و... رودربایستی و... کم‌رویی و...

یک جورهایی لازم بود

- دوباره داشتم چاق می‌شدم و باید وزنم را کنترل می‌کردم...
- بدون این لا‌کردار حال و حوصله ندارم / جون ندارم...
- بدون مواد این... اصلاً نمی‌چسبد...
- زندگی بدون مواد لذتی ندارد...
- مواد که مصرف می‌کنم، خجالت‌م می‌ریزد و می‌توانم راحت‌تر با مردم برخورد بکنم...

داشتم خودم را امتحان می‌کردم

- می‌خواستم ببینم حالا که پاکم، چه مزه‌ای دارد...
- حالا که قوی هستم و پاک، می‌خواستم بروم دیدن دوست‌هایم.

کاربرگ گاخ

ب ۵

توجیه بازگشت

- پول لازم بودم و فکر کردم می‌توانم مواد بفروشم و مصرف نکنم.
- می‌خواستم مزه‌های بکنم و دیگر تمام.
- می‌خواستم بدانم می‌توانم دور و بر مواد باشم و جلوی خودم را بگیرم.
- چه‌طور است یک پیک بزنم؛ اما مواد؟ ابداً، هرگز!

تقصیر من که نبود

- با زنم دعوا کرده بودم.
- پدر و مادرم به من گیر داده بودند.
- رفیقم به من خیانت کرد.
- هوا گرفته بود و من هم دلم گرفته بود.
- افسرده بودم.
- می‌خواستم فقط کمی بزنم.

یک هوایی شد / اتفاقی بود

- توی پارتنی بودم که یکی تعارف کرد...
- سر کار بودم که یک آشنایی آمد و تعارف کرد...
- پیدایش کردم و دیدم مفت که هست...
- رفته بودم سینما. توی فیلم صحنه بساط و منقل بود و...
- یک دوست قدیمی زنگ زد و با هم قرار گذاشتیم و...

حالم بدّه!

- زندگی خیلی سخت و خسته‌کننده است و ممکنه باز هم مصرف کنم
- آن قدر افسرده و غمگین شده بودم که...
- شغلم خیلی بد است. چنان جانم را به لب آورده بود که...
- بسوزد پدر این دنیا. ماکه توی جهنم هستیم، پس یک پله پایین تر. مواد مصرف نکنم، چه کنم!
- این برنامه ماتریکس پدر آدم را جلوی چشم‌هایش در می‌آورد.

کاربرگِ کاخ

۶ الف

مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد

ویژه درمانجویان در حال بهبودی

احتمال بازگشت واقعیتِ انکارناپذیری است در دورانِ بهبودی؛ و طبیعی است که هم درمانجوی در حال بهبودی و هم اعضای خانواده‌اش از آن بترسند. بعضی‌ها ترجیح می‌دهند به این احتمال فکر نکنند. اما بررسی راه‌های مقابله با آن و یادگیری روش‌های مؤثر در مبارزه با آن توسط درمانجویان و اعضای خانواده‌شان می‌تواند آن‌ها را آماده و هشیار و گوش به زنگ کند و هم مدتِ بازگشت و هم تأثیرات منفی آن بر خانواده را به حداقل برساند.

سؤال‌های زیر را به دقت بخوانید و صادقانه به آن‌ها جواب بدهید. این جواب‌ها قرار است به بحثِ جلسه جهت بدهد. ما جواب‌هایتان را نخواهیم دید، مگر این که این اجازه را به ما بدهید. به هر حال، وقتی اعضای گروه فکرها و نظرهايشان را با دیگران در میان می‌گذارند، همه اعضا می‌توانند از نظرهای جدید و فکرهای بکر سود ببرند و احساس کنند تنها نیستند و دیگران هم حمایتشان می‌کنند.

بزرگ‌ترین ترسِ شما از بازگشت به مصرفِ مواد چیست؟

.....

.....

اگر به سمتِ مصرفِ بازگشت کنید، چه احساسی خواهید داشت؟

.....

.....

اگر به طرفِ مصرفِ بازگشت کنید، اعضای خانواده‌ شما چه کارهایی خواهند کرد و چه چیزهایی خواهند گفت تا به قرار گرفتنِ شما در مسیر درمان و بهبودی کمک کند؟

.....

.....

برای جلوگیری از بازگشت چه کارهایی انجام داده‌اید؟

.....

.....

مقابله با احتمال بازگشت به مصرف مواد

ویژه اعضای خانواده و عزیزان درمانجو

احتمال بازگشت واقعیتِ انکارناپذیری است در دوران بهبودی؛ و طبیعی است که هم درمانجوی در حال بهبودی و هم اعضای خانواده‌اش از آن بترسند. بعضی‌ها ترجیح می‌دهند به این احتمال فکر نکنند. اما بررسی راه‌های مقابله با آن و یادگیری روش‌های مؤثر در مبارزه با آن توسط درمانجویان و اعضای خانواده‌شان می‌تواند آن‌ها را هشیار و گوش به زنگ و آماده کند و هم مدت بازگشت و هم تأثیرات منفی آن بر خانواده را به حداقل برساند.

سؤال‌های زیر را به دقت بخوانید و صادقانه به آن‌ها جواب بدهید. این جواب‌ها قرار است به بحث جلسه جهت بدهد. ما جواب‌هایتان را نخواهیم دید، مگر این که این اجازه را به ما بدهید. به هر حال، وقتی اعضای گروه فکرها و نظرهايشان را با دیگران درمیان می‌گذارند، همه اعضا می‌توانند از نظرهای جدید و فکرهای بکر سود ببرند و احساس کنند که تنها نیستند و دیگران هم حمایتشان می‌کنند.

بزرگ‌ترین ترس شما از بازگشت عزیزتان به مصرف مواد چیست؟

.....

.....

اگر موردی از بازگشت اتفاق بیفتد، چه احساسی خواهید داشت؟

.....

.....

اگر عزیز شما به طرف مصرف بازگشت، برای مقابله با این وضع چه کارهایی انجام می‌دهید؟

.....

.....

چه چیزی در مقابله با بازگشت بیشترین کمک را به شما کرده است؟ (اگر عزیز شما به طرف مصرف بازگشت کرده باشد، به نظر شما برای مقابله با آن چه کار می‌توان کرد؟)

.....

.....

کاربرگِ گاخ

۶ پ

اعضای خانواده و بهبودی

به یاد داشته باشید که

- شما در این گروه به خاطرِ درمانِ خودتان شرکت کرده‌اید، نه به خاطرِ کسی که مواد مصرف می‌کند.
- بهبودی و پاکی و ترکِ عزیزتان به شما بستگی ندارد.
- بهبودیِ خانوادهٔ شما به بهبودیِ کسی که مواد مصرف می‌کند بستگی ندارد.
- شما باعثِ اعتیادِ عزیزتان نیستید و تقصیرِ شما نیست.
- بازگشت به مصرف ممکن است اتفاق بیفتد، ولی می‌شود دوباره به بهبودی برگشت.
- شما می‌توانید از بهبودیِ عزیزتان حمایت کنید و یار و یاورش باشید، اما مسئولِ حفظ و ادامهٔ بهبودی او، شما نیستید. وظیفهٔ درمانجویِ در حالِ درمان است که نشانه‌های هشداردهندهٔ بازگشت را شناسایی کند و اقداماتِ لازم را انجام دهد.
- گرچه حمایت و پشتیبانیِ شما از بهبودیِ عزیزتان مهم است، این موضوع هم به همان اندازه مهم است که مراقب سلامتیِ جسمی و روحیِ خودتان باشید.
- اگر عزیزتان به طرفِ مصرفِ بازگشت، باز هم بسیار مهم است که مراقب سلامتیِ خودتان باشید. توصیه‌های زیر در رسیدن به این هدفِ مهم کمکتان می‌کند:
- به شرکت در جلساتِ ۱۲ گامی یا همیاری ادامه دهید.
- از احساسات و نگرانی‌هایتان برایِ عزیزِ در حالِ بهبودی‌تان صحبت کنید.
- مرتب و منظم ورزش کنید.
- تغذیهٔ کافی و سالم داشته باشید.
- خوابِ کافی بکنید.
- با دوستان و بستگانِ دلسوز درِ دل کنید.
- به مسجد و مکان‌های مذهبیِ خودتان بروید.
- به تفریحات و سرگرمی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی‌تان ادامه دهید.
- اگر احساس می‌کنید به مشاوره نیاز دارید، حتماً به مشاور و متخصص مراجعه کنید.

مواد افیونی در یک نگاه

مواد افیونی چیست؟

- مواد افیونی گروهی از مواد مخدر هستند که روی گیرنده‌های افیونی مغز عمل می‌کنند.
- مواد افیونی طبیعی (مانند مورفین و هروئین و تریاک) و مواد افیونی ترکیبی یا صنعتی (مانند میپریدين و اکسی کودون) اثرات مشابهی دارند.

مواد افیونی چه تأثیراتی دارند؟

- تأثیرات جسمی مواد افیونی عبارت‌اند از تنگ شدن مردمک‌ها، گل انداختن پوست صورت و بدن، و سنگین شدن اندام‌ها. معتادان به هروئین و تریاک را «چرتو» می‌گویند، چون ظاهرشان مانند آدم‌های خواب‌آلود به نظر می‌رسد.
- یک حالت سستی و خواب‌آلودگی، بعد از هجوم سرخوشی ظاهر می‌شود. ضربان قلب و تنفس پایین می‌آید. سردرد و سرگیجه در این مرحله شایع است.

تحمل یعنی چه؟

- وقتی مصرف مواد ادامه می‌یابد، برای رسیدن به تأثیر یا نشئگی اولیه باید مقادیر بیشتر و بیشتری مصرف شود، که به آن تحمل می‌گویند.
- بالاخره کار به جایی می‌رسد که مواد نمی‌تواند برای نشئگی کافی باشد و معتاد فقط به این دلیل مصرف می‌کند که دچار عوارض ناشی از نرسیدن مواد به بدنش نشود.

وابستگی به مواد افیونی یعنی چه؟ اعتیاد به مواد افیونی یعنی چه؟

- کسانی که پزشک برایشان مواد شبه افیونی تجویز کرده تا دردهایشان آرام شود به ندرت معتاد می‌شوند. اما در درازمدت، حتّا کسانی که داروهای تجویزی پزشک را مصرف می‌کنند ممکن است به داروهای شبه افیونی وابسته شوند. آنها باید مصرف داروهای شبه افیونی تجویز شده را به تدریج و رفته‌رفته قطع کنند. در غیراین صورت، دچار عوارض ناشی از قطع مصرف می‌شوند.

عوارض قطع مصرف یا ترک چیست؟

- عوارض قطع مصرف یا ترک وقتی اتفاق می‌افتد که کسی که به مواد افیونی وابسته یا معتاد شده، مصرف آن‌ها را ناگهانی قطع کند.

کاربرگِ گَاخ

الف ۷

مواد افیونی در یک نگاه

- نشانه‌های قطع مصرف یا ترک عبارت‌اند از بی‌قراری، درد شدید ماهیچه‌ها و استخوان‌ها، بی‌خوابی، اسهال، استفراغ، و تب و لرز. عوارض قطع مصرف و ترک یک هفته طول می‌کشد.

داروهای شبه افیونی تجویزی چیست؟

- داروهای شبه افیونی تجویزی عبارت‌اند از اکسی کدون (با نام‌های تجاری اکسی کوتین، پرکودان، پرکویست، تیلوکس)، هیدروکودون (با نام تجاری ویکودین)، مپریدین (با نام تجاری دیمرول) و هیدرومورفون (با نام تجاری دیلاوید).

چه کسانی از اکسی کوتین سوءاستفاده می‌کنند؟

- در سال ۲۰۰۳ در آمریکا نزدیک ۳ میلیون نفر از افراد بالاتر از ۱۲ سال از اکسی کوتین (قوی‌ترین شکل اکسی کدون) سوءاستفاده کردند.
- بیشتر مصرف‌کنندگان بدون نسخه اکسی کوتین افراد بالاتر از ۳۰ سال هستند. اما ۵ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان گزارش کرده‌اند که این دارو را مصرف کرده‌اند.
- عده‌ای اکسی کوتین را با تظاهر به این‌که درد شدید دارند، با جعل نسخه، و با دزدیدن آن از داروخانه‌ها، به دست می‌آورند.

اکسی کوتین چه خطراتی دارد؟

- قرص را خرد می‌کنند و به صورت پودر در می‌آورند و بعد آن را می‌خورند، به بینی بالا می‌کشند، یا (بعد از مخلوط کردن با آب) تزریق می‌کنند. وقتی از این روش‌ها مصرف شود خطر کاهش تنفس مرگبار، حمله قلبی و اوردوز زیاد می‌شود.
- تزریق محلول قرص پودر شده و آب مصرف‌کنندگان را به علت استفاده از سرنگ مشترک آلوده، در معرض خطر هپاتیت و اچ آی وی و ایدز قرار می‌دهد.
- وقتی اکسی کوتین بدون تجویز پزشک مصرف شود، بسیار اعتیادآور است.

هروئین چیست؟

- هروئین ماده مسکن قوی‌ای است که از مورفین به دست می‌آید و مورفین را هم از گیاه خشخاش می‌گیرند.
- هروئین خالص به صورت پودر است. رنگ هروئین که از خیابان‌ها تهیه می‌شود از سفید تا قهوه‌ای تیره متغیر است و با موادی مانند شکر، شیرخشک، نشاسته یا سم‌هایی مانند استریکنین مخلوط می‌شود.
- نام‌های عامیانه هروئین عبارت‌اند از گرد، هر، اسب سفید، دوا.

مواد افیونی در یک نگاه

مصرف کنندگانِ هروئین چه کسانی هستند؟

- در امریکا حدود ۱/۶ درصد افراد ۱۲ سال به بالا هروئین مصرف کرده‌اند. بیش از ۳/۱ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان هروئین مصرف کرده‌اند.
- بیشتر مصرف کنندگان هروئین مردان سفیدپوستِ بالاتر از ۳۰ سال هستند که در مناطق شهری زندگی می‌کنند. سن شروع مصرف هروئین از سال‌های میانی دهه دوم زندگی در سال ۱۹۹۰، به سال‌های اولیه دهه دوم زندگی در سال ۲۰۰۰ پایین آمده است.

هروئین چه خطراتی دارد؟

- از آن‌جا که درجه خالص بودن هروئین فرق می‌کند، خطر اوردوز تصادفی همیشه وجود دارد.
- ۱۵ درصد مراجعات به بخش اورژانس بیمارستان‌ها در امریکا ناشی از مصرف هروئین است.
- هروئین بیشتر به صورت تزریقی مصرف می‌شود. در امریکا تزریق هروئین دلیل یک‌سوم تمام موارد اچ آی وی و نیمی از تمام موارد هپاتیت C است.
- تزریق هروئین به عوارض زیر منجر می‌شود: بسته شدن رگ‌ها، عفونت باکتریایی قلب و عروق، ذات‌الریه، سل، و بیماری‌های کبدی یا کلیوی.

کاربرگِ گاخ

ب ۷

مواد پاتوقی در یک نگاه

مواد پاتوقی چیست؟ و چه کسانی آن را مصرف می‌کنند؟

- مواد پاتوقی عبارت‌اند از مواد و داروهایی مانند هیدرکسی بوتیرات (جی اچ بی)، روهیپنول، کتامین، ال اس دی، و اکستاسی که بیشتر در پارتی‌ها، باشگاه‌ها و مجالس شور و حال مصرف می‌شوند. بسیاری از مردم به اشتباه فکر می‌کنند که این مواد بی‌خطرند.
- مواد پاتوقی را بیشتر سفیدپوستان کمتر از ۳۰ سال مصرف می‌کنند. دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان بیشترین مصرف‌کنندگان این مواد هستند.

جی اچ بی چیست؟

- قبلاً جی اچ بی را به عنوان داروی بی‌هوشی به کار می‌بردند. این ماده در انسان سرخوشی و توهم ایجاد می‌کند.
- امروزه تولید و مصرف جی اچ بی ممنوع است و آن را به صورت قاچاقی تولید می‌کنند.
- جی اچ بی در پارتی‌ها و مجالس به صورت محلول در آب یا نوشابه‌های انرژی‌زا فروخته می‌شود. آن را در سرپوش بطری می‌ریزند و می‌فروشند.

مصرف‌کنندگان جی اچ بی چه کسانی هستند؟

- حدود ۲ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان در سال ۲۰۰۴ دست‌کم یک بار جی اچ بی مصرف کرده‌اند.

جی اچ بی چه تأثیراتی روی انسان دارد؟

- مقادیر پایین جی اچ بی در انسان حالت از دست دادن تعادل و هماهنگی اعضای بدن، و پایین آمدن ضربان قلب و تنفس ایجاد می‌کند.
- دوزهای بالای آن باعث کما می‌شود. از سال ۱۹۹۰ در آمریکا حدود ۷۰ نفر به علت آوردن جی اچ بی مرده‌اند.

روهیپنول چیست؟

- روهیپنول نام تجاری دارویی است که مصرفش در مکزیک و اروپا آزاد است و برای درمان بی‌خوابی و بد خوابی به کار می‌رود. این دارو هرگز در آمریکا مجاز نبوده است.
- قرص‌های روهیپنول را در بسته‌بندی رسمی دارویی می‌فروشند، که باعث می‌شود مردم فکر کنند که قانونی و مجاز است.

مواد پاتوقی در یک نگاه

- روهیپنول مانند هالسیون، والیوم و زاناکس گندساز است (یعنی حرکتِ انسان را کند می‌سازد)، ولی به مراتب قوی‌تر و خطرناک‌تر از آن‌هاست.

مصرف‌کنندگان روهیپنول چه کسانی هستند؟

- در سال ۲۰۰۴ در آمریکا حدود ۱/۶ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان دست‌کم یک بار روهیپنول مصرف کرده‌اند.
- روهیپنول را بیشتر جوانان مصرف می‌کنند، چون ارزان‌تر از مواد پاتوقی دیگر است.

روهیپنول چه اثراتی روی انسان می‌گذارد؟

- اولین اثر روهیپنول عبارت است از خواب آلودگی و شل شدن ماهیچه‌ها، عوارض بعدی آن عبارت‌اند از پایین رفتن فشار خون، جویده جویده حرف زدن، قضاوت نادرست، و اشکال در راه رفتن.
- روهیپنول ممکن است باعث این عوارض بشود: سردرد، کابوس، لرز و رعشه، دردهای ماهیچه‌ای، مشکلات گوارشی، و رفتارهای پر خاش‌گرانه. گاهی مصرف‌کننده تا ۲۴ ساعت می‌خوابد.

کتامین چیست؟

- کتامین داروی بیهوشی‌ای است که ابتدا در میدان‌های جنگ به خاطر سرعت تأثیر آن به کار رفت. امروزه مصرف آن اساساً به دام‌پزشکی محدود شده است. در آمریکا درمانگاه‌های دام‌پزشکی را صرفاً به خاطر به دست آوردن این دارو سرقت می‌کنند.

مصرف‌کننده کتامین چه کسانی هستند؟

- در سال ۲۰۰۴ حدود ۱/۹ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان دست‌کم یک بار کتامین مصرف کرده‌اند.

کتامین چه تأثیراتی روی انسان می‌گذارد؟

- مقادیر کم کتامین این عوارض را در بر دارد: جویده جویده حرف زدن، بالا رفتن فشار خون و ضربان قلب، برهم خوردن تعادل اندام‌های بدن، سفت شدن ماهیچه‌ها، استفراغ، و تشنج.

کاربرگِ گَاخ

ب ۷

مواد پاتوقی در یک نگاه

- مقادیر بالای کتامین باعث از دست دادن تقریباً تمام حواس پنج‌گانه می‌شود. به این حالت «سیاه چال کی» می‌گویند.
- مصرف کتامین زیاد ممکن است حمله قلبی، سکتۀ مغزی، کُما، و مرگ را به دنبال داشته باشد.

مواد پاتوقی چه طور در تجاوز به عنف سر قرار ملاقات به کار می‌روند؟

- موادی مانند جی ایچ بی، روهیپنول و کتامین انسان را گیج و بی دفاع می‌کند و او را در مقابل جنایت، مخصوصاً تجاوز به عنف، ضعیف و آسیب پذیر می‌سازد. مصرف کنندگان این مواد در مقابل حمله جنسی نمی‌توانند از خودشان دفاع کنند.
- روهیپنول طوری به حافظۀ انسان آسیب می‌زند که ممکن است بعد از مصرف آن، یادش نماند که چه اتفاقی افتاده.
- روهیپنول‌های جدید وقتی در نوشابه حل می‌شوند به رنگ آبی در می‌آیند تا قابل تشخیص باشند و خطر استفاده از آن در تجاوز به عنف سر قرار ملاقات کم‌تر شود.

ال اس دی چیست؟

- ال اس دی قوی‌ترین ماده‌ای است که خُلق و خو، و احساس و ادراک انسان را تغییر می‌دهد.
- ال اس دی باعث توهمات شدیدی می‌شود.
- اسامی خیابانی ال اس دی عبارتند از اسید، ذن، طلوع خورشید، اسید باتری و...

مصرف کنندگان ال اس دی چه کسانی هستند؟

- در آمریکا حدود ۱۰ درصد افراد بالاتر از ۱۲ سال ال اس دی را امتحان کرده‌اند. در سال ۲۰۰۳ تعداد ۲/۰ درصد از این افراد دست کم یک بار مصرف کرده‌اند.
- در سال ۲۰۰۴ در آمریکا ۲/۲ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان گفتند که دست کم یک بار ال اس دی مصرف کرده‌اند.

ال اس دی چه تأثیراتی روی انسان می‌گذارد؟

- مقادیر پایین ال اس دی باعث نوسانات خلقی سریع و احساسات شدید می‌شود.
- مقادیر بالای ال اس دی ادراکات انسان را برهم می‌زند. مثلاً شکل‌ها عوض می‌شوند، زمان کندتر حرکت می‌کند، و حس‌ها با هم مخلوط می‌شوند.
- یکی از خطرناک‌ترین جنبه‌های ال اس دی غیرقابل پیش‌بینی بودن آن است. اثرات ال اس دی به مقدار مصرف، خلق و خوی زمان مصرف و محیطی که در آن مصرف صورت می‌گیرد بستگی دارد.

مواد پاتوقی در یک نگاه

- توهّمات ناشی از ال اس دی باعث گیجی و سردرگمی، وحشت زدگی و سراسیمگی می‌شود.
- کسانی که دچار توهّمات ال اس دی شده‌اند (توهّم زده‌اند) کارشان به تصادفات و حوادث مرگ‌بار کشیده است.
- معتادان به ال اس دی در افکارشان معمولاً به خاطرات گذشته برمی‌گردند که در این حالت، بدون این که مصرف کرده باشند، ناگهان دچار توهّم می‌شوند.
- ال اس دی ممکن است به افسردگی درازمدت یا اسکیزوفرنی منجر شود.

اکستاسی چیست؟

- اکستاسی خالص پودر سفیدرنگی است، اما قبل از فروش می‌توان آن را با داروها یا مواد دیگر مخلوط کرد و معمولاً به صورت قرص درآورد.
- چون اکستاسی در مصرف‌کننده احساس نوع دوستی و تحمّل دیگران را افزایش می‌دهد، بسیاری از مردم به غلط فکر می‌کنند که ماده بی‌ضرری است.
- نام‌های عامیانه اکستاسی عبارت‌اند از فراری (ماشین پرسرعت ایتالیایی)، گشنیز، هپی، قرص شادی، قرص عشق، قرص نشئه، بمب شادی، سوپرمِن، مربیدس، استار، جت، اکس، اکستازی.

مصرف‌کنندگان اکستاسی چه کسانی هستند؟

- نزدیک ۵ درصد آمریکاییان ۱۲ سال به بالا اکستاسی را امتحان کرده‌اند. در سال ۲۰۰۳ یک درصد دست کم یک بار مصرف کرده‌اند.
- در سال ۲۰۰۴ حدود ۴ درصد دانش‌آموزان سال‌های آخر دبیرستان دست کم یک بار اکستاسی مصرف کرده بودند. ظاهراً این آمار دارد پایین می‌آید.

اکستاسی چه تأثیراتی روی انسان می‌گذارد؟

- اکستاسی ممکن است حرارت بدن را به میزان خطرناکی (مثلاً تا ۴۵ درجه) بالا ببرد. این تب بالا موجب از دست رفتن شدید آب بدن می‌شود و مرگ را به دنبال دارد.
- چون از دست دادن آب بدن با مصرف اکستاسی را مردم عادی هم می‌دانند، عده‌ای برای مقابله با آن آب بسیار زیادی می‌خورند. این کار به بیماری کشنده‌ای به نام هیپوناترمی منجر می‌شود.
- اکستاسی سلول‌های عصبی را از بین می‌برد. مطالعات در مورد موش‌های صحرایی و میمون‌ها نشان می‌دهد که حتّا مقادیر پایین اکستاسی آسیب‌هایی را در مغز به وجود می‌آورد که تا ۷ سال بعد هم ترمیم نمی‌شوند.

کاربرگِ کاخ

الف

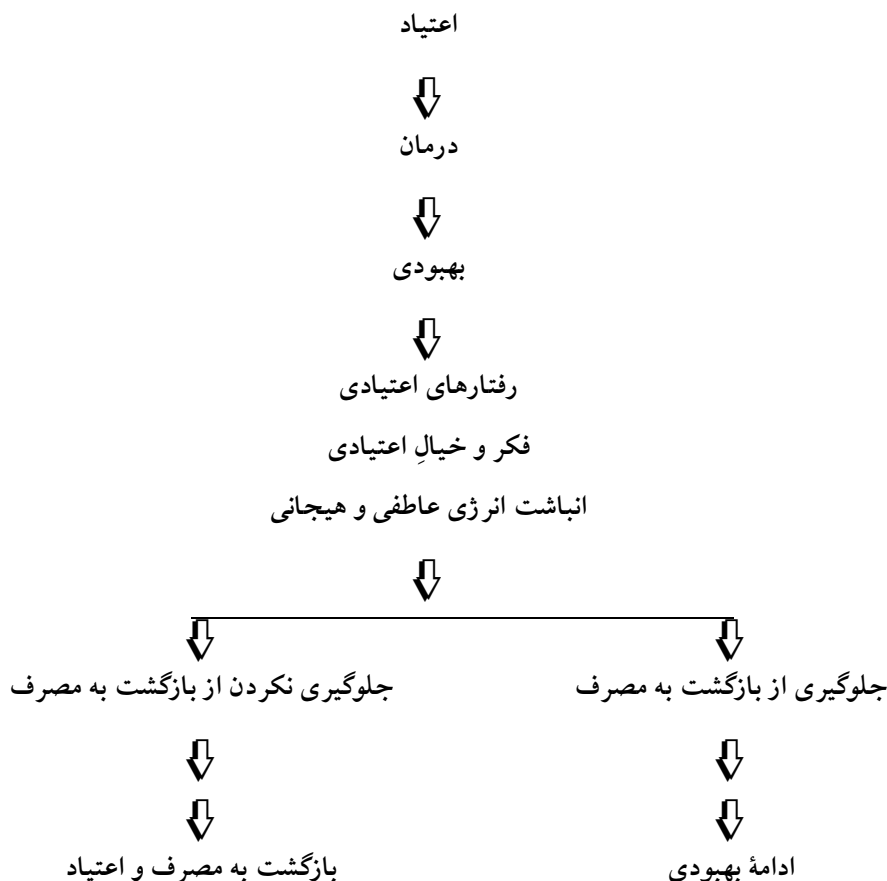
پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرفِ مواد

چرا جلوگیری از بازگشت به مصرفِ مواد این قدر مهم است؟

بهبودی چیزی بیشتر از مصرف نکردنِ مواد و الکل است. اولین قدم در درمان عبارت است از قطعِ مصرفِ مواد و الکل. قدم بعدی این است که دوباره شروع به مصرف نکنیم. و این مسئله بسیار مهم است. جلوگیری از بازگشت یعنی این که کارهایی انجام بدهیم و کارهایی انجام ندهیم تا به طرفِ مصرفِ دوبارهٔ مواد نرویم.

بازگشت به مصرفِ مواد یعنی چه؟

بازگشت به مصرف یعنی دوباره به طرفِ مصرفِ مواد رفتن و تکرار تمام رفتارها و الگوهای که با اعتیاد همراه است. غالباً این رفتارها و الگوها به قبل از خودِ مصرفِ مواد برمی‌گردند. این رفتارها می‌توانند نشانه‌های هشداردهندهٔ اولیه‌ای از بازگشت باشند. اگر یاد بگیرید که نشانه‌های شروع بازگشت به مصرف را شناسایی کنید، بهتر می‌توانید جریان بازگشت را قبل از شروع دوبارهٔ آن متوقف کنید.



پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرفِ مواد

رفتارهای اعتیادی یعنی چه؟

رفتارهایی که انسان به عنوان بخشی از جریانِ اعتیاد به مواد یا الکل انجام می‌دهد رفتارهای اعتیادی نام دارد. معمولاً این‌ها کارهایی هستند که معتادان برای تهیّه مواد یا الکل، پنهان کردنِ اعتیادشان، یا جزئی از جریانِ اعتیادشان انجام می‌دهند. دروغ‌گویی، دزدی، غیرقابلِ اعتماد بودن، و کارهایِ وسواس‌مانندِ عجیب و غریب از رفتارهای اعتیادی‌اند. وقتی این رفتارها دوباره ظاهر می‌شوند، کسانی که در دورهٔ بهبودی هستند باید مراقب و گوش‌به‌زنگ باشند و بدانند که اگر کاری نکنند، چیزی نمی‌گذرد که بازگشت به مصرفِ خودش را نشان می‌دهد.

فکر و خیالِ اعتیادی یعنی چه؟

فکر و خیالِ اعتیادی یعنی فکرهایی که مصرفِ مواد را توجیه می‌کند و برای آن دلیل و بهانه می‌تراشد. (این موضوع را در برنامه‌های ۱۲ گامی افکار پلید می‌نامند).

بعضی از آن‌ها عبارت‌اند از:

- من می‌توانم خودم را کنترل کنم. پس یک بار مصرفِ الکل اشکالی ندارد.
- اگر همه خیال می‌کنند که من معتادم، پس چرا جلویِ خودم را بگیرم و مواد مصرف نکنم!!
- کارم خیلی سخت بوده و دارم از پا می‌افتم. حالا یک تنوع برایم لازم است.

انباشتِ انرژیِ عاطفی و هیجانی یعنی چه؟

وقتی احساسات و هیجان‌ها از بین نمی‌روند و آزاد نمی‌شوند، رفته‌رفته روی هم انباشته و شدیدتر می‌شوند می‌گوییم انباشتِ انرژیِ عاطفی و هیجانی انجام گرفته است.

گاهی دیگر کاسهٔ صبرِ آدم لبریز می‌شود و نمی‌تواند این احساس‌ها را تحمل کند. بی‌حوصلگی، دل‌تنگی، اضطراب، دلشوره، افسردگی، کج‌خلقی، و محرومیتِ جنسی به تدریج انباشته می‌شوند و در نقشِ جرقه‌های شروع‌کنندهٔ مصرف عمل می‌کنند.

اقدامات لازم را انجام دهید

مهم‌ترین و بهترین کار این است: همین‌که متوجه این نشانه‌های خطر شدید، پیش‌دستی کنید، دست‌به‌کار شوید و اقدامات لازم را انجام دهید. خانواده‌ها از دو راه می‌توانند درمانجوی در حال درمان را کمک کنند. اول این‌که مراقب و

کاربرگِ گنج

۸ الف

پیش‌بینی و جلوگیری از بازگشت به مصرفِ مواد

گوش به زنگِ نشانه‌های خطر باشند. دوم این‌که وقتی عزیزشان می‌خواهد اقداماتِ زیر را انجام دهد حامی و پشتیبانش باشند.

- تلفن زدن به مشاور
- تلفن زدن و دردِ دل کردن با یک دوست
- شرکت در جلساتِ ۱۲ گامی یا گروه‌های حمایتی و همیاری
- تماس با یاور و حامی ۱۲ گامی

- دعا یا مراقبه و مدیتیشن
- ورزش
- گرفتن یک روز مرخصی
- صحبت کردن با اعضای خانواده
- برنامه‌ریزی دقیق‌تر و جدی‌تر برای اوقاتِ فراغت
- اختصاص زمان به نوشتن روزانه افکار و احساسات خود

توجیه بازگشت

وقتی که کسی تصمیم می‌گیرد که دیگر مواد مصرف نکند، چه‌طور کارش دوباره به اعتیاد می‌کشد؟ آیا بازگشت به مصرف کاملاً تصادفی و ناگهانی است؟ و آیا نشانه‌های هشداردهنده‌ای در کار است و راه‌هایی برای جلوگیری از بازگشت وجود دارد؟

توجیه بازگشت به مصرف جریانی است که در ذهن انسان اتفاق می‌افتد. ممکن است کسی تصمیم به قطع مصرف گرفته باشد، اما مغزش هنوز در حال بهبودی است و هنوز هم نیاز به مصرف را احساس می‌کند. مغز معتاد عذر و بهانه‌هایی می‌تراشد تا این امکان را به کسی که در حال بهبودی است بدهد که یواش یواش به موقعیت‌هایی نزدیک شود که در آن‌ها احتمال بازگشت به مصرف وجود دارد (خُب، پیش می‌آید دیگر. عیب ندارد). درمانجویان شاید زمانی را به یاد بیاورند که می‌خواستند پاک بمانند و زندگی‌ای بدون مواد داشته باشند؛ اما بهانه‌هایی برای مصرف آوردند. بعد یک‌هو دیدند که دوباره دارید مصرف می‌کنند.

اعضای خانواده یا عزیزان درمانجو شاید زمانی را به یاد بیاورند که تصمیم گرفتند رفتارشان را عوض کنند (مثلاً شیرینی نخورند یا بد و بیراه نگویند)، اما توجیهی برای بازگشت به رفتارهای قبلی‌شان آوردند و تصمیمشان بر باد رفت. بررسی مثال‌های زیر به اعضای خانواده کمک می‌کند تا نوع توجیهات و عذر و بهانه‌هایی را که درمانجوی در حال بهبودی می‌تراشد بشناسند. اگر اعضای خانواده بتوانند، تا کار از کار نگذشته، متوجه این توجیهات بشوند، مقابله با بازگشت کار سختی نخواهد بود.

تقصیرِ رفیقِ ناباب است / من نبودم دستم بود، تقصیرِ آستینم بود

مغزِ معتادِ درمانجوی در حال بهبودی می‌تواند او را قانع کند که چاره‌ای غیر از مصرفِ مواد ندارد؟ بعضی از این نوع عذر و بهانه‌ها عبارت‌اند از:

- یک دوستِ قدیمی زنگ زد و تصمیم گرفتیم با هم باشیم.
- رفیقم دوباره شروع کرد و من هم...
- دوستانِ شامِ مهمان من بودند. آن‌ها مقداری مشروب با خودشان آورده بودند.
- توی پارتنی بودم که یکی به من مشروب تعارف کرد.

اتفاقاتِ ناگوار

گاهی درمانجوی در حال بهبودی با حادثه ناگوار بزرگ و غیرمنتظره‌ای روبه‌رو می‌شود که بهانه‌ای برای بازگشت به دستش می‌دهد. اتفاقات ناگوار دریچه اطمینانی می‌شود برای توجیه بازگشت.

کاربرگِ گاخ

ب ۸

توجیه بازگشت

- همسرم از من جدا شد. دیگر دلیلی ندارم که پاک بمانم.
- نابود شدم. تمام نقشه‌ها و آرزوهایم برباد شد. چاره‌ای ندارم غیر از این که مواد مصرف کنم.
- کارم از دستم رفت؛ بیکار شدم. چرا مصرف نکنم؟
- یکی از بستگان نزدیکم فوت کرده. نمی‌توانم تحملش کنم: باید مصرف کنم تا آرام بشوم.

مصرف برای کاربردهای خاص

- گاهی درمانجوی در حال بهبودی خودش را قانع می‌کند که تنها راه رسیدن به چیزی مصرف کردن است و بس. مثلاً:
- دارم چاق می‌شوم، باید شیشه بکشم تا لاغر بشوم.
 - حال و حوصله ندارم. دلم تنگ است. اگر مواد مصرف کنم، حالم بهتر می‌شود / بهتر می‌توانم کار کنم.
 - مواد که مصرف می‌کنم، خجالت‌م از بین می‌رود و می‌توانم راحت‌تر با مردم برخورد کنم.
 - سکس بدون مواد اصلاً نمی‌چسبد.

افسردگی، عصبانیت، تنهایی و بی‌کسی، ترس

- وقتی کسی افسرده، عصبانی، تنها و بی‌کس است یا از چیزی می‌ترسد، فکر می‌کند بهترین راه مقابله با این حالت‌ها مصرف است. در این جا مثال‌هایی آورده‌ایم از این که چه‌طور این احساسات منفی بهانه به دستِ درمانجو می‌دهد:
- من که افسرده هستم، چه فرقی می‌کند که مواد هم مصرف کنم؟
 - وقتی از کوره در می‌روم، نمی‌دانم چه کار می‌کنم.
 - ترس بَرَم داشته. اگر مواد مصرف کنم، ترسم می‌ریزد.
 - حالا که همسرم فکر می‌کند که من هنوز معتادم، پس چرا نکشم / مصرف نکنم؟

اعتیاد درمان شده

- درمانجوی در حالِ بهبودی گاهی خودش را قانع می‌کند که حالا که اعتیادش درمان شده، می‌تواند یک بار یا کمی هم مواد مصرف کند. او شاید چنین حرف‌هایی به خودش تحویل دهد:
- من دیگر درمان شده‌ام و کنترل‌م را به دست آورده‌ام. هر وقت که بخواهم می‌توانم مصرف مواد را قطع کنم.
 - درس‌هایم را خوب یاد گرفته‌ام و ادب شده‌ام. فقط کمی مواد، آن هم فقط یک بار، مصرف می‌کنم.
 - من که به این مواد معتاد نشده بودم؛ من فقط شیشه مصرف می‌کردم. پس می‌توانم از این مواد مصرف کنم و دوباره نروم طرفِ شیشه یا چیز دیگری.

توجیه بازگشت

دارم خودم را امتحان می‌کنم

خیلی راحت است که آدم فراموش کند که هشیار و زیرک بودن کلید اصلی پاک ماندن است. وقتی درمانجویان این اصل اساسی را فراموش می‌کنند، گاهی می‌خواهند به خودشان ثابت کنند که قوی‌تر از مواد هستند. این تصمیم را با بهانه‌های زیر توجیه می‌کنند:

- الان آن قدر قوی هستم که اگر دوروبرم یک عالمه مواد هم باشد، دیگر مصرف نمی‌کنم.
- می‌خواهم بدانم که آیا می‌توانم به الکل یا مواد «نه» بگویم یا نه.
- می‌خواهم بدانم که آیا می‌توانم با دوستان قدیمی معتادم باشم و دیگر معتاد نشوم.
- حالا که ترک کرده‌ام، می‌خواهم بدانم که نشئگی چه مزه‌ای دارد.

جشن‌ها و مناسبت‌ها

مردم بیشتر فکر می‌کنند که در جشن‌ها و مناسبت‌های خاص باید استثنایی برای مصرف قائل شد و قواعد و قوانین پاکی را می‌توان در این موارد کنار گذاشت. مواظب توجیهات زیر باشید:

- خیلی سرحالم. یک بار مصرف که ایرادی ندارد. یک شب که هزار شب نمی‌شود.
- الان تعطیلات است و من توی سفرم. الان مصرف می‌کنم. از سفر که برگشتم، دیگر مصرف را می‌گذارم کنار.
- کارها خوب پیش رفت. بهبودی‌ام با موفقیت تمام شد. حالا جا دارد که پاداش خوبی به خودم بدهم.
- الان موقعیت خاصی است و من باید به مناسبت آن، جشن بگیرم.

به عنوان اعضای خانواده یا یکی از عزیزان درمانجو وقتی با این توجیهات روبه‌رو شوید، چه کار خواهید کرد؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

کاربرگِ گاخ

پ ۸

جلوگیری از انحرافِ مسیرِ منجر به بازگشت

بازگشت به مصرف مواد چه گونه اتفاق می‌افتد؟

بازگشت به مصرف نه بدون هشدار و بدون مقدمه اتفاق می‌افتد و نه یک شبه و ناگهانی. حرکت آرام و تدریجی از پاکی به سمت بازگشت به مصرف نامحسوس است و به راحتی می‌توان عذر و بهانه‌ای برایش تراشید یا اصلاً منکرش شد. بنابراین، بیشتر این طور به نظر می‌رسد که بازگشت به مصرف ناگهانی و ناگافل اتفاق می‌افتد. این حرکت تدریجی از پاکی به سمت بازگشت به مصرف را می‌توان با کشتی‌ای مقایسه کرد که زنجیرهای مهار لنگرش پاره شده و آرام آرام از لنگرگاه امنش دور می‌شود. این جدایی و فاصله گرفتن آن قدر آرام و تدریجی است که حتاً متوجهش نمی‌شوید.

جلوگیری از انحرافِ مسیرِ منجر به بازگشت به مصرف

درمانجویان در دوره بهبودی کارهایی انجام می‌دهند که آن‌ها را پاک نگه می‌دارد. این فعالیت‌ها را می‌توان «زنجیرهای مهار لنگر کشتی» نام گذاشت. درمانجویان و خانواده‌هایشان باید بدانند که برای پاک ماندن باید چه کارهایی کرد و چه کارهایی نکرد. آن‌ها باید این زنجیرهای مهار لنگر کشتی را با دقت هرچه بیشتری طوری فهرست کنند که روشن باشد و قابل درک و اندازه‌گیری و اجرا. این فعالیت‌ها زنجیرهایی هستند که درمانجویان را به درمان متعهد و پای بند می‌کنند. مانع انحراف مسیر منجر به بازگشت به مصرف می‌شوند، آن‌ها را به پاکی مهار می‌کنند و هشدارهای لازم را به آنان می‌دهند.

حفظ و ادامه بهبودی

رعایت توصیه‌های زیر به افراد کمک می‌کند تا از انحرافِ مسیرِ منجر به بازگشت به مصرف جلوگیری کنند. اعضای خانواده و عزیزانِ درمانجو باید جریان این انحراف مسیر را به دقت بشناسند و این که درمانجو چه طور می‌تواند مانع این انحراف مسیر شود. درمانجوی در حال درمان باید این اقدامات را انجام دهد:

- چهار یا پنج موردی را که در حال حاضر اختصاصاً به پاک ماندن کمک می‌کند (مثلاً ۲۰ دقیقه نرمش، سه بار در هفته) مشخص سازد.

- مواردی مانند ورزش، روان‌پزشک یا روان‌شناس، جلسات گروه درمانی، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، جلسات ۱۲ گامی، الگوهای خورد و خوراک را هم اضافه کند.

- احساسات و نظرات خود را ننویسد. اندازه‌گیری آن‌ها به عنوان رفتار کار آسانی نیست.

- افراد یا جاهای خاصی را نام ببرند که در مورد او به عنوان جرعه‌های شروع‌کننده مصرف عمل می‌کنند و در دوره بهبودی باید از آن‌ها دوری کنند.

جلوگیری از انحراف مسیر منجر به بازگشت

● فعالیت‌ها و رفتارهایی را که در مورد او مانند زنجیرهای مهار لنگر کشتی بهبودی عمل می‌کند به اعضای خانواده و عزیزانش اطلاع دهد.

گاهی اتفاقاتی باعث به خطر افتادن زنجیر مهار کشتی بهبودی می‌شود. بیماری و موقعیت‌های اضطراری از کنترل ما خارج است. در نتیجه، زنجیرهای لنگر پاره می‌شوند. بسیاری از مردم در این مواقع به سمت مصرف برمی‌گردند. هر قدر درمانجویان از چیزهایی که باعث تقویت و استحکام بهبودی‌شان می‌شود اطلاع بیشتری داشته باشند، در مواقع سخت و مشکل‌ساز قوی‌تر و استوارتر خواهند بود. اعضای خانواده با هشیاری‌شان در مورد نشانه‌های انحراف مسیر، می‌توانند به عزیزشان کمک کنند و تا باز هم دیر نشده، پیش‌دستی کنند و اقدامات لازم را انجام دهند. خانواده‌ها با انجام دادن این کارها می‌توانند مطمئن شوند که نقش خودشان را در بهبودی عزیزشان به درستی اجرا می‌کنند.

اعتمادسازی

بیشتر کسانی که مواد مصرف می‌کنند رفتارهایشان را از عزیزانشان پنهان می‌کنند. گول زدن و فریب دادن اعضای خانواده قسمتی است از کار مصرف موادشان. وقتی این فریب‌کاری و پنهان‌کاری آشکار می‌شود، اعتماد خانواده به آن‌ها از بین می‌رود. معتادان و مصرف‌کنندگان مواد معمولاً نمی‌توانند با عزیزانشان مخصوصاً با نزدیک‌ترین کسانشان صادق و روراست باشند. آن‌ها کارهایی می‌کنند و حرف‌هایی می‌زنند که به روابطشان با نزدیکانشان آسیب می‌زند و اعتماد و اطمینان به آن‌ها را بر باد می‌دهد.

همسر، اعضای خانواده و دوستانی که این اعتیاد به نوعی به آن‌ها ضرر می‌زند کارهایی می‌کنند و حرف‌هایی می‌زنند که اوضاع را بدتر هم می‌کند و اعتماد کاملاً از دست می‌رود. اعضای خانواده برای اصلاح و بازسازی این اعتماد از دست رفته می‌توانند دو کار انجام دهند: اول این‌که بدانند درمانجویی در حال بهبودی چه حال و روزی دارد و چه سختی‌هایی می‌کشد. دوم این‌که بدانند و قبول کنند که اعتیاد در واقع بیماری پزشکی مزمنی مانند مرض قند است. اولین قدم درمانجویان در حال بهبودی این است که مصرف مواد را کاملاً کنار بگذارند و پاک بمانند، و این موضوع را هم به همه ثابت کنند. اما فقط پاک ماندن درمانجویان کافی نیست تا این اعتماد از دست رفته را یک‌شبه برگرداند. حتّاً اگر همه بخواهند این اوضاع را سامان بدهند و اصلاح کنند، اعتماد چیزی نیست که ما بخواهیم، و آن هم بلافاصله و خود به خود به طرف ما برگردد. درمانجویان باید آن قدر دلیل و مدرک به دیگران نشان دهند و اثبات کنند که می‌توان دوباره به آن‌ها اعتماد کرد. اعتماد را معمولاً می‌توان برگرداند. اما درمانجو و اعضای خانواده‌اش باید این آمادگی را پیدا کنند که بنشینند و صادقانه و روراست با هم گفتگو کنند، دل‌خوری‌ها و رنجش‌ها و کدورت‌هایشان را صاف و پوست‌کنده با هم در میان بگذارند، و دست در دست هم و دوشادوش هم برای اصلاح و بازسازی اعتماد از دست رفته کوشش کنند.

آیا روابط شما با دیگران به علت استفاده از شیشه صدمه دیده است؟ چه‌طور؟

.....

.....

درمانجو، گذشته از پاک ماندن، چه کارهایی می‌تواند برای بازسازی اعتماد از دست رفته انجام دهد؟

.....

.....

اعتمادسازی

اعضای خانواده و عزیزان درمانجو برای بازسازی اعتماد از دست رفته چه کارهایی می‌توانند انجام دهند؟

.....

.....

خانواده شما برای اعتمادسازی دوباره چه قدم‌هایی برداشته است؟ چه قدم‌هایی مفید بوده؟ حالا که خانواده به طرف شما قدم‌هایی برداشته، خودتان چه‌طور می‌خواهید جوابش را بدهید؟

.....

.....

بازسازی اعتماد هم برای درمانجو و هم برای افراد خانواده‌اش گاهی سخت است و طاقت‌فرسا. یک لحظه به تلاش‌های طرف مقابلتان فکر کنید.

شما ای اعضای خانواده، تصوّر کنید که درمانجو سخت تلاش کرده و زحمتهای زیادی کشیده تا مصرف مواد را قطع کند و روش زندگی‌اش را تغییر دهد، اما شما هنوز اعتماد کاملی به عزیزتان ندارید. شما ای درمانجویان، چه حالی پیدا می‌کنید اگر کسی گولتان بزند و از اعتمادتان سوءاستفاده کند.

کاربرگِ گاخ

۱۰

ماری جوانا در یک نگاه

چه کسانی ماری جوانا مصرف می‌کنند؟

- ماری جوانا در امریکا پرمصرف‌ترین ماده غیرقانونی است. هر سال بیش از یک نفر از هر ۱۰ نفر امریکایی ۱۲ سال به بالا ماری جوانا مصرف می‌کنند.
- هر سال حدود ۲/۶ میلیون نفر ماری جوانا را برای اولین بار مصرف می‌کنند. دو سوم این افراد پایین‌تر از ۱۸ سال سن دارند.
- در امریکا تعداد کسانی که به علت مصرف ماری جوانا برای درمان مراجعه می‌کنند بیش از مجموع کل مواد غیرقانونی دیگر است.
- دو نفر از هر پنج نفر امریکایی ماری جوانا مصرف کرده‌اند.

ماری جوانا چیست؟

- گیاه شاهدانه با نام علمی Cannabis sativa را خشک می‌کنند و به صورت پودر در می‌آورند و معمولاً آن را دود می‌کنند.
- ماری جوانا را به صورت سیگار در می‌آورند که به آن سیگاری یا سیگارت می‌گویند.
- ماری جوانا را با پیپ و چپق هم می‌کشند.
- از سال ۱۹۳۷ ماری جوانا در امریکا منع شده است (به غیر از مصرف دارویی آن).
- از نام‌های خیابانی آن در امریکا می‌توان به گنجه، علف و مزمن (کهنه) اشاره کرد.

آیا ماری جوانا در پزشکی هم کاربرد دارد؟

- ماری جوانا برای درمان درد، تهوع و همچنین از دست دادن بینایی به علت آب سیاه چشم به کار رفته است.
- در سال ۱۹۸۵ اداره غذا و داروی امریکا مصرف مارینول، کپسول خوراکی دارای ماده فعال ماری جوانا، را تأیید کرد.
- مارینول برای درمان استفراغ و تهوع ناشی از شیمی درمانی سرطان و کاهش شدید وزن بیماران ایدزی هم به کار می‌رود.
- مارینول را تنها با نسخه پزشک متخصص می‌توان تهیه کرد.

ماری جوانا در کوتاه‌مدت چه تأثیراتی دارد؟

- تی اچ سی عبارت است از ماده فعال ماری جوانا که باعث نشگی می‌شود.

ماری جوانا در یک نگاه

- این نشئگی در انسان سرخوشی و آرامش به وجود می‌آورد.
- تی اچ سی عوارض زیر را در بر دارد:
 - آسیب دیدن حافظه کوتاه مدت
 - مختل شدن تعادل و هماهنگی اندام‌ها
 - سردرگمی
 - افزایش ضربان قلب
 - گم کردن جهت و سرگردانی
- نشئگی بعد از ۱ تا ۳ ساعت می‌پرد. مصرف کننده بعد از آن ممکن است افسرده یا خواب‌آلود یا دچار اضطراب شود.
- مصرف کنندگان ماری جوانا احتمال زیاد دارد که
 - هروئین و کوکائین هم مصرف کنند
 - به مواد دیگر هم معتاد شوند
 - سرطان بگیرند
 - از کار بیکار شوند
 - دستگیر شوند

ماری جوانا در درازمدت چه تأثیراتی دارد؟

- ماری جوانا روی حافظه انسان تأثیر می‌گذارد و یادگیری و به خاطر آوردن را برایش سخت‌تر می‌کند.
- دانش‌آموزان و دانشجویانی که ماری جوانا مصرف می‌کنند نمرات پایین‌تری نسبت به دیگران دارند.
- کارگران مصرف‌کننده ماری جوانا، نسبت به همکاران سالمشان، مشکلات کاری بیشتری دارند.
- کشیدن ماری جوانا به شش‌ها آسیب می‌زند و مشکلات زیر را در بر دارد:
 - سرطان ریه
 - سرماخوردگی مکرر قفسه سینه، برونشیت
 - آمفیزم (چسبیدن مجراهای شش‌ها بر اثر تراکم هوا)
- تی اس سی مانع فعالیت دستگاه ایمنی بدن در مبارزه با عفونت و بیماری می‌شود.

ماری جوانا چه تأثیری روی رانندگی دارد؟

- حتّا مقادیر پایین ماری جوانا تأثیر قابل توجهی روی کاهش عملکرد رانندگان می‌گذارد.
- تعادل و زمان واکنش رانندگان حتّا تا چند ساعت بعد از پایان نشئگی هم همچنان مختل است.
- ۷ درصد از تصادفات منجر به مرگ در امریکا از ماری جوانا ناشی می‌شود.

ماری جوانا چه تأثیری در دوران بارداری می‌گذارد؟

- زنی که در دوره بارداری اش ماری جوانا مصرف می‌کند، فرزندش را در معرض این مشکلات قرار می‌دهد:
 - وزن پایین در زمان تولّد
 - اختلال‌های مغزی و عصبی

کاربرگِ کاخ

۱۰

ماری جوانا در یک نگاه

- کودکی که در دوره جنینی در معرض تی اچ سی قرار می گیرد، بعدها در زندگی اش دچار این مشکلات می شود:
- اختلال هایی در یادگیری
- مشکلاتی در تصمیم گیری

آیا ماری جوانا اعتیادآور است؟

- مصرف درازمدت ماری جوانا قطعاً اعتیادآور است.
- اگر کسی با وجود مشکلاتی که در زندگی اش پیدا می کند همچنان به مصرف ماری جوانا ادامه دهد معتاد شده است.
- عوارض و نشانه های قطع مصرف ماری جوانا عبارت اند از:
- وسوسه و میل شدید و غیرقابل کنترل به مصرف ماری جوانا
- اضطراب
- بدعنقی، بداخلاقی و تحریک پذیری
- خواب بد و آشفته

ماری جوانا چه طور تأثیر منفی ای در بهبودی می گذارد؟

- کسانی که در مصرف ماری جوانا افراط می کنند به احتمال زیاد هم مشروب خور قهّار هستند و هم مواد غیرقانونی دیگری مصرف می کنند.
- مصرف ماری جوانا خطر بازگشت به مصرف مت را افزایش می دهد.
- مردم، و همچنین درمانجویان، برای فرار از مشکلات شخصی و خانوادگی به ماری جوانا پناه می برند.

زندگی با اعتیاد

متعهد ماندن به بهبودی مستلزم این است که به واقعیت‌هایی پی ببریم و آن‌ها را بپذیریم. بهبودی انواع مختلفی از سوالات را پیش می‌آورد: بعد از قطع مصرف مواد و الکل چه اتفاقاتی می‌افتد؟ آیا زندگی بالاخره به حالت عادی‌اش برمی‌گردد. آیا درمانجوی در حال بهبودی می‌تواند زندگی‌ای مثل کسی که هرگز معتاد نبوده، داشته باشد؟ به اصولی که در زیر می‌آید فکر کنید و این که هر کدام از آن‌ها چه ارتباطی با زندگی خانوادگی شما پیدا می‌کنند؛ و بعد به سؤال‌های زیر جواب دهید.

۱. درمانجوی در حال درمان باید ضعف‌ها و محدودیت‌های خود را بشناسد و نشانه‌های بازگشت به مصرف خودش را شناسایی کند.
۲. درمانجوی در حال بهبودی باید بلافاصله در مقابل نشانه‌های بازگشت به مصرف واکنش مناسب را نشان دهد. اعضای خانواده باید درک کنند که جلوگیری از بازگشت به مصرف شاید در مواردی، نسبت به روابط خانوادگی و نقشه‌ها و برنامه‌هایشان، اولویت پیدا کند، اما این کار به نفع همه است.
۳. درمانجوی در حال بهبودی باید زندگی آرام و متعادلی داشته باشد، حتا بهتر و اصولی‌تر و هدف‌مندتر از زمان قبل از اعتیادش.
۴. بهبودی جریان ادامه‌داری است و تمام جنبه‌های آن از جمله بازسازی و اصلاح اعتماد از دست رفته ممکن است زمان ببرد.
۵. غالباً برای اعضای خانواده سخت است که بدون این تضمین زندگی کنند که بازگشت به مصرف مواد اتفاق نمی‌افتد.

این اصول چه‌طور با وضعیت خانواده شما ربط پیدا می‌کند؟

.....

.....

پذیرفتن چه اصولی برای تان سخت است یا در آینده سخت خواهد بود؟

.....

.....

در دوره بهبودی تاکنون روابط خانوادگی تان دچار چه مشکلی شده است؟

.....

.....

زندگی با اعتیاد

اگر عضو خانواده درمانجوی در حال بهبودی هستید، چه چیزی کمکتان می‌کند که با این واقعیت در زندگی تان روبه‌رو شوید که عزیزتان در حال بهبودی است؟

.....

.....

اگر درمانجوی در حال درمان هستید، می‌خواهید همسر یا اعضای خانواده تان چه چیزی درباره محدودیت‌هایی که اعتیاد به زندگی تان تحمیل کرده است بدانند؟

.....

.....

دام‌های سرِ راهِ ارتباطات

چرا واژه‌ها و کلمات این قدر مهم‌اند و باید مراقبشان بود؟ چه فرقی می‌کند اگر مطلبی را این جور بیان کنیم یا آن جور؟ چه طور می‌شود که شنونده پیام متفاوتی از آن چه منظورمان بوده است برداشت می‌کند؟ اعضای خانواده‌ای که با اختلال مصرف مواد دست و پنجه نرم می‌کنند معمولاً احساس گناه و عصبانیت می‌کنند، بابتِ اعتیادِ عزیزشان از او رنجیده‌خاطرند و حالت تدافعی به خودشان می‌گیرند. این احساسات در روش برخورد و ارتباطِ اعضای خانواده با یکدیگر تأثیر منفی جدی‌ای می‌گذارد و الگوهای منفی برخورد با همدیگر خودبه‌خود در خانواده شکل می‌گیرد. تغییر این الگوهای رفتاری شاید برای بعضی از اعضای خانواده راحت نباشد. پذیرفتن اشتباهات خود، به عهده گرفتن مسئولیتِ احساساتِ خود، و صادق و روراست بودن با همدیگر همگی کارهای سختی هستند که به شجاعت احتیاج دارند. به هر حال، درک این موضوع که برقراری ارتباط مثبت با یکدیگر مستلزم برخورداری از مهارتی است که می‌توان یاد گرفت گام بزرگ و مهمی است در بهبود روابطِ خانوادگی.

اگر می‌خواهید راه‌های جدید و مؤثری برای گفتگو با اعضای خانواده‌تان و جلوگیری از بگومگوها و درگیری‌ها و جرّوبحث‌ها یاد بگیرید، موارد زیر را به دقت بخوانید و به آن‌ها خوب فکر کنید. وقتی دارید با کسی حرف می‌زنید، به گفته‌هایتان توجه کنید و ببینید که آیا در یکی از این دام‌های ارتباطی افتاده‌اید یا نه.

۱. آیا زود قضاوت می‌کنید؟ آیا حرفی را به خودتان می‌گیرید؟

وقتی از تمام موضوعات و اطلاعات هنوز خبر ندارید، زود نتیجه‌گیری نکنید و تصمیمی نگیرید. قبل از این که عکس‌العملی نشان دهید، حتماً اطلاعات بیشتری از طرفِ مقابلتان بگیرید.

۲. آیا حرفتان را صریح و آشکار می‌زنید یا غیرمستقیم؟

درخواستِ خودتان را صریح و روشن و بی‌پرده اعلام کنید؛ و بپذیرید که ممکن است با حرفتان مخالفت بشود.

۳. آیا دوپهلو حرف می‌زنید؟

بدانید که زبانِ بدن و حالت‌های چهره غالباً پیامی را منتقل می‌کنند که با کلمات و جمله‌هایتان فرق می‌کند. مراقب اشاره‌های غیرزبانی خودتان و دیگران باشید!

دام‌های سرِ راهِ ارتباطات

۴. آیا شجاعتِ آن را دارید که اشتباهاتتان را بپذیرید؟

بپذیرید که تفاهم بسیار مهم‌تر از این است که حرفِ خودتان را به کرسی بنشانید. اشتباهاتِ خودتان را بپذیرید و تفاهم را تمرین کنید. واردِ جنگِ قدرت نشوید.

۵. از جمله‌هایی که با «من» شروع می‌شوند استفاده کنید

بدانید و آگاه باشید اگر هر دو طرف از احساسات و نگرانی‌هایشان صحبت کنند، جایی برایِ بگومگو و سرزنش و محکوم کردنِ طرفِ مقابل باقی نمی‌ماند. صحبت را با «من» شروع کنید و بعد از نگرانی‌ها و احساساتتان بگویید. از بحث کردن و مقصر جلوه دادن اعضای خانواده پرهیزید.

توجه به این مسائل به بهبود روابط خانواده‌ها کمک می‌کند. تعامل‌ها و روابط روشن و صریح و مثبت خودباوری را افزایش می‌دهد و تعهد را زیاده‌تر می‌کند و روابط اعتمادساز را بیشتر می‌سازد. بهبودی از اختلالات مصرف مواد هم برای افراد در حال بهبودی و هم برای اعضای خانواده آنها فرایندی (کاری) سخت و دشوار است. در این جریان سخت و دشوار روابط خانوادگی اعتمادبخش از همه افراد حمایت می‌کند.

در برقراری ارتباط با اعضای خانواده این موارد را به یاد داشته باشید.

محترمانه برخورد کنید

با همان لحن محترمانه‌ای که با دیگران صحبت می‌کنید با اعضای خانواده‌تان حرف بزنید. بدانید و آگاه باشید که «لطفاً» و «خواهش می‌کنم» در روابط خانوادگی معجزه می‌کند.

احساسات مثبت خودتان را انتقال دهید

بگذارید دیگران بدانند که چه احساس مثبتی درباره آن‌ها و کارهایشان دارید. همان قدر که درباره ضعف‌هایشان صحبت می‌کنید، از خوبی‌ها و موفقیت‌هایشان هم حرف بزنید؛ عیب‌ها را گفتی؛ هنرش را هم بگو.

قبل از این که از چیزی ایراد بگیری یا به چیزی اعتراض کنی، اول ببین که اصلاً ارزشش را دارد یا نه از خودتان بپرسید اصلاً این مسئله ارزشش را دارد که خونِ خودت را به خاطرش کثیف کنی. فقط وقتی اعتراض کنید و ایراد بگیرید که موضوع واقعاً مهمی در میان باشد.

زمان مناسب را انتخاب کنید: هر سخن جایی و هر نکته مکانی دارد

زمان و موقعیتی را انتخاب کنید که مناسب بحث و گفتگوی مفید و سازنده باشد. وقتی هر دو خسته و عصبانی هستید، موضوع حساسی را مطرح نکنید.

هدف مشخصی در ذهن داشته باشید

از خودتان بپرسید: «دنبال چه چیزی هستم؟ چه چیزی می‌خواهم به دست بیاورم؟ چرا می‌خواهم این تغییرات انجام بشود؟ آیا این کارها معقول و منطقی هستند؟»

دقیقاً بگویید از چه چیزی ناراحت هستید

دقیقاً و مشخصاً بگویید که چه می‌خواهید. نمونه روشنی از مشکل را ذکر کنید. دقیقاً به اعضای خانواده بگویید از آن‌ها چه چیزی می‌خواهید. کلی‌گویی نکنید و نگویید «تو همیشه...» و مشکل را بیشتر نکنید.

کاربرگِ گانج

ب ۱۲

بهبود ارتباطات

درخواستِ تغییر را با واژه‌ها و جمله‌های خوش‌بینانه و مثبت بیان کنید

با واژه‌ها و جمله‌های خوش‌بینانه و مثبت به دیگران بگویید چه چیزی ناراحتتان می‌کند و می‌خواهید چه چیزی عوض شود. از دیگران عیب‌جویی نکنید، ایرادهای بنی‌اسرائیلی نگیرید، تحقیرشان نکنید، و دربارهٔ انگیزه‌ها و حرف‌های دیگران پیش‌داوری نکنید.

از نگرانی‌ها و احساساتِ خودتان صحبت کنید (با جمله‌های «من» حرف بزنید)

بدانید که گفتنِ «وقتی دیر کردی، من نگران شدم» به بحثِ آرام‌تری می‌کشد تا گفتنِ «وقتی دیر می‌کنی، هیچ‌وقت خبر نمی‌دهی».

با هم مصالحه و سازش کنید

آمادگی داشته باشید که دربارهٔ راه‌حل‌هایی مذاکره کنید که به نفع هر دوی شماست. اولتیماتوم ندهید، اتمامِ حجت نکنید، و نظراتِ طرفِ مقابل را بی‌چون و چرا رد نکنید. دربارهٔ مسائلِ مورد اختلاف با هم کنار بیایید و سازش کنید.

کارِ خوب و جالبی انجام دهید

کار خوب و جالبی برای اعضای خانواده‌تان انجام دهید تا به بهبودِ روابط شما کمک کند. بدون این‌که از شما انتظار داشته باشند یا بدون دلیل خاصی، کاری بکنید که آن‌ها را خوش‌حال کند یا برایشان جالب و غیرمنتظره باشد. یک چنین کاری را بدونِ انتظارِ پاداش انجام بدهید و بدون این‌که در مقابلش چیزی از آن‌ها بخواهید.

تعهدنامه: تعهد به درپیش گرفتنِ مهارت‌های جدید ارتباط

اگر خود را رسماً موظف به اجرای تعهد به تمرین و درپیش گرفتن مهارت‌های جدید ارتباط کنید، این کار کمکتان می‌کند تا حسن نیت خودتان را به خوبی و به درستی نشان دهید. برای راحتی کار و جلوگیری از سردرگمی، هر بار فقط اجرای یک مهارت جدید را در نظر بگیرید.

این تعهدنامه را تکمیل و امضا کنید و آن را در دسترس بگذارید، به طوری که مرتباً چشمتان به آن بیفتد. شاید بخواهید این مهارت را با دیگر اعضای خانواده تمرین کنید یا از آن‌ها کمک بخواهید؛ شاید هم بخواهید دیگران از این موضوع بی‌خبر بمانند. در هر صورت، وقت به وقت به این تعهدنامه مراجعه کنید تا اجرای تعهداتتان و استفاده از مهارت‌های جدید ارتباط به یادتان بیاید.

من،، تعهد می‌دهم که مهارت ارتباطی زیر را به مدت یک هفته تمرین کنم.

مهارت جدید ارتباط:

.....

تاریخ:

امضاء:

وقتی مدتی این مهارت جدید را تمرین کردید و به آن مسلط شدید، می‌توانید مهارت جدید دیگری را انتخاب کنید و به بهبود ارتباط‌هایتان ادامه دهید.

مهارت ارتباطی:

مهارت ارتباطی:

پیوست الف

طرح ارزیابی درمان مت‌آمفتامین و شیشه

نگاهی کلی

طرح ارزیابی مت‌آمفتامین که در طول هجده ماه بین ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ انجام گرفت بزرگ‌ترین ارزیابی روش درمانی بالینی‌ای است که تاکنون دربارهٔ اعتیاد به مت‌آمفتامین صورت گرفته؛ ۹۷۸ نفر در این مطالعه شرکت داشتند (راوسون و دیگران، ۲۰۰۴).

پژوهش‌گران طرح ارزیابی درمان مت‌آمفتامین به طور تصادفی شرکت‌کنندگان هر منطقه را به دو گروه (۱) برنامه ماتریکس و (۲) برنامه درمانی عادی تقسیم کردند.

در این مطالعه شرکت‌کنندگان برنامه‌های درمانی عادی در سراسر مناطق استانداردسازی نشدند و در نتیجه هر برنامه‌ای الگوی درمان سرپایی متفاوتی داشت که از جمله مدت زمان آن‌ها از ۴ تا ۱۶ هفته متغیر بود. تمام برنامه‌های تحت پوشش این بررسی، درمانجویان را در طول درمان به شرکت در برنامه‌های

۱۲ گامی یا همیاری توصیه یا ملزم می‌ساختند و همچنین همهٔ آن‌ها درمانجویان را به تداوم فعالیت‌های مراقبتی پس از اتمام دورهٔ درمانی تشویق می‌کردند.

ویژگی‌های مقطعی شرکت‌کنندگان این بررسی (چه برنامه‌های عادی و چه برنامهٔ ماتریکس) با ویژگی‌های دیگر درمانجویان بالینی که در دیگر مطالعات درمانی اعتیاد به مت‌آمفتامین شرکت داشتند سازگاری داشت (هوپر و دیگران، ۱۹۹۷؛ راوسون و دیگران، ۲۰۰۰). در جدول زیر ویژگی‌های خاص درمانجویان فهرست شده است.

سوابق شرکت‌کنندگان مصرف چند مادهٔ مخدر را نشان می‌داد و در طول این مطالعه، گزارش خود شرکت‌کنندگان و آزمایش اعتیاد و آزمایش تنفسی الکلی ثابت می‌کرد که بعضی از درمانجویان از ماری‌جوانا یا الکلی و

جدول ویژگی‌های شرکت‌کنندگان طرح ارزیابی درمان مت‌آمفتامین			
مرد	٪۴۵	میانگین تحصیلات	۱۲/۲ سال
زن	٪۵۵		
سفیدپوست	٪۶۰	شاغلان	٪۶۹
لاتینی و اسپانیول تبار	٪۱۸		
آسیایی و اقیانوسیه تبار	٪۱۷		
دیگران*	٪۵		
میانگین سنی	۳۲/۸ سال	میانگین دوره اعتیاد به مت‌آمفتامین	۷/۴۵ سال
		میانگین روزهای مصرف مت‌آمفتامین در یک ماه گذشته	۱۱/۵۳ روز
متأهل یا متارکه کرده	۱۶ درصد	روش ترجیحی مصرف مت‌آمفتامین	
		تدخین	٪۶۵
		وریدی	٪۲۴
		استنشاقی	٪۱۱

* دو درصد از این گروه سیاهپوست بوده‌اند. (منبع: راوسون و دیگران، ۲۰۰۴، ص ۷۱۱)

درمانی ماتریکس هنگام ترخیص و ۶ ماه بعد از آن مشاهده نشد. اما این مطالعه نشان داد که

■ نرخ حفظ و تداوم درمان شرکت‌کنندگان برنامه ماتریکس از برنامه‌های معمولی به مراتب بهتر است.

■ شرکت‌کنندگان برنامه ماتریکس ۲۷ درصد بیشتر از شرکت‌کنندگان برنامه‌های معمولی در اتمام دوره درمانی موفق بودند.

■ در خلال درمان، آزمایش ادرار شرکت‌کنندگان برنامه ماتریکس ۳۱ درصد بیشتر از شرکت‌کنندگان برنامه‌های معمولی فاقد مت‌آمفتامین بود (راوسون و دیگران، ۲۰۰۴).

در مطالعات پیگیری شش ماه بعد، آزمایش ادرار بیش از ۶۵ درصد شرکت‌کنندگان هر دو گروه از نظر وجود مت‌آمفتامین و دیگر مواد منفی بود (راوسون و دیگران، ۲۰۰۴).

نیز مت‌آمفتامین مصرف کرده‌اند، اما ماده مخدر دیگری مصرف نشده بود.

تمام شرکت‌کنندگان طرح ارزیابی مصرف مت‌آمفتامین، ارزیابی‌های پایه‌ای فهرست بازبینی وابستگی به مت‌آمفتامین موجود در کتاب راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، ویرایش چهارم (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۴) و شاخص شدت اعتیاد (مک‌لارن و دیگران، ۱۹۹۲) را تکمیل کردند. این ارزیابی در چند مرحله در خلال درمان اصلی شرکت‌کنندگان، هنگام ترخیص از برنامه درمانی، و ۶ و ۱۲ ماه بعد از ترخیص از برنامه درمانی صورت گرفت. در تمام طول درمان آزمایش ادرار برای اعتیاد هر هفته یک بار انجام می‌شد.

نتایج

هیچ تفاوت معنی‌داری از نظر مصرف مواد و عملکرد بین شرکت‌کنندگان درمان‌های معمولی و برنامه

پیوست ب

ملاحظات در مورد تسهیل کار گروه

در اختیار داشته باشد. گاهی یکی از اعضای گروه با یک دنیا انرژی و شور و اشتیاق وارد جلسه می شود و بسیار پرحرف است. این وضع معمولاً در خلال تعطیلات، و به ویژه، وقتی اتفاق می افتد که چند نفر به طرف مصرف برگشته باشند. مشاور باید از روش های کلامی و غیرکلامی برای آرام کردن جلسه استفاده کند و گروه را به سمت بحث درباره موضوع اصلی هدایت کند. از طرف دیگر، ممکن است اعضای گروه در مواردی بی حال، خواب آلوده، کسل و افسرده باشند. در این مواقع مشاور باید روح انرژی و شور و هیجان را به جلسه القا کند. او باید از حال و هوای احساسی و عاطفی گروه اطلاع داشته باشد و برطبق آن، عمل مناسبی انجام دهد. اعضای گروه باید این احساس را پیدا کنند که مشاورشان آن ها را در جهت سالم و مفیدی هدایت

بین تمام درمانجویان گروه و مشاور رابطه ای شخصی به وجود می آید. میزان تغییرات مثبتی که مشاور در زندگی درمانجویان ایجاد می کند ارتباط مستقیمی با باورپذیری ای دارد که مشاور در درمانجویان به وجود می آورد. مشاور را باید منبع قابل اعتماد و باورپذیر اطلاعات درباره اعتیاد در نظر گرفت. دو موضوع اصلی ای که موجب باورپذیری درمانجویان می شود عبارتند از میزان تلاش مشاور در گروه و کنترل آن، و توانایی مشاور در قبولاندن این نکته به درمانجویان که گروه درمانی شان جای امن و سالمی برای آنهاست. این دو عنصر ارتباط متقابل بسیار زیادی با هم دارند. برای این که درمانجویان گروه درمانی شان را جای امنی بدانند و به آن اعتماد کنند، مشاور باید آدم باکفایتی باشد و بتواند همیشه کنترل گروه را با اقتدار

می‌کند. مشاور باید بتواند مانع گفتگوهای شخصی و درگوشی شود، اجازه توصیف با آب و تاب درباره مصرف مواد را ندهد، و بحث‌های انحرافی و دور و دراز را به سمت موضوع اصلی بحث گروه هدایت کند. تک‌تک اعضای گروه باید فرصت شرکت در بحث‌ها و اظهار نظر را پیدا کنند. مشاور نباید بگذارد که چند نفر تمام بحث‌های گروه را به خودشان اختصاص دهند. درمانجویان باید احساس کنند که مشاورشان مشتاق شرکت آن‌ها در بحث‌های گروهی درباره اعتیاد است. مشاور باید قدرتش را در کلاس با اقتدار و فعالیت و به روشنی اعمال کند.

مشاور باید نسبت به مسائل عاطفی و احساسی و نیز هر مسئله دیگری که در گروه پیش می‌آید حساس باشد. شاید در مواردی لازم باشد که مشاور بسیار قاطعانه رفتار کند و در مقابل هر انحرافی بسیار جدی باشد. او باید بتواند جلوه اعتیادی رفتار و گفتار درمانجویان را تشخیص بدهد و بین مسائل مربوط به اعتیاد و خود درمانجو به عنوان انسان، تمایزی برقرار کند. به عبارت دیگر، باید بسیار دقت کرد و مواظب بود تا مبدا مطالب منفی مطرح شده در گروه به سمت درمانجویی هدف گرفته شود، بلکه باید بر جنبه‌های مرتبط با اعتیاد رفتار و کردار درمانجویان تمرکز شود. مشاور ترجیحاً کارشناس و متخصصی است که اعضای گروه برای جلسات انفرادی/مشترک با خانواده و عزیزان هم به او مراجعه می‌کنند. فایده این نقش دو گانه (رهبر گروه و مشاور شخصی) این است که مشاور می‌تواند به نحو مؤثری بهبودی رو به رشد درمانجویان را هماهنگ کند و آن‌ها را راهنمایی و هدایت کند. تماس مداوم با مشاور نیز پیوند درمانی‌ای را که

درمانجویان را در برنامه ماتریکس نگه می‌دارد تقویت می‌کند. عیب بالقوه این نقش دوگانه آن است که مشاور شاید ندانسته و به طور اتفاقی اطلاعات خصوصی و محرمانه درمانجو را قبل از تصمیم او، در اختیار گروه قرار دهد. و این کار برخلاف اخلاق حرفه‌ای مشاوران است. حتّا فشار آوردن بر درمانجو برای انتقال این اطلاعات به درمانجویان دیگر در گروه، در صورت عدم رضایت او، خلاف قانون است.

خطر دیگری که باید از آن دوری کرد این است که عده‌ای تصوّر می‌کنند که مشاور بعضی از درمانجویان را به بعضی دیگر ترجیح می‌دهد. این موضوع حائز اهمیت فراوان است که مشاور توجه یکسانی به همه اعضای گروه داشته باشد و نگذارد آن‌ها برای جلب توجهش وارد رقابت بشوند.

مشاوران اطلاعات مربوط به مطالب بحث گروهی، اداره جلسات، مفاهیم و روش‌های اداره جلسات گروه‌درمانی و دیگر اطلاعات موردنیاز را می‌توانند در برنامه اجرایی بهبود درمان، شماره ۴۱، کتاب درمان اعتیاد: گروه‌درمانی^۱ (مرکز درمان اعتیاد، ۲۰۰۵ ب) پیدا کنند.

1. Substance Abuse Treatment: Group Therapy

پیوست ج

فهرست اختصارات

A A Alcoholics Anonymous	الکلی های گمنام
ACOA Adult Children of Alcoholics	فرزندان بزرگسال الکلی ها
Al-Anon	خانواده ها و عزیزان الکلی های گمنام
	گروهی برای حمایت از خانواده ها و عزیزان کسانی که معتاد به الکل هستند.
Alateen	انجمن خانواده ها و عزیزان کمسال
	گروهی برای حمایت از اعضای خانواده و عزیزان کمسال کسانی که معتاد به الکل هستند
ASI Addiction Survey Index	شاخص پیمایش اعتیاد
CA Cocaine Anonymous	کوکائینی های گمنام
CMA Crystal Meth Anonymous	مت کریستالی های گمنام
Co-dependents Anonymous	هموابسته های گمنام
CSAT Center for Substance Abuse Treatment	مرکز درمان سوء مصرف مواد
EA Emotions Anonymous	عاطفی های گمنام
ERS Early Recovery Skills	مهارت های بهبودی اولیه (مبا)
GA Gamblers Anonymous	قماربازان گمنام

HALT Hungry Angry Lonely Tired	گرسنه تشنه تنهای خسته
IC Individual/Conjoint	جلسات انفرادی/مشترک (جام)
IOP Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders	درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرک و شیشه
MA Marijuana Anonymous	ماری جوانایی های گمنام
meth Methamphetamine	مت آمفتامین
MTP Methamphetamine Treatment Program	برنامه درمان مت آمفتامین
NA Narcotics Anonymous	افیونی های گمنام
Nar-Anon	خانواده ها و عزیزان افیونی های گمنام
گروهی برای حمایت از خانواده ها و عزیزان کسانی که به مواد افیونی معتادند	
OA Overtreaters Anonymous	پرخوران گمنام
PA Pills Anonymous	قرصی های گمنام
RP Relapse Prevention	پیش گیری از بازگشت (پاب)
SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration	اداره سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روان
SCH Schedule	برنامه ریزی و زمان بندی (بوز)
SMART Self-Management and Recovery Training	آموزش خودگردانی و بهبودی
SS Social Support	حمایت اجتماعی
TAU Treatment As Usual	درمان عادی

پیوست و

کتابنامه

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Center for Substance Abuse Prevention. *Ecstasy: What's All the Rave About?* DHHS Publication No. (SMA) 3710B. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
- Center for Substance Abuse Prevention. *Marijuana: Weeding Out the Hype*. DHHS Publication No. (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
- Center for Substance Abuse Prevention. *Heroin: What's the Real Dope?* DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Treatment for Stimulant Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. DHHS Publication No. (SMA) 99-3296. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, forthcoming.

- Graham, A. W.; Schultz, T. K.; Mayo-Smith, M. F.; Ries, R. K.; and Wilford, B. B., eds., *Principles of Addiction Medicine*, Third Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.
- Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; and Rawson, R. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16(4): 41-50, 1997.
- Johnston, L. D.; O'Malley, P. M.; Bachman, J. G.; and Schulenberg, J. E. *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings* 2004. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005. www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2004.pdf [accessed September 16, 2005].
- Khalsa, J. H.; Genser, S.; Francis, H.; and Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (Suppl): 75-10s, 2002.
- McLellan, A. T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, L.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9: 199-213, 1992.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, December 1999 (updated October 2000). www.niaa.nih.gov/publication/aa46.htm [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol Alert* 50, December 2000 (updated October 2001). www.niaa.nih.gov/publication/aa50.htm [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*, 2005 Edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005. www.niaa.nih.gov/publication/Practitioner/guide.pdf [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Drug Abuse. *NIDA Community Drug Alert Bulletin: Methamphetamine*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998. www.drugabuse.gov/MethAlert/MethAlert.html [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: *Marijuana Abuse*. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, October 2002. www.drugabuse.gov/PDF/RRMarijuana.pdf [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Marijuana*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2004. www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Marijuana04.pdf [accessed September 16, 2005].

- National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction*. NIH Publication No. 99-4342. Bethesda, MD: National Institutes of Health, revised November 2004. www.nih.gov/PDF/RRCocain.pdf [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: LSD*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005. www.nida.gov/pdf/infofacts/LSD05.pdf [accessed September 16, 2005].
- National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Rohypnol and GHB*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005. www.drugabuse.gov/PDF/infofacts/Rohypnol05.pdf [accessed September 16, 2005].
- Obert, J.; McCann, M. J.; Marinelli-Casey, P.; Weiner, A.; Minsky, S.; Brethen, P.; and Rawson, R. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of psychiatric Drugs* 32(2): 157-164, 2000.
- Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB)*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2002. www.whitehousedrugpolicy.gov/pdf/gamma_hb.pdf [accessed September 16, 2005].
- Office of National Drug Control Policy. *Pulse Check: Trends in Drug Abuse*. Washington, DC: Executive Office of the President, November 2002.
- Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Heroin*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, June 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/heroin/197335.pdf [accessed September 16, 2005].
- Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Methamphetamine*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj197534.pdf [accessed September 16, 2005].
- Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Rohypnol*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2003. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/rohypnol/rohypnol.pdf [accessed September 16, 2005].
- Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Marijuana*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2004. www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/ncj198099.pdf [accessed September 16, 2005].
- Rawson, R.; Huber, A.; Brethen, P.; Obert, J.; Gulati, V.; Shoptaw, S.; and Ling, W. Methamphetamine and cocaine users: Difference in characteristics and treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(2): 233-238, 2000.
- Rawson, R. A.; Marinelli-Casey, P.; Anglin, M. D.; Dickow, A.; Frazier, Y.; Gallagher, C.; Galloway, G. P.; Herrell, J.; Huber, A.; McCann, M. J.; Obert, J.; Pennell, S.; Reiber, C.; Vandersloot, D.; and

- Zweben, J. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of metham-phetamine dependence. *Addiction* 99(6): 708-717, 2004.
- Rawson, R. A.; Shoptaw, S. J.; Obert, J. L.; McCann, M. J.; Hasson, A. L.; Marinelli-Casey, P. J.; Brethen, P. R.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2): 117-127, 1995.
- Shoptaw, S.; Rawson, R. A.; McCann, M. J.; and Obert, J. L. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases* 13(4): 129-141, 1994.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Club Drugs, 2002 Update. *The Dawn Report*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, July 2004.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The NSDUH Report: Daily Marijuana Users. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, November 26, 2004. www.oas.samhsa.gov/2k4/dailyMJ/dailyMJ.htm [accessed September 16, 2005].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004. [oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/kk3 OverviewW.pdf](http://oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/kk3OverviewW.pdf) [accessed September 16, 2005].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Methamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003, and 2004*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, September 16, 2005. [www.oas.samhsa.gov/2k5/meth/ meth.pdf](http://www.oas.samhsa.gov/2k5/meth/meth.pdf) [accessed March 2, 2006].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.
- Tevisan, L.; Boutros, N.; Petrakis, I.; and Krystal, J. H. Complication from alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research* World 22(1): 61-66, 1998.