



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

پروتکل روان‌درمانی احتمالات مصرف مواد

ویژه نوجوانان

پاییز ۱۳۹۹

تدوین: کمیته علمی و مشورتی درمان اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پروتکل حاضر به سفارش مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) تحت نظارت فنی گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت، دفتر ارزیابی فن‌آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده که بدین وسیله از ایشان قدردانی می‌شود.

نویسندگان:

- **دکتر علیرضا نوروزی، متخصص روان‌پزشکی مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران**
- **گلفام سیف، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران**
- **دکتر بیتا وحدانی، متخصص روان‌پزشکی و کارشناس مسؤل درمان اختلالات روان و اعتیاد، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

تقدیر و سپاسگزاری:

همچنین از صاحب‌نظران نامبرده ذیل که راهنمایی‌های ارزشمند خود را در فرآیند تدوین پروتکل و یا در خصوص پیش‌نویس‌های تهیه‌شده با ما در میان گذاشتند، صمیمانه تشکر می‌نماییم:

- **خانم طاهره آذری، کارشناس اداره مددکاری اجتماعی، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**
- **دکتر مهین اسلامی، فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی کرمان**
- **دکتر منا اسلامی، متخصص روان‌پزشکی، کارشناس مسؤل اداره درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر**
- **خانم آزاده اولیائی، کارشناس مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور**
- **دکتر سیدمحمدحسین جوادی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و رئیس اداره مددکاری، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**
- **دکتر رزیتا داوری آشتیانی، فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی**
- **دکتر کتابون رازجویان، فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**
- **دکتر سپیده رضایور، نماینده وزارت آموزش و پرورش**
- **دکتر نوید رهبر، مشاور معاون وزیر دادگستری**
- **خانم سیده‌زینب جلالی، کارشناس معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم، قوه قضائیه**
- **دکتر محمدرضا چراغ‌زاده، رئیس اداره نظارت بر درمان مراکز سرپایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

- دکتر میترا حکیم شوشتری، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- آقای احمد خاکی، معاون دفتر کودکان و نوجوانان، سازمان بهزیستی کشور
- سرکار خانم خاکی، سرپرست دادرسی ویژه اطفال و نوجوانان
- دکتر مریم خیری، رئیس اداره راهنماهای بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر مصطفی شفیعی، متخصص بیهوشی و کارشناس درمان اختلالات روان و اعتیاد، مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر الهام شیرازی، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوانان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر سیدمهدی صابری اردستانی، متخصص روان پزشکی، عضو هیأت علمی سازمان پزشکی قانونی کشور
- دکتر ماندانا صادقی، پزشک و پژوهشگر، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- آقای صفر عارفی، کارشناس دفتر حقوقی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر فریبا عربگل، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر جواد علاقبندراد، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریبا فریقی، متخصص کودکان، فلوشیپ مسمومیت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی فرهودیان، متخصص روان پزشکی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- خانم لیلا قاسم‌زاده، کارشناس درمان اختلالات روان و اعتیاد، مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر سیدابراهیم قدوسی، رئیس اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف مواد و الکل، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقای حمیدرضا طاهری‌نخست، کارشناس امور جوانان، صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف)
- دکتر جواد محمودی قرائی، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر معصومه معارف‌وند، دکترای مددکاری اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- دکتر نادر منصور کیائی، دکترای جامعه‌شناسی، مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی
- دکتر محمد نظری پویا، کارشناس اداره کل بهداشت و درمان، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- دکتر سیدیا سر موسوی، فوق تخصص روان پزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر زهرا واعظی، کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌ها
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور
و ستاد مبارزه با مواد مخدر

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری، مرجان مستشار نظامی

شناسنامه

پروتکل روان‌درمانی اختلالات مصرف‌مواد ویژه نوجوانان	عنوان
علیرضا نوروزی، گلغام سیف، بیتا وحدانی	نویسندگان
درمان‌گران مراکز تخصصی/فوق تخصصی درمان اختلالات مصرف‌مواد در نوجوانان	گروه مخاطب
اول	ویرایش
پاییز ۱۳۹۹	زمان انتشار
تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط ۸	تماس

پیش‌گفتار

مصرف مواد معمولاً در اوایل نوجوانی شروع شده و در سال‌های اولیه جوانی به اوج خود می‌رسد. دوره نوجوانی و اوایل جوانی دوره زمانی است که با تغییرات سریع جسمی، عصبی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است. رفتارهای مخاطره‌جویانه در این دوره سنی معمولاً شایع است. مصرف مواد با آسیب‌های و عوارض جدی برای سلامت نوجوانان همراه است. آسیب‌های مهم مرتبط با مصرف مواد در این گروه سنی شامل مرگ پیش از موعد ناشی از بیش‌مصرفی، افزایش خطر جراحات عمدی و غیرعمدی، افزایش بستری شدن به دلیل تشدید بیماری روانی، آسیب مغزی و بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری متعدد دیگر می‌شود.

درمان نوجوانان با اختلالات مصرف مواد عموماً از مداخلات روانی، اجتماعی با یا بدون درمان دارویی تشکیل شده است. برای تمام اختلالات مصرف مواد درمان‌های دارویی مؤثر شناخته نشده است. در مواردی که دارودرمانی مؤثر وجود دارد، درمان دارویی برای اختلالات مصرف مواد در نوجوانان معمولاً در موارد متوسط یا شدید اندیکاسیون پیدا می‌کند. مداخلات روان‌شناختی خط اول درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در نظر گرفته می‌شوند. درمان‌های روان‌شناختی به صورت گسترده برای درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان پذیرفته شده و مؤثر هستند.

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان مورد آزمون قرار گرفته‌اند. در میان رویکردهای روان‌شناختی مختلف مورد استفاده به این منظور شواهد از اثربخشی مصاحبه انگیزشی، درمان شناختی، رفتاری، رویکرد تقویت مبتنی بر اجتماع و خانواده درمانی حمایت می‌کنند.

برخی مداخلات روان‌شناختی طراحی شده برای درمان اختلالات مصرف مواد، برای یک اختلال مصرف مواد خاص طراحی شده‌اند، با این حال تکنیک‌های مورد استفاده در درمان اختصاصی برای ماده‌ای خاص نبوده و از اصول یکسانی برای مواد مختلف بهره می‌گیرند. از سوی دیگر تکنیک‌های مورد استفاده در درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در رویکردهای مبتنی بر شواهد مختلف نامحدود نبوده و مجموعه‌ای از تکنیک‌های محدود در راهنماهای موجود مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

در طراحی پروتکل حاضر تلاش شده با مرور رویکردهای مبتنی بر شواهد درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان، اجزایی از رویکردهای مصاحبه انگیزشی، درمان شناختی، رفتاری، آموزش خانواده و آموزش مهارت‌های زندگی در قالب یک پروتکل یکپارچه و غیراختصاصی برای مواد ارایه گردد.

فهرست مطالب:

۱	کلیات
۱	بار سلامتی مصرف مواد در نوجوانان
۱	پاسخ به وضعیت
۲	اصول درمان
۲	جایگاه درمانی
۳	مداخلات روان‌شناختی
۴	رویکرد یکپارچه
۵	درباره پروتکل
۶	نکاتی برای اجرای مؤثر
۸	ساختار جلسات
۹	این پروتکل برای چه افرادی مناسب است؟
۱۰	نکاتی درباره آزمایش ادرار
۱۲	بخش اول- شروع و مقدمات درمان
۱۳	جلسه ۱- انگیزه و مسئولیت برای تغییر (مصاحبه انگیزشی)
۲۰	جلسه ۲- شروع‌کننده‌ها (درونی و بیرونی)
۲۸	جلسه ۳- محیط‌های امن و پرخطر (شناسایی عوامل خطر و محافظ)
۳۵	جلسه ۴- مدیریت وسوسه

- بخش دوم- مهارت‌های مدیریت وسوسه و عود
۴۱
- جلسه ۵- برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های پرخطر
۴۲
- جلسه ۶- مقابله و چگونگی برخورد با عود
۴۷
- جلسه ۷- شبکه اجتماعی و همتایان و مواجهه با فشار همتایان
۵۴
- جلسه ۸- مواجهه با احساسات ناخوشایند
۶۱
- بخش سوم- خانواده
۶۷
- جلسه ۹- معرفی نقش حمایت خانواده
۶۸
- جلسه ۱۰- مهارت ارتباطی، حل تعارض در خانواده
۷۶
- جلسه ۱۱- نشانه‌های عود و بهبودی
۸۴
- جلسه ۱۲- مرزها، محدودیت‌ها، نظم و ساختار خانواده
۸۹
- بخش چهارم- مهارت‌های زندگی
۹۳
- جلسه ۱۳- مهارت مدیریت خشم
۹۴
- جلسه ۱۴- مهارت حل مسأله
۱۰۲
- جلسه ۱۵- مهارت جرأت‌مندی و رد کردن پیشنهاد مصرف مواد و الکل
۱۰۷
- جلسه ۱۶- هدف‌گذاری و پایبندی به درمان
۱۱۵
- فهرست منابع
۱۱۹

بار سلامتی مصرف مواد در نوجوانان

اختلالات مصرف مواد یک مشکل سلامت عمومی در تمام جهان است. مصرف مواد معمولاً در اوایل نوجوانی شروع شده و در سال‌های اولیه جوانی به اوج خود می‌رسد. اختلالات مصرف مواد مزمن و عودکننده که ممکن است برای سال‌ها یا در تمام طول عمر ادامه پیدا کنند معمولاً در این دوره زمانی حساس آغاز می‌شوند. دوره نوجوانی و اوایل جوانی دوره زمانی است که با تغییرات سریع جسمی، عصبی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است. رفتارهای مخاطره‌جویانه در این دوره سنی معمولاً شایع است. اختلالات مصرف مواد با آسیب‌های و عوارض جدی برای سلامت نوجوانان و جوانان مرتبط است. آسیب‌های مهم ناشی از مصرف مواد در این گروه سنی شامل مرگ پیش از موعد به علت بیش‌مصرفی، افزایش خطر جراحات عمدی و غیرعمدی، افزایش بستری شدن به دلیل تشدید بیماری روانی، آسیب مغزی و بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری متعدد دیگر می‌شود.

پاسخ به وضعیت

برای پاسخ به مسأله مصرف مواد در نوجوانان مجموعه‌ای از مداخلات پیشگیری اولیه از شروع مصرف تا درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد طراحی شده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند مداخلات پیشگیری، مداخله زودرس و درمان برای گروه هدف نوجوان باید نیازهای رشدی نوجوان در ابعاد هیجانی، شناختی و روانی، اجتماعی را در نظر بگیرد. مداخلات مبتنی بر خانواده و مداخلات مبتنی بر مدرسه که پیش‌رفت رشدی نوجوانان را در نظر می‌گیرند، در پیشگیری اولیه از شروع مصرف مواد در نوجوانان مؤثر بوده است. نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند ممکن است ارتباط ضعیفی با خانواده و مدرسه داشته باشند، این موضوع اثربخشی مداخلات پیشگیری اولیه در این گروه جمعیتی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، در نوجوانانی که مصرف مواد آنها در حد اختلال است مداخلات پیشگیری اولیه برای پاسخ به مشکل کافی نبود و به مداخلات جامع‌تر در سطح پیشگیری ثانویه یا درمان نیاز پیدا می‌شود.

اصول درمان

درمان نوجوانان با اختلالات مصرف مواد عموماً از مداخلات روانی، اجتماعی با یا بدون درمان دارویی تشکیل شده است. مداخلات روان‌شناختی، فعالیت‌های آموزشی یا مشاوره‌ای با هدف حل مشکلات شناختی، هیجانی، رفتاری، محیطی یا بین‌فردی هستند که هدف آن بهبود کارکرد و سلامت کلی فرد است. برای تمام اختلالات مصرف مواد درمان‌های دارویی مؤثر شناخته نشده است. در مواردی که دارودرمانی مؤثر وجود دارد، درمان دارویی برای اختلالات مصرف مواد در نوجوانان معمولاً در موارد متوسط یا شدید اندیکاسیون پیدا می‌کند. شواهد در خصوص استفاده از درمان دارویی برای اختلالات مصرف مواد نوجوانان محدود است و انتخاب بیماران برای درمان دارویی باید با دقت و تحت نظارت تخصصی انجام پذیرد.

بر این اساس مداخلات روان‌شناختی به عنوان خط اول درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در نظر گرفته می‌شوند. درمان‌های روان‌شناختی به صورت گسترده برای درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان پذیرفته‌شده و مؤثر هستند. همبودی اختلالات روان‌پزشکی در نوجوانان با سایر اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات مصرف مواد قاعده است تا استثنا. درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود ممکن است به مداخله دارویی نیاز داشته باشد. همچون آنچه پیشتر گفتیم، انتخاب بیمار، نوع درمان دارویی و پایش درمان دارویی باید تحت نظارت تخصصی انجام شود.

جایگاه درمانی

اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در طیفی از خفیف تا متوسط و شدید دیده می‌شود. در صورت وجود مشکلات روان‌پزشکی همبود شدید برای مثال تمایل جدی به خودکشی، اقدام به خودزنی یا سایکوز درمان بستری‌گریزناپذیر است. هر چند بسیاری از نوجوانان حتی با مشکلات شدید در حوزه مواد نیاز به درمان‌های بستری نداشته و به خوبی در برنامه‌های درمان سرپایی مدیریت می‌شوند. یکی از چالش‌های ارایه خدمات درمانی به نوجوانان این است که افراد مبتلا در این گروه جمعیتی معمولاً به صورت داوطلبانه برای مشکل مصرف مواد خود متقاضی دریافت خدمات نمی‌شود. آنها ممکن است به دلیل عوارض ناشی از مصرف به سایر جایگاه‌های ارایه خدمات سلامت جسمی یا روان‌پزشکی مراجعه نمایند. این موضوع اهمیت ظن بالینی و غربال‌گری برای شناسایی زودرس نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد را مورد تأکید قرار می‌دهد.

جایگاه‌های سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ویژه نوجوانان می‌توانند مجموعه‌ای از خدمات اختلالات مصرف مواد از غربال‌گری گرفته تا ارزیابی، برنامه‌ریزی درمان، درمان‌های دارویی و روان‌شناختی، ارجاع و پیگیری را ارایه کنند. نوجوانان دارای اختلالات مصرف مواد با احتمال بالا از بیماری روان‌پزشکی همبود رنج می‌برند و همچنین احتمال بیشتری دارد تاریخچه سوءرفتار در سنین پایین‌تر را گزارش نمایند. این موضوع ضرورت فراهمی خدمات چندرشته‌ای شامل درمان‌های فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان در جایگاه سرپایی ارایه‌کننده خدمات درمان به این گروه جمعیتی را نشان می‌دهد.

مداخلات روان‌شناختی:

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در جایگاه‌های سرپایی مورد آزمون قرار گرفته‌اند. در میان رویکردهای روان‌شناختی مختلف مورد استفاده به این منظور شواهد از اثربخشی مصاحبه انگیزشی، درمان شناختی، رفتاری، رویکرد تقویت مبتنی بر اجتماع^۱ و مداخلات مبتنی بر خانواده نظیر خانواده‌درمانی مختصر راهبردی^۲، خانواده درمانی کارکردی^۳ و خانواده-درمانی چندبعدی^۴ حمایت می‌کنند.

^۱ Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA)

^۲ Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

^۳ Family Functional Therapy (FFT)

^۴ Multidimensional Family Therapy (MDFT)

گرچه مطالعات کارآزمایی بالینی قابل اعتمادترین شواهد درباره کارایی مداخلات بالینی را فراهم می‌کنند، اما ترجمان این مداخلات مبتنی بر شواهد به عملکرد بالینی روزمره مملو از چالش میان وفاداری به پروتکل آزمون‌شده در کارآزمایی و اقتضائات اجرا در شرایط واقعی است. این تنش اجرایی در تمام مداخلات سلامت ارایه‌شده در پس‌زمینه محیطی پیچیده و چندجانبه دیده می‌شود. برای ترجمان مناسب مداخلات مبتنی بر شواهد تأمین منابع انسانی، آموزش، پایش و نظارت اهمیت اساسی دارد.

رویکرد یکپارچه

تلاش‌های اولیه برای طراحی مداخلات روان‌درمانی شامل تبیین نظریه برای مشکلات روانی و ارایه درمان مبتنی بر نظریه بود. مزیت درمان مبتنی بر نظریه آزادی عمل درمان‌گر برای ارایه درمان کاملاً فردی‌شده متناسب با شرایط مراجع بود. در مقابل اثرپذیری بالای درمان از سوگیری‌های درمان‌گر از اشکالات آن محسوب می‌شد. علاوه بر این، به دلیل غیریکدست بودن مداخلات درمانی ارایه‌شده امکان ارزیابی بالینی نتایج درمان با اشکال مواجهه می‌گردد. در مقابل در دوره معاصر تمایل وجود دارد روان‌درمانی بر اساس یک پروتکل استاندارد آزمون‌شده در کارآزمایی‌های بالینی در محیط درمانی شدیداً کنترل‌شده، ارایه شود. طراحی درمان در قالب کارآزمایی-های بالینی امکان آزمون کارایی روش‌های درمان و تولید دانش تجمعی در حوزه رویکردهای اثربخش را فراهم می‌کند، هر چند اشکال آن این است که درمان به میزان اندکی با شرایط بیمار متناسب شده و درمان‌گران را در یک چارچوب مشخص محدود می‌کند.

نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد علاوه بر مشکلات مرتبط با مواد ممکن است از اختلالات روان‌پزشکی همبود و طیفی از مشکلات فردی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی رنج ببرند. کمک به ارتقای توانایی‌ها و مدیریت مشکلات فرد نوجوان با اختلالات مصرف مواد امری دشوار و چالش‌برانگیز است. جای شگفتی نیست که رویکردهای مختلفی برای پاسخ‌گویی به این چالش‌ها طراحی شده‌اند. مداخلات روان‌درمانی طراحی شده در قالب کارآزمایی‌های بالینی غالباً بر درمان اختلال مصرف مواد تمرکز داشته و به درمان مشکلات روان‌پزشکی همبود نمی‌پردازند. علاوه بر این هر یک از مداخلات روان‌درمانی طراحی شده به این روش به یکی از جنبه‌های مشکلات نوجوان پرداخته و تمام جنبه‌ها را مورد توجه قرار نمی‌دهد. تمرکز برخی مداخلات خود فرد نوجوان بوده و برخی مداخلات دیگر خانواده یا اجتماع را کانون توجه خود قرار می‌دهند. در نهایت راهنماهای استاندارد این مداخلات درمانی غالباً شدیداً تجویزی هستند و امکان اندکی برای درمان‌گر برای متناسب نمودن درمان با شرایط بیمار فراهم می‌آورند.

همه رویکردهای مختلف روان‌درمانی اهداف مشابهی همچون کاهش رنج فرد و بهبود کارکرد و کیفیت زندگی او را دنبال می‌کنند و هر چند نظریه‌ها مختلف است، اما تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی نامحدود نیست. در نتیجه این گرایش در حوزه روان‌درمانی اختلالات سلامت روانی و رفتاری پدید آمده است که بهترین ابعاد رویکردهای درمانی مختلف را در یک قالب یکپارچه ارایه کند. هدف از طراحی یکپارچه مداخلات روان‌درمانی، کنار هم قرار دادن عناصر مؤثر رویکردهای مختلف در کنار هم و ایجاد یک مجموعه واحد برای پاسخ‌دهی به نیازهای متنوع و پیچیده مراجعان در محیط واقعی ارایه درمان است.

در طراحی پروتکل حاضر تلاش شده با مرور رویکردهای مبتنی بر شواهد درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان، اجزایی از رویکردهای مصاحبه‌انگیزی، درمان شناختی، رفتاری، مداخلات خانواده و آموزش مهارت‌های زندگی در یک قالب مدولار ارایه گردد.

درباره پروتکل:

پروتکل روان‌درمانی اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان با همت و تلاش ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین پشتیبانی صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل (یونیسف) به جهت ارتقای دانش کاربردی و مهارت‌های اجرایی درمان‌غیردارویی در روان‌درمانگران و کارشناسان حوزه سلامت روان نوجوانان تهیه و تدوین شده است. هدف از جلسات درمان در این پروتکل کاهش و قطع مصرف مواد در نوجوانان دختر و پسر ۱۲ الی ۱۷ سال می‌باشد.

این پروتکل از چهار بخش تشکیل شده است:

- بخش اول- شروع و مقدمات درمان
- بخش دوم- مهارت‌های مدیریت وسوسه و عود
- بخش سوم- خانواده
- بخش چهارم- مهارت‌های زندگی مورد نیاز مقابله با مصرف مواد

هر یک از این بخش‌ها دارای ۴ جلسه است که در مجموع تعداد جلسات مداخله در این بسته ۱۶ جلسه می‌باشد. ساختار همه جلسات به شکل فردی و سرپایی است به غیر از بخش خانواده که با توجه به شرایط مراجع با حضور یک نفر یا همه اعضای خانواده فرد برگزار می‌گردد. هر جلسه با ساختار مشخص در ۴۵ دقیقه برگزار خواهد شد. فاصله بین هر جلسه یک هفته توصیه می‌شود که در این فاصله تمرین در منزل به منظور درگیر نگه داشتن مراجع با موضوع جلسه و همچنین تمرین مهارت آموخته شده به او ارائه می‌گردد.

در تدوین پروتکل تلاش شده است تا تفاوت‌های جنسیتی و هم چنین تفاوت‌های بازه سنی لحاظ گردد. با توجه به گروه هدف این پروتکل نوجوانان پرخطر با سابقه مصرف مواد هستند، تلاش شده تا با استفاده از منابع معتبر و تجربیات بالینی فرآیند قابل اجرا و مؤثری تدوین گردد که در عین دارا بودن قابلیت اجرا، اثربخش نیز باشد. این اثربخشی با وفاداری اجراکنندگان به محتوای پروتکل و همچنین ارتقای مهارت‌های مورد نیاز اجرا، می‌تواند به حداکثر رسد. مهم است تا اجراکنندگان این پروتکل تحت آموزش‌های لازم و مورد نیاز قرار گرفته باشند و از مهارت‌های اجرایی مورد نیاز بهره‌مند باشند.

پروتکل با بهره‌گیری از مرور مداخلات مبتنی بر شواهد درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان، متناسب با پس‌زمینه رایج خدمات بهداشتی، درمانی کشور تدوین شده است و امید است تا در ارتقای کمی و کیفی برنامه‌های درمان اعتیاد ویژه نوجوانان مفید واقع گردد.

نکاتی برای اجرای مؤثر

اجرای جلسات درمانی با گروه هدف نوجوان دشواری‌هایی دارد که نیازمند بذل توجه ویژه می‌باشد. لذا برای رایج هرچه بهتر محتوای درمانی رعایت نکات زیر ضروری است:

- در رایج این درمان از تغییر محتوا و ساختار برنامه بر اساس سلیقه شخصی پرهیز نمایید.
- هر جلسه ساختار مشخصی دارد که در ادامه به آن اشاره خواهد شد. به این ساختار پایبند باشید.
- اصول پایه روان‌درمانی مانند رازداری، هم‌دلی، اتحاد درمانی^۱، پذیرش و عدم قضاوت، بی‌طرفی^۲، احترام به فردیت مراجع و جلب مشارکت مراجع پیش‌نیاز رایج تکنیک‌های درمانی در این روش درمانی هستند.
- در هر جلسه اخذ نمونه برای آزمایش ادرار الزامی است. این امر ممکن است در ابتدا برای مراجع دشوار باشد و شما را تحت فشار قرار دهد بهتر است همواره به خود و مراجع اهداف اخذ آزمایش را یادآور شوید.
- با مطالعه هر چه بیشتر منابع مورد نیاز دیگر به صورت موازی در حین اجرای پروتکل توانایی خود را افزایش دهید.
- به ملاحظات رشدی و تکاملی نوجوان توجه کنید. همواره ماهیت نوجوانی و مسائل و مشکلات مربوط به آن را در مورد مراجعان خود به خاطر داشته باشید.
- همواره عملکرد خود از اجرای جلسات مورد ارزیابی قرار دهید. و در صورت نیاز کمک دریافت نمایید.
- از مناسب بودن فضای برگزاری جلسات مطابق استانداردها اطمینان حاصل نمایید.
- قبل از اجرای پروتکل به طور کامل آن را مطالعه نمایید.
- سوپرویزن بالینی دریافت کنید.

^۱ therapeutic alliance

^۲ neutrality

مواردی که در این درمان توصیه نمی‌شوند:

- خود افشاسازی^۱ درمان‌گر

ایجاد یک رابطه درمانی قدرتمند با هر مراجع و در هر رویکرد درمانی می‌تواند به طور نسبی پیش‌بینی‌کننده موفقیت در آن درمان باشد. این امر به خصوص در میان مراجعین نوجوان می‌تواند تاثیر بسزایی در اثربخشی درمان داشته باشد. اما گاهی برخی از درمانگران تصور می‌کنند که برای تسهیل در ایجاد این رابطه و یا ایجاد حس نزدیکی با نوجوان می‌توانند بیش از حد به خود افشاسازی پرداخته و در مورد تجربیات گذشته و یا مسائل زندگی خود با نوجوان صحبت کرده و او را از مسائل درونی و شخص خود مطلع سازند. این امر گاهی تا بدان جا پیش خواهد رفت که ممکن است از تمایل درمانگر به مصرف مواد و یا تجربه قبلی توسط او نیز در جلسه درمان صحبت شود. باید خاطر نشان ساخت این روش نه تنها برای تحکیم روابط درمانی کمک رسان نخواهد بود بلکه می‌تواند باعث آسیب به آن شود. ایجاد ارتباط درمانی موثر و حرفه‌ای دارای اصولی است که با استفاده از آن می‌توان به مراجع کمک نمود. به همین منظور استفاده بیش از حد از خود افشایی مانند: سوء مصرف پیشین درمانگر و یا تمایل وی به مصرف مواد اعتیاد آور و الکل، مسائل و مشکلات شخصی و خانوادگی و حتی مشکلات با سایر همکاران در مرکز درمانی و... توصیه نمی‌گردد.

توجه داشته باشید که ممکن است خود افشایی بیش از حد در ابتدای درمان باعث صمیمیت با مراجع شود اما در طولانی مدت به رابطه حرفه‌ای درمانگر و مراجع که از ارکان اصلی موفقیت در درمان است آسیب خواهد زد.

- استفاده از سبک مقابله‌ای^۲ با استفاده از سبک مواجهه‌ای

گاهی مراجعین نوجوان مسائلی را در جلسه درمان بیان می‌کنند که ممکن است متناقض با گفته‌های قبلی خود یا شواهد موجود باشد. به عنوان مثال علی‌رغم ارائه تست مثبت، سوء مصرف مواد را انکار کنند. و یا در پی غیبت از جلسه درمان، توضیح یا توجیه غیرقابل قبولی ارائه دهند. در این مرحله رویکرد درمانگر نمی‌بایست مقابله‌ای و مستقیم باشد زیرا این امر باید ایجاد مقاومت و شرم در نوجوان خواهد شد که در هر دو صورت به درمان و رابطه درمانی آسیب خواهد زد. به عنوان مثال به جای کاربرد این جمله که: "تست شما نشان دهنده مصرف مواد است چرا دروغ می‌گویید؟" این جمله را جایگزین نماید "به نظر می‌رسد جواب تست مورد قبول شما نیست اگر فرض کنیم اینگونه باشد به نظرتون برای ارائه تست منفی در هفته آینده چه کاری می‌توان انجام داد؟ چه پیشنهادی دارید؟"

- کاوش و تفسیر عمیق تعارضات یا انگیزه‌های زیربنایی (استفاده از رویکردهای روان‌تحلیلی)

^۱ self-disclosure

^۲ confrontational

انواع روش‌های روان‌درمانی در چند دهه اخیر برای حل تعارضات انسان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است که هر کدام می‌تواند با توجه به نیاز مراجع مفید واقع شود. درمان‌های تحلیلی و عمیق که به طور عمیق و غیر مستقیم با استفاده از تکنیک‌های منحصر به فرد خود (مانند تداعی آزاد) که نیازمند جلسات مستمر و طولانی و شرایط ویژه است در این راهنما به دلایل گوناگون توصیه نمی‌شوند به عنوان مثال این درمان‌ها اصولاً طولانی مدت و در هفته حداقل ۳ بار لازم اجرا هستند که از اهداف این راهنما به دور هستند همچنین ورود عمیق و ریشه‌ای برای یافتن دلایل و مستندات اعتیاد در نوجوان نیازمند پیش‌فرض‌های اساسی است که مراحل رشدی نوجوان این امکان را فراهم نمی‌سازد. بنابراین واکاوی بیش از اندازه در اجرای این راهنما توصیه نمی‌شود.

- بررسی بیش از حد جنبه‌های بین فردی مصرف مواد

نوجوانان ممکن است مشکلات بین فردی بسیاری به عنوان دلیل مصرف مواد خود عنوان کنند مانند مشکل با دوستان، پدر یا مادر، خواهر و ... و از شما بخواهند تا به عنوان درمانگر به حل آنان بپردازید. گاهی آنان اذعان می‌دارند که اگر مادر درست شود من ترک خواهم کرد یا اگر پدرم با من درست رفتار کند من مواد را کنار خواهم گذاشت. مهم است توجه داشته باشید که علیرغم توجه به این نکات تمرکز اصلی بر روی فرد است و قرار است با توانمند سازی او، این قدرت به او اعطا شود تا به حل سایر مشکلاتش بپردازد.

- تأکید بر زبان و مفاهیم مدل بیماری‌نگر^۱

توجه به انگاشتن اعتیاد به عنوان یک بیماری و نه جرم یکی از ازکان اصلی در این راهنما است. استفاده از مفاهیم اخلاقی و قضاوتی می‌تواند لطمه جدی به اجرای این راهنما بزند. جملاتی مانند: "تواراده نداری!" "اگر خانواده‌ات را دوست داشتی ترک می‌کردی" در این درمان مجاز نمی‌باشد. همچنین تأکید بیش از حد به جنبه‌های زیستی بیماری اعتیاد و جایگزین نمودن آن با تغییرات رفتاری در این راهنما توصیه نمی‌شود.

ساختار جلسات

در این پروتکل مدت زمان در نظر گرفته شده برای هر جلسه ۴۵ دقیقه است که این زمان به صورت ذیل تقسیم‌بندی گردیده است. در جدول ۱ ساختار جلسات این برنامه درمانی آورده شده است.

جدول صفر - ساختار جلسات

مدت زمان	هدف اختصاص داده شده
----------	---------------------

^۱ disease model

مقدمات، ارزیابی‌های منظم، مرور هفته و تمرین (در صورت وجود)	۱۰ دقیقه
بیان موضوع و توضیحات	۱۵ دقیقه
اتصال به زندگی و تجربیات نوجوان	۱۵ دقیقه
خاتمه جلسه	۵ دقیقه

ارایه ساختارمند جلسات، به مراجع نشان می‌دهد برنامه درمانی شما او را قدم به قدم برای دستیابی به اهداف رفتاری مشخص کمک می‌کند. این موضوع باعث اطمینان و رضایت مراجع می‌شود. درمان‌گر در هر جلسه باید هدف یا اهداف اصلی آن جلسه را در نظر داشته باشید. به منظور تسهیل در اجرای پروتکل ساختار همه جلسات درمان به صورت یکسان در نظر گرفته شده است.

مقدمات (۱۰ دقیقه)

در ابتدای هر جلسه وضعیت مراجع از جلسه گذشته با استفاده از سؤالات بازپاسخ و/یا پرسشنامه‌های ساختارمند ارزیابی کنید. ارزیابی‌ها باید مرتبط با هدف رفتاری بوده و سیر تغییرات رفتار هدف را ردگیری کند. تجربه نوجوان در رابطه با انجام تکلیف منزل هفته گذشته را مرور کنید. درباره تکلیف منزل انجام‌شده بازخورد دهید.

دستور کار جلسه (۳۰ دقیقه)

فعالیت‌ها و اقدامات مرتبط با دستور جلسه را اجرا کنید. موضوع درمانی جلسه را با زندگی و تجربیات نوجوان متصل کنید. تکلیف جلسه آتی را توضیح دهید. مراقبت تجمیع تکالیف جلسات درمانی باشید.

خاتمه جلسه (۵ دقیقه):

مطالب جلسه را جمع‌بندی کنید. تکلیف جلسه آتی را یادآوری کنید. درباره پیش‌رفت بازخورد مثبت دهید.

بعد از جلسه (۱۰ دقیقه):

در خاتمه تمام جلسات فردی با نوجوان، دعوت از خانواده برای این که وارد اتاق شده و درباره نگرانی‌ها و مشکلات‌شان صحبت کنند و ارایه آموزش و توصیه مختصر به آنها مفید است.

این پروتکل برای چه افرادی مناسب است؟

این پروتکل برای افراد ذیل مناسب است:

- افراد در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال از هر دو جنس
- تشخیص اختلال مصرف مواد را در حال یا گذشته گرفته باشند.
- حداقل سواد خواندن و نوشتن را دارا باشند.
- وضعیت زندگی تقریباً باثباتی داشته باشند.
- توانایی مشارکت و همکاری برای حداقل شانزده هفته را داشته باشند.
- از اختلالات حاد و درمان نشده دیگر رنج نبرند.

نکاتی در مورد آزمایش ادرار

آزمایش ادرار با استفاده از کیت‌های سریع معمولاً مصرف اخیر مواد در طول ۲-۳ روز اخیر را به صورت کیفی نشان می‌دهد.

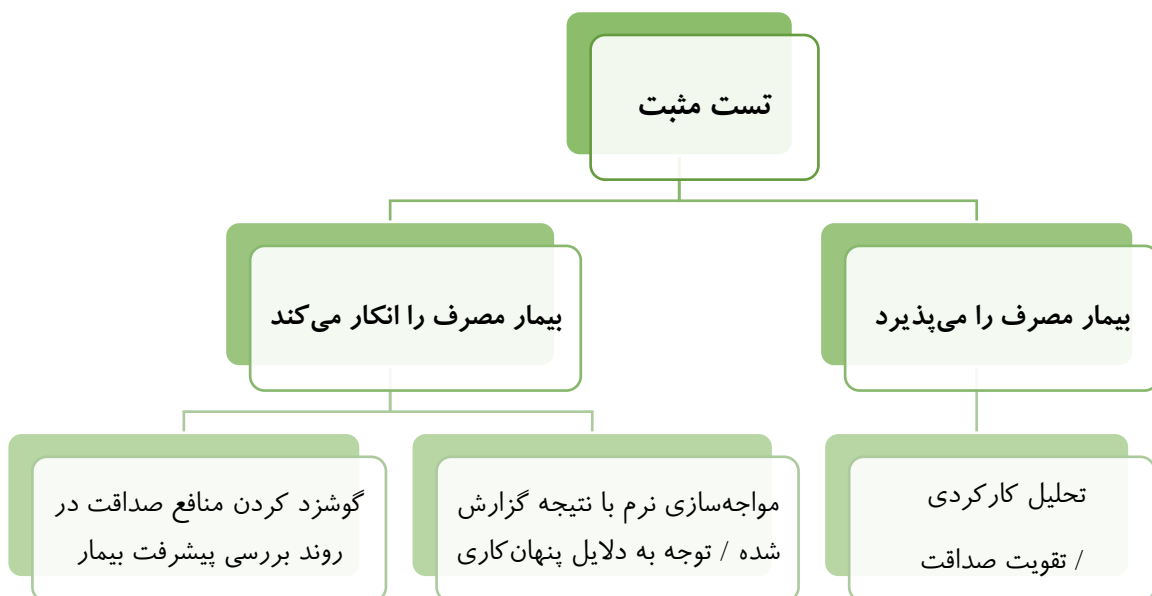
نکات ذیل در مورد آزمایش ادراری حائز اهمیت است:

- آزمایش ادراری باید قبل از هر جلسه درمان و به طور منظم گرفته شود.
- برای مواد مختلف مورد مصرف مانند ترامادول، تتراهیدوروکانابینول^۱ (ماده مؤثره حشیش)، مورفین، مت‌آمفتامین و... کیت‌های جداگانه یا کیت‌های چندکاناله موجود است. انتخاب نوع کیت باید بر اساس نوع مواد مصرفی فرد تعیین شود.
- آزمایش ادراری اطلاعاتی از وضعیت بالینی و میزان پیشرفت مراجع را نشان می‌دهد.
- این اطلاعات دقیق و عینی هستند.
- مواجهه با نتیجه رفتار، بخش مهمی از فرآیند درمان اختلال مصرف مواد به شمار می‌آید.
- مهم است به عنوان بخشی استاندارد از فرآیند درمان برای تمام مراجعان و در پس‌زمینه مثبت و حمایتی اجرا شود.
- ملاحظات مربوط به رازداری باید رعایت شود.

^۱ THC: Tetrahydrocannabinol

در شکل صفر نحوه برخورد با آزمایش مثبت نشان داده شده است.

شکل صفر - نحوه برخورد با آزمایش مثبت



تحلیل کارکردی

در تحلیل کارکردی^۱ پس از گزارش مراجع از مصرف موادش پرسیدن سؤالات ذیل توصیه می شود:

- پیش از مصرف چه اتفاقی افتاد؟
- چه احساسی داشتید؟
- چطور و چگونه مواد به دست آوردید؟
- تجربه مصرف چطور بود؟
- بعد از آن چه رخ داد؟

^۱ functional analysis

بخش اول- شروع و مقدمات درمان

بخش اول درمان از ۴ جلسه به شرح زیر تشکیل شده است:

- جلسه ۱- انگیزه و مسئولیت برای تغییر (مصاحبه انگیزشی)
- جلسه ۲- شروع کننده‌ها (درونی-بیرونی)
- جلسه ۳- محیط‌های امن و پرخطر (شناسایی عوامل خطر و محافظ)
- جلسه ۴- مدیریت وسوسه

نکات کلیدی:

- آشنایی با مراجع و ویژگی‌های او
- ایجاد رابطه درمانی با مراجع
- بررسی انگیزه و در صورت نیاز تقویت آن / ایجاد حس مسئولیت پذیری در مراجع نسبت به درمان و تغییر
- شناسایی شروع‌کننده‌ها/ عوامل خطر و محافظ
- آگاهی مراجع از نقش عوامل خطر و محافظ در درمان اختلال مصرف مواد
- تأکید نقش مدیریت وسوسه؛ آشنایی با وسوسه و چگونگی مدیریت نمودن آن

رویکردهای مورد استفاده: مصاحبه انگیزشی/درمان شناختی، رفتاری

جلسه ۱- انگیزه و مسئولیت برای تغییر (مصاحبه انگیزشی)

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- درگیر نمودن و ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار (شروع درمان اختلال مصرف مواد)
- ارزیابی بینش و آگاهی مراجع درباره وضعیت خود
- ایجاد رابطه درمانی^۱
- ایجاد تعهد و قرارداد درمانی

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

اقدامات ذیل را در این بخش انجام دهید:

- خوش آمدگویی و در صورت نیاز معرفی خود و مرکز درمانی به مراجع
- خوش و بش کردن با مراجع یا طرح پرسش‌هایی مانند: «به راحتی آدرس را پیدا کردید؟» و... به عنوان تکنیک یخ‌شکن و ایجاد فضای مناسب برای کاهش استرس اولیه مراجع
- ارزیابی اولیه مراجع شامل سنجش میزان راحتی او در محیط برگزاری جلسه درمان، اگر علائمی اضطراب شدید مشاهده نمودید، می‌توانید آن را این‌گونه با مراجع در میان بگذارید: «به نظر می‌رسد موضوعی شما را نگران یا مضطرب کرده است می‌توانم دلیل آن را بپرسم تا بتوانم در این خصوص به شما کمک کنم؟» یا «اگر مسأله‌ای در اتاق یا من وجود دارد که باعث اضطراب شما می‌شود، به من بگویید تا در صورت امکان آن را تغییر دهیم.»
- از مراجع در مورد شرایط فعلی‌اش به طور کلی سؤال کنید و به او توضیح دهید که او بر اساس ارزیابی‌های صورت گرفته با توجه به شکایت اولیه مطرح شده، مناسب برای حضور در این درمان در نظر گرفته شده است به او یادآوری کنید که این برنامه درمانی مشخصاً با توجه به مشکلات مطرح شده او در خصوص اختلال مصرف مواد در جلسات ارزیابی به او توصیه شده است. از او بابت حضورش تشکر کرده و نظرش را در این خصوص جویا شوید.

^۱ rapport

- برنامه درمانی را شامل: تعداد جلسات، اهداف جلسات، توضیح مختصری در مورد چگونگی اجرای جلسات و مدت زمان آن و همچنین قواعد و مقررات به مراجع معرفی کنید.

انگیزه (۱۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا میزان انگیزه و آگاهی مراجع را ارزیابی کنید. برای این منظور از او بخواهید تا دلیل مراجعه خود به مرکز و سپس قرار گرفتن در این جلسات درمانی را آنگونه که خود درک می‌کند عنوان نماید.

با استفاده از تکنیک گوش دادن فعال سعی در استخراج نکات مهم جهت تعیین سطح انگیزه مراجع نمایید. شکل ۲ راهنمای کمک کننده برای تشخیص سطح انگیزه است:

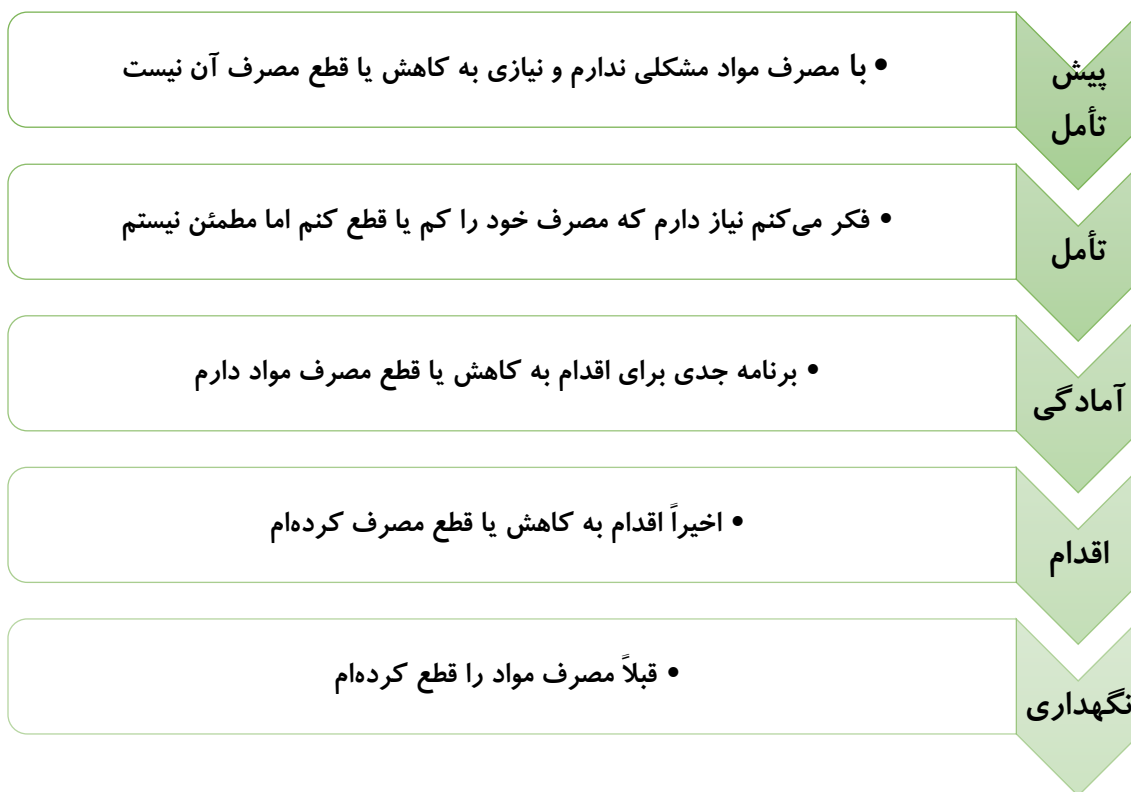
پس از ارزیابی اولیه و تعیین موقعیت مراجع در نردبان تغییر ارایه شده در شکل ۱ از وی بخواهید تا جدول ۱ را پس از گفتگو درباره آن تکمیل نماید. ابتدا با پرسش شفاهی شروع کرده و پس از صحبت در مورد آنها از مراجع بخواهید تا آنها را به شکل مکتوب در فرم ذیل وارد نماید.

در خلال پاسخ به سوالات به سطح انگیزه و نحوه پاسخ‌دهی توجه کنید و در صورت نیاز از تکنیک‌های افزایش انگیزه بهره ببرید. این تکنیک‌ها شامل:

- بیرون کشیدن اظهارات انگیزه بخش از مراجع (به عنوان مثال از مراجع پرسید: " اگر بخواهی برای انجام کاری انگیزه خود را بالا ببری به خود چه می‌گویی؟")
- گوش دادن هم‌دلانه (احترام و پذیرش احساسات مراجع، برقراری رابط بدون قضاوت و همکارانه، استفاده از کلماتی مانند "درک می‌کنم" "متاسفم که اخراج شدی")
- دور زدن مقاومت (به عنوان مثال اگر مراجع گفت: "من نمی‌خواهم ترک کنم!" شما می‌توانید پاسخ دهید که: "اینطور به نظر می‌رسد که درمان از نظر شما فایده‌ایی ندارد درست است؟")
- اشاره داشتن به تضادها و اختلاف‌ها (به عنوان مثال می‌توانید بگویید: "در صحبت‌هایتان اشاره کردید که مصرف مواد برای زندگی شما مشکلی ایجاد نکرده است. اما اکنون اشاره کردید که همسر تن هر شب با شما دعوا می‌کند این را چگونه ارزیابی می‌کنید؟")
- تأکید بر انتخاب آزادانه (با بیان عباراتی مانند: "هیچکس نمی‌تواند برای شما تصمیم بگیرد این شما هستید که باید برای آینده خود تصمیم بگیرید")

- مرور پیامدهای مصرف و عدم مصرف (کاوش جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد به صورت بی‌طرفانه به عنوان مثال با طرح این پرسش که اگر کماکان به مصرف خود ادامه دهید فکر می‌کنید تا چند سال آینده چه پیشامدی خواهد داشت؟ اگر درمان را شروع کنید چطور؟)

شکل ۱- ابزار خودارزیابی مراجع از مصرف



جدول ۱- جدول مزایا و معایب مصرف مواد

نکات مثبت تداوم مصرف مواد	نکات منفی تداوم مصرف مواد
نکات مثبت تغییر رفتار و شروع درمان	نکات منفی تغییر رفتار و شروع درمان

از مراجع در مورد نگرانی‌هایش در خصوص درمان و شروع آن سؤال کنید با واکاوی نگرانی‌های مراجع و در صورت امکان برای برداشتن موانع با همکاری مراجع برنامه ریزی کنید.

مرور تجربیات قبلی درمان، تعهد و قرارداد درمانی (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا در مورد تجربیات قبلی درمان خود و یا تجربه شکست‌های تلاش‌های قبلی خود برای قطع مصرف مواد صحبت کند. در مورد دلایل شکست تجربیات گذشته پرسش کنید. با پرسش‌های هدایت‌کننده از مراجع بخواهید تا ویژگی‌های درمان مطلوب خود را عنوان کند یا به نوعی از او بخواهید تا ویژگی‌های یک درمان خوب از نظر خود را عنوان کند. با همکاری وی نظرات او را فهرست کنید. در مورد اهداف درمانی صحبت کنید. به او یادآور شوید که هدف از این درمان رسیدن به سبک زندگی سالم است. منطق درمان را برای او تشریح کنید.

به او شرح دهید که می‌توان به مصرف مواد به عنوان یک رفتار آموخته شده نگریست که با گذشت زمان بر روی افکار و احساس و نوع عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد. از طریق فهم این فرآیند یادگیری پرهیز از مصرف مواد آسان‌تر می‌گردد و مهارت‌های جدید و مؤثر را می‌توان جایگزین عادات کرد و در این راه انجام تمرین و ممارست الزامی است.

سپس به قوانین در درمان اشاره کنید. انتظارات و تعهدات را بررسی کنید همچنین در مورد مراجعات منظم به جلسه درمان و قواعد لغو و انجام آزمایش‌های ادراری توضیح دهید. به پرسش‌های مراجع پاسخ دهید و با او در مورد موارد مورد اختلاف به بحث بنشینید. بحث را به گونه‌ای هدایت کنید تا به نقطه تعهد در درمان برسید و با کمک و ویژگی‌های درمان مطلوب مراجع توضیح دهید که یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های یک درمان موفق تعهد دو طرف درمان‌گر و مراجع به آن است. سپس توضیح دهید که این تعهد به چه معناست و افراد چگونه می‌توانند نقش آن را حس کنند. با این مقدمه در مورد قواعد و تعهد به درمان با مراجع صحبت کنید. مهم است تا او حس نکند که مجبور به انجام کاری است و یا قواعد خیلی دست و پا گیر است لذا استفاده از اصول همدلی و جلب مشارکت مراجع توصیه می‌گردد.

برخی از قوانین درمان می‌تواند به شرح ذیل باشد:

- حضور منظم در جلسات
- اطلاع قبلی به درمان‌گر در صورت عدم حاضر شدن در جلسه درمان حداقل ۴۸ ساعت پیش از جلسه
- دادن نمونه جهت آزمایش ادرار پیش از هر جلسه درمان
- حاضر شدن در جلسه درمان بدون مصرف الکل و مواد

- در مورد رازداری و موارد اجبار به نقض آن^۱ با مراجع صحبت کنید. به او اطمینان دهید که در مورد صحبت‌های او رازدار خواهید ماند.

درباره موارد بالا نظر مراجع را جویاشده و موافقت وی را اخذ کنید و در موارد ضروری تغییرات جزئی اعمال کنید.

برای ارایه درمان به نوجوان اخذ موافقت آگاهانه^۲ خود فرد و رضایت آگاهانه^۳ والد/مراقبت او مورد نیاز است.

جمع‌بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع پردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین جلسه اول را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد. جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین در منزل

لطفاً با توجه به موارد بحث شده در جلسه اول فرم تمرین منزل ۱ را تکمیل نمایید.

^۱ خطر آسیب به خود یا دیگری، موارد کودک آزاری و حکم قضایی از موارد استثنا در رازداری حرفه‌ای به شمار می‌آیند.

^۲ informed assent

^۳ informed consent

تمرین منزل ۱- وضعیت مطلوب من در یک سال آینده برای موارد زیر:

دوستان و اجتماع	تحصیلی	خانوادگی	مصرف مواد	روانی	جسمی

جلسه ۲- شروع کننده‌ها (درونی و بیرونی) (۴۵ دقیقه)

اهداف جلسه:

- شناسایی شروع کننده‌های درونی و بیرونی مصرف مواد
- آشنایی با مفهوم وسوسه
- کمک به درک مراجع از ارتباط میان شروع کننده‌ها و لغزش (مصرف مواد)

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

اقدامات ذیل را در این بخش انجام دهید:

پس از خوش و بشی کوتاه با مراجع از او بخواهید تا گزارشی کوتاه در مورد هفته تجربه شده خود بدهد. این گزارش می‌تواند شامل هر موضوعی که مورد توجه مراجع است باشد. از او بخواهید تا اگر موضوع قابل توجهی دارد که تمایل شدیدی به مطرح نمودن آن در جلسه دارد، بیان سازد. به صورت مختصر بازخورد مناسب به صحبت‌های مراجع انجام دهید.

سپس به مرور تکلیف جلسه قبل پرداخته و آن را به طور مختصر مرور کنید. اگر مراجع تمرین را انجام نداده است به طور مختصر در مورد موانع انجام آن به بحث پردازید. مهم است تا بررسی تمرین ایجاد فشار و اجبار را در مراجع در بر نداشته باشد. همچنین این نکته نیز حائز اهمیت است که مراجع فلسفه و هدف از انجام تمرین را درک کند و آن را در خدمت بهبود اثربخشی درمان حس کند. زمانی را در جلسه به تکمیل تمرین منزل ۱ اختصاص دهید.

در مورد نتیجه آزمایش ادراکی صحبت نمایید و در صورت نیاز از تکنیک‌های عنوان شده در بخش مقدمه بهره ببرید.

انجام آزمایش ادراکی منظم در این برنامه درمانی جایگاه زیادی دارد این مسأله به نوجوان در تنظیم رفتار و مواجهه با نتیجه عملکردش کمک خواهد نمود. ظرافت‌ها و حساسیت‌هایی در خصوص این امر وجود دارد که به درمان‌گران توصیه می‌گردد در مورد آن دقت نظر لازم را مبذول دارند.

تأکید به موقع و منطقی با استفاده از تکنیک‌های مناسب در درمان اختلال مصرف مواد جایگاه ویژه‌ای دارد. اما باید به این نکته مهم توجه داشت که آنچه در نهایت باعث تغییر رفتار در مراجع می‌شود تحکیم رابطه درمانی و درک فلسفه قوانین در درمان است. پس مهم است که در عین حفظ جایگاه درمانی و همچنین مقید ماندن به قوانین درمان از تحکم و اجبار استفاده نگردد. مطالعه بیشتر منابع معتبر برای درک بهتر رابطه جایگاه درمانی و قواعد درمان توصیه می‌گردد.

سپس لازم است تا مقدمه و معارفه‌ای کوتاه در مورد موضوع جلسه پیش‌رو به مراجع ارائه دهید.

شروع‌کننده چیست؟ (۱۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا مراجع با مفهوم شروع‌کننده آشنا شود. برای این کار از او بخواهید تا جدول ۲ را تکمیل نماید.

لطفاً پس از فکر کردن در مورد موقعیت‌هایی که در آن مصرف مواد داشتید به سوالات ذیل پاسخ دهید:

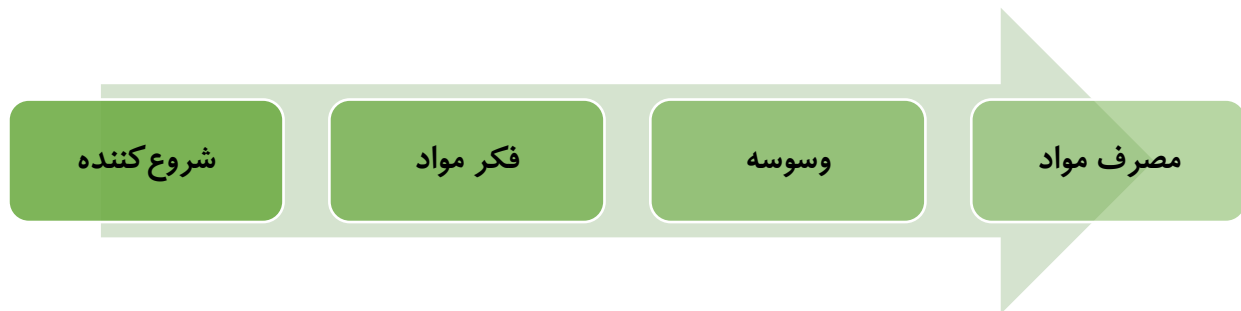
جدول ۲- شناسایی شروع کننده‌ها

<p>مکان‌هایی که عموماً در آن مصرف مواد داشتم:</p>	<p>افرادی که با آنها تجربه مصرف داشتم:</p>
<p>زمان و موقعیت‌های خاصی که در آنها مصرف مواد را بیشتر تجربه کرده‌ام:</p>	<p>پس از تجربه چه حالات عصبی- روانی لازم است حتماً مصرف مواد داشته باشم یا احساس نیاز می‌کنم:</p>

پس از تکمیل **جدول ۲** از مراجع بخواهید تا در مورد هر یک از مواردی که در تمرین قبل آنها را عنوان نموده است فکر کند از او بخواهید تا تصور کند که در صورتی که در شرایط پرهیز از مواد باشد با دیدن یا بودن در آن موقعیت‌ها چه میزان ممکن است تا احساس میل و یا نیاز به مصرف مواد را تجربه کند؟ مهم است تا با تأمل و بحث در مورد موارد عنوان شده مراجع ارتباط میان شروع‌کننده و تجربه ولع را حس کند. در ادامه به مراجع توضیح دهید که هر یک از موارد بالا می‌تواند به عنوان شروع‌کننده در درمان شناخته شود.

با استفاده از **شکل ۲**، ارتباط میل شروع‌کننده، فکر مواد، وسوسه و مصرف مواد را تشریح کنید.

شکل ۲- رابطه بین شروع‌کننده‌ها و مصرف مواد



ضروری است تا مراجع ارتباط میان عناصر فوق را درک کند و بتواند برای هر یک از آنها مثالی در زندگی واقعی خود پیدا کند. می‌توان از او درخواست کرد تا مثال‌هایی برای هر یک از موارد در زندگی خود بیان نماید. پس از روشن شدن موضوع شروع‌کننده در مورد انواع آن به مراجع توضیح دهید از **جدول ۳** برای این کار کمک بگیرید.

جدول ۳- معرفی و شناسایی انواع شروع‌کننده‌ها

<p>بیرونی؛</p> <p>(مثال دوست مصرف‌کننده، محلی که در آن معمولاً مصرف را انجام می‌دادید، مشاهده مواد و ادوات آن، زمان‌ها و موقعیت‌های خاص، شنیدن موزیک‌های خاص و...)</p>	<p>درونی؛</p> <p>(مثال احساس خشم یا رنجش، تنهایی، بی‌حالی و بی‌انگیزگی، بلوغ و تجربیات روحی حاصل از آن، بیکاری و...)</p>
<p>مثال مراجع:</p>	<p>مثال مراجع:</p>

برانگیزاننده‌ها شامل: اشخاص، مکان و زمان‌های خاص، داشتن پول، حالات عاطفی (افسردگی، اضطراب، خشم)، میل جنسی، مصرف الکل و... می‌شوند.

چگونه با شروع‌کننده برخورد کنیم؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع در مورد تجربیات ناموفق قبلی درمان سؤال کنید. اگر مراجع اولین تجربه درمانی خود را تجربه می‌کند؛ می‌توانید این سؤال را در مورد دوستان یا نزدیکان او که در درمان اختلال مصرف مواد شکست خورده‌اند مطرح نمایید. یا از او بخواهید تا نگرانی‌های خود را در مورد احتمال شکست این درمان خود عنوان کند می‌توانید این سؤال را این گونه مطرح نمایید: «به نظر شما چه اتفاق یا مسأله‌ای ممکن است درمان فعلی شما را به خطر بیندازد؟» به او یادآور شوید که او با شناسایی موارد خطر می‌تواند خود را در برابر آنها مصون نگه دارد و با یادگیری مهارت‌هایی می‌تواند در برابر آنها مقاوم گردد.

مهم است شروع‌کننده‌ها واضح و با جزئیات بیان شوند و از ذکر عناوین کلی پرهیز گردد. مثلاً عنوان دوست در موارد شروع‌کننده بسیار گنگ و کلی است و بهتر است به صورت جزئی حتی با ذکر نام دوست عنوان گردد.

در انتها برای مراجع توضیح دهید که هدف از شناسایی شروع‌کننده‌ها انتخاب بهترین راه برای مواجهه با آنهاست. برخی از شروع‌کننده‌ها قابلیت حذف دارند و برخی دیگر ممکن است قابلیت جایگزینی داشته باشند. ممکن است در برخی از موارد تغییر و حذف شروع‌کننده در زندگی واقعی میسر نباشد که در آن موارد انتخاب احتیاط و استفاده از روان‌درمانی و مشاوره توصیه می‌گردد. به صورت کلی شیوه‌های مواجهه با شروع‌کننده به شرح ذیل است:

- شناسایی شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی
- تا حد امکان اجتناب از مواجهه و حذف آنها به خصوص مواردیکه اثربخشی بیشتری دارند مانند دیدن مواد و ادوات مصرف
- جایگزینی موارد قابل امکان به عنوان مثال‌های زمان‌های مصرف که به طور عادت ممکن است همراه با ولع باشد با جایگزینی برنامه جانبی دیگری برگردد. به عنوان مثال ساعات با برنامه‌های جمعی یا نام نویسی در باشگاه فوتبال پر شود.
- در موارد غیرقابل حذف و جایگزینی مشاوره با درمان‌گر و پرهیز از مواجهه مستقیم و یا کمک گرفتن از والدین و یک همراه توصیه می‌گردد.

جمع‌بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین جلسه دوم را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

فرم تمرین منزل ۲ ثبت شروع‌کننده‌ها در صفحه بعد آورده شده است.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل ۲- ثبت شروع کننده‌ها

اقدام من	مکان مواجهه	زمان مواجهه	بیرونی	درونی	شروع کننده

جلسه ۳- محیط‌های امن و پرخطر (شناسایی عوامل خطر و محافظ)

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنا نمودن مراجع با مفهوم عوامل خطر و محافظ
- شناسایی عوامل خطر و محافظ در درمان مراجع

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

در شروع جلسه از مراجع در مورد هفته و شرایطش سؤال کنید. از او بخواهید تا در مورد شروع‌کننده‌هایی که در این هفته با آنها برخورد داشته است صحبت کند.

اجازه دهید تا نتایج تمرین در منزل به بحث گذاشته شود. از تشویق کلامی و رفتاری در مورد رفتارهای درست مراجع در مقابل شروع‌کننده‌هایش استفاده کنید. در صورتی که تمرین منزل ۲ انجام نشده زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید.

فضا را به گونه‌ای مدیریت کنید که مراجع بتواند در مورد تجربیات خود به راحتی صحبت کند. این امر ممکن است در شروع درمان کمی دشوار به نظر برسد اما انتظار می‌رود که این امر رفته رفته در طی جلسات میسر گردد.

در مورد نتیجه آزمایش ادرار با مراجع صحبت کنید.

موضوع جلسه پیش‌رو را معرفی کنید.

عوامل خطر و محافظ چیست؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا خود را در جزیره‌ای تنها تصور کند؛ سپس از او درخواست کنید تا بگوید چه خطراتی ممکن است در این جزیره او را تهدید کند:

لیست خطرات از زبان مراجع:

-۱
-۲
-۳
-۴
-۵

پس از بیان خطرات و تهدیدها از او بخواهید تا مشخص کند چه عواملی کمک‌کننده برای او هستند و از چه منابعی برخوردار است و این عوامل چگونه می‌توانند در جزیره به او کمک کنند:

لیست عوامل کمک‌کننده از زبان مراجع:

-۱
-۲
-۳
-۴
-۵

حال از مراجع بخواهید که درمان اختلال مصرف مواد را مانند جزیره بدانند و فکر کند ممکن است خطراتی او را تهدید کنند. در این صورت او از چه خطراتی نام می‌برد و همچنین از چه منابعی و عوامل محافظی برخوردار است.

عوامل خطر و محافظ برای شروع و تداوم مصرف مواد ممکن است در سطح فرد، گروه هم‌تا، خانواده، مدرسه یا محله/اجتماع باشد. برخی از عوامل خطر و محافظ شایع برای اختلالات مصرف مواد در نوجوانان در هر یک از این سطوح در ادامه آورده شده است:

• فرد

- نگرش و انتظارات مثبت از مصرف مواد
- خطر درک شده پایین
- مخاطره جویی و هیجان طلبی
- ابتلا به اختلالات سلامت روان همچون اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و نقص توجه و بیش‌فعالی

• گروه همتا

- نگرش مثبت به مصرف مواد در گروه همتا
- مصرف مواد در همتایان

• خانواده

- فرزندپروری ضعیف
- مصرف مواد در خانواده

• مدرسه

- عملکرد تحصیلی ضعیف
- تعلق خاطر پایین به مدرسه

• محله/اجتماع:

- دسترسی آسان به مواد
- قیمت پایین مواد
- دلبستگی و تعلق خاطر پایین به محله و نابسامانی اجتماع
- جابجایی و مهاجرت

○ محرومیت اقتصادی شدید

عوامل خطر و محافظت‌کننده را به مراجع معرفی کنید و سعی کنید با مثال‌هایی این مفاهیم را برای او شفاف سازید. مهم است تا مراجع رابطه این عوامل با ماندگاری در درمان را متوجه شوند.

عوامل خطر و محافظ در درمان من (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید در مورد خود فکر کند. سپس به پرسش‌های ذیل پاسخ دهد:

- چه عوامل خطری را در رابطه با درمان خود می‌شناسد؟
- چه عوامل محافظی را می‌شناسد؟
- چگونه درمان‌های قبلی او با وجود عوامل خطر با شکست مواجه شده‌است؟
- چگونه می‌توان از عوامل محافظ به نحو احسن در این درمان استفاده نمود؟

در انتها از مراجع بخواهید تا با توجه به انواع عوامل خطر جدول ۴ را تکمیل نماید.

جمع‌بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین جلسه سوم را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

جدول ۴- شناسایی عوامل خطر و محافظ

اجتماعی	تحصیلی	خانوادگی	مرتبط با گروه همتا	فردی	عوامل
					خطر
					محافظ

تمرین منزل ۳- عوامل خطر و محافظ

لطفاً با توجه به موارد بحث شده در جلسه سوم سؤالات ذیل را پاسخ دهید:

- چه عوامل خطری ممکن است تداوم درمان شما را به مخاطره اندازد؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- به نظر شما چه عوامل محافظی می‌تواند تداوم درمان شما را تسهیل کند؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

جلسه ۴- مدیریت وسوسه

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنا نمودن مراجع با مفهوم مدیریت وسوسه
- کمک به مراجع در جهت شناسایی به موقع احساس ولع
- آموزش تکنیک‌های مدیریت وسوسه

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

در مورد موارد مهم هفته گذشته مراجع پرسش کنید، در مورد مکان‌های امن و موقعیت‌های پرخطر پرسش کنید، نتیجه تست را به بحث بگذارید و به مرور تمرین هفته گذشته بپردازید. از مراجع بخواهید تا موارد مهم را با شما مطرح نماید. در صورت عدم انجام تمرین، زمانی را برای تکمیل آن در نظر بگیرید.

سپس به معرفی موضوع پرداخته و وارد موضوع جلسه شوید.

وسوسه چیست؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا به این پرسش پاسخ دهد: «به نظر شما وسوسه چیست؟»

کمی مکث کنید و اجازه دهید تا مراجع نظرات خود را عنوان نماید. با استفاده از سؤالات بازپاسخ مراجع را در ارائه مبسوط‌تر نظراتش یاری رسانید. او را تشویق کنید تا نظراتش را بیان کند. سپس از او بخواهید تا در مورد آخرین تجربه وسوسه خود صحبت کند. آن را چه زمان تجربه کرده است؟ چگونه تجربه است؟ و اقدام وی در مواجهه با آن چه بوده است؟ نیازی نیست در این مرحله درستی یا نادرستی اقدام مراجع را به بحث بگذارید، هدف از این کار بررسی شیوه‌های قدیمی و معمول و استخراج الگوی رفتاری او در مواجهه با احساس وسوسه است. تا با اتکا به آن بتوان تغییرات و آموزش‌های لازم را اعمال نمود.

پس از شنیدن نظرات مراجع در خصوص وسوسه توضیحاتی را به مراجع ارائه دهید. مهم است این توضیحات متناسب با نیاز مراجع باشد و از ارائه توضیحات علمی پیچیده که برای وی قابل درک نیست اجتناب گردد.

وسوسه چیست و چرا ما آن را تجربه می‌کنیم؟

به تجربه احساس میل شدید یا ولع مصرف مواد اصطلاحاً وسوسه گفته می‌شود. این احساس نیاز به تکرار یک تجربه که زمانی لذت بخش بوده است ممکن است در مواجهه با موارد بسیار دیگری نیز رخ دهد مانند هوس یک غذای خوشمزه کردن یا موارد دیگر، اما در خصوص تجربه وسوسه مصرف مواد همیشه نگرانی‌هایی وجود دارد، زیرا اگر به موقع درک و مدیریت نشود، ممکن است منجر به لغزش و یا حتی عود و شکست در درمان گردد و عواقب و پیامدهای ناگواری را دربر داشته باشد. لذا مهم است که هر فردی که در برنامه درمان و بهبودی از مصرف مواد قرار دارد به خوبی با این اصطلاح آشنا شود و شیوه‌های مدیریت آن را بداند. شناخت نسبت به پدیده وسوسه به مراجع برای ماندگاری در درمان و طولانی شدن مدت پرهیز کمک خواهد کرد.

وسوسه ممکن است به دلایل گوناگونی رخ دهد. در جلسات گذشته در مورد شروع‌کننده و انواع آن صحبت شد. مشخصاً تجربه شروع کننده می‌تواند برانگیزاننده فکر مصرف مواد و سپس وسوسه باشد. اما گاهی ممکن است این اتفاق به ناگهان رخ دهد و یا سرعت وقوع آن به قدری سریع باشد که ما متوجه دلایل آن نشویم اما خوشبختانه این احتمال کم است و معمولاً می‌توان وسوسه را مدیریت کرد اگر بدانیم که چطور آن را انجام دهیم.

از انتقال مفاهیم ذیل به مراجع در مورد وسوسه اطمینان حاصل نمایید:

- مهم است تا مراجع درک کند که تجربه وسوسه مصرف یک امر طبیعی و گذرا است که در درمان شایع است.
- تجربه وسوسه به این معنا نیست که خطایی رخ داده و یا اینکه مراجع مجدد قصد مصرف دارد.
- می‌توان وسوسه را با راهکارهای مناسب مدیریت نمود.
- با صحبت کردن در مورد وسوسه می‌توان اثر آن را کاهش داد.
- خودگویی مثبت و جایگزینی افکار مثبت و قدرتمند به جای افکار منفی می‌تواند برای مدیریت وسوسه به ما کمک کند به عنوان مثال معمولاً افکاری مانند "همین حالا باید مصرف کنم" یا "من نمی‌توانم جلوی مصرف خود مقاومت کنم" یا "باید همین حالا مصرف کنم" در زمان بروز وسوسه به ذهن ما خطور می‌کنند؛ جایگزینی این افکار با افکاری مانند "من می‌توانم فعلاً به موضع دیگری فکر کنم" یا "من می‌توانم مصرف خود را به تعویق بیندازم" یا "قبلاً هم موفق شدم و می‌توانم فراموش کنم" می‌تواند مفید و اثربخش باشد.
- شروع‌کننده‌ها رابطه مستقیم با تجربه وسوسه دارند. در برخی متون درمان اختلالات مصرف مواد به جای شروع‌کننده‌ها از اصطلاح برانگیزان‌ها استفاده می‌شود.

من چگونه وسوسه را تجربه می‌کنم؟ (۱۵ دقیقه)

پرسش‌های ذیل را با مراجع درمیان گذاشته و پاسخ‌های او را به دقت گوش دهید:

- وسوسه شما شبیه به چه چیزی است؟
- احساس وسوسه چقدر شما را آشفته و ناراحت می‌کند؟
- چه مدت وسوسه شما طول می‌کشد؟
- چطور با وسوسه‌های تان مقابله می‌کنید؟

پس از ارائه پاسخ توسط مراجع به فهرست شروع‌کننده‌هایی که در جلسه دوم با کمک مراجع تهیه دیدید بازگردید و مجدد آن را بررسی کنید. اگر لازم است موارد جدیدی به آن بیفزایید به مراجع یادآور شوید که اجتناب از شروع‌کننده‌ها نکته مهم در مهار وسوسه است.

پیدا کردن راهکارهای دوری و پرهیز از شروع‌کننده‌ها را با کمک مراجع استخراج کنید این کار را می‌توانید با مثال ذیل انجام دهید:

«شما اشاره کردید که پول به همراه داشتن در حال حاضر قوی‌ترین شروع‌کننده شماست. فکر می‌کنید چه راه‌هایی وجود دارد که شما را از به همراه داشتن پول زیاد بازدارد؟ فکر می‌کنید به همراه داشتن چه مقدار پول به شما آسیب نزد؟ چطور است با مادرتان در مورد نگهداری پول‌های شما صحبت کنید؟»

تکنیک‌های مدیریت وسوسه

- منحرف کردن حواس یا توجه‌برگردانی (قدم زدن، بازی بسکتبال، ترک موقعیت خطر)
- صحبت کردن در مورد وسوسه (صحبت با درمان‌گر، اعضای خانواده و افراد مورد اعتماد که قبلاً لیست کردید)
- مدارا با وسوسه (با وسوسه خود نجنگید و اجازه دهید ظاهر شود)
- به خاطر آوردن پیامدهای منفی مصرف مواد که قبلاً فهرست کردید.
- استفاده از خودگویی (شناسایی و خنثی کردن افکار خودآیند منفی مانند: «همین حالا باید مصرف کنم» یا «اگر مصرف نکنم خواهم مرد» .

جمع‌بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و **تمرین جلسه ۴** را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد. به سؤالات و ابهامات پاسخ دهید

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین در منزل:

لطفاً با توجه به موارد بحث شده در جلسه پنجم فرم تمرین جلسه ۴ در صفحه بعد را تکمیل نمایید.

تمرین منزل ۴- جدول ثبت وسوسه من

چه کردید؟	چه احساسی داشتید؟	چه فکری در سرتان بود؟	چه شروع کننده ای؟	با چه کسی بودید؟	کجا بودید؟	کی بود؟

بخش دوم - مهارت‌های مدیریت وسوسه و عود

بخش دوم از ۴ جلسه به شرح زیر تشکیل شده است:

- جلسه ۵- برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های پرخطر
- جلسه ۶- مقابله و چگونگی برخورد با عود
- جلسه ۷- شبکه اجتماعی و همتایان و مواجهه با فشار همتایان
- جلسه ۸- مواجهه با احساسات ناخوشایند

نکات کلیدی

- رساندن نوجوان به پرهیز اولیه و ماندگاری در درمان
- آموزش مهارت‌های مرتبط با مواجهه با وسوسه و عود و موقعیت‌های پرخطر به نوجوان برای کمک به نوجوان برای رسیدن به پرهیز اولیه
- تاکید به نقش همتایان و نقش شبکه اجتماعی
- شناسایی موقعیت‌های پرخطر و کمک به مواجهه با آن به نوجوان

رویکردهای مورد استفاده: درمان شناختی، رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی، رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه ۵- برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های پرخطر

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای مراجع
- تهیه برنامه برای موقعیت‌های خطر
- تأکید بر قرار داشتن در موقعیت امن
- افزایش آگاهی و هوشیاری در مراجع

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

به مراجع برای ورود به بخش دوم برنامه درمانی تریک گفته؛ با استفاده از تکنیک‌های مناسب او را تشویق کنید و تصویری از ادامه مسیر درمانی برای او ترسیم نمایید. به او یادآور شوید که در این بخش بیشتر بر روی مهارت‌های مورد نیاز جهت ماندگاری در درمان و رسیدن به پرهیز از مصرف خواهید پرداخت. تمرین جلسه قبل را مرور کرده و از او در مورد تجربیات هفته‌اش سوال کنید. در صورت عدم انجام تمرین منزل ۴، زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید. نتایج آزمایش ادرار را به بحث بگذارید و موضوع جلسه را به او به طور مختصر معرفی کنید. از او بخواهید تا در مورد تجربه و سوسه خود در صورت بروز صحبت کند.

در انتها موضوع جلسه را به وی معرفی کرده و وارد جریان جلسه شوید.

موقعیت خطر چیست؟ (۱۵ دقیقه)

به مراجع گوشزد کنید که گرچه به دلیل ماهیت غیرقابل پیشبینی زندگی، شناسایی همه موقعیت‌های مخاطره‌آمیز امکان‌پذیر نیست. اما مهم است تا در این جلسه به شناسایی موقعیت‌های پرخطر پرداخته شود و فهرستی از آن تهیه کرد. به او بگویید که بحران‌های زندگی، موقعیت‌های استرس‌زا و تجربه هیجانات منفی و مثبت و حتی بلایای طبیعی می‌توانند به عنوان یک موقعیت پرخطر در درمان فرد اثر بگذارند.

جدول ۵- ثبت اطلاعات موقعیت‌های استرس‌زا

واکنش شما به این موقعیت‌ها چیست؟	۵ مورد از موقعیت استرس‌زای احتمالی خود را در طی چند ماه آینده یادداشت کنید:
	.۱
	.۲
	.۳
	.۴
	.۵

جدول ۶- مکان‌ها و موقعیت‌های پرخطر برای من

در اینجا از مراجع بخواهید تا جدول ۵ را تکمیل نماید.

منظور از موقعیت خطر موقعیتی است که در آن احتمال لغزش به مصرف مواد برای فرد بالا می‌رود.

پس از تکمیل نمودن جدول فوق توسط مراجع مختصری در مورد هر یک از عوامل یادداشت شده توسط وی صحبت کنید.

سپس از وی بخواهید تا در جدول ۷ مکان‌ها یا موقعیت‌هایی را که اگر در آنها باشد احتمال مصرف مواد وی افزایش می‌یابد، یادداشت نماید.

سپس به مراجع توضیح دهید که در موارد استرس‌زا اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرد احتمال مصرف مواد او افزایش یافته و بسیار خطرناک است. لذا مهم است تا از این موقعیت‌ها دوری کند به خصوص اگر تجربه وسوسه دارد.

همچنین به او کمک کنید تا برنامه‌ای مناسب برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زای خود طرح ریزی کند.

این برنامه می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

- مجموعه‌ایی از شماره تلفن‌های ضروری افراد حمایت کننده
- یادآوری پیامدهای منفی بازگشت به مواد
- یادداشت کردن مجموعه‌ایی از افکار مثبت و مرور آن در شرایط خطر
- فهرست مکان‌های سالم که در بخش بعدی تکمیل می‌گردد.
- مجموعه‌ایی از توجه‌برگردان‌های معتبر

جدول ۷- فهرست مکان‌ها و موقعیت‌های امن من

موقعیت‌های امن برای من! (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا به دفعات قبلی مصرف مواد خود فکر کند؛ همچنین به شکست‌هایش در درمان‌های قبلی، اگر خود مراجع تجربه مشابهی ندارد آن موقعیت را تصور کند. سپس از وی بخواهید تا دلایل مصرف خود را توضیح دهید پس از توضیح وی سؤال کنید که اگر چگونه رفتار می‌کرد احتمال مصرف مواد او کم می‌شد؟ از او بخواهید تا با تکیه بر تکنیک‌های آموزش دیده در این جلسه و جلسات پیشین به پرسش شما پاسخ دهد.

سپس از وی بخواهید تا فهرست اماکن و موقعیت‌ها امن خود را در جدول ۸ وارد نماید. این موقعیت‌ها شامل اماکنی است که احتمال مصرف مواد مراجع در آنها تقریباً صفر و ناممکن است.

به مراجع یادآور شوید که قرار داشتن در این موقعیت‌ها به او در ماندگاری در درمان کمک خواهد کرد.

همچنین ضروری است که اگر تجربه وسوسه داشت با قرار دادن خود در این موقعیت‌ها از احتمال عود خود بکاهد.

جمع بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع پردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین منزل ۵ را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل ۵- برنامه برخورد با موقعیت‌های خطر من

لطفاً با توجه به موارد بحث شده در جلسه ششم فرم ذیل را تکمیل نمایید.

اگر وارد یک موقعیت خطر آفرین شوم:

- موقعیت را ترک می‌کنم یا آن را تغییر می‌دهم
- جاهای سالم‌تری که می‌توانم بروم عبارتند از:

- تصمیم می‌گیرم برای ۱۵ دقیقه مصرف مواد را به تأخیر بیندازم به خودم یادآور خواهم شد که این میل گذرا است و رفع خواهد شد.

- با انجام اینکارها ذهن خودم را منحرف خواهم ساخت:

- با این افراد در تماس خواهم بود:

۱. _____

۲. _____

۳. _____

۴. _____

جلسه ۶- مقابله و چگونگی برخورد با عود

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- شناسایی تکنیک‌های مقابله با عود
- آموزش چگونگی برخورد با عود
- پیشگیری از قطع درمان در هنگام بروز عود

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از مراجع در مورد نگرانی‌هایش در هفته گذشته سؤال کنید. از او بخواهید تا در مورد تجربه وسوسه خود در صورت بروز صحبت کند. از او در مورد تجربه انجام تمرین در منزل سؤال کنید. در صورت عدم انجام تمرین جلسه گذشته، زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید. در مورد نتیجه آزمایش ادراری بحث کرده و اجازه دهید تا مراجع در مورد موضوعات مورد علاقه خود صحبت کند.

در انتها موضوع جلسه را به وی معرفی کرده و وارد جریان جلسه شوید.

چگونگی برخورد با عود؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا توضیح دهد در صورتی که تجربه مصرف مواد یا عود را در حین گذراندن طول درمان داشته باشد چه اقداماتی را انجام می‌دهد؟ آیا درمان و رابطه درمانی خود را قطع می‌کند؟ آیا ناامید خواهد شد؟ آیا خشم بیشتری را تجربه می‌کند و ممکن است به خود یا دیگران آسیب وارد نماید؟ آیا ممکن است که احساس ناتوان بودن در مورد حل مشکل مسأله مواد خود پیدا کند؟ سپس به مراجع توضیح دهید که مصرف مواد یا لغزش ممکن است در حین درمان رخ دهد و این نباید به عنوان شکست در درمان تلقی گردد. این موضوع مهم است تا قبل از رخداد چنین اتفاقی در مورد آن فکر شود و برای آن برنامه‌ریزی شود.

جدول ۸- فهرست موانع مراجعه در صورت لغزش

عود زمانی رخ خواهد داد که چندین لغزش یا تجربه مصرف پشت سر هم رخ دهد و منجر به قطع فرآیند درمانی گردد. پس مهم است تا مراجع رابطه درمانی خود را تداوم بخشیده و هرگز آن را به طور ناگهانی قطع نکند. همچنین به وی یادآور شوید که مصرف مواد در درمان نشان‌دهنده نیاز بیشتر او به درمان است نه عدم نیاز او.

سپس از مراجع بخواهید که تصور کند که مصرف مواد داشته است چه موانعی را حس می‌کند که در جلسه حاضر شود و آن را با شما درمیان بگذارد. این موارد را در **جدول ۸** ثبت کنید.

سپس به بررسی هر یک از موارد پرداخته و نگرانی‌ها را مرتفع سازید. ممکن است مراجع به مواردی مانند خجالت کشیدن، ترس از ناامید کردن شما، ترس از افشای راز نزد خانواده توسط شما اشاره کند که مهم است تا شما بتوانید به او در این موارد اطمینان دهید.

چگونه از عود خود جلوگیری کنیم؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا فهرستی از رخدادهای قابل پیش‌بینی در مورد عدم متعهد بودن به درمان را فهرست نماید. این فهرست شامل اتفاقاتی خواهد بود که بلافاصله اگر مراجع مصرف مواد داشته باشد ممکن است برای وی رخ دهد در واقع از وی بخواهید تا تصور کند که علی‌رغم همه تلاش‌هایش نتوانسته است به درمان پایبند باشد و مصرف را تجربه کرده است الان یک ساعت از زمان لغزشش گذشته است او چه خواهد کرد؟

در ستون اول **جدول ۹** از مراجع بخواهید تا اقداماتش در خصوص مواجهه با عود و بازگشت به درمان را یادداشت کند. مهم است تا مراجع فرابگیرد که نباید اجازه دهد که یک لغزش منجر به لغزش دیگر و پی در پی شود او باید یاد بگیرد تا ترمز کند و به درمان به موقع بازگردد.

جدول ۹- ثبت تجربه لغزش و نحوه برخورد با آن

برای بازگشت به درمان باید اقدامات ذیل را انجام دهم	اگر لغزش را تجربه کنم اتفاقات ذیل برای من رخ خواهد داد

برخی از اقدامات مهم در برخورد با لغزش و عود شامل موارد ذیل می‌شود:

- ترسیدن و ناامید نشدن
- حفظ خونسردی و آرامش
- صحبت با یک یا چند نفر در این خصوص (اعضای خانواده، افراد مورد اعتماد)
- بازگشت به مکان‌های امن
- دور شدن از موقعیت خطر
- اجتناب از مواجهه با شروع‌کننده‌ها
- بلافاصله درخواست جلسه درمانی فوق‌العاده کردن (در صورت نیاز)
- حفظ آرامش و پرهیز از سرزنش خود
- خودگویی مثبت و از دست ندادن اعتماد به نفس
- بررسی دلایل مصرف و شروع کننده در اولین جلسه درمانی
- مراجعه به یادداشت‌ها و مطالب آموخته شده در جلسات درمانی
- پرهیز از انجام رفتار پرخطر مانند فرار از خانه یا مدرسه یا ایجاد درگیری با دوستان و خانواده
- اجتناب از مصرف داروهای خودسرانه
- اجتناب اکید از مصرف مواد و الکل
- تماس با تلفن‌های ضروری
- یادآوری تکنیک‌های مدیریت وسوسه
- بخشیدن خود و فرصت مجدد به خود دادن برای بازگشت به درمان

جمع بندی ، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین جلسه ۶ را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل ۶- نحوه مدیریت لغزش و عود

اگر لغزش داشته باشم:

- مکان‌های سالمی که می‌توانم بروم عبارتند از:

.....

.....

.....

- با انجام اینکارها ذهن خودم را آرام خواهم ساخت:

.....

.....

.....

- با این افراد در تماس خواهم بود:

- | | |
|----|----|
| ۱. | ۲. |
| ۳. | ۴. |

- راهکارهای من برای جلوگیری از مصرف مجدد مواد:

.....

.....

.....

جلسه ۷- شبکه اجتماعی و همتایان / مواجهه با فشار همتایان

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- معطوف نمودن توجه مراجع به نقش و اهمیت نقش همتایان در مصرف مواد و درمان آن
- شناسایی شبکه اجتماعی مراجع
- تهیه لیست افراد امن

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

با مراجع در مورد هفته گذشته و مسائل مهم آن صحبت کنید، از او بخواهید تا تجربیات خود در مورد تمرین جلسه گذشته را با شما در میان بگذارد. در صورتی که تمرین منزل ۶ انجام نشده زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید.

پس از مرور تمرین موضوع جلسه را به او معرفی کرده و توضیح مختصری در مورد آن ارائه دهید.

نتیجه آزمایش ادرار را با مراجع در میان گذاشته و در مورد آن در صورت نیاز بحث کنید.

نقش شبکه اجتماعی و همتایان چیست؟ (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا خود را در هر یک از موقعیت‌های جدول ۱۰ با حضور دوستانش و بدون حضور دوستانش تجسم کند و عکس‌العمل خود را در هر دو موقعیت یادداشت نماید.

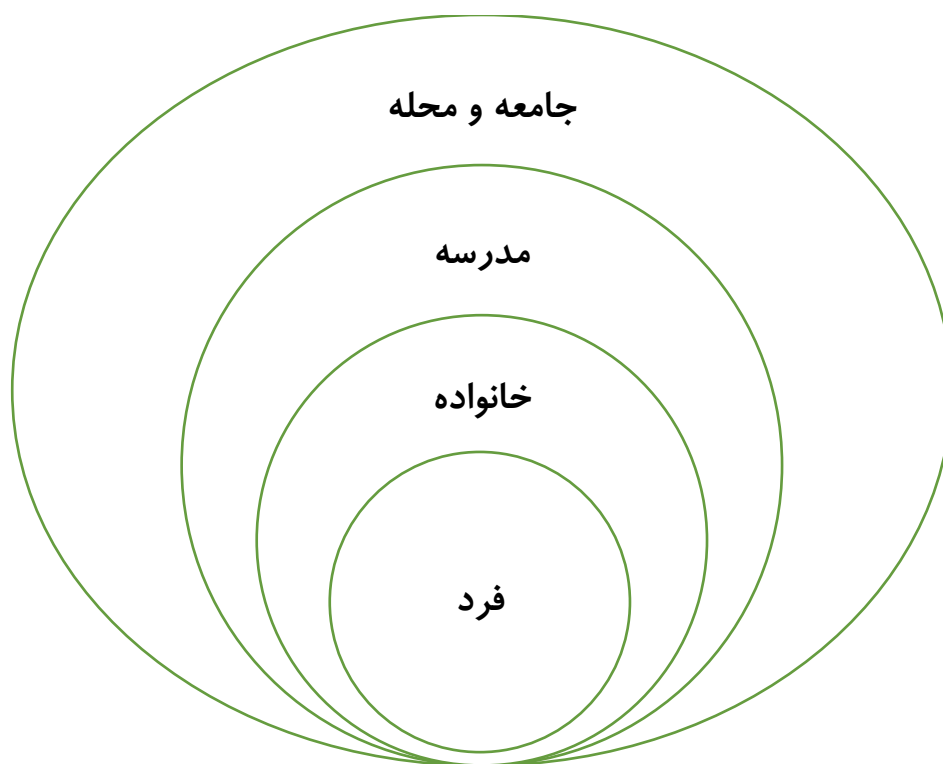
هدف از اجرای این تمرین ارتقای درک مراجع از تأثیر همتایان بر روی رفتارهایش است.

جدول ۱۰- مقایسه عکس‌العمل در حضور و بدون حضور دوستان

عکس‌العمل من در صورت حضور دوستانم	عکس‌العمل من در صورت عدم حضور دوستانم	موقعیت
		با فرد قلدری مواجه شوم که قصد آزار من را دارد.
		مدیر مدرسه من را توبیخ کند.
		به دلیل درگیری با خانواده عصبانی هستم و میل به مصرف مواد در من ایجاد شده است.

پس از تکمیل جدول فوق از مراجع بخواهید تا کمی در مورد دوستان و شبکه اجتماعی‌اش توضیح دهید. آنها را چه مدت است که می‌شناسد؟ چگونه با آنها آشنا شده است؟ چقدر زمان با آنها می‌گذراند؟ چه ویژگی‌هایی در دوستان است که برای آنان لذت‌بخش است و یا چه ویژگی‌هایی در آنان را نمی‌پسندند؟ در مورد تجربه آنان در خصوص مصرف مواد با حضور دوستان خود سؤال کنید. سعی کنید بدون قضاوت و با هم‌دلی به صحبت مراجع گوش فرادهید تا او نیز تشویق به صحبت در خصوص مسائل خود شود. پس از اتمام صحبت‌های مراجع به او در مورد شبکه اجتماعی^۱ توضیح دهید. در مورد **شکل ۴** به او توضیح دهید و از وی بخواهید تا نظرات خود را عنوان کند.

شکل ۴- سطوح روابط اجتماعی



روابط و شبکه ارتباطی ما سطوح مختلف دارند:

سطح فردی: کسانی هستند که شما به آنها اطمینان دارید و مسائل شخصی خودتان را با آنها در میان می‌گذارید. و نظرات آنان برای شما مهم است. مانند: دوستان صمیمی

^۱ منظور از شبکه‌های اجتماعی در اینجا رسانه‌های اجتماعی نیست و نباید یکسان تلقی گردد.

سطح خانوادگی: همه اعضای خانواده و اقوام شما که به عنوان خانواده در نظر می‌گیرید. مانند: والدین، خواهر و برادر، عمو و دایی، پسرخاله و... .

سطح اجتماعی: افراد در محیط اجتماع شما که از طریق نقش‌شان در زندگی شما تاثیر دارند. مانند: معلم، مأمور پلیس، راننده اتوبوس، همسایه

در مورد مدرسه و نقش آن نیز اشاراتی داشته باشید گاهی ممکن است مشکلات در مدرسه و یا فشار هم‌کلاسی‌ها شروع کننده اصلی مصرف مواد در مراجع باشد.

به مراجع توضیح دهید که ما برای رشد خود به هر سه سطح این روابط نیاز داریم و به نوعی بر همه آنها تأثیر گذاشته و از همه آنان تأثیر می‌گیریم. مجموعه این ارتباطات شبکه اجتماعی ما را تشکیل می‌دهند. شبکه اجتماعی نقش مهمی در رشد و سلامت ما دارند.

مهم است تا مراجع تصویر درستی از نقش همتایان در بازگشت به مصرف مواد داشته باشد. برای این کار مراجع را به فعالیت اول جلسه ارجاع داده و از او بخواهید تا در مورد تجربیات خود در خصوص لغزش به دلیل فشار همتایان توضیح دهد. همچنین در مورد تفاوت واکنش او در حضور و عدم حضور دوستانش پرسش کنید. اجازه دهید او دغدغه خود را عنوان کند. مهم است تا درمان‌گر اطلاعات مراجع را در این خصوص تکمیل نماید و هشدارهای لازم در این خصوص را به مراجع یادآور شود.

شبکه اجتماعی من (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا به شبکه اجتماعی خود فکر کند. سپس از او بخواهید تا به این سؤال فکر کند که اگر اتفاق بدی برای او رخ دهد تمایل دارد آن را با چه کس یا کسانی در میان بگذارد؟ همچنین اگر خبر خوشحال‌کننده‌ای دریافت کند ترجیح می‌دهد ابتدا با چه شخص یا اشخاصی در میان بگذارد؟

با کمک مراجع فهرستی از ویژگی‌های فرد مورد اعتماد تهیه کنید. این فهرست می‌تواند شامل ویژگی‌های ذیل باشد:

- شما آنها را می‌شناسید و می‌دانید در زمان نیاز به شما کمک خواهند کرد.
- کسی که رازدار باشد و به شما در حل مشکل‌تان کمک کند.
- خودش مشکل جدی رفتاری مانند اعتیاد یا مشکلات قانونی نداشته باشد.

کسانی که به طور معمول قابل اعتماد هستند شامل: والدین، خواهر و برادر بزرگتر، معلمان و اولیای مدرسه، مشاوران و کارکنان حوزه سلامت نوجوانان، اعضای فامیل مانند عمو و خاله، مأمورین پلیس و... هستند.

به مراجع یادآور شوید که در زمان خطر و یا وسوسه می‌تواند از حضور و کمک افراد مورد اعتماد استفاده نماید. در انتها از مراجع درخواست کنید تا چند فرد مورد اعتماد خود را معرفی و دلیل اعتماد خود به آنها را شرح دهد.

جمع بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و **تمرین منزل ۷** را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

به سؤالات و ابهامات مراجع در صورت نیاز پاسخ مناسب دهید.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل ۷- جدول ثبت ارتباطات

چرا او مهم است؟	فرد مهم	نوع ارتباط
		خانوادگی
		فردی
		مدرسه / اجتماعی
<p>به نظر شما چرا ما به روابط اجتماعی نیاز داریم؟</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

جلسه ۸- مواجهه با احساسات ناخوشایند

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- شناسایی احساسات ناخوشایند
- آشنایی بیشتر با مفهوم فشار همتایان و مواجهه با احساس ناخوشایند و ترس از طرد شدن توسط آنان
- آموزش تکنیک‌های مواجهه با احساسات ناخوشایند
- شناسایی مهارت مواجهه با احساسات ناخوشایند و فشار همتایان به عنوان مهارت‌های مدیریت وسوسه

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از مراجع در مورد هفته گذشته‌اش سؤال کنید. از او بخواهید تا در مورد تجربه وسوسه خود در صورت بروز صحبت کند. از او در مورد تجربه انجام تمرین در منزل سؤال کنید. در صورت عدم تکمیل تمرین منزل جلسه گذشته، زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید. در مورد نتیجه آزمایش ادرازی بحث کرده و اجازه دهید تا مراجع در مورد موضوعات مورد علاقه خود صحبت کند.

در انتها موضوع جلسه را به وی معرفی کرده و وارد جریان جلسه شوید.

احساسات ناخوشایند (۱۵ دقیقه)

با دو پرسش آغاز کنید:

- «تا به حال شده طعم شکست را چشیده باشید؟»
- «تا به حال شده ندانید در مواقعی که احساس بی‌حالی و ناامیدی می‌کنید چه باید بکنید؟»

کمی مکث کنید و پاسخ مراجع را مرور نمایید. سپس این گونه ادامه دهید:

«این مفاهیم، بسیار در زندگی مهم هستند. همه ما در مواقعی از زندگی مان احساساتی را تجربه می‌کنیم که ناخوشایند هستند. در عین حال ممکن است روش برخورد با آنان را ندانیم و دست به کارهای عجیب بزنیم. چه روش‌های عجیبی برای مواجهه با احساس شکست و غمگینی سراغ دارید؟ (کمی مکث کنید و منتظر پاسخ باشید)

سپس ادامه دهید: «برخی از احساسات شدید اگر به خوبی مدیریت نشوند ممکن است به ما و سلامت مان آسیب وارد نمایند. همه افراد احساسات متفاوت و متنوعی را تجربه می‌کنند. موقعیت‌های متفاوتی است که ممکن است ما در آن احساسات منفی را تجربه کنیم. احساساتی مانند خشم، غم، افسردگی، بیحالی و... این احساسات ممکن است در پی تجربه یک شکست برای ما به وجود بیایند. مانند شکست در درس و امتحان، شکست در روابط فردی و عاطفی، شکست در بازی و تیم ورزشی و.. این احساسات منفی تأثیرات مهمی در زندگی هر یک از ما می‌گذارد. به همین علت است که ما باید نحوه مواجهه و برخورد و همچنین مدیریت کردن آنها را یاد بگیریم. زمان‌هایی ما مراقب هستیم تا کسی متوجه احساسات ما نشود، یا به دلایل مختلف ممکن است از ابزار احساسات خود ترس داشته باشیم ممکن است فکر کنیم که مورد تمسخر دیگران قرار خواهیم اگر در مورد احساس خود با آنان صحبت کنیم. زمانی که احساسات درون ما انباشته می‌شوند مدیریت کردن آنان کار سختی خواهد بود و ممکن است به ما آسیب وارد نماید و ما کنترلی روی آن نداشته باشیم. این احساسات ممکن است مربوط به تجربه و سوسه ما باشد یا برعکس تجربه احساسات ناخوشایند باعث ایجاد سوسه در درون ما گردد. در هر صورت نیاز است تا ما نسبت به احساسات خود آگاه‌تر باشیم بتوانیم آنها را به شیوه امن ابراز کنیم طوری که به خود و دیگران آسیب نزنیم».

در انتهای این بخش اضافه نمایید: «تجربه احساسات کاملاً طبیعی هستند، احساسات در تلاش هستند تا هشدارهایی به ما بدهند که بتوانیم از خودمان مراقبت کنیم، مانند احساس سرما کردن که مولد حرکت ما برای رفتن به جایی گرم است. زمانی هم که احساسی را تجربه می‌کنیم درست به این معناست که هشدار در یافت می‌کنیم نباید احساس گناه داشته باشیم و با احساس خود مواجه شویم».

سپس از مراجع بخواهید تا جدول ۱۱ را تکمیل نماید و در مورد آن به بحث بپردازید.

جدول ۱۱- مرور احساسات و واکنش‌های من

<p>من زمانی که خوشحال هستم</p> <p>.....</p>	<p>من خوشحالم زمانی که</p> <p>.....</p>
<p>من زمانی که ناراحت هستم</p> <p>.....</p>	<p>من ناراحتم زمانی که</p> <p>.....</p>
<p>من زمانی که عصبانی هستم</p> <p>.....</p>	<p>من از مواقعی که</p> <p>..... متنفرم.</p>
<p>من زمانی که توسط دوستانم برای انجام کاری تحت فشار باشم</p> <p>.....</p>	<p>بزرگترین ترس من..... است.</p> <p>بعض وقت‌ها احساس..... می‌کنم.</p>
<p>من زمانی که ترسیدم</p> <p>.....</p>	

بزرگترین ترس من؛ طرد شدن توسط دوستانم (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا در مورد یکی از مهم‌ترین حس‌های ناخوشایند که در دوران نوجوانی بسیار پررنگ است فکر کند. این ترس عبارت است از نگرانی طرد شدن از سوی همتایان. از او بخواهید تا اگر تجربه‌ای در این زمینه دارد بیان دارد. احساسات او را در زمان درگیری با دوستان بررسی کنید و در مورد جزئیات پرسش نمایید.

از مراجع بخواهید تا توضیح دهد که آیا ممکن است به دلیل ناتوانی در روبرو شدن با این احساس ناخوشایند تن به خواسته نامعقول دوستان خود بدهد؟ آیا تجربه موارد مشابه را دارد؟ آیا در بین دوستانش مثالی دارد؟ آیا به دلیل تجربه این احساس دچار وسوسه شده یا حتی مصرف را تجربه کرده است؟

از او بخواهید تا در مورد موقعیت مصرف مواد فکر کند و تجربه خود و نگرانی‌های خودش در مورد عدم تن دادن به خواسته دوستانش در خصوص تعارف مواد و رد کردن پیشنهاد مصرف مواد یا الکل توسط خودش را در جدول ۱۲ فهرست کند.

در مورد موارد فهرست شده توسط مراجع بحث کنید.

جمع بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع پردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین منزل ۸ را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

جدول ۱۲- پیامدهای مخالفت با خواست دوستان

تمرین منزل ۸- ثبت احساسات ناخوشایند

احساسات ناخوشایندی که در این هفته تجربه کردم:

.....

.....

.....

با انجام این کارها ذهن خودم را آرام خواهم ساخت:

.....

.....

.....

در مقابل فشار دوستانم برای مصرف از این راهکارها استفاده کردم

۱.

۲.

۳.

راهکارهای من برای جلوگیری از مصرف مجدد مواد:

.....

.....

.....

بخش سوم- خانواده

بخش سوم پروتکل از ۴ جلسه به شرح زیر تشکیل شده است:

- جلسه ۹- معرفی نقش حمایت خانواده
- جلسه ۱۰- مهارت ارتباطی و حل تعارض در خانواده
- جلسه ۱۱- نشانه‌های عود و بهبودی
- جلسه ۱۲- مرزها، محدودیت‌ها، نظم و ساختار خانواده

نکات کلیدی:

- معرفی نقش خانواده
- درک ساختار خانواده
- آموزش مهارت مذاکره و حل تعارض در خانواده
- بررسی مرزها، محدودیت‌ها و قوانین خانواده
- آشناسازی خانواده با اختلال مصرف مواد و نقش آنان در بهبودی
- جلب مشارکت خانواده در درمان
- آموزش خانواده

رویکردهای مورد استفاده: مصاحبه انگیزشی، درمان شناختی، رفتاری، آموزش‌های روان‌شناختی

جلسات این بخش با حضور اعضای خانواده و مراجع برگزار می‌گردد

جلسه ۹- معرفی نقش حمایت خانواده

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- جلب مشارکت و همکاری خانواده در درمان مراجع
- آشنایی خانواده با نقش خود در بهبودی مراجع
- ارزیابی ساختار خانواده و عملکرد آن
- شناسایی انتظارات

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

به افراد خوش آمد گفته و از حضور آنان تشکر کنید. از آنان بخواهید تا مختصری در مورد خود توضیح دهند. در مورد اهداف جلسات آموزش خانواده با آنان صحبت کرده و نظرات آنان را جویا شوید. کمی در مورد نگرانی و انتظارات اعضای خانواده بشنوید اما اجازه ندهید که آنها تمام زمان جلسه را به این امر اختصاص دهند. ضروری است تا درمان‌گر بتواند در عین حفظ تعادل جلسه و تقویت مشارکت خانواده در درمان؛ از مورد اتهام قرار گرفتن و یا سرزنش شدن مراجع در جلسه پیشگیری کند.

همچنین مهم است از قبل توافقات لازم با مراجع و اعضای خانواده در خصوص جلسات و قواعد آن صورت گرفته باشد. در صورت نیاز به طور مختصر آن را یادآوری نمایید. این یادآوری شامل موارد ذیل است:

- جلسات تنها با حضور اعضای مشخص شده خانواده و مراجع قابلیت برگزاری دارد. اگر مراجع یا خانواده به دلیلی در جلسه حاضر نشوند آن جلسه تشکیل نخواهد شد.
- حفظ حریم جلسه از واجبات است و مناقشه و بحث کردن در مورد مواردی که در جلسه عنوان می‌گردد T به نحوی که باعث آزار افراد شود ممکن است به اعتماد و راحتی آنها لطمه زند که در نهایت باعث عدم موفقیت درمان می‌گردد.
- این جلسات صرفاً به عنوان جلسه آموزش و مشاوره خانوادگی است و نمی‌تواند جایگزین جلسات خانواده‌درمانی باشد. می‌توان در صورت نیاز از خدمات درمانی دیگری به شکل موازی بهره برد.
- چنانچه به هر دلیلی همه اعضای خانواده در جلسات آموزش و مشاوره حضور ندارند لازم است تا مطالب مطرح شده در جلسات به سمع غایبین رسیده و آنها نیز از روند درمان مطلع باشند.

- برای مراجع همیشه این حق در نظر گرفته شده است که چنانچه حضور در جلسات خانوادگی باعث آزار وی گردید بتواند آن و دلایل خود را به طور خصوصی با درمان‌گر در میان بگذارد.

موضوع جلسه را معرفی کرده و وارد دستور جلسه شوید.

نکته مهم:

ضروری است تا بررسی نتیجه آزمایش مراجع در هفته‌های حضور خانواده در جلسه درمان به طور محرمانه در قبل یا بعد از جلسه با مراجع در میان گذاشته شود. مگر آن که موافقت وی مبنی بر اعلام نتیجه آزمایش به اعضای خانواده از قبل از وی اخذ شده باشد.

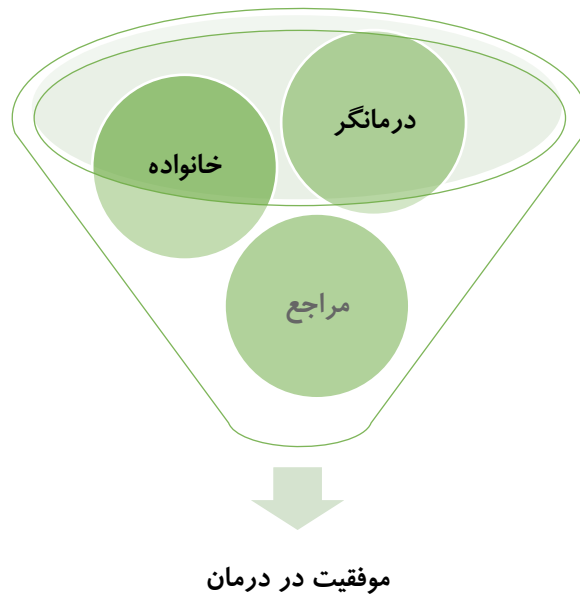
موفقیت در درمان (۱۵ دقیقه)

کمی در خصوص نقش خانواده در درمان اختلال مصرف مواد توضیح دهید. پس از بیان مقدمه‌ای کوتاه از خانواده سؤال کنید که چه نقشی برای خودشان در درمان عضو درگیر متصور هستند؟ اجازه دهید هر یک به طور جداگانه نظرات خود را مطرح نماید سپس به بررسی نظرات پرداخته و آنها را فهرست کنید.

حال از مراجع بخواهید تا تصور خود از نقش خانواده در درمان را مطرح سازد؟ او می‌تواند از تجربیات خود نیز صحبت کند. از او بپرسید چنانچه هم اکنون حمایت خانواده از وی قطع شود چه رخ خواهد داد؟

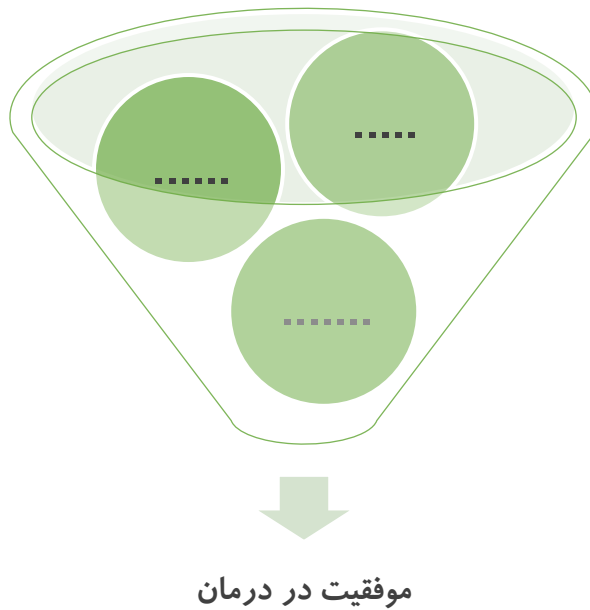
سپس شکل ۵ را به آنان نشان دهید:

شکل ۵- عناصر دخیل در موفقیت درمان



از آنان بخواهید تا نظرات خود را عنوان نمایند. آن چیزی که از تصویر برداشت می‌کنند؟

سپس از آنان بخواهید تا عوامل مؤثر دیگر در موفقیت در درمان را که می‌شناسند به دایره‌های شکل اضافه نمایند:



سپس از آنان بخواهید تا نقش هر یک از عوامل مؤثر در درمان را بیان کنند. آنها می‌توانند پس از یادداشت کردن در مورد آن به بحث بنشینند و موارد لازم را بیان دارند.

به آنان توضیح دهید که عوامل بسیاری در موفقیت یک فرد در درمان نقش دارند. این عوامل می‌تواند فردی، خانوادگی و یا اجتماعی باشد.

وامل فردی مانند: مشارکت در درمان، انگیزه، اختلالات سلامت روان همبود و...

عوامل خانوادگی مانند: حضور یا عدم حضور فرد مصرف‌کننده دیگر در خانواده، روابط و قوانین خانوادگی، حمایت و...

عوامل اجتماعی مانند: محیط ناسالم، دسترسی به مواد و ...

به خانواده اطلاع دهید که آنها نقش بسزایی در موفقیت در درمان دارند. خانواده‌ی سالم و آموزش‌دیده می‌تواند بستر مناسبی برای موفقیت در درمان ایجاد کرده و با شناسایی موقعیت‌های خطر و تقویت عوامل محافظ در پرهیز از مصرف توسط فرد درگیر تأثیرگذار باشد.

مهم است تا خانواده نقش خود در فرآیند بهبودی مراجع را حس کند و همه مسئولیت درمان را به دوش فرد مصرف‌کننده نیندازد.

برخی از نقش‌های خانواده در درمان عبارت است از:

- حمایت مالی از درمان
- حمایت عاطفی و کمک به ارتقای انگیزه
- کمک به حل مشکلات مراجع منجر شده به اعتیاد
- پذیرش نقش خود و پیشگیری از ایجاد درگیری و استرس مضاعف برای مراجع در طول درمان
- آگاهی داشتن و آگاهی دادن در خصوص بیماری اعتیاد، علائم آن و همچنین روند بهبودی و وسوسه
- کمک به مراجع جهت تقویت اعتماد به نفس و خودباوری که از عوامل مهم در درمان هستند.
- کمک به مراجع جهت شناسایی و پرهیز از شروع‌کننده‌ها
- نظارت بر روند درمان و مراجعات منظم مراجع به جلسات
- ارائه تشویق‌های کلامی و غیرکلامی مؤثر

- کمک به شناسایی و تغییر موقعیت‌های خطر برای مراجع

- تعامل مناسب با تیم درمان و حضور به موقع در موارد نیاز

توصیه می‌شود به نحوه تعامل خانواده با دقت توجه کنید. هر یک از رفتارها می‌تواند تعیین‌کننده باشد. گاهی ترس مراجع از اعضای خانواده قابل رویت است و برعکس.

مهم است تا درمان‌گر به این موارد توجه داشته و در زمان مناسب جهت ارائه بازخورد از آن استفاده نماید.

انتظارات ما از هم چیست؟ (۱۵ دقیقه)

پس از آن که افراد از اهمیت و نقش خانواده در درمان آگاهی پیدا کردند مهم است تا انتظارات از یکدیگر را بشناسند و شفاف کنند. انجام این کار به آنها در عملکرد بهتر کمک خواهد کرد و همچنین نقشه مشخصی از آنچه دیگری تمایل دارد را نشان می‌دهد.

برای این منظور از آنها بخواهید که به مشکلاتی که در چند ماه اخیر در بین آنها بوده فکر کنند و سپس مشخص کنید که در هر رابطه‌ای انتظاراتی وجود دارد که زمانی که دو طرف از آن با خبر هستند بهتر می‌توانند رابطه را از درگیری و فروپاشی حفظ نمایند.

سپس از مراجع بخواهید تا انتظارات خودش از خانواده را در جدول ۱۴ یادداشت کند. همچنین از اعضای خانواده درخواست کنید تا هر یک به طور جداگانه در جدول ۱۵ انتظارات خود را مطرح نمایند.

جدول ۱۳- انتظارات من از خانواده

جدول ۱۴- انتظارات خانواده از مراجع

در مورد انتظارات و نحوه برآورده کردن آنها بحث و نتیجه‌گیری نمایید. انتظارات مشترک را فهرست نمایید و در مورد آن با طرفین صحبت کنید. در مورد انتظارات نامعقول و یا غیرشفاف بحث نمایید.

جمع‌بندی و پایان (۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا خلاصه و جمع‌بندی از مطالب گفته شده در جلسه ارائه گردد. در موارد لازم از افراد برای این کار کمک بگیرید.

از آنها درخواست کنید تا در مورد موضوع جلسه در طی هفته فکر کنند و مطالب مورد توجه را یادداشت نمایند. آنها می‌توانند مطالب را در جلسه بعدی عنوان کنند.

از همراهی و همکاری همگی تشکر کرده و با انرژی مثبت و یادآوری زمان و مکان برگزاری جلسه آینده، جلسه را به اتمام برسانید.

جلسه ۱۰- مهارت ارتباطی، حل تعارض در خانواده

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آموزش تکنیک‌های حل تعارض در خانواده
- آشنایی با مهارت‌های ارتباطی در خانواده

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از افراد بخواهید تا وضعیت خود و شرایط خانواده در یک هفته گذشته را توصیف کنند. از آنها به دلیل حضور در جلسه تشکر کنید. در صورت بروز سؤال یا ابهام در مورد مطالب عنوان شده هفته گذشته به آنها پاسخ دهید. موضوع جلسه را مختصری معرفی کرده و وارد دستور جلسه شوید.

مهارت ارتباطی (۱۵ دقیقه)

از افراد بخواهید تا نقشه ارتباطی در خانواده را تشریح کنند. پرسش‌های ذیل را با آنان در میان بگذارید:

- افراد در خانواده شما چگونه با هم تعامل می‌کنند؟
- بیشترین اختلاف نظر در بین چه کسانی است؟ و چرا؟
- اگر مشکلی در خانواده شما رخ دهد چگونه آن را برطرف می‌سازید؟
- در خانواده شما چگونه از هم قدردانی و تشکر می‌شود؟
- در خانواده شما معمولاً چطور از رفتار یکدیگر انتقاد می‌شود؟

اجازه دهید تا همه افراد حاضر در جلسه صحبت کنند. با پرسش‌های تکمیلی تا حصول تصویر روشن از نقشه ارتباطی خانواده گام بردارید. با تکنیک‌های گوش دادن فعالانه افراد را به مشارکت بیشتر تشویق نمایید. از افراد بخواهید تا در مورد دغدغه‌های در خصوص ارتباط با یکدیگر صحبت کنند.

به آنها توضیح دهید که: «ارتباطات نقش اساسی در زندگی ما ایفا می‌کنند. اغلب ما برای رسیدن به اهداف خود به ارتباطات نیازمندیم. ارتباط با اعضای خانواده یکی از مهمترین روابط در زندگی هر فرد به حساب می‌آید زیرا ما به طور کلی بخش زیادی از زمان زندگی روزانه خود را در کنار اعضای خانواده خود می‌گذرانیم.»

سپس این گونه ادامه دهید: «ارتباطات فرایند ارسال و دریافت اطلاعات یا افکار از طریق کلمات، اعمال، یا علائم است. افراد برای به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات ارتباط برقرار می‌کنند. ارتباطات یک مهارت است. کیفیت نوع ارتباط برقرار کردن ما اغلب کیفیت روابط را تعیین می‌کند. افراد ارتباط برقرار می‌کنند تا اطلاعات و احساسات خود را بیان کنند و مشکلات را حل کنند.»

ارتباط غیرکلامی و یا زبان بدن به معنای آنچه که گفته می‌شود، نیست. ارتباط غیرکلامی شامل حرکات صورت (لبخند، اخم، و غیره)، تماس با چشم، موقعیت بدن (نشستن، ایستادن، گشت زنی، خم شدن به جلو یا عقب)، لمس است. اقدامات زبان بدن با توجه به اجرای آن می‌تواند تأثیرات مثبت یا منفی در ارتباط داشته باشد.

ارتباطات کلامی زمانی است که یک نفر صحبت می‌کند و دیگران گوش می‌دهند و واکنش نشان می‌دهند. مکالمه می‌تواند آموزنده باشد یا به شکل مذاکره، اظهار نظر یا داستان. در روابط معمولاً غیررسمی سوء تفاهم و مشکلات ارتباطی ممکن است بیشتر اتفاق بیفتد. زمانی که یک نفر برای مدت طولانی صحبت می‌کند، بیش از حد آرام صحبت می‌کند، سخنران را قطع می‌کند، بادقت گوش نمی‌کند یا وقتی صدای بلند در پس‌زمینه یا حواس او را پرت می‌کند، موانعی برای رابطه به حساب می‌آیند.

گوش دادن به دقت برای برقراری ارتباط مؤثر ضروری است. زمانی که شنونده مشغول فکر کردن در مورد آنچه که فرد می‌گوید، نیست و به آنچه گوینده ابراز می‌کند، توجه خاصی نمی‌کند، می‌تواند سوء تفاهم و سردرگمی ایجاد کند. مهم این است که به صحبت‌های مقابل گوش دهید و پس از آن واکنش مناسب را نشان دهید.»

از خانواده و مراجع بخواهید تا در صورت امکان مثال‌هایی برای ایجاد مشکل در خانواده خود به دلیل گوش ندادن مناسب و ایجاد مشکل ارتباطی عنوان نمایند. با دقت نظر در مورد مثال‌ها به بحث بنشینید.

به آنها یادآور شوید که مهارت‌های ارتباطی، فراوانی زیادی دارند اما در این جلسه تنها به معرفی یک تکنیک به نام گوش دادن فعال پرداخته خواهد شد.

در ادامه نکات مهم در مورد تکنیک گوش دادن فعال را به آنها یادآور شوید.

نکات مهم در گوش دادن فعال عبارتند از:

- شما باید در زمان گوش دادن علاقه خود را با حرکات بدن مانند برقرار کردن رابطه چشمی و نگاه کردن به چهره فرد بیان کنید.

- وقتی کسی با شما صحبت می‌کند در مورد آنچه او می‌گوید فکر کنید.
 - در صورت توافق با صحبت‌های او، آن را با تکان دادن سر و یا گفتن عبارت «بله موافقم» نشان دهید.
 - بعد از اتمام صحبت‌های او در مورد جزئیات سؤال پرسید و نظرات خود را بیان کنید.
 - افراد دوست دارند شنیده شوند و درک شوند اگر شما این ویژگی را به اطرافیان نشان دهید آنان به شما احترام می‌گذارند.
 - اگر شنونده خوبی باشید دیگران به راحتی با شما ارتباط برقرار کرده و از هم‌صحبتی با شما لذت خواهند برد.
- در جدول ۱۶ تکنیک‌های گوش دادن فعال آورده شده است. آموزش این مهارت‌ها به خانواده می‌تواند مهارت‌های ارتباطی آنها را بهبود بخشد.

جدول ۱۶- تکنیک‌های مهارت گوش دادن فعال

عنوان تکنیک	چگونه انجامش دهم	چرا باید انجامش دهم	مثال
به نحو دیگری بیان کردن ^۱	آن چیزی را که فرد به شما گفته است را با استفاده از کلمات دیگر برای فهم بهتر، مجدد بیان کنید.	فهم خود را از آنچه شنیده‌اید را امتحان می‌کنید. اجازه می‌دهید مخاطب شما افکار خود را مجدداً از زبان شما بشنود و به آن فکر کند. به مخاطب نشان می‌دهید که شما در تلاش برای فهم صحبت‌های او هستید. و او را به صحبت بیشتر تشویق می‌کنید.	چیزی که من شنیده‌ام این است که... انگار تو می‌خواهی اینو به من بگی... من مطمئن نیستم که منظورت را درست متوجه شده باشم. آنچه فهمیدم این است که... درست است؟ این طور به نظر می‌رسه که، برای تو مهم هستند.
روشن کردن ^۲	از گوینده تقاضا می‌کنید تا اطلاعات بیشتری به شما بدهد.	به گوینده اجازه می‌دهید تا آنچه را می‌خواهد به شما بگوید روشن کند و با جزئیات بیشتری بیان کند	منظورت از این که گفتی..... چه بود؟ میتونی بیشتر در این مورد توضیح بدی؟
بازتاب ^۳	بازتاب احساسی شما از آنچه فرد برای شما بیان کرده است.	درک احساسات طرف مقابل اجازه می‌دهید طرف متوجه شود تا شما احساسات او را درک می‌کنید.	من حس می‌کنم تو باید خیلی از ترسیده باشی. به نظر می‌رسه این موضوع تو رو گیج کرده.

¹ paraphrasing

² clarifying

³ reflecting

مثال	چرا باید انجامش دهم	چگونه انجامش دهم	عنوان تکنیک
پس تو داری به من می‌گی بیشتر عصبانی بودی تا ناراحت!!			
پس بذار من خلاصه کنم... به نظرم دو تا چیز خیلی مهم هستند که تو اشاره کردی مثل و	هم به شما و هم به گوینده برای درک چیزی که گفته و شنیده شده است کمک می‌کند.	شناسایی، ارتباط برقرار کردن و یکپارچه سازی ایده‌ها و احساسات که گوینده به شما گفته است.	خلاصه کردن ¹

¹ summarizing

حل تعارض (۱۵ دقیقه)

از مراجع و خانواده بخواهید تا سه مورد از مواردی که عمدتاً باعث ایجاد اختلاف در خانواده می‌شود را یادداشت نمایند. سپس از هر نفر بخواهید تا یک مورد را به عنوان اولویت اول خود برای حل و فصل انتخاب کند. پس از توافق بر روی مشکل از اعضا بخواهید تا در مورد آن با یکدیگر در حضور شما صحبت کنند. شما به عنوان ناظر بیننده صحبت‌های آنان خواهید بود و در نهایت به آنها بازخورد خواهید داد.

به آنها یادآور شوید که از تکنیک‌های مهارتی گوش دادن فعال استفاده نمایند.

نکات مهم در حل تعارض در خانواده

- مذاکره کردن به معنای به تفاهم رسیدن با کسی بدون استفاده از احساس گناه، خشم و تهدید و ترس است.
- تکنیک‌های مختلفی برای مذاکره وجود دارد.
- مذاکره مؤثر نیازمند مهارت‌های دیگر مانند: مشاهده با دقت، استفاده از تکنیک‌های زبان بدن، دارا بودن مهارت کلامی، هم‌دلی و رسیدن به موافقت دوطرفه است.
- مذاکره زمانی مؤثرتر است که در مراحل اولیه بروز مشکل یا تعارض به کار گرفته شود.
- بسیاری از مشکلات در خانواده با مذاکره قابل حل است.
- مذاکره بی اثر خواهد شد زمانی که افراد در آن از قدرت و یا ایجاد ترس استفاده کنند.
- مجبور کردن افراد به انتخاب یا انجام کاری بدون در نظر گرفتن احساسات و نیازهای آنان با مذاکره کاملاً متفاوت است.
- قبل از شروع کردن به صحبت چند نفس عمیق بکشید.
- عضلات صورت و بدن خود را ریلکس کنید.
- تشریح کنید که چه می‌خواهید. مشکل را مشخص کنید.
- بر روی مشکل تمرکز کنید نه شخص.
- به مشکل حمله کنید نه شخص.
- به دیگران بگویید که چه چیزی شما را اذیت می‌کند و چه احساسی دارید.

- با دقت به به خواسته‌ها و احساسات دیگران گوش دهید.
- در مورد مشکل مشترک صحبت کنید.
- مسئولیت رفتار خود را بپذیرید.
- اگر مجدد عصبانی یا ناراحت شدید چند نفس عمیق بکشید و اگر آرام نشدید به طرف مقابل احساس خود را توضیح دهید و از او خواهش کنید تا ادامه صحبت را بعداً انجام دهید.

راه حل برنده-برنده

خیلی از افراد فکر می‌کنند که در مهارت حل تعارض یا مذاکره قرار است یک نفر برنده و طرف دیگر بازنده باشد. در صورتی که اینطور نیست. اگر هر دو طرف تلاش کنند می‌توان به راه حل برنده-برنده دست یافت که برای هر دو طرف رضایت‌بخش و مفید باشد و احساس خوبی داشته باشند. برای شفاف شدن موضوع از مثال ذیل استفاده نمایید:

فرض کنید که شما (مراجع) و برادر یا خواهرتان برنامه‌های مختلفی از تلویزیون را دوست دارید، تماشا کنید همزمان ۳ حالت ممکن است رخ دهد:

یک- فرد بزرگ‌تر یا قلدتر برنامه مورد نظرش را تماشا کند.

دو- بزرگ‌ترها مداخله کنند و تلویزیون خاموش شود و هیچکس به خواسته‌اش نرسد.

سه- اول یک نفر برنامه را تماشا کند و سپس دیگری و در روز دیگری آن کس که نفر دوم بوده نوبت اول را به دست بیاورد.

در حالت اول یک نفر برنده و دیگری بازنده است. در حالت دوم هر دو نفر بازنده هستند و در حالت سوم هر دو نفر برنده هستند.

جمع‌بندی و پایان (۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا خلاصه و جمع‌بندی از مطالب گفته شده در جلسه ارائه گردد. در موارد لازم از افراد برای این کار کمک بگیرید. از آنها درخواست کنید تا در مورد موضوع جلسه در طی هفته فکر کنند و مطالب مورد توجه را یادداشت نمایند. آنها می‌توانند مطالب را در جلسه بعدی عنوان کنند.

از همراهی و همکاری همگی تشکر کرده و با انرژی مثبت و یادآوری زمان و مکان برگزاری جلسه آینده، این جلسه را به اتمام برسانید.

جلسه ۱۱- نشانه‌های عود و بهبودی

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنایی با هشدارهای خطر
- انتظارات خانواده از بهبودی
- نشانه‌های عود و بهبودی چیست؟
- نقش خانواده در عود و بهبودی چیست؟

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از افراد بخواهید تا وضعیت خود و شرایط خانواده در یک هفته گذشته را توصیف کنند. از آنها به دلیل حضور در جلسه تشکر کنید. در صورت بروز سؤال یا ابهام در مورد مطالب عنوان شده هفته گذشته به آنها پاسخ دهید. موضوع جلسه را مختصری معرفی کرده و وارد دستور جلسه شوید.

انتظار از بهبودی/نشانه‌های خطر چیست؟ (۱۵ دقیقه)

معمولاً افراد علی‌رغم تصویری که دارند تعریف متفاوتی از بهبودی و درمان دارند. به خصوص در بین تعریف نوجوانان و خانواده آنها از بهبودی این امر بسیار فاحش است.

ماهیت دوران نوجوانی و مشکلات ناشی از آن به انضمام مشکلات ناشی از مصرف مواد در بین نوجوانان باعث می‌شود که رابطه آنان با خانواده دچار اخلال گردد.

در این میان تعریف متفاوت خانواده و مراجع از معنای بهبودی گاهی به این اختلاف دامن می‌زند به عنوان مثال گاهی خانواده قطع ارتباط با دوستان و خارج نشدن از خانه را جز علائم بهبودی قلمداد می‌کنند در صورتی که از نگاه مراجع این امر نه تنها مؤثر نیست بلکه باعث مشکلاتی برای او می‌شود. از نظر او بهبودی تنها مصرف نکردن مواد است. تفاوت در این دو دیدگاه باعث به وجود آمدن تعارضاتی در بین آنها می‌شود. برای جلوگیری از این اتفاق می‌توان انتظارات و تعاریف آنان را بررسی کرد و به تعریف نسبتاً نزدیک به هم دست یافت.

برای این منظور از اعضای خانواده و مراجع درمورد تعریف آنها و ملاک‌های آنان برای بهبودی سؤال نمایید. اجازه دهید تا آنها ملاک‌ها و تعریف‌هایشان را بیان دارند. سپس به بررسی آنها پرداخته و با کمک مراجع و خانواده‌اش به تعریف نزدیک به هم دست پیدا کنید.

ملاک‌های ذیل برای مشخص نمودن بهبودی لازم است:

- ارائه آزمایش‌های منفی ادراری
- همکاری منظم در جلسه درمان
- احساس نشاط و سرزندگی
- تغییرات رفتاری شامل: عدم بروز رفتار پرخاش‌گرانه، دروغ گفتن و....
- پایبندی به درمان و تعهدات در آن
- ایجاد و حفظ تعامل با خانواده
- هدفمند بودن و داشتن برنامه مشخص فردی و درسی
- انجام مسئولیت‌های محوله و فردی
- حفظ بهداشت فردی
- تنظیم خواب و اشتها

در طول درمان برخی از نشانگان وجود دارند که می‌توان به عنوان زنگ خطر آنها را قلمداد کرد. این زنگ خطرها عبارتند از:

- بی‌نظمی در مراجعه به جلسات درمانی
- غیبت‌های مکرر و طولانی از خانه و مدرسه
- ارتباط با دوستان مصرف‌کننده
- قرار گرفتن در محیط و موقعیت‌های پرخطر
- امتناع از انجام آزمایش ادراری

- مصرف خودسرانه دارو
- آشفتگی رفتاری
- مصرف الکل
- درخواست مکرر پول
- تغییرات رفتاری و روانی ناگهانی

لازم است تا مراجع و خانواده وی این نشانگان را شناخته و در صورت بروز تیم درمان را در جریان قرار داده و اقدامات لازم را صورت دهند.

همچنین ضروری است تا خانواده تصویر درستی از بیماری اعتیاد و نشانگان آن داشته باشد. این نشانگان شامل وسوسه و عود می‌شود.

خانواده باید بداند که وسوسه بخشی از درمان است و ممکن است تا مراجع در حین درمان تجربه‌های متفاوتی داشته باشد. مانند وسوسه مصرف مواد... و اگر خانواده بستر مناسبی برای وی محقق کنند این امکان وجود دارد تا مراجع مشکلات را با آنها در میان بگذارد.

کمی در مورد وسوسه و تکنیک‌های مدیریت آن با خانواده صحبت کنید. اطلاعات مهم را در اختیار آنان گذاشته و آموزش دهید.

جدول ۱۷- نشانه‌های لغزش و عود و نشانه‌های بهبودی

نشانه‌های بهبودی	نشانه‌های لغزش و عود

نشانه‌های عود و بهبودی (۱۵ دقیقه)

از مراجع و خانواده وی بخواهید تا جدول ۱۷ را با توجه به تجربیات خود تکمیل نمایند.

جمع‌بندی و پایان (۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا خلاصه و جمع‌بندی از مطالب گفته شده در جلسه ارائه گردد. در موارد لازم از افراد برای این کار کمک بگیرید. از آنها درخواست کنید تا در مورد موضوع جلسه در طی هفته فکر کنند و مطالب مورد توجه را یادداشت نمایند. آنها می‌توانند مطالب را در جلسه بعدی عنوان کنند.

از همراهی و همکاری همگی تشکر کرده و با انرژی مثبت و یادآوری زمان و مکان برگزاری جلسه آینده، این جلسه را به اتمام برسانید.

جلسه ۱۲- مرزها، محدودیت‌ها، نظم در ساختار خانواده

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنایی با نحوه مدیریت خانواده
- آشنایی با نحوه مرزگذاری و قانون‌گذاری در خانواده در حین درمان
- کنترل یا نظارت؟

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از افراد بخواهید تا وضعیت خود و شرایط خانواده در یک هفته گذشته را توصیف کنند. از آنها به دلیل حضور در جلسه تشکر کنید. در صورت بروز سؤال یا ابهام در مورد مطالب عنوان شده هفته گذشته به آنها پاسخ دهید. موضوع جلسه را مختصری معرفی کرده و وارد دستور جلسه شوید.

کنترل یا نظارت (۱۵ دقیقه)

اکثر نوجوانان چه با سابقه اختلال مصرف مواد و چه بدون آن، همواره از محدودیت‌های ایجاد شده از سوی خانواده شکایت دارند. آنها اغلب این امر را ناعادلانه و نقض‌کننده استقلال خود می‌دانند. اما به مانند هر دوره از زندگی دوران نوجوانی و به خصوص در زمان درمان اختلال مصرف مواد، مرزگذاری و قانون‌مندی ضروری به نظر می‌رسد. در عین حال خانواده‌ها برای به دست گرفتن اوضاع و یا کاهش اضطراب خود به کنترل نمودن بیش از حد مراجع و سخت‌گیری‌های افراطی می‌پردازند که بعضاً ممکن است به درمان لطمه وارد نماید. نیاز است تا تعادلی میان نظارت و کنترل مراجع در حین درمان وجود داشته باشد که هم‌زمان ناقض فضای خصوصی مراجع نباشد اما با ایجاد نظارت به درمان و مراجع کمک کند.

در ابتدا از نگرانی‌های خانواده سؤال کنید؟ از آنها بخواهید تا مثال‌هایی در مورد قوانین وضع شده در خانواده را بیان کنند. از آنان در مورد فلسفه وضع این محدودیت‌ها سؤال کنید.

از مراجع بخواهید تا نظرش را در مورد این قوانین بیان دارد. دلایل موافقت و مخالفت وی را جویا شوید.

به خانواده توضیح دهید که مهم است تا محدودیت مانعی برای تجربه حس استقلال و خودکفایی مراجع نشود. به آنها در مورد تفاوت میان کنترل کردن و نظارت کردن در مورد رفتار نوجوان توضیحاتی ارائه دهید.

کنترل کردن شامل بازرسی همه اعمال و جزئیات رفتاری و فضاهای شخصی مراجع می‌شود مانند جستجو در کمد شخصی و یا اتاق و کیف وی و یا تعقیب کردن او و تماس بدون اطلاع با دوستان و درخواست برای گزارش دادن رفتار مراجع.

اما نظارت به معنای اطلاع داشتن مراجع از همه اقدامات والدین در خصوص نظارت بر رفتار خود است. نوجوان باید درک کند که به عنوان فردی که هنوز به سن قانونی نرسیده ملزم به رعایت برخی قوانین و الزامات است. و آگاهانه والدین را از عملکرد خود مطلع سازد.

در مورد اختلاف مراجع و والدینش در این خصوص کمی بحث کنید و سپس از مراجع بخواهید تا حقوق والدینش برای نظارت در امور درمان را مشخص کند و در برگه‌ای بنویسد. هم‌زمان از خانواده درخواست کنید تا حقوق مراجع در حفظ فضای شخصی‌اش را یادداشت نمایند. در انتها از آنها بخواهید تا در این خصوص بحث کرده و به جمع بندی برسید.

چه مرزها و محدودیت‌هایی در حین درمان نیاز است؟ (۱۵ دقیقه)

اعتماد در بین خانواده‌ایی که یک عضو درگیر اختلال مصرف مواد دارد به شدت آسیب دیده است. نیاز است این اعتماد به مرور زمان ترمیم شده و مجدد ساخته شود. گاهی لطمه خوردن این اعتماد باعث وضع قوانین سخت‌گیرانه از سوی والدین می‌شود که می‌تواند نشأت گرفته از احساس خشم یا ترس باشد. مهم است که کمی در این خصوص با خانواده صحبت کرده و دغدغه‌های آنها را جویا شوید.

با مشارکت مراجع و خانواده فهرستی از قوانین مورد نیاز در حین درمان را تهیه کنید و از مراجع و خانواده بخواهید تا آن را امضا کنند و توافق به اجرای آن داشته باشند.

برخی از این قوانین می‌تواند شامل:

- مراجعات منظم به جلسات درمان و همکاری در آن
- عدم درخواست پول بدون دلیل
- بازگشت به موقع به خانه
- رسیدگی به مسئولیت‌ها مانند درس و...
- قطع ارتباط با دوستان مصرف‌کننده و پرهیز از قرار گرفتن در موقعیت‌های خطر

توجه داشته باشید که قوانین و محدودیت‌ها با توجه به شرایط و ساختار هر خانواده ممکن است متفاوت باشد و درمان‌گر باید با توجه به بستر و شرایط خانواده قوانین پیشنهادی را ویرایش کند و از تجویز نسخه یکسان برای همه خانواده‌ها پرهیز نمایند.

برخی از ممنوعیت‌ها برای خانواده شامل:

- مداخله در درمان و تجویز خودسرانه دارو یا قطع آن
- کنجکاوی بیش از حد در مورد محتوای جلسات فردی
- گرفتن آزمایش ادرار در خانه
- تجاوز به حریم شخصی مراجع مانند گشتن کیف و جیب و اتاق شخصی یا تعقیب کردن وی
- اتهام مکرر به مصرف مواد
- طعنه زدن، تحقیر کردن و سرزنش نمودن مراجع به دلیل سابقه مصرف مواد
- درخواست اطلاعات از درمان‌گر در مورد مراجع (اشاره به قانون حفظ رازداری)
- سرزنش مراجع به دلیل تجربه وسوسه

جمع بندی و پایان (۵ دقیقه)

در این بخش لازم است تا خلاصه و جمع بندی از مطالب گفته شده در جلسه ارائه گردد.

در موارد لازم از افراد برای این کار کمک بگیرید. به خانواده توضیح دهید که آخرین جلسه آموزش بوده است و در صورت نیاز می توانند درخواست جلسه داشته باشند.

به آنها یادآور شوید که چه میزان حضور آنان در درمان به پیشرفت مراجع کمک می کند به شرطی که این مشارکت آگاهانه و با علم باشد.

از مراجع و خانواده بخواهید تا صحبت پایانی یا سؤالات و ابهامات خود را مطرح سازند.

از همراهی و همکاری همگی تشکر کرده و با انرژی مثبت جلسه را به پایان برسانید.

بخش چهارم - مهارت‌های زندگی

بخش چهارم بر آموزش مهارت‌های زندگی مورد نیاز برای مقابله با لغزش و عود به مصرف مواد متمرکز است. این بخش از چهار جلسه به شرح زیر تشکیل شده است:

- جلسه ۱۳- مهارت مدیریت خشم
- جلسه ۱۴- مهارت حل مسأله
- جلسه ۱۵- مهارت جرأت‌مندی و رد کردن پیشنهاد مصرف مواد و الکل
- جلسه ۱۶- هدف‌گذاری و پایبندی به درمان

نکات کلیدی:

- مهارت‌آموزی به نوجوان برای ماندگاری در پرهیز
- آموزش مهارت‌های کلیدی
- تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای ختم درمان
- ملاحظات ختم درمان

رویکردهای مورد استفاده: درمان شناختی، رفتاری، مهارت‌های زندگی

جلسه ۱۳- مهارت مدیریت خشم

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنایی با مهارت مدیریت خشم
- درک رابطه تجربه خشم و مصرف مواد

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

برای ورود مراجع به بخش چهارم و آخر به وی تریک گفته و بازخورد مثبت ارائه دهید. در مورد اهداف این بخش به او اطلاعات دهید. در مورد نقش مهارت‌آموزی در درمان اختلال مصرف مواد صحبت کنید. از مراجع بخواهید تا نکات مهم هفته گذشته خود را در صورت تمایل عنوان کند. آیا تجربه وسوسه مواد داشته است یا خیر؟ تجربه حضور در موقعیت پرخطر را جویا شوید.

در مورد نتیجه آزمایش ادراری صحبت کنید و سپس موضوع جلسه را به معرفی نمایید. و وارد دستور جلسه شوید.

نکته مهم:

به دلیل اینکه این بخش آخرین جلسات از برنامه درمانی است توجه به اضطراب برای جدا شدن از درمان‌گر مهم است. لازم است در پایان هر جلسه این بخش تعداد جلسات یاقی مانده را با لحن آرام و مطمئن عنوان کنید و مراجع را برای ختم جلسات آماده نمایید.

برخی از تکنیک‌های دیگر شامل موارد ذیل می‌شود:

- صحبت با مراجع در مورد احساسات و افکارش در مورد ختم جلسات
- اعلام ملایم و دور از تنش تعداد جلسات تا پایان دوره
- برگزاری جلسه فردی در صورت نیاز
- ارائه اطمینان به مراجع در خصوص حفظ رابطه درمانی به اشکال دیگر در صورت نیاز
- معتبر نمودن احساس مراجع

خشم؛ خوب یا بد؟ (۱۵ دقیقه)

پرسش ذیل را با مراجع مطرح سازید:

«به نظر شما خشم خوب است یا بد؟»

اجازه دهید تا او در خصوص این پرسش بحث کند و سپس شما این گونه ادامه دهید:

«خشم یک احساس طبیعی در انسان است. هیچ احساسی به خودی خود خوب یا بد نیستند و صرفاً شیوه بیان و ابراز آن احساسات توسط ماست که آن را مثبت یا منفی می‌کند. نحوه ابراز خشم می‌تواند مخرب یا سازنده باشد.»

از او بخواهید تا جدول ۱۸ درباره ابراز خشم مثبت (سازنده) یا منفی (مخرب) را تکمیل نماید.

سپس به او توضیح دهید که:

«اگر ما نتوانیم به طور درست خشم خودمان را بروز دهیم، احتمالاً بیشتر روابط خود را از دست خواهیم داد. مهارت مدیریت خشم به ما این امکان را می‌دهد که روابط قوی و شرایط زندگی بهتری داشته باشیم. همچنین گاهی ابراز خشم ممکن است تا باعث مشکلات قانونی یا عواقب جدی‌تری برای ما بشود. همچنین گاهی خشم به عنوان یک شروع‌کننده مهم در بروز وسوسه و مصرف مواد شناخته می‌شود. برای همین است که مدیریت خشم یکی از مهم‌ترین مهارت‌های زندگی است که ما را از خطرات دور می‌سازد.»

جدول ۱۸- ابراز خشم مخرب یا سازنده

سازنده	مخرب	موقعیت
		وقتی کسی می‌خواهد شمارا مورد سوءرفتار جنسی قرار دهد.
		مادرتان به شما انتقادی می‌کند.
		دوست‌تان از شما گله می‌کند.
		کسی به شما خیره نگاه می‌کند.
		با مدیر مدرسه یا معلم خود اختلاف نظر پیدا کرده‌اید.
		راننده تاکسی بقیه پول‌تان را پس نمی‌دهد.

ابراز خشم مخرب: به ابراز خشمی گفته می‌شود که نه تنها مشکل را حل نخواهد کرد بلکه به مشکلات اضافه خواهد نمود. مثلاً برای اختلاف نظر با کسی با او درگیر می‌شود و با آسیب دیدن او مشکل قانونی و خانوادگی هم پیدا خواهید کرد. گاهی اوقات ما صرفاً بر این اساس که دیگران در مورد ما چی فکر می‌کنند دست به خشونت می‌زنیم. چون نگرانیم ترسو به نظر برسیم. این مدل از خشم حتماً در دسرساز خواهد بود.

ابراز خشم سازنده: به شیوه جرأت‌مندانه با تکیه بر حل مسأله اشاره دارد که در جهت مراقبت از خود و پیشبرد اهداف است.

از مراجع سؤال کنید: «تا به حال به دلیل عدم کنترل خشم خود دچار دردسر شده‌اید؟ تا به حال به دلیل خشم مصرف مواد داشته‌اید؟» اجازه دهید تا مراجع در خصوص تجربیات خود صحبت کند. در مورد ارتباط میان تجربه خشم و مصرف مواد توضیحاتی را به مراجع ارائه دهید.

شروع‌کننده خشم من (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا به موقعیت‌هایی که در آن بسیار خشمگین می‌شود فکر کند و با توجه به آن جدول ۱۹ را تکمیل نماید. به او توضیح دهید که:

«یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های پیشگیری از بروز خشم شناسایی شروع‌کننده‌های خشم است. شروع‌کننده‌های خشم درست مانند جرقه‌های آتش عمل می‌کنند زمانی که در یک انبار کاه جرقه‌ای ایجاد شود کل آن انبار ممکن است آتش بگیرد. شروع آتش خشم ما هم مهم است. ما باید آنها را بشناسیم و بدانیم که چرا بر روی ما این‌گونه اثر دارند. یکی از تکنیک‌های مهم برای کنترل خشم دوری کردن از شروع‌کننده‌ها است.»

جدول ۱۹- شروع‌کننده‌های خشم من

پاسخ	سؤال
<p>یک-</p> <p>دو-</p> <p>سه-</p>	<p>شروع‌کننده‌ها یا عوامل بروز عصبانیت چیست؟</p>
<p>یک-</p> <p>دو-</p> <p>سه-</p>	<p>چرا این عوامل شما را عصبانی می‌کند؟</p>
	<p>این عوامل باعث می‌شود شما چه احساسی داشته باشید؟</p>
	<p>تفکر منفی در مورد این اتفاق؟</p>
	<p>تفکر مثبت در مورد این اتفاق؟</p>
	<p>شما چگونه عمل می‌کنید؟</p>

تکنیک ACTS

توضیح دهید که کلمه ACTS در انگلیسی به معنی رفتار یا اقدام است. سپس ترتیب حروف را این گونه بر روی فلیپ چارت یا تخته وایت‌برد یا کاغذ یادداشت نمایید:

A= Awareness به معنای آگاهی: یعنی از نشانه‌ها و دلایل ایجاد خشم خود آگاه باشید (برانگیزان‌ها را بشناسید)

C=Controlling به معنای کنترل کردن: واکنش‌های آنی و عکس‌العمل‌های خود را کنترل کنید.

T=Talking به معنای صحبت کردن: در مورد آن موقعیت، با آرامش و ادب و جرأت‌مندانه صحبت کنید.

S=Solving به معنای حل کردن: با راه‌حل‌های منطقی برای حل مشکل اقدام کنید. این اقدامات باید طوری باشد تا هم شما احساس رضایت داشته باشید هم طرف مقابل. اصطلاحاً به آن برنده-برنده می‌گویند.
به سوالات و ابهامات پاسخ دهید.

تکنیک‌های دیگر مدیریت خشم

- به خودم یادآوری کنم که نباید به کسی آسیب بزنم.
- نفس عمیق بکشم، یا آرام تا ۱۰ بشمارم.
- در مورد احساسات و انتظارات خودم در مورد آن اتفاق به خصوص صحبت کنم. قبل از آن که خیلی دیر بشود.
- از دیگران برای حل مشکل کمک بگیرم. جرأت‌مندانه رفتار کنم.
- به خودم برای آرام شدن فرصت دهم. پیاده‌روی کنم، کارهایی برای آرام کردن خود انجام دهم. مثلاً به موزیک گوش دهم، با کسی حرف بزنم، بدوم و...
- از خودگویی‌هایی مثبتی نظیر: "من می‌توانم بر روی خود مسلط باشم" یا "او سعی دارد من را عصبانی کند ولی من کنترل رفتارم را در دست دارم" و یا "این موضوع انقدر ارزش ندارد تا عصبانی شوم" استفاده کنم.

جمع بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و **تمرین منزل ۱۳** را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین در منزل:

لطفا با توجه به موارد بحث شده در جلسه سیزدهم فرم ذیل را تکمیل نمایید.

جدول ۱۳- ثبت موقعیت‌های شروع‌کننده خشم و نحوه برخورد با آن

موقعیت	ابراز خشم		زمان مواجهه	مکان مواجهه	اقدام من با ذکر تکنیک
	مخرب	سازنده			

جلسه ۱۴- مهارت حل مسأله

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنایی با مهارت حل مسأله
- درک رابطه عدم توان حل مسأله و مصرف مواد

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا نکات مهم هفته گذشته خود را در صورت تمایل عنوان کند. آیا تجربه و سوسه مواد داشته است یا خیر؟ تجربه حضور در موقعیت پرخطر را جویا شوید. تمرین منزل را مرور کرده و موقعیت‌هایی را که مراجع در آن احساس خشم داشته است را بررسی کنید. در صورت عدم تکمیل تمرین منزل جلسه گذشته، زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید. همچنین اقدامات مراجع را بررسی نمایید.

در مورد نتیجه تست ادراری صحبت کنید و سپس موضوع جلسه را به معرفی نمایید. و وارد دستور جلسه شوید.

حل مسأله چیست؟ (۱۵ دقیقه)

با این پرسش شروع کنید:

«تا به حال به دلیل بروز یک مشکل مانند درگیری با دوستان یا والدین تجربه مصرف مواد داشته‌اید؟»

اجازه دهید تا مراجع از تجربیات خود صحبت کند سپس توضیحات ذیل را ارائه دهید:

«مهارت حل مسأله به ما کمک خواهد کرد تا به شکل سودمند با مشکلات مواجه شویم. همیشه در زندگی ما موقعیت‌هایی برای گرفتن ذهن ما وجود دارد. که نیازمند حل مسأله هستند. چالش‌ها همواره با تصمیم‌گیری همراه هستند برای پیدا کردن راه حل و تصمیم نیاز است تا ما با مهارت حل مسأله آشنا شویم. اگر قرار باشد تا با بروز مشکل اختلال مصرف مواد داشته باشیم با توجه به این که همواره در زندگی مشکلاتی وجود دارند عملاً قطع مصرف مواد میسر نمی‌گردد. پس به نظر می‌رسد مهارت حل مسأله کمک بزرگی می‌تواند بکند.»

از مراجع بخواهید به مشکلاتی که در خارج از جلسه (در خانه، مدرسه یا محله) دارد فکر کرده و به پرسش‌های ذیل پاسخ دهد:

- مشکل چیست؟
 - علت آن چیست؟
 - چه کسی با آن درگیر است؟
 - قدم‌های شما برای حل مشکل چیست؟
 - شما چه چیزهایی از این مشکل یاد گرفته‌اید؟
- سپس مراحل حل مسأله را به مراجع توضیح دهید.

مراحل حل مسأله:

- تعریف مشکل: شما مشکل را چگونه تعریف می‌کنید؟ چه چیز را به عنوان مشکل در نظر می‌گیرید؟
(به عنوان مثال قلدری یکی از دانش‌آموزان در مدرسه برای شما دردسر درست کرده، شما را تهدید می‌کند و درخواست های نابه جا مانند حمل بسته‌هایی دارد که شما نمی‌دانید در داخل آن چیست؟)
- شامل چه چیزهایی می‌شود: فکر کنید مشکل بر چه کسانی اثر می‌گذارد؟ چه کسانی می‌توانند به شما کمک کنند؟ چه کسانی می‌توانند به شما اطلاعات دهند؟ شامل چه منابع و موانعی می‌شود؟
(این مشکل بر شما و احتمالاً تحصیلات شما تاثیر گذار خواهد بود، به عنوان مثال شما می‌توانید از اولیای مدرسه، پدر یا مادرتان، خواهر یا برادر بزرگترتان، مشاورین مدرسه و.. کمک بگیرید. در مورد دریافت اطلاعات شما می‌توانید به مراکز مشاوره مراجعه کنید و یا با یکی از معلمان مورد اعتماد خود صحبت کنید. موانع شما می‌تواند شامل نگرانی از لو رفتن و بدتر شدن شرایط و یا نداشتن راهنمای مورد اعتماد باشد. منابع شما می‌تواند شامل حمایت خانواده و یا اولیای مدرسه باشد.)
- تعریف بهترین راه‌حل ممکن: دوست دارید چه اتفاقی بیفتد؟
(به عنوان مثال شما دوست دارید بدون ترس و با راحتی کامل به مدرسه بروید و دیگر خطری شما را تهدید نکند)
- فهرست کردن گزینه‌ها: راه حل‌ها و راهبردهای احتمالی شما چیست؟ کارهایی که می‌توانید بکنید تا بهترین نتیجه را بگیرید؟ بهتر است بیش از یک راه حل ارایه شود.
(راه‌حل‌های شما می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

۱. صحبت کردن مستقیم و جرات‌مندانه با دانش‌آموز قلدر در صورت عدم وجود تهدید
۲. صحبت با اولیای مدرسه
۳. صحبت و کمک خواستن از پدر و مادر و اعضای خانواده
۴. گزارش دادن موارد آزار به متولیان امور و مسئولین حفظ امنیت مدرسه
۵. و.....

جدول ۲۰- مراحل حل مسأله

تعریف مشکل:
شامل چه می شود؟
تعریف بهترین راه حل:
فهرست کردن گزینه ها:
سبک سنگین کردن گزینه ها:
تصمیم گیری:

- ترازوی نفع و ضرر (ارزیابی کردن): گزینه‌ها را اولویت‌بندی کنید. کدام گزینه‌ها کم‌هزینه‌تر و پرفایده‌ترند؟

- تصمیم‌گیری برای انتخاب یک گزینه

حل مسأله به شکل کاربردی (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا یک مشکل را از زندگی خود انتخاب نموده و مراحل حل مسأله برای آن را در جدول ۲۰ تکمیل کند.

جمع‌بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و تمرین منزل ۱۴ را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

به مراجع یادآوری کنید که دو جلسه به پایان دوره درمان باقی مانده است.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل ۱۴ - مراحل حل مسأله

مراحل حل مسأله
تعریف مشکل:
شامل چه می شود؟
تعریف بهترین راه حل:
فهرست کردن گزینه ها:
سبک سنگین کردن گزینه ها:
تصمیم گیری:

جلسه ۱۵- مهارت جرات‌مندی و رد کردن پیشنهاد مصرف مواد و الکل

مدت زمان جلسه: ۴۵ دقیقه

اهداف جلسه:

- آشنایی با مهارت جرات‌مندی
- تمرین مهارت رد کردن پیشنهاد مصرف مواد و الکل
- درک اهمیت فراگیری این مهارت

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا نکات مهم هفته گذشته خود را در صورت تمایل عنوان کند. تمرین در منزل را مرور کرده و در مورد ابهامات صحبت کنید و سوالات را پاسخ دهید. در صورت عدم تکمیل تمرین منزل جلسه گذشته، زمانی را به تکمیل آن اختصاص دهید. در مورد نتیجه آزمایش ادراری صحبت کنید و سپس موضوع جلسه را به معرفی نمایید. و وارد دستور جلسه شوید.

مهارت جرات‌مندی (۱۵ دقیقه)

با ارائه توضیحات ذیل وارد بحث شوید:

«همه ما احتیاج داریم در مواقعی نه بگوییم. هما نظور که قبلاً اشاره شد حس‌های ما در مقابل همه رفتارها یکسان نیست، موقعیت‌هایی وجود دارند که ما تمایل به حضور در آنجا و یا انجام آن کار به خصوص را نداریم. مهم است بتوانیم نه بگوییم. راه‌های بسیار مختلفی برای نه گفتن وجود دارد. به نظر شما بهترین راه چیست؟»

اجازه دهید تا مراجع نظرات خود را بیان کند.

سپس در مورد سه رفتار منفعلانه، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه در خصوص نه گفتن بپردازید.

رفتار منفعلانه

- تن دادن به خواسته دیگران؛ به این امید که او تشخیص دهد شما چه می‌خواهید بدون این که به او بگویید!
- به دیگران واگذار کنید که حدس بزنند که شما چه می‌خواهید. به دیگران اجازه دهید تا جای شما تصمیم بگیرند.

- اقدام به دفاع از حقوق خود نکنید.
- دیگران را به خودتان اولویت دهید.
- دادن آنچه که دیگران می خواهند.
- ساکت بمانید زمانی که موضوعی شما را اذیت می کند.
- عذرخواهی فراوان انجام دهید.
- مطیعانه رفتار کنید: آرام صحبت کردن، خنده عصبی کنید، شانه‌های تان افتاده باشد، اجتناب از ابراز مخالفت، نهان کردن صورت با دست

رفتار جرأت‌مندانه

- به افراد دقیقاً همان چیزی را که می خواهید، بگویید؛ به نحوی که بی ادبانه و تهدیدآمیز نباشد.
- به حقوق خودتان بدون محرومیت دیگران از حقوق‌شان پایبند باشید.
- احترام به خود و دیگران
- گوش دادن و صحبت کردن
- احساسات مثبت و منفی خود را ابراز کنید.
- اعتماد به نفس دارید اما تحمیل‌گر نیستید.
- استفاده به موقع از دو عبارت: «من فکر می‌کنم» و «من احساس می‌کنم»
- صحبت رو درو با دیگران
- استفاده به موقع و مؤثر از زبان بدن

رفتار پرخاش‌گرانه

- ابراز احساسات، عقاید و یا خواسته‌های خود، به طریقی که شخص دیگری را تهدید می‌کند یا مجازات می‌کند.
- حقوق خود را بدون در نظر گرفتن حقوق دیگران بخواهید.

- خودخواه باشید. نیاز خود را برتری دهید بدون توجه به احساسات و نیازهای دیگران.
 - زورگو باشید.
 - دیگران را وسیله رسیدن به اهداف خود کنید.
 - رفتارهای قلدرانه داشته باشید. به عنوان مثال: فریاد، وابستگی، گوش ندادن به دیگران؛ مدام به دیگران بگویید که اشتباه می‌کنند. تهدید کنید، دعوا و کتک‌کاری کنید.
- بحث را با رفتار منفعلانه یا اجتناب شروع کنید و سپس به رفتار پرخاش‌گرانه یا حمله برسید. به او توضیح دهید که نیازی نیست تا شما برای نه گفتن یا مخالفت کردن حتما در جایگاه قدرت یا بی‌قدرتی قرار بگیرید. به بیان دیگر حمله یا اجتناب ضرورتی ندارد فقط کفایت تعادلی میان آن دو برقرار کنید تا به رفتار سومی دست یابید که نام آن «رفتار جرأت‌مندانه» است.

مثال برای بروز رفتار منفعلانه، جرات‌مندانه و پرخاش‌گرانه

دوستی از شما درخواست می‌کند که در مهمانی تولد او شرکت کنید؛ شما می‌دانید که شرکت در این مهمانی با توجه به اینکه درست در روز قبل از امتحان مهم شماست برایتان مقدور نیست. همچنین خانواده شما به احتمال زیاد با حضور شما در این مهمانی موافقت نخواهند کرد. شما می‌توانید با توجه به الگوی ذکر شده یکی از رفتارهای ذیل را انتخاب کنید:

رفتار و پاسخ منفعلانه:

سر خود را پایین بیندازید، از برقراری تماس چشمی بپرهیزید و با من من کردن بگویید که اون شب تولد برادرتان هست(در صورتیکه اینطور نیست). یا با خجالت و لحن ضعیف سعی کنید که موضوع بحث را عوض کنید در نهایت ممکن است شما به دلیل ترس از مسخره شدن یا طرد شدن قبول کنید که در این مهمانی شرکت کنید.

رفتار یا پاسخ پرخاش‌گرانه:

شروع به مسخره کردن دوستان می‌کنید و او را برای گرفتن تولد در چنین روزی سرزنش کنید. به او فشار آورید و با صدای بلند مخالفت خودتان را اعلام کنید. حتی ممکن است توهین کنید یا اگر دوستان هم حرفی بزنند درگیری فیزیکی داشته باشید. شما قلدری می‌کنید و ممکن است دلیل واقعی خود برای عدم حضور در مهمانی را اعلام نکنید.

رفتار یا پاسخ جرات‌مندانه:

شما با دوستان تماس چشمی برقرار می‌کنید، از او برای دعوتش تشکر می‌کنید و به او یادآور می‌شوید که بسیار دوست دارید که در این مهمانی شرکت کنید (البته اگر در واقع اینطور است). سپس به او توضیح می‌دهید خیلی کوتاه و با لحن محکم که بنا به دلایلی امکان شرکت در این مهمانی را ندارید. از ارائه این پاسخ خود احساس ترس یا گناه ندارید و برای ایجاد رضایت در دیگران خود را مجبور به انجام کاری حس نمی‌کنید.

جدول ۲۱- آیا من جرأت مند هستم؟

سوالات را بخوانید و ببینید چند بار از پاسخ بله استفاده می کنید.

- آیا من راحت هستم افراد جدید را ملاقات کنم؟
- آیا من می توانم احساسات قوی خود مانند خشم، شکست و ناامیدی را بیان کنم؟
- آیا می توانم بدون آن احساس گناه یا اضطراب کنم، نه بگویم؟
- آیا من می توانم از دیگران درخواست کمک و اطلاعات کنم؟
- آیا من ظرفیت یادگیری چیزهای جدید و انجام کارهای جدید را دارم؟
- آیا من می توانم از اشتباهات خودم آگاه باشم و مسئولیت آنها را بپذیرم؟
- آیا من می توانم نظرم را بگویم، بدون آن که کسانی را که با من موافق نیستند را قضاوت کنم؟
- آیا می توانم نظر صادقانه ام را با دیگران در میان بگذارم، حتی اگر آنها با آن موافق نباشند؟
- آیا اگر رفتار دیگران باعث آزار من می شود، می توانم به آنها بگویم؟
- آیا در گروه با اعتماد به نفس صحبت می کنم؟
- آیا من فکر می کنم نیاز من به اندازه دیگران مهم است و باید در نظر گرفته شود؟
- آیا می توان نظرم را حتی اگر اکثریت با آن موافق نباشند، ابراز کنم؟
- آیا می توانم خشم و ناامیدی خودم را بیان کنم بدون آن که دیگران را سرزنش کنم؟
- آیا من راحت هستم تا وظایفی را به دیگران بسپرم؟
- من برای تجربیات و خرد خود ارزش قائلم.

رد کردن پیشنهاد مصرف مواد و الکل (۱۵ دقیقه)

به نقش همتایان و دوستان مجددا اشاره کنید. به مراجع یادآور شوید که اگر او این مهارت مهم را تمرین نکند همواره در معرض خطر مصرف مواد است. از او بخواهید تا مواردی که تسلیم خواسته دوستانش شده و مصرف مواد یا الکل داشته است را به یاد بیاورد. تأکید کنید که این یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین مهارت‌هایی است که یک فرد در درمان اختلال مصرف مواد نیاز دارد.

در مورد جدول ۲۱ با مراجع صحبت کنید و یا همکاری یکدیگر آن را تکمیل نمایید. هر چقدر تعداد پاسخ‌های مثبت مراجع بیشتر باشد، او جرات‌مندی بیشتری دارد. در صورت پاسخ مثبت به کمتر از ۱۰ مورد تمرین بیشتر مهارت جرات‌مندی باید در نظر گرفته شود.

در مورد رد کردن پیشنهاد مصرف به نکات زیر توجه کنید:

- حتی یکبار تجربه هر ماده غیر قانونی همانطور که اشاره کردیم پرخطر است.
- مهم است تا شما باهوش و جسور باشید تا خود را از دردسر نجات دهید.
- لازم است تا طرف مقابل بداند که شما در مورد مواد غیرقانونی و عوارض آن اطلاعاتی دارید اما نیازی نیست به طور کامل همه اطلاعات را در اختیارش بگذارید.
- سعی در قانع کردن او برای عدم مصرف و یا ترک مصرف نکنید (این کار نیاز به پیش‌نیازهای خاص دارد).
- در اولین فرصت محیط را ترک و به فکر تغییر شبکه باشید (چون ممکن است این کار مجدد تکرار شود).
- به هیچ کس اجازه ندهید در مقابل شما کار غیر قانونی (مصرف مواد) انجام دهد. در صورت عدم توجه به خواست شما درگیر نشوید و محیط را ترک کنید.
- مهم است قاطعیت خود را نشان دهید، اما این موضوع با قلدری و دعوا متفاوت است.
- در اولین فرصت با والدین، اولیای مدرسه و بزرگسالان قابل اعتماد در این مورد صحبت کنید.
- هرگز از نه گفتن به مواد خجالت نکشید.
- تکنیک‌های نه گفتن را تمرین کنید و به یاد بیاورید.

سپس با کمک گرفتن از تکنیک‌های رد کردن یا نه گفتن به نکات ذیل اشاره کنید.

رد کردن پیشنهاد مصرف به صورت کلامی:

- بگویید نه و محیط را ترک کنید. برای مثال به دوست خود بگویید که تمایلی به تجربه مصرف ندارید و از او خداحافظی کنید.
 - بگویید "ه" و آن را در صورت اصرار تکرار کنید. برای مثال: «بله من متوجه صحبت تو هستم اما همان طور که گفتم من علاقه‌ای به مصرف ندارم.»
 - بگویید نه و دلایل خود را عنوان کنید. با این که به طور عام توصیه به عدم ارائه دلایل می‌شود اما می‌توان در اینجا این گونه گفت: «من قبلا در مورد عوارض مصرف شنیده‌ام و تمایلی ندارم امتحان کنم.»
 - بگویید نه و جایگزینی پیشنهاد دهید. به عنوان مثال بگویید می‌توانیم فیلم تماشا کنیم یا به سینما برویم. من مصرف مواد را ترجیح نمی‌دهم ولی می‌توانیم از خوردن یک بستنی با هم لذت ببریم.
 - تکنیک خلع سلاح: گاهی دوستان برای ارائه فشار بیشتر به شما از عباراتی مانند: "بچه نه" استفاده می‌کنند و یا به عنوان مثال به شما می‌گویند "چیه باید مشب بچه‌ها لحظه به لحظه به مامانت گزارش بدی؟" یکی از مهمترین ابزار برای مواجهه با این موقعیت استفاده از تکنیک خلع سلاح است در این تکنیک شما با ارائه پاسخی که او اصلا انتظارش را ندارد او را خلع سلاح می‌کنید به عنوان مثال شما می‌توانید اینگونه پاسخ دهید: "بله دقیقا از مامانم می‌ترسم و در ضمن هر لحظه برای اطمینان او باید لوکیشن محل حضورم را برایش ارسال کنم؛ در ضمن باید با او تا الان تماس می‌گرفتم تجازه بده اول با مادرم تماس بگیرم"
- از آنجاییکه دوست شما انتظار این پاسخ را ندارد به نوعی خلع سلاح می‌شود و شما قدرت عمل را از او سلب نموده و به دست می‌گیرید.

رد کردن پیشنهاد مصرف به صورت غیر کلامی

- تکان دادن سر به طرفین، دست را به علامت منفی تکان دادن
- با حرکات صورت
- ترک کردن محیط

نکات مهم:

- اگر پیشنهاد مصرف توسط اعضای خانواده یا فامیل بود حتما به والدین خود و یا مسئولین مدرسه اطلاع دهید.
- ممکن است کسی از شما درخواست کند صرفا بسته‌ای را برای او نگهداری کنید. حتما در این مورد با بزرگسالان صحبت کنید.

جمع بندی، تمرین در منزل (۵ دقیقه)

در این بخش به جمع‌بندی مطالب عنوان شده با کمک مراجع بپردازید. از او بخواهید تا در هفته پیش‌رو در مورد موضوع جلسه فکر کرده و **تمرین منزل ۱۵** را به او معرفی کرده و از او بخواهید تا این تمرین را در فاصله تا جلسه آتی تکمیل نماید و با خود به همراه بیاورد.

به مراجع یادآوری کنید که جلسه بعدی آخرین جلسه در این برنامه درمانی است. اگر نگرانی دارد شنوا باشید و از تکنیک‌های لازم استفاده نمایید.

جلسه را همراه با انرژی مثبت و قدردانی از همکاری مراجع و همچنین یادآوری زمان و مکان جلسه بعدی به اتمام برسانید.

تمرین منزل

لطفا با توجه به موارد بحث شده در جلسه فرم **تمرین منزل ۱۵** را تکمیل نمایید.

تمرین منزل ۱۵- جرأت‌مندی

داستان ذیل را مطالعه کنید و با توجه به مهارت‌های آموخته شده نقاط خالی را تکمیل نمایید.

داستان
<p>ساناز و مریم / امیر و سپهر در راه رفتن به خانه، بعد از مدرسه هستند. ساناز/امیر می‌خواهد دوست جدیدی را ملاقات کند از مریم/سپهر می‌خواهد که با او برود. مادر مریم/سپهر بسیار ناراحت خواهد شد اگر او به موقع به خانه نرود. ساناز / امیر پیشنهاد می‌دهد که او به مادرش بگوید که در مدرسه کلاس غیرمنتظره‌ای برایمان گذاشتند و مجبور شدیم بیشتر در کلاس بمانیم. اما مریم/سپهر دوست ندارد به مادر خود دروغ بگوید در ضمن می‌داند مادرش ناراحت خواهد شد اما از طرفی دوست دارد تا با دوست جدید ساناز/امیر آشنا شود. او تصمیم می‌گیرد به همراه ساناز/امیر برود.</p> <p>در هنگام دیدار با دوست ساناز/امیر او را بسیار مودب و خوش مشرب می‌بیند. در کنار او بسیار به آنها خوش می‌گذشت. دوست ساناز/امیر درخواست می‌کند با هم مصرف مواد داشته باشند و سپس آنها را به خانه بازگرداند. مریم/سپهر نگران مادرش است و تصمیم می‌گیرد نه بگوید برای این کار او اقدامات زیر را انجام می‌دهد:</p>
.....۱
.....۲
.....۳
.....۴
.....۵

جلسه ۱۶- هدف‌گذاری و پابندی به درمان

اهداف جلسه:

- مرور مجدد برنامه و اهداف درمان
- ارائه بازخورد در مورد پیشرفت مراجع از دیدگاه درمان‌گر
- دریافت بازخورد از مراجع در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان

مقدمه و معارفه (۱۰ دقیقه)

این جلسه آخر در این برنامه درمانی است. کمی در مورد احساس مراجع صحبت کنید. به او برای پایان رساندن با موفقیت درمان تبریک گفته و اجازه دهید تا او نیز احساسات خود را بیان کند. در مورد هفته‌ای که گذشت با او صحبت کنید. تمرین در منزل را مرور کرده و نتیجه آزمایش ادراری را بررسی نمایید. موضوع آخرین جلسه را به وی معرفی کنید و وارد دستور جلسه شوید.

مرور برنامه و اهداف درمان (۱۵ دقیقه)

مشخص کردن حوزه‌هایی که اهداف درمان در آنها برآورده شده یا نشده است نیازمند توجه بیشتر است. بازخورد درمان‌گر در مورد مهارت‌ها و اصولی که مراجع در آن تسلط یافته و فراگرفته است ضروری به نظر می‌رسد.

با کمک مراجع موضوعات و مهارت‌های مطرح شده در این برنامه درمانی را مرور کنید. تمرین‌ها و فعالیت‌ها را به صورت اجمالی مرور کرده و مختصری در مورد هر یک از آنها توضیح دهید. اجازه دهید تا مراجع سؤالات و ابهامات خود را بیان کند.

سپس در مورد نگرانی‌های مراجع بحث کنید. اضطراب و ترس‌های مراجع را بررسی و در مورد آن صحبت کنید. به مراجع اطمینان دهید که رابطه درمانی می‌تواند در قالب‌های دیگر وجود داشته باشد.

اهداف درمان را مجدداً بررسی کنید. در مورد دستیابی یا عدم دستیابی به آنها بحث نمایید. همچنین نگرانی‌های مراجع در مورد اتفاقات پس از درمان را جویا شوید و در صورت نیاز برنامه‌ریزی لازم را انجام دهید.

ترغیب مراجع به ویژه افرادی که به الگوی پایدار پرهیز دست نیافته‌اند به شرکت در برنامه‌های سرپایی مرکز درمانی و یا سایر درمان‌های موجود مانند مشاوره گروهی یا گروه‌درمانی توصیه می‌گردد.

نقشه راه من (۱۵ دقیقه)

از مراجع بخواهید تا سؤالات جدول ۲۲ را تکمیل کند.

جمع بندی و پایان (۵ دقیقه)

از مراجع جهت همراهی و همکاری در درمان تشکر کرده و برای وی آرزوی موفقیت کنید.

راه‌های ارتباطی خود را در صورت نیاز را به وی معرفی کنید.

منابع بیشتر جهت مطالعه بیشتر مراجع معرفی نمایید و برنامه‌ریزی مشخص برای مراجع پس از اتمام این دوره درمانی را یادآوری کنید.

از نتیجه عملکرد خود لذت ببرید!

جدول ۲۲- تحلیل وضعیت

اکتون در آخرین جلسه درمان	قبل از شروع درمان	موارد
		میزان مصرف مواد
		شناسایی شروع کننده‌ها
		مدیریت وسوسه
		مواجهه با فشار همتایان
		شناسایی موقعیت‌های پرخطر
		نگرانی‌ها و اضطراب
		درگیری با خانواده
		کنترل خشم

اکنون در آخرین جلسه درمان	قبل از شروع درمان	موارد
		حل مسأله
		رد کردن پیشنهاد مصرف مواد
		نظم و برنامه‌ریزی

1. Allen ML, Garcia-Huidobro, D, Porta C, Curran, D, Patel R, Miller J, Borowsky I. (2016). Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review. *Pediatrics*, 138, p.e20154425.
2. Anderson R, Panchaud C, Singh S, Watson K. (2013). *Demystifying Data: A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights*, New York: Guttmacher Institute.
3. Banati P, & Lansford JE. (2018) *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*. Oxford University Press, ISBN 9780190847135.
4. Bein A. *Dialectical Behavior Therapy for Wellness and Recovery: Interventions and Activities for Diverse Client Needs*. Wiley Publishing. ISBN: 978-1-118-65333-3.
5. Botvin J, Epstein JA, Baker E, Diaz T, Williams MI. school- based drug abuse prevention with inner- city minority youth – the etiology and prevention of drug abuse among minority youth. *Journal of child & adolescent abuse*.1997; 6(1): 05-19.DOI:/abs/10.1375/acri.41.2.259
6. Campbell-Heider N, Tuttle J, Knapp TR, (2009), The Effect of Positive Adolescent Life Skills Training on Long Term Outcomes for High-Risk Teen. *J Addict Nurs.* 1; 20(1): 6–15. doi: 10.1080/10884600802693165
7. Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology* 11, 141–156.
8. Chorpita BF, Becker KD, Daleiden EL. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice: misconceptions and clinical examples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 46(5):647-52. doi: 10.1097/chi.0b013e318033ff71.
9. Courtney DB, & Milin R. (2015). Pharmacotherapy for Adolescents with Substance Use Disorders. *Curr. Treat. Options Psychiatry*, 2, 312-325. doi:10.1007/s40501-015-0053-6
10. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, and Bhutta ZA. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. *J. Adolesc. Health*, 59, S61-S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.
11. Family Health International (FHI). (2007). *Life Skills Education Toolkit for Orphans & Vulnerable Children in India*, India. ISBN 1-933702-19-2.
12. Filges T, Andersen D, Jørgensen AMK. (2015a). Functional Family Therapy (FFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Syst. Rev.*, 11
13. Filges T, and Jorgensen AMK. (2015). Cognitive–Behavioral Therapies for young people in outpatient treatment for nonopioid drug use. *Res. Soc. Work Pract.*, 28, 363-385
14. Filges T, Rasmussen PS, Andersen D, Jørgensen AMK. (2015b). Multidimensional family therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: a systematic review. *Campbell Syst. Rev.*, 11
15. Foxcroft DR., & Tsertsvadze A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect. Public Health*, 132, 128-134
16. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NML. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 8.
17. Gilligan C, Wolfenden L, Foxcroft DR, Williams AJ, Kingsland M, Hodder RK, Stockings E, McFadyen TR, Tindall J, Sherker S, Rae J, Wiggers J. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 3

18. Glick B. (2009). *Cognitive Behavioral Interventions for At-Risk Youth, Volume II*, By Civic Research Institute, Inc. Kingston, New Jersey 08528.
19. Godley, S.H. (1995). *A case manager's manual for working with adolescent substance abusers*. Bloomington, IL: Lighthouse Institute Press.
20. Godley SH, Godley M, Karvinen T, Slown LL, Wright K. (2006). *The Assertive Continuing Care Protocol: A Clinician's Manual for Working with Adolescents After Treatment of Alcohol and Other Substance Abuse Disorders*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), U.S. Public Health Service (PHS) & U.S. Department of Health and Human Services (DHHS).
21. Godley SH, Meyers RJ, Smith JE, Karvinen T, Titus JC, Godley MD, Dent G, Passetti L, Kelberg P. (2007). *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD387
22. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley KI, Degenhardt L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry*, 3, 265-279
23. Hamilton, N. L., Brantley, L. B., Tims, F. M., Angelovich, N., & McDougall, B. (2001). *Family Support Network for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 3*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD386
24. Hammond CJ. (2016). The Role of Pharmacotherapy in the Treatment of Adolescent Substance Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* ;25(4):685-711. doi: 10.1016/j.chc.2016.05.004.
25. Ireland National Youth Council. (2012). *Support Manual for Dealing with Substance Use Issues in an Out of School Setting*. National Youth Health Programme, National Youth Council of Ireland.
26. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (2011). *Go Girls! Community-based Life Skills for Girls: A Training Manual*. Baltimore, Maryland. Developed under the terms of USAID Contract No. GHH-1-00-07-00032-00, Project SEARCH, Task Order 01.
27. Liddle HA. (2002). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD388
28. Lili L, Shimin Z, Nick T, Samson T & Wong P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and metanalysis. *Addiction*. 111(5):795-805. doi: 10.1111/add.13285.
29. Nagpal J and Prasad DS. (2006). *Bhave' text book of adolescent medicine*. Bhave Jayee Brothers Medical Publishers.
30. National Health Promotion Associate. (2017). *Botvin Life Skills Training (LST). Planning Workbook, A Guide for Implementing a Life Skills Training Program*. National Health Promotion Associate Inc.
31. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Prevention Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide*. NIH Publication No. 04-4212(A).
32. National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*, National Institute on Drug Abuse. NIH, NIH Publication Number 14-7953.

33. Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 44, 45-59
34. Pederson L. (2013). *DBT Skills Training for Integrated Dual Disorder Treatment Settings*. PESI Publishing & Media.
35. Rahdert E, & Czechowicz D. (1995). *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Division of Clinical and Services Research 5600 Fishers Lane Rockville, MD 20857.
36. Reilly PM, & Shopshire MS. (2019). *Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients: A Cognitive–Behavioral Therapy Manual*. SAMHSA Publication No. PEP19-02-01-001. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
37. Reilly PM, Shopshire MS, Durazzo TC, Campbell TA. (2019). *Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients: Participant Workbook*. SAMHSA Publication No. PEP19-02-01-002. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
38. Sampl S, & Kadden R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD384.
39. Snowdon N, Allan J, Shakeshaft A, Rickwood D, Stockings E, Boland VC, Courtney RJ. (2019). Outpatient psychosocial substance use treatments for young people: an overview of reviews, *Drug and Alcohol Dependence*. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107582
40. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, Patton G, Degenhardt L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3, 280-296.
41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006). *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 15-4171. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 35. SAMHSA Publication No. PEP19-02-01-003. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *Counselor’s Treatment Manual Matrix Intensive Outpatient Treatment for People with Stimulant Use Disorders*. US Department of Health and Human Services, Choke Cherry Road Rockville, MD 20857.
44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39 Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Report No.: (SMA) 04-3957
45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.

42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
46. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *J. Subst. Abuse Treat.*, 44, 145-158
47. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt G, Sturge J, Rehm J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369, 1391-1401
48. Tuttle J, Campbell-Heider N, Daivid TM. (2006) Positive Adolescent Life Skills Training for High-Risk Teen: Result of Group Intervention Study. *J Pediatr Health Care.* 20(3): 184–191. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.10.011
49. United Nations. (2003). Life Skills Training Guide for Young People: HIV/AIDS and Substance Use Prevention. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. ST/ESCAP/2317.
50. Waxmonsky JG, & Wilens TE. (2005). Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: a review of the literature. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 15(5):810-25.
51. Webb C, Scudder M, Kaminer Y, Kadden R. (2002). The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 2. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD385
52. William R, & Miller WR. (1995). Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) The University of New Mexico Albuquerque, New Mexico 87131-1161.
53. Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T, Stinchfield R, Koskey R. (2009). Adolescent Substance Abuse Treatment: A Review of Evidence-Based Research. Springer Publishing.

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.