

مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان درمانی

دکتر سعید شاملو

مراحل تغییر

یکی از اهداف پژوهشهای مربوط به نتایج درمان در معتادان این است که قابلیت درمانی آنها تعیین گردد. ولی پژوهشهای متعدد نشان می‌دهد که همه معتادان از درمان سود نمی‌برند. تعدادی، درمان را ادامه نمی‌دهند و بعضی‌ها نیز بهبود مختصری می‌یابند. (Gordon, 1985, Kanfer, 1986) فقدان انگیزه کافی، مقاومت به درمان، حالت دفاعی وعدم توانایی در برقراری ارتباط غالباً عواملی هستند که از بهبود بیمار معتاد جلوگیری می‌کند. از سوی دیگر، تکنیک‌ها، نظریه‌ها و مهارت‌های درمانی ناکافی روان درمانگر، متغیرهایی است که اغلب عدم موفقیت در درمان معتاد به آنها نسبت داده می‌شود.

در یک سلسله از تحقیقات سالهای اخیر، پژوهشگران این سؤال را مطرح کرده‌اند که چه زمانی تغییر در معتاد حاصل می‌شود (Clement, 1983). این تحقیقات نشان داد که تغییرات در افراد معتاد از چند مرحله در یک رابطه غیرخطی می‌گذرد که عبارت است از مرحله پیش انگاره‌ای (Precontemplation) به مرحله انگاره‌ای (Contemplation) و سپس به مرحله آمادگی (Preparation) و بعد مرحله عمل (Action) و بالاخره به مرحله نگهداری (Maintenance).

در سه دهه اخیر صدها پژوهش در مورد روان درمانی و نتایج آن انجام شده است و این نتایج کاملاً نشان می‌دهد که می‌توان در انسان‌ها باروان درمانی تغییرات مطلوبی ایجاد کرد.

(Glass Miller Bergin, Shapiro, Lambert 1986)

با وجود اینکه تحقیقات، سودمندی روان درمانی را به اثبات رسانده است، ولی چگونگی مراحل بهبود در آن هنوز به درستی روشن نیست (Rice, 1980)

همین وضع در روان درمانی افراد معتاد نیز وجود دارد. بعضی از روشهای روان درمانی مستمراً نشان می‌دهد که در درمان اعتیاد موفقند (Hester 1980, 1986) ولی اینکه بیمار معتاد چه مراحل را تا رسیدن به بهبود کامل طی می‌کند، روشن نیست. حتی بعضی از معتادان بدون استفاده از هرگونه درمانی، خود به خود اعتیاد را ترک می‌کنند. ترک اعتیاد ممکن است در اثر تغییر شرایطی که فرد در خود ایجاد می‌کند و یا تغییراتی که فرد عامداً و آگاهانه به وجود می‌آورد، نیز ممکن است.

بنابراین سؤال اساسی این است که:

آیا تغییرات مطلوب و موفقیت آمیز در معتادان می‌تواند توسط روان درمانی و غیر از آن بر رفته اعتیاد وجود داشته باشد؟

این مقاله سعی دارد خلاصه جامعی از ساختارهای اساسی الگویی که به ماکمک می‌کند تا تغییراتی که فرد معتاد در روان درمانی یا غیر از آن می‌کند ارائه دهد و مفاهیم اساسی مراحل و فرایندهای تغییر را تشریح و قابلیت عملکرد آنها را در انواع اعتیاد روشن سازد. نخست می‌پردازیم به بحث درباره مراحل تغییر.

مراحل تغییر توسط آزمونهایی که هم تغییر در مراحل مشخص وهم تغییر در کل مراحل را نشان می دهد ارزیابی شده است. مرحله اول یا پیش انکارهای، مرحله ای است که در آن شخص معتاد هیچ ایده، قصد، نیت یا انگاره ای برای تغییر در آینده ای نزدیک ندارد. بسیاری از افراد معتاد در این مرحله از مشکل و بیماری خود آگاه نیستند. به قول یکی از روان شناسان، در این مرحله، مسأله این نیست که معتاد راه حلی برای مشکل خود نمی بیند، بلکه مسأله مهم این است که او مشکل را نمی بیند. ولی خانواده ها، اقوام، دوستان، همسایه ها و همکاران غالباً آگاهند که فرد معتاد گرفتار مشکلاتی جدی است. هنگامی که معتادان در این مرحله برای روان درمانی می آیند، اغلب به دلیل فشارهایی است که از سوی جامعه به آنها می آید. معمولاً آنها مجبور به تغییر می شوند. برای مثال در برابر فشار همسری که تهدید به طلاق می کند، کارفرمایی که تهدید به به اخراج می کند، والدینی که تهدید به قطع حمایت و محرومیت از ارثیه می نمایند و یا دادگاهی که تهدید به تنبیه قانونی نموده است. آنها در برابر این فشارها ممکن است تاحدی به تغییراتی تن دهند، اما به محض برداشته شدن فشار و تهدید، به سرعت به وضع قبلی خود برمی گردند. به همین دلیل حتی تعدادی از متخصصان هم گمان می کنند که فرد معتاد علاج ناپذیر

است.

در پژوهش هایی که اندازه گیری دقیق برای ارزیابی هر مرحله از تغییر بعمل آمده، این سؤال مطرح شده که آیا فرد واقعاً قصد تغییر رفتار ناپهناچار خود در آینده نزدیک (مثلاً در شش ماه آینده) را دارد یا نه؟ اگر جواب منفی است بیمار معتاد در مرحله پیش انکارهای (Precontemplation) قرار می گیرد. حتی افراد در این مرحله نیز می توانند آرزوی تغییر داشته باشند، ولی این کاملاً فرق می کند با اینکه بیمار به نحو جدی فکر تغییر کردن و بهبود را در سر داشته باشد.

عملاتی که در آزمون های سنجش گرایش به تغییر در مرحله پیش انکارهای وجود دارد و شخص معتاد به آن جواب می دهد از این قبیل است: تا آنجا که به من مربوط است، من مشکلی ندارم که بخواهم آن را تغییر دهم، یا این جمله من مشکلاتی دارم ولی نه آن قدر شدید که بخواهم خود را تغییر بدهم. مقاومت در برابر تغییر، عنصر اصلی مرحله پیش انکارهای است. این مرحله بی فکری است.

مرحله انکارهای

(Contemplation) مرحله ای است که در آن معتاد آگاه است که دارای مشکلی بوده و به نحو جدی برای رفع آن فکر می کند، ولی هنوز دست به عملی نزده است. افرادی که در مرحله انکارهای برای مدتی طولانی متوقف

می شوند. در یکی از تحقیقات درباره افرادی که خود به خود تغییر می کنند، گروهی مرکب از ۲۰۰ معتاد که در مرحله انکارهای بودند برای دو سال پیگیری شدند. میانگین پاسخ این گروه در مدت دو سال این بود که در این مرحله باقی ماندند، بدون تغییر محسوس (Diclemente & Prochaska, 1985)

اساس مرحله انکارهای را در واقع ای که توسط یک روان شناس روایت شده است می توان به روشنی دریافت. این روان شناس روزی به سوی منزلش می رفت که غریبه ای به طرف او آمد و آدرس خیابان خاصی را از وی جویا شد. روان شناس خیابان را به او نشان داد و جزئیات مربوط به آن را روشن کرد. فرد غریبه پس از گوش دادن دقیق، فهمیدن و پذیرش راهنمایی ها شروع به رفتن به سمت مقابل کرد. روان شناس با تعجب به او گفت که شما در جهت مخالف می روید، غریبه گفت: بله می دانم ولی من هنوز آمادگی رفتن به آن طرف را ندارم. این مرحله انکارهای است؛ یعنی بدانسی که کجای خواهی بروی ولی آمادگی برای رفتن نداشته باشی. بسیاری از افراد در روان درمانی اظهار می کنند که آنها وضع خود را درک می کنند ولی آماده تغییر دادن آن نیستند.

یکی دیگر از جنبه های مهم مرحله انکارهای سنجیدن عوامل له و علیه مشکل موجود و کوشش برای

پیدا کردن راه حل آن است. در این مرحله شخص در تلاش برای ارزیابی عواقب ترک اعتیاد و مقدار تلاش و نیرویی که برای رسیدن به این هدف لازم است می باشد (Diclement 1992).

بالرزیابی توسط آزمونهای دقیق علمی، افرادی که اذعان می کنند به طور جدی درصدد ترک اعتیاد در طی شش ماه آینده هستند، در این مرحله قرار می گیرند. در ارزشیابی مداوم، فرد مکرراً مطالبی مانند اینکه من واقعا مشکلی دارم و فکر می کنم حتماً باید آن را حل کنم یا اخیراً به طور جدی فکر کرده ام که میل دارم تغییراتی در خودم بدهم بیان می کند. تصمیم جدی برای حل مشکل اعتیاد محور اساسی مرحله انکاره ای است.

مرحله آمادگی

مرحله ای است که نیت و رفتار فرد هر دو معیار محسوب می شوند. افراد در این مرحله قصد انجام تصمیمی در یک ماه آینده را دارند، ولی تصمیمات یک سال گذشته آنها موفقیت آمیز نبوده است. افراد این گروه که آماده عمل هستند، تغییرات مختصری را در رفتار گزارش می دهند؛ مانند کم کردن چند سیگار در روز و یا فاصله سیگار کشیدن. گرچه آنها در رفتارهای اعتیاد آمیز خود تعدیل کرده اند، ولی هنوز به معیارهای مطمئن و قاطعی برای عمل نرسیده اند، مانند قطع کامل سیگار، الکل، تریاک یا هروئین. ولی آنها قصد دارند که در آینده ای بسیار

نزدیک چنین عملی را انجام دهند. در بخشهای مکرو ربعدی آنها در آزمونهای انگاره ای و عملی نمره بالایی به دست می آورند. برخی از پژوهشگران ترجیح می دهند که مرحله آمادگی را مرحله ایجاد انگیزه برای فعالیت بدانند.

مرحله عمل

در این مرحله افراد رفتارها، تجربه ها، برخوردها و محیط خود را تغییر می دهند تا بتوانند مشکل خود را حل کنند. عمل شامل تغییرات رفتار قابل مشاهده بوده و مستلزم صرف انرژی و وقت بسیار است. تغییرات عینی و علنی در رفتار معنادار کاملاً مشهود است و توجه دیگران را کاملاً به خود جلب می کند. مردم و منجمه متخصصان اغلب اشتباهاً عمل را با تغییرات اساسی مرادف می دانند. در نتیجه، فراموش می کنند زمینه هایی که افراد در حال تغییر را برای عمل می سازد و نیز کوشش فراوانی که نگهداری و تداوم تغییرات بعد از عمل لازم دارد.

افراد زمانی فارغ از مرحله عمل قرار می گیرند که تساو است به طیاشند رفتار مربوط به اعتیاد خود را از یک روز تا شش ماه تغییر موفقیت آمیز معتاد زمانی شروع می شود که معیاری برای سنجش وجود داشته باشد. آن معیار درجه خودداری از استفاده از ماده اعتیاد زاست، مثلاً در مورد ترک سیگار کم کردن ۵۰ درصد تعداد سیگار رفتاری

است که می تواند فرد را آماده عمل کند. ولی آن را نمی توان ترک کاملاً موفقیت آمیز دانست. در بخش هایی مکرراً افرادی که در مرحله عمل قرار دارند جملاتی مانند من واقعا سخت می کوشم که خود را تغییر دهم یا هر کسی می تواند راجع به تغییر صحبت کند، ولی من عملاً آن را شروع کرده ام را مورد تأیید قرار می دهند. این افراد نمره بالا در مقیاس عمل می آورند و نمره پایین در سایر مقیاسها، تغییر رفتارهای ناهنجار به حداقل قبولی با معیارهای از پیش تعیین شده و کوشش چشمگیر برای تغییر، اساس و محور مرحله عمل است.

مرحله نگهداری

نگهداری مرحله ای است که در آن افراد تلاش می کنند که به وضع گذشته برنگردند و دست آوردهایی را که در مرحله عمل به دست آورده اند نگهداری کنند. قبلاً نگهداری را مرحله ای ساکن می پنداشتند. ولی حالا معتقدند که مرحله نگهداری یک مرحله پویا و مداوم است. برای معتادانی که اعتیاد را ترک کرده این مرحله از شش ماه تا زمان نامحدودی از شروع اولین اقدام ادامه دارد. برای بعضی از رفتارها نگهداری باید در تمام طول عمر ادامه یابد. ترک اعتیاد به طور مداوم برای مدت شش ماه را می توان معیاری برای قراردادن فرد در مرحله نگهداری دانست. در اندازه گیری های مداوم، افراد معمولاً نیاز به حمایت در نگهداری

تغییرات مطلوب رامطرح می‌کنند. ثبات رفتار و تغییرات ایجاد شده و پرهیز از بازگشت به اعتیاد محور اساسی این مرحله است.

همان‌طور که می‌دانید اغلب معتادان بار اول موفق به ترک کامل اعتیاد نمی‌شوند. مثلاً در مورد سیگاری‌ها و معتادان به Grass و کوکائین و تریاک به طور متوسط سه تا ده بار سعی می‌کنند، قبل از این که به طور دائم ترک اعتیاد کنند. تعداد زیادی از افراد که اول هر سال تصمیم می‌گیرند که اعتیاد خود را ترک کنند به طور متوسط پنج سال این تصمیم را تکرار می‌کنند تا بالاخره بتوانند برای حداقل ۶ ماه متوالی ترک کنند. (Nocross, 1989). بازگشت به اعتیاد دو دور زدن در مراحل مختلف ترک آن امری است متداول. پژوهشگران در زمان حاضر مشغول بررسی عوامل پویای بازگشت به اعتیاد و تکرار مراحل مختلف آن هستند. (Donavan, 1991).

پژوهشگران در ابتدا تصور می‌کردند که مراحل ترک اعتیاد روند خطی و مستقیمی را طی می‌کند، ولی از آنجاکه بازگشت به اعتیاد بیشتر قاعده است تا استثنا، لذا طرح و مدل مراحل را تغییر دادند. در ابتدا تصور می‌شد که معتاد به سادگی از یک مرحله قدم به قدم به مرحله دیگر پیش می‌رود. البته این پیشرفت خطی ممکن هست ولی در مورد معتادان بسیار نادر است.

شکل نشان می‌دهد که روند مراحل ترک اعتیاد دایره‌ای و دورانی

است نه خطی و مستقیم (ترک نهایی). در این روند مارپیچی (Spiral)، افراد از مرحله انکارهای به آمادگی و عمل و نگهداری پیشرفت می‌کنند، ولی اغلب آنها به مرحله پایین‌تر بازگشت می‌کنند. در تعدادی از این افراد احساس گناه، عدم موفقیت و شرم شدت می‌یابد. این افراد روحیه خود را مسمی بازندوسعی می‌کنند از فکر کردن دوباره برای ترک اعتیاد موقتاً پرهیزند. در نتیجه آنها به مرحله پیش انکارهای سقوط می‌کنند و در آنجا برای مدت نامعلومی باقی می‌مانند.

در مورد سیگاری‌ها تحقیقات نشان می‌دهد که فقط ۱۵ درصد به مرحله پیش انکارهای برمی‌گردند. این پژوهش‌های انگرین واقعیت است که خوشبختانه ۸۵ درصد از این معتادان به مرحله انکارهای و آمادگی برمی‌گردند. البته این درصد در مورد اعتیاد به هرئوئین و الکل و تریاک بسیار کمتر است. مدل مارپیچی این است که اکثر کسانی که بازگشت می‌کنند دائماً به دور خط مارپیچ نمی‌چرخند و اکثر آنها به مرحله اولیه بر نمی‌گردند. به عوض، هر بار آنها سعی می‌کنند از تجربه گذشته بیاموزند و به مرحله بالاتری صعود کنند.

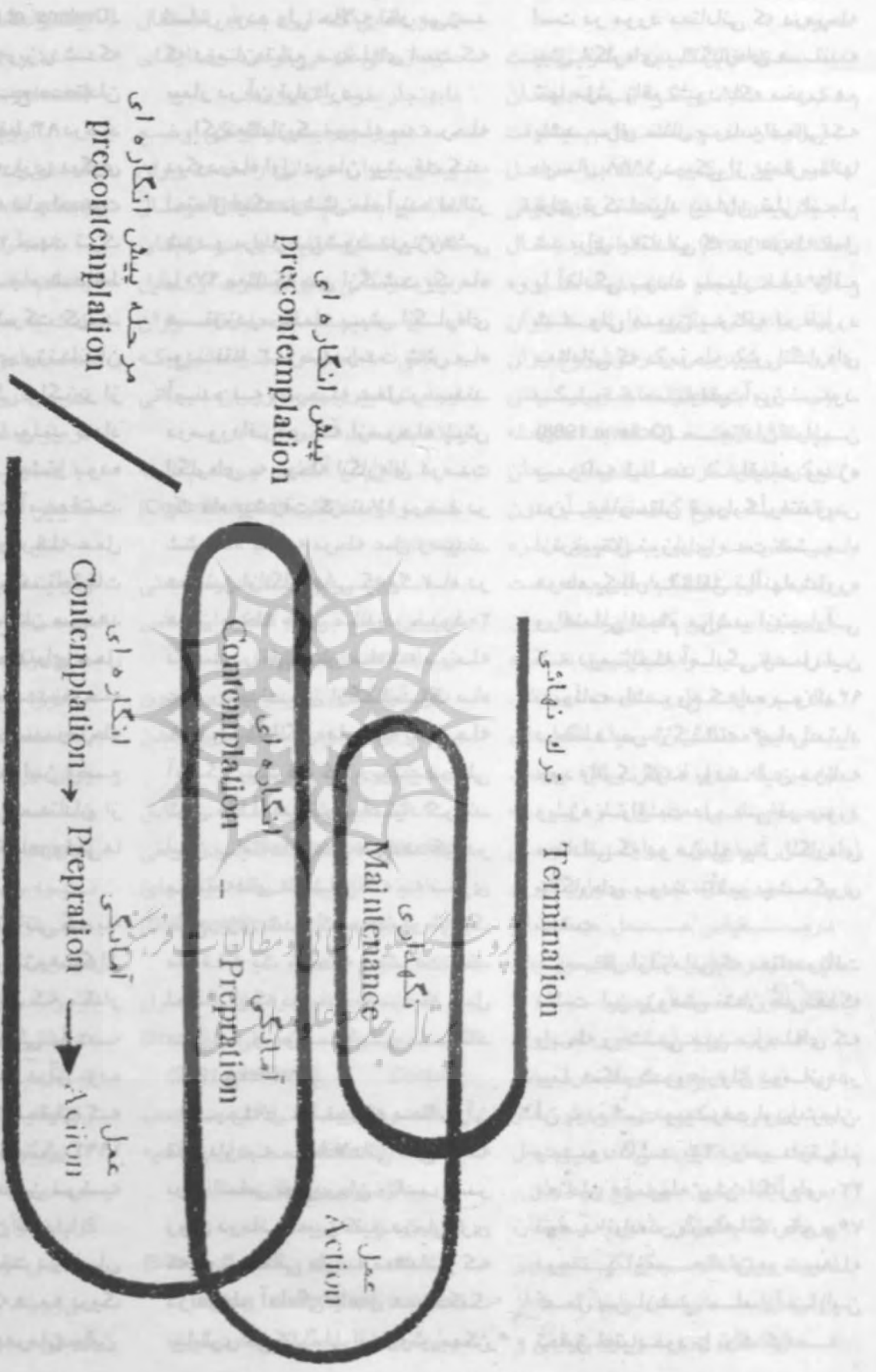
در هر بار کوششی که فرد برای تغییر می‌کند امکان پیشرفت محدود است، ولی به تدریج و در طی زمان تعداد موفقیت‌های بیشتر می‌شود. اما تعداد زیادی از افراد در مرحله پیش انکارهای و انکارهای باقی می‌مانند.

معمولاً هرچه تعداد دفعاتی که فرد عملاً سعی در تغییر می‌کند بیشتر باشد پیش آگهی بهتری از لحاظ ترک اعتیاد وجود دارد. تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

همچنین تحقیقات بیشتری لازم است تا روشن شود که دلیل اینکه بسیاری از افراد با روش خاص خود از مراحل مختلف تغییر می‌گذرند چیست؟ گرچه انتقال از مرحله پیش انکارهای به انکارهای متداولترین تغییر است، ولی ممکن است بعضی از افراد از یک مرحله به هر مرحله دیگری بروند. گرچه زمانی که فرد در هر مرحله صرف می‌کند متفاوت است، ولی فعالیت‌هایی که باید انجام شود تا حدی ثابت دارد.

جنبه‌های درمانی

حال می‌رسیم به جنبه‌های درمانی اعتیاد. متخصصان و پژوهشگران در کشورهای مختلف برنامه‌های بسیار جالبی به منظور درمان بیماران توسط متخصصان و یا بر اساس خودیاری معتادان ایجاد کرده‌اند، ولی چون غالباً این برنامه‌ها تا وطلباته بوده‌است، تعداد شرکت کنندگان زیاد نیست، و یا اغلب پس از گذشت مدت کوتاهی برنامه درمانی را ترک می‌کنند. برای مثال در برنامه‌ای که در کالیفرنیا در سال ۱۹۸۸ برای خودیاری معتادان به مواد مخدر طرح ریزی شده بود، بیش از ۷۰ درصد از این معتادان اعلام کردند که حاضرند در این برنامه که توسط متخصصان با تجربه و به نحو احسن طراحی شده



بود شرکت کنند (Orelans et.al 1988). در این طرح دقیقاً برنامه ریزی شد که همراه با تبلیغات وسیع معتادان را جلب کنند. متأسفانه فقط ۱۴ درصد شرکت کردند. در برنامه ریزی دیگری که توسط دو محقق به نام اسمیت و جفری در سال ۱۹۸۹ جهت ترک معتادان به سیگار انجام شد فقط ۱۵ درصد از سیگاری‌ها شرکت کردند. در مورد بیماران بستری و زندانیان و کسانی که به دلایلی ناگزیر از شرکت در این برنامه‌ها بودند، تعداد شرکت کنندگان طبعاً بیشتر بوده و نتایج بهتری به دست آمده است. اکثریت افراد معتاد در مرحله عمل ترک کامل (Action) نیستند. تحقیقات در مورد انواع معتادان نشان می‌دهد که حداکثر ۱۰ تا ۱۵ درصد برای عمل آمده‌اند، ۳۰ تا ۴۰ درصد در مرحله انگاره‌ای و ۵۰ تا ۶۰ درصد در مرحله پیش انگاره‌ای هستند. این وضع تقریباً در مورد همه معتادان از سیگاری‌ها گرفته تا هروئینی‌ها صادق است.

در مورد تعداد معتادانی که به درمان جواب می‌دهند، پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که مقدار پیشرفت معتاد بستگی دارد به مرحله‌ای که قبل از درمان در آن بوده است (Abrams, 1992) تحقیقی که توسط چند محقق در سال ۱۹۹۲ با ۹۷۰ معتاد انجام شد این فرضیه را تقویت کرد که نمی‌توان تمام معتادان را یک‌نواخت درمان کرد و فرض کرد که همه در یک مرحله‌اند. تاکنون شیوه درمان بر این

اساس بوده ولی حالا به نظر می‌رسد که درمان تابع مرحله‌ای است که بیمار در آن قرار دارد.

اگر معتاد از یک مرحله به مرحله دیگر در ماه اول درمان پیشرفت کند، احتمال اینکه در شش ماه آینده فعالیتش شود و برابر می‌شود. در پژوهشی با ۹۷۰ معتاد که پس از گذشت یک ماه هنوز در مرحله پیش انگاره‌ای بودند فقط ۲ درصد در مدت شش ماه آینده به مرحله عمل رسیدند. در مورد افرادی که از مرحله پیش انگاره‌ای به مرحله انگاره‌ای در مدت یک ماه پیشرفت کردند ۱۷ درصد در شش ماه بعد به مرحله عمل رسیدند. همچنین از انگاره‌هایی که یک ماه در همین مرحله باقی ماندند، حدود ۲۰ درصد در طی شش ماه به مرحله عمل رسیدند. پس از گذشت یک ماه ۴۱ درصد از انگاره‌هایی که به مرحله آمادگی پیشرفت کرده بودند در طی شش ماه آینده ترک اعتیاد کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در برنامه‌های درمانی که به نحوی طرح ریزی شده، که معتاد در طی یک ماه فقط یک مرحله پیشرفت کند، احتمال اینکه در آینده به مرحله عمل برسد را دو برابر می‌کند (Prachka, 1992).

مرحله‌ای از تغییر که معتاد در آن قرار دارد به ما اطلاعاتی می‌دهد که بر آن اساس نوع درمان مناسب را در روان درمانی تعیین کنیم. درمان‌گری که روش فعالی دارد به معتادانی که در مرحله آمادگی یا عمل هستند کمک بیشتری می‌کند. ولی این روش ممکن

است در مورد معتادانی که در مرحله پیش انگاره‌ای یا انگاره‌ای هستند تنها مؤثر واقع نشود بلکه مخرب هم باشد. برای مثال برنامه فعالی که در سال ۱۹۸۸ در یکی از بیمارستانها برای ترک اعتیاد بیماران قبلی انجام شد برای معتادانی که در مرحله عمل یا آمادگی بودند بسیار مفید واقع شد. ولی همین برنامه در مورد معتادانی که در مرحله پیش انگاره‌ای بودند موفقیت آمیز نبود. (Ockene, 1988) معتادان در این برنامه تحت مراقبت ویژه در بیمارستان قرار گرفتند و پس از ترخیص نیز برای مدت شش ماه همراه یکبار با تلفن با آنها مشاوره و راهنمایی انجام می‌شد. از بیماران که در مرحله آمادگی و عمل این برنامه را شروع کرده بودند ۹۴ درصد پس از گذشت ۶ ماه اعتیاد خود را ترک کرده بودند. این برنامه ویژه مراقبت درمانی در مورد معتادانی که در مرحله پیش انگاره‌ای یا انگاره‌ای بودند تأثیر چشمگیری نداشت.

مستقل از درمانی که معتاد دریافت داشت، این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه روشنی بین مرحله‌ای که بیمار هنگام شروع روان درمانی در آن بوده است و پیشرفت او در درمان، وجود داشت. ۲۲ درصد از تمام معتادان در مرحله پیش انگاره‌ای، ۲۳ درصد افراد در مرحله انگاره‌ای و ۷۶ درصد از معتادان در مرحله عمل پس از شش ماه از آغاز این تحقیق اعتیاد خود را ترک کرده

بودند. مسئله قابل توجه دیگر این است که معتادانی که تحت درمان قرار دارند، چه اندازه پیشرفت در رفتن از یک مرحله به مراحل دیگر از خود نشان می‌دهند. در تحقیقی که (Prochaska) و همکارانش در سال ۱۹۹۲ انجام دادند یک گروه از افراد را که یکی در اواسط روان درمانی و گروه دیگر در شروع روان درمانی بودند از لحاظ قرار گرفتن و انتقال از یک مرحله به مرحله دیگر مقایسه کردند. افرادی که درمان را اخیراً شروع کردند تطبیق آزمون بخش مراحل، بالاترین نمره را در مرحله انگاره‌ای به دست آوردند. بیمارانی که در اواسط روان درمانی بودند بالاترین نمره را از مرحله عمل به دست آوردند. یعنی این معتادان از مرحله انگاره‌ای به مرحله عمل انتقال یافته بودند. در مقایسه با معتادان تازه وارد به درمان آنهایی که در اواسط درمان بودند نمره بسیار بالاتری در مقیاس عمل و خیلی کمتر در مقیاس انگاره‌ای و پیش‌انگاره‌ای به دست آوردند.

غیر از مراحل تغییر در روان درمانی که پدیده‌ای است زمانی و نشان می‌دهد که چه زمانی طرز فکر و نیت بیمار تغییر می‌کند و به عمل درمی‌آید، دومین موضوع در روان درمانی یا چگونگی تغییر در بیمار، اهمیت ویژه دارد. چگونگی تغییر در روان درمانی عبارتی است از فعالیت‌های درونی و بیرونی و

تجربه‌هایی که فرد به آن اشتغال دارد زمانی که می‌خواهد رفتارهای ناپسند خود را تغییر دهد. تغییر در فرایند یا چگونگی وضع بیمار در روان درمانی رانخست روان شناسی به نام Prochaska در سال ۱۹۷۹ با تحلیل مقایسه‌ای سیستم‌های روان درمانی عنوان کرد. از تحلیل این سیستم‌های مختلف روان درمانی ۱۰ اصل و عنصر اساسی که فرآیند تغییر و بهبود در روان درمانی باشد به دست آمد.

- ۱- افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و مسائلش (Consciousness raising)
- ۲- ارزیابی مجدد خود یعنی ارزیابی واقع بیفانه تفکر و احساس خود (Self reevaluation).
- ۳- آزاد شدن از قید و بند های درون و پذیرش خود (مانند آسان‌تر شدن تصمیم‌گیری).
- ۴- تغییر یادگیری‌های سابق (Counter conditioning) یا شرطی سازی تقابلی) و اتخاذ روشهای رفتاری جدید (مانند Self assertion) و نشان دادن اراده)
- ۵- تسلط بر عوامل و کنترل محرک‌های محیطی (Stimulus Control).
- ۶- دریافت پاداش مناسب (Reinforcement) چه از ناحیه خود و یا از سوی دیگران به دلیل تغییر کردن.
- ۷- حمایت دیگران (Social Helping relationships support) بهبود روابط با دیگران (به دیگران

بیشتر اعتماد و کمک می‌کند).
۸- برون‌ریزی عاطفی (Emotional release) متناسب در مورد مسائل.
۹- ارزیابی مجدد محیط با توجه به تغییرات روانی (environmental reevaluation).
۱۱- آزادی اجتماعی (Social Liberation) (بیان آزادانه تر عقاید، کمک به هم‌توعان و شرکت در مسائل اجتماعی). این فرایندهای تغییر بهترین عوامل پیش بینی کننده در روان درمانی هستند.

انطباق فرایندها و مراحل تغییر

حال بعد از بحث راجع به مراحل و فرایندهای تغییر مسأله تلفیق این دو مطرح می‌شود. به طور کلی جو حاکم روان درمانی در زمان مانتفیک سیستم‌های مختلف است که به سیستم چندمدلی یا چندبعدی روان درمانی (Multimodal System) معروف شده است. (Alford Norcross) اکثر روان درمانگرها به این نتیجه رسیده‌اند که روان درمانی می‌تواند ابزار بسیار پر قدرتی در درمان باشد در صورتی که از موارد زیر بهره‌مند گردد:

- ۱- بینش‌های عمیق تحلیل روانی.
- ۲- تکنیک‌های علمی و بسیار قوی رفتار درمانی و شناخت درمانی.
- ۳- رویکرد معنوی اخلاق‌گرایان که به خصوص، هستی‌گرایان و انسان‌گرایان از آن استفاده می‌کنند. گرچه بعضی از روان‌درمانگرها اصرار می‌ورزند که چنین تلفیقی از نظر فلسفی و جهان بینی غیر ممکن است؟

ولی در عمل مردم از روشهای تلفیقی برای گذراندن زندگی استفاده می‌کنند و اخیراً هم روان‌شناسانی مانند Lazarus از اعمال این روش نتایج سودمندی به دست آورده‌اند و بتدریج اکثر روان‌درمانگرها به صحت این رویکرد اعتقاد بیشتری پیدامی‌کنند.

همین وضع در مورد درمان اعتیاد نیز صادق است. یعنی روش‌های متعدد برای این عارضه وجود دارد ولی تلفیق و همخوانی کافی (Synthesis) علمی اگر نگوییم وجود ندارد، حداقل بسیار محدود است. یکی از پیشرفت‌های مهم سال‌های اخیر در این زمینه، تلفیق مراحل و فرآیندهای تغییر در درمان است (Diclement, 1991).

بر اساس یافته‌های اخیر، روان‌شناسان توانسته‌اند روشن کنند که چگونه از فرآیندهای خاصی می‌توان در مرحله خاص استفاده کرد یا از بروز آن جلوگیری نمود. در مرحله پیش‌انگاره‌ای، افراد از فرآیند تغییر کمتر از افراد دیگر و مراحل دیگر تغییر استفاده کردند. این افراد اطلاعات کمتری در ذهن خود در رابطه با مشکلاتشان پردازش می‌کردند، وقت و نیروی کمتری برای ارزیابی مجدد خود صرف نمودند و احساس منفی کمتری نسبت به اعتیاد خود داشتند. به‌علاوه آنها در رابطه با دیگران خیلی راحت و آزاد نبودند و کوشش زیادی به‌منظور توجه به مسائل خود یا تغییر

محیط برای حل آنها نمی‌کردند. این گروه در برابر درمان مقاومت شدید می‌کنند. افراد در مرحله انگاره‌ای از روشهای تقویت هوشیاری مانند مشاهده (Observation)، رویارویی (Confrontation) و تفسیر و تحلیل (Interpretation) بیشتر استفاده می‌کنند (Prochaska, 1994).

افراد در این مرحله آزادانه‌تر بیرون‌ریزی عاطفی کرده و از شدت هیجانات منفی خود می‌کاهند. به تدریج که آگاهی افراد در این مرحله زیادتر می‌شود آنها می‌کوشند که مسائل احساسی و شناختی خود را ارزیابی مجدد کنند. هر چه مشکل آنها به هویت خویشتن آنها (Self - Identity) نزدیکتر باشد، ارزیابی مجدد آنها بیشتر مربوط به تغییر خویشتن (Self) آنها می‌شود. در این مرحله انگاره‌ای افراد همچنین تأثیرات نامطلوب و ویران‌کننده اعتیاد خود را بر محیط و به ویژه نزدیکان خود ارزیابی می‌کنند.

در مرحله آمادگی افراد شروع به برداشتن قدم‌های کوچک می‌کنند در حالی که فرآیندهای شناختی و عاطفی و ارزشیابی در آنها افزایش می‌یابد. آنها از روشهای بازآموزی مانند رفتار درمانی و شناخت درمانی و تغییر و کنترل محیط برای ترک اعتیاد استفاده می‌کنند (Diclemente et al, 1991).

در مرحله عمل افراد از فرآیند خودرهایی (Self Liberation) و اعمال اراده بیشتر بهره می‌گیرند. آنها

به تدریج به این باور می‌رسند که قادر به اتکاب به خود برای ایجاد تغییر در سبک و شیوه زندگی خود هستند. عمل موفقیت‌آمیز در درمان شامل استفاده از فرآیندهای رفتاری مانند شرطی کردن مجدد و کنترل عوامل و محرکهای محیط، به ویژه آنهایی که ممکن است باعث بازگشت بیماری گردد، می‌شود. به دلیل اینکه مرحله عمل بسیار استرس‌زا است، معقدان نیاز به حمایت از جانب محیط به ویژه از سوی خانواده و اقوام و دوستان خود دارند.

مرحله نهایی، آمادگی برای نگهداری و حفظ و تداوم دستاوردهای درمان است. نگهداری و تداوم بهبود منوط به موفقیتی است که در هر یک از مراحل بالا به دست می‌آید. عوامل خاصی که برای نگهداری لازم است شامل ارزیابی شرایطی است که تحت آن شرایط فرد ممکن است به وضع نابهنجار قبلی خود بازگردد، و نیز ایجاد رفتارهای جدید در معقد تا بتواند با شرایط موجود سازگاری کند، بدون اینکه مجبور شود که به مکانیسمهای دفاعی و واکنش‌های بیمارگونه متوسل گردد. شاید مهمترین عامل برای نگهداری و تداوم بهبود، پیدایش این احساس در بیمار است که او به شخصی مبدل شده که خود می‌خواسته است. تازمانی که روشهای درمانی این حس را تقویت کنند در درمان بیمار موفقند.

مهمترین نتیجه‌ای که از این مقاله می‌توان گرفت این است که در روان

involved in relaps in addiction, 1991, Canadian Journal of mental health, 5, 63- 76.

8- Orelans J et. al Developing Therapeutic plants for addicts, 1988.

9- Abrams, K. Personality patterns and Psychotherapeutic effects in addicts, 1992.

10- Ockene, M. Effects of each therapeutic process on addiction, 1988.

منابع:

1- Glass C., Milen H., Besgin M., Shapiro R., Lanbest H., Values of Psychotherapy, 1989 Plenum, New york

2- Rice, A.E., Twelve steps to Psychotherapy, 1980, Psychotherapy 50, 44 q - 458.

3- Hester, Pswychotherapy for addicts, 1986, Jouanal of studies on addiction, 37, 685 712.

4- Psochesca, G. Clement, R. Psinciple steps in Psychotherapy for addicts, 1983,

5- Diclemente R., Prochesca G Psychotherapy Process in addicts, 1985, Basic baglo, New york

6- Nocross, E. Process of Psychothery in addiction, 1989, British Journal of Psychotherapy 84, 391 - 397.

7- Dona van, R. Factors

درمانی معتادان، این امر بسیار حائز اهمیت است که هر مرحله از تغییر در بیماری به درستی و دقت علمی ارزیابی گردد و روشهای درمانی دقیقاً منطبق بر مرحله‌ای باشد که معتاد در آن قرار گرفته است. این کار را، گویانکه بعضی از متخصصان گاهی با شیم کلینیکی خود انجام می‌دهند، ولی فقط در چند سال اخیر است که از طریق پژوهش‌های دقیق علمی بررسی و تأیید شده است.