

مددکاری اجتماعی و درمان سوء مصرف مواد

سیدرضا جوادیان^۱



مقدمه :

علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد بوده و بنا به ویژگیهای جوامع

مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. در حالی که برخی از محققان،

پایین بودن سطح بهداشت و در دسترس نبودن حداقل امکانات درمانی،

و فقر و بیکاری و اثر دسترس بودن مواد مخدر را از جمله عوامل مؤثر در

روی آوردن گروه‌های مستعد و تنگدست جامعه به اعتیاد ذکر می‌کنند،

عده‌ای دیگر نیز عوامل زیر را در اعتیاد افراد مؤثر می‌دانند :

اختلاف‌های همیشگی والدین و از هم پاشیدگی خانواده.

نگهداری فرزندان توسط مؤسسات سرپرستی (بی سرپرستی

فرزندان).

سابقه نوعی اعتیاد در خانواده.

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی

جهان امروز است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیرمجاز در چند دهه

گذشته، بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدی

در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. عواقب و خسارت‌های

اقتصادی، بهداشتی، روانی و اجتماعی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست.

برخی گزارشها همراهی اعتیاد با بعضی از بیماریهای خطرناک

مانند هیپرتنشن و ایدز و همچنین عوارضی چون افسردگی، اضطراب،

فراموشی، روان پریشی، اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریوم را

نشان می‌دهد.

۱-عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

<p>درمان معتادان و فعالیتهای پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار می باشد.</p>	<p>عدم امکان بازگویی مسائل در خانواده توسط نوجوانان. وجود حالت افسردگی.</p>
<p>در کشور ما عرضه مواد مخدر از طریق اجرای قوانین و فعالیتهای نیروهای انتظامی روز به روز کاهش می یابد، لیکن تاکنون این تلاش مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است.</p>	<p>سستی والدین نسبت به ارزشهای معنوی، اعتقادی و اخلاقی. غفلت والدین از نیازهای اساسی فرزندان. عدم احساس امنیت مادی و معنوی در خانواده.</p>
<p>از طرف دیگر رویکردهای درمانی نیز با مشکلات بسیاری مواجه بوده است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می کنند دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده اند که برطرف کردن آن هزینه و وقت و انرژی زیادی صرف می کند. و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. به دلیل پیچیدگی مشکلات اعتیاد، ساختار درمانی پیچیده ای مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را دربرگیرد.</p>	<p>اعمال تنبیه و خشونت های بی مورد. عدم اجرای انضباط صحیح در خانواده. ناتوانی والدین در تصمیم گیری و در نتیجه بی ثباتی خانواده در ابعاد گوناگون.</p>
<p>برنامه های درمانی نیاز به زمان و تلاش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگر و سازمانهای مسئول دارد. درمان اعتیاد به دلیل فردی بودن آن و دلایل ذکر شده، بسیار پرهزینه می باشد. از سوی دیگر درمان کارآمد مستلزم شرکت فعال معتادان به مواد، خانواده آنان و اعضای تیم درمان (روانشناس، پزشک، روانپزشک، مددکار اجتماعی) است.</p>	<p>سرزنشها و تحقیرهای مکرر والدین از فرزندان، به ویژه در حضور دیگران. محرومیتهای عاطفی بویژه عشق و محبت مادری در سالهای اولیه کودکی. حمایت های بیش از حدی که مانع از مسئولیت پذیری فرزندان می شود.</p>
<p>مددکاران اجتماعی به دلیل نقشی که در درمان معتادان دارند و همپنطور به واسطه نقش حامی و رابطی که با خانواده های معتادان ایفا می کنند، ملزم به انجام تلاش گسترده ای در زمینه کاهش مسائل</p>	<p>عصبانیت فرزندان به علت اختصاص درآمد والدین برای هزینه های شخصی. ناهماهنگی در روشهای تربیتی فرزندان از سوی والدین و بسیاری از موارد فردی و خانوادگی دیگر. مبارزه با اعتیاد در جهان بر سه روش کلی مبارزه با عرضه،</p>

و مشکلات معتاد و خانواده وی چه در دوره سم زدایی و چه در مرحله پس از سم زدایی و پیگیری هستند. بویژه در مراحل سم زدایی و پیگیری که موظف به آماده سازی فضای خانواده برای پذیرش بیمار و ارائه راهنماییهای لازم به بیمار و خانواده وی در جهت پیشگیری از عود می باشند.

مددکار اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، در فرایند بهبودی بیماران نقش بسزایی را ایفا می نماید. اهمیت اقدامات وی در این فرایند بر کسی پوشیده نیست. شاید بتوان بین نقش مددکار با دیگر اعضای تیم درمان در مرحله سم زدایی مرز مشخصی قائل شد.

اما در مراحل پس از سم زدایی و بویژه پیگیری، فعالیتهایی که مددکار انجام می دهد و خدماتی که به بیمار و خانواده وی ارائه می کند و یا حداقل انتظار می رود که انجام دهد و ارائه کند، با دیگر اعضای تیم درمان تقریباً متفاوت و از نظر کمیت و کیفیت، دارویی اهمیت خاصی است.

لیکن به دلیل حساسیت و اهمیت نقش و جایگاه مددکار در مراحل پس از سم زدایی و پیگیری ضرورت ایجاد کردن آن که ضلع علم از مسائل و مشکلات بوجود آمده در زمان اعتیاد وی (که ناش از اعتیاد او بوده) یاری دهد. چرا که احتمالاً بیمار در آغاز این مرحله دچار احساس نگرانی و ترس از شروع زندگی بدون مواد و همراه با مسائل حل نشده گذشته معتاد خود است. لذا کلیه تلاش مددکار در این مرحله باید در این راستا باشد که بیمار بر روی توانمندیهایش و آموزشهایی که در زمینه درمان توسط اعضای تیم درمان به وی ارائه

بیان کرده و به صورت آنچه در دست شماست، تهیه گردد. امید است این نوشتار بتواند کمبودهای موجود در این زمینه را جبران نموده و مورد استفاده تمام مددکاران عزیز که در امر پیشگیری و درمان اعتیاد تلاش می کنند، واقع شود.

فعالیت های مددکار در مرحله پس از سم زدایی :

مطمئناً می دانید که اکثر قریب به اتفاق معتادان دارای نمونه های رفتاری خاص هستند و از هر ابزاری جهت توجیه عمل خود استفاده می کنند و دلایل محکمه پسندی نیز ارائه می دهند تا رفتار خود را موجه جلوه دهند. در این زمان و بویژه در مرحله پس از سم زدایی باید به این نکته آگاهی کامل داشت که تا بیمار دلیل محکمی برای مصرف نکردن و پاک ماندن نداشته باشد، عملاً هرگونه اقدامی در جهت بهبودی وی بی نتیجه خواهد بود. به عبارتی دیگر تا بیمار قادر نباشد زندگی همراه با مصرف مواد مخدر خود را با زندگی بدون مصرف آن به خوبی مقایسه کند و بویژه آثار این دو شیوه زندگی را در آینده تحلیل نماید، فرایند بهبودی تمرینش نخواهد بود.

مددکار در این مرحله می بایست با رفتاری صمیمی و حرفه ای ضمن توجه به نکات مثبتی که در بیمار وجود دارد، تلاش کند وی را نسبت به شروع زندگی بدون مواد امیدوار و آماده نماید.

همچنین می بایست بیمار را در تحمل ناراحتیها و فشارهای ناشی از اعتیاد او بوده) یاری دهد. چرا که احتمالاً بیمار در آغاز این مرحله دچار احساس نگرانی و ترس از شروع زندگی بدون مواد و همراه با مسائل حل نشده گذشته معتاد خود است. لذا کلیه تلاش مددکار در این مرحله باید در این راستا باشد که بیمار بر روی توانمندیهایش و آموزشهایی که در زمینه درمان توسط اعضای تیم درمان به وی ارائه

شده است، متمرکز شود و در نهایت به این نکته برسد که خود باید بیش از هر فرد دیگری در رفع مشکلاتش بکوشد.

مددکار واقعیات زندگی گذشته و حال و پیوستگی آنها را برای بیمار روشن می‌کند و وی را از چگونگی احساسات، عواطف، باورها، پندارها و وضعیت کنونی اش مطلع می‌سازد.

پس از این مرحله، تلاش برای ایجاد تعهد و مسئولیت، خودسازی و مشارکت فعال فرد برای بهبود سرنوشت و ایجاد اعتماد به نفس و اراده و آشنایی با امکانات خلاق و سازنده وی آغاز و بر خودتصمیم‌گیری و خودباوری در او تأکید می‌کند.

معمولاً معنادان تمایل دارند تا از زیر بار مسئولیت شانه خالی کنند و این موضوع در مواردی که رفتار مرتبط با اعتیاد در آنها روی می‌دهد، بیشتر است. لذا مددکار باید به این نکته (رفتار غیرمسئولانه) توجه کافی داشته باشد و به جای پرداختن به گذشته‌هایی که معناد از آن صحبت می‌کند و آن را عامل اعتیاد خود

می‌داند، باید تلاش کند که مقیم را از غیرمسئولانه بودن رفتار و عملکردش آگاه کند.

مددکار در این مرحله به جای پرداختن به گذشته‌های معناد و آن چیزی که او موجب اعتیادش می‌داند، به زمان حال و آینده وی تأکید می‌کند. زیرا تنها چیزی که قبل تغییر نیست گذشته است اما حال و آینده را می‌توان بهتر ساخت.

از طرفی مددکار جلوی هرگونه عذر و بهانه‌ای که در بعضی

مواقع، بیمار برای مصرف مواد مخدر (انگیزه‌های ناخودآگاه و دلیل تراشیها) می‌آورد را مسدود می‌کند و با برخوردی صمیمی و جدی او را قادر می‌سازد تا درباره رفتار غیر مسئولانه‌اش به جای دلیل تراشی، به قضاوت منطقی بیندیشد. وی در این جریان می‌تواند بیمار را با رفتارش روبرو سازد تا بتواند درک درستی از رفتار غیرمسئولانه‌اش بدست آورد و ضمن توجه کردن به استعدادها و توانمندیهایش، عمیقاً احساس کند که خود مسئول وضعیت موجود است. در بحث رفتار مسئولانه باید بر رفتار و عملکرد زمان حال تأکید و توجه داشت.

کثیرمعتادان برای اجتناب از روبرو شدن با رفتار فعلی خود، بر احساسات خویش تأکید می‌ورزند (مثلاً به کار بردن عباراتی چون "حالم گرفته بود" یا "اعصابم خرد بود" و...). لذا مددکار باید به این نکته توجه داشته و در بعضی موارد آموخته‌های بیمار را به وی یادآوری و تجزیه و تحلیل کند.

مددکار در مورد رفتار بیمار به طور مستقیم قضاوت نمی‌کند بلکه سعی می‌کند او را آگاه ساخته و با او به گونه‌ای برخورد کند تا خودش قسمت به قضاوت صحیح و مناسب بزند. در واقع با چنین برخوردی راه برای هرگونه دلیل تراشیهای بیمار بسته خواهد شد. مثلاً در صورتی که بیمار فکر می‌کند (یا قضاوت می‌کند) بدون مصرف مواد زندگی بهتری خواهد داشت باید در مورد آن بیش از هر شخص دیگری تفکر و اندیشه کرده و برای زندگی بدون مواد

در شروع مرحله پس از سم زدایی، بعد از انجام اقدامات فوق (طرح برنامه روزانه و ...) می‌بایست ملاقاتی نیز با خانواده بیمار (بدون حضور وی) در محل مرکز درمان صورت گیرد.

بیماران برخوردار از حمایت خانوادگی، بهبودی شان را با سرعت و جدیت بیشتری ادامه می‌دهند.

تجارب بالینی نیز نشان داده است که مشارکت و دخالت دادن خانواده‌ها در درمان باعث مشارکت بیشتر بیمار در درمان و تسریع آن می‌شود.

در هنگام ملاقات با خانواده، باید ابتدا خانواده را نسبت به رفتاری که از بیمار سر می‌زند، حساس نمود و خانواده را متمایل به پذیرش این واقعیت کرد که فرد معتاد به تنهایی مسئول اعتیاد خود نیست.

شاید برخی از خانواده‌ها در برابر تلاش ما به منظور کمک به آنها مقاومت کنند. "من خوریم" یا "ما خوبیم" جمله‌ای است که اغلب آنها می‌گویند. لذا باید تمایل دارند که به فرد بیمار کمک شود نه به آنها و معتقدند که بیمار فرد دیگری است.

لذا باید به این نکات توجه داشت که آنها باید چشم‌هایشان را نسبت به رفتارهای غیرسازشی خود باز کنند. به آنها باید یاد داد که بیمار را بپذیرند و این واقعیت را دریابند که معتادان مشکلاتی دارند که باید تشخیص، درک و پذیرفته شود و در نهایت خانواده‌ها به این باور برسند که آنها مسئول رفتارهای بیمار نیستند.

برنامه‌ریزی و تلاش کند.

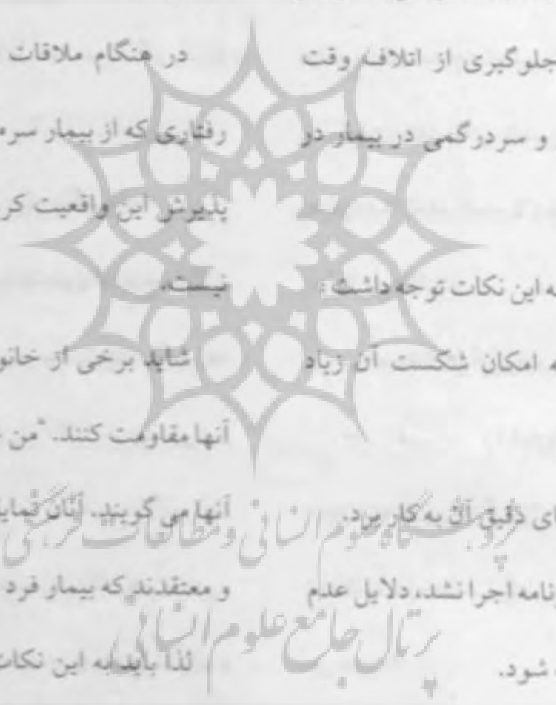
در مورد موضوع فوق لازم است مددکار با بیمار همکاری صمیمانه داشته و او را در طرح برنامه روزانه و اتخاذ تصمیم برای داشتن زندگی سالم و بدون مواد پاری دهد. او همکاری خود را در طرح برنامه روزانه بیمار، اینگونه آغاز می‌کند که ابتدا با همکاری بیمار فهرستی از فعالیت‌های مورد علاقه وی را تهیه کرده و سپس با توجه به آنها، طرح برنامه روزانه برای مدتی مشخص، نوشته می‌شود. هدف از این کار در درجه اول، آموزش چگونگی برنامه‌ریزی به بیمار و در درجه دوم جلوگیری از اتلاف وقت روزانه و شکل نگرفتن احساس کلافگی و سردرگمی در بیمار در مرحله پس از سم زدایی است.

در مورد طرح برنامه روزانه لازم است به این نکات توجه داشت: نباید برنامه‌ای طرح‌ریزی شود که امکان شکست آن زیاد باشد.

بیمار حداکثر توان خود را جهت اجرای دقیق آن به کار برد. در مواردیکه بنا به دلایلی قسمتی از برنامه اجرا نشد، دلایل عدم اجرای آن در جلسه مشترک با بیمار بحث شود.

بیمار هر شب قبل از خواب در مورد برنامه امروز و فعالیت‌های انجام گرفته، تفکر کرده و آنها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

در ملاقات‌های بعدی با بیمار در مورد رفتارهای انجام شده در قالب برنامه فوق سؤال شود و مورد بحث قرار گیرد.



رتال جامع علوم انسانی

همچنین آنها باید یاد بگیرند که در مقابل تغییراتی که در رفتار بیمار ایجاد می شود، بویژه رفتارهای مطلوب (مثل نکشیدن سیگار زیر سقف) بی توجه نبوده و بازخوردهای خوبی به وی بدهند.

در پایان باید به خانواده ها یادآوری کرد که به هیچ وجه انتظاراتی بالا و خارج از توان بیمار از وی نداشته باشند. مثلاً انتظار نداشته باشند بیمار بعد از سم زدایی شغل مناسبی پیدا کند. خانواده ها باید بدانند که فرایند بهبودی، تدریجی است. در پایان این ملاقات، مددکار خانواده را در مورد نحوه پیگیری بیمار آگاه کرده و در زمینه اوقات ملاقات حضوری و تماسهای تلفنی با آنها هماهنگی لازم بعمل می آورد.

فعالیت های مددکاری اجتماعی در مرحله پیگیری:

بهتر است، پیگیری مددکار اجتماعی در سه ماه اول شروع درمان، هر دو هفته یکبار به صورت ملاقات حضوری و هر هفته یکبار به صورت تلفنی و در سه ماه دوم به صورت هر ماه ملاقات حضوری و هر دو هفته یک بار تماس تلفنی انجام گیرد.

در مورد پیگیری به صورت تلفنی بهتر است مددکار هم با خواه فرد تماسی داشته باشد و هم با خانواده، البته به صورت جداگانه و حداقل با یک روز فاصله زمانی.

در تماس تلفنی با فرد، مددکار پس از آنکه از وی خواست در مورد وضعیت جسمی و روحی خود در چند روز گذشته صحبت کند، در موارد زیر نیز اطلاعاتی از فرد می گیرد.

برنامه روزانه به چه صورت پیش می رود؟

در مورد اشتغال چه کارهایی انجام داده ای؟

آیا دوستان معتاد گذشته با تو تماسی داشته اند؟

چندبار وسوسه شدی؟ چطور شد که وسوسه شدی؟ چه کاری

برای غلبه بر وسوسه انجام دادی؟

روابط با اعضای خانواده به چه صورت است؟ آیا در این زمینه

مشکلی داشته ای؟

آیا با همسایگان یا اقوام برخوردی داشته ای؟ عکس العمل و

برخورد آنها به چه نحو بود؟

اما در تماسهای تلفنی که بعضی مواقع ممکن است مددکار با

خانواده داشته باشد، لازم است که محتوای مکالمه در چارچوب

موارد زیر باشد.

برخورد او با خانواده و خانواده با او چگونه است؟

چه تغییرات رفتاری را در وی مشاهده کرده اید؟ به چه

شکایات خانوادگی صورت گرفته است؟

شما در مقابل رفتارهای مطلوب وی چه عکس العملی نشان

می دهید؟

آیا رفتارها یا حالات مشکوکی که نشانه مصرف مواد باشد، در

وی دیده اید؟

آیا از بروز بعضی رفتارها در وی احساس نگرانی می کنید؟ آن

رفتارها را نام ببرید؟

آیا در بعضی موارد از شما کمک خواسته است؟ در چه مواردی از شما کمک خواسته است؟

آیا در مورد وسوسه مصرف مواد با شما صحبت می کند؟ شما چه عکس العملی نشان می دهید؟

در مورد ملاقاتهای حضوری نیز مطابق با تماسهای تلفنی بهتر است علاوه بر ملاقات فرد، خانواده و تمام افرادی که فرد با آنها زندگی می کند هم ملاقات شوند. به نظر می رسد که در بعضی مواقع لازم باشد ملاقات با خانواده جدای از ملاقات با فرد باشد.

(تشخیص این دو به عهده مددکار می باشد) محتوای بحثهایی که در ملاقاتهای حضوری با فرد مطرح می شود، در هر ملاقات ممکن است متفاوت باشد اما به طور کلی می تواند در چارچوب موضوعی باشد که فرد مطرح می کند و یا در چارچوب نکاتی باشد که در قسمت نقش مددکار در مرحله پس از سم زدایی بیان شد.

ملاقات با خانواده :

بیماری اعتیاد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. نظام حمایتی خانواده که توسط اعتیاد دستخوش تغییر و تحریف شده است ادامه رفتار اعتیادی را در فرد تقویت می کند.

زندگی اعضای خانواده معتاد حول محور معتاد می چرخد و به او متمرکز شده اند در واقع آنها به معتاد اعتیاد پیدا کرده اند.

خانواده اغلب برای تطابق با رفتار و حالات متغیر فرد (معتاد) مجبور به سازگاری است و اکثر آنها ممکن است خود را مقصر

بدانند و مدام سرزنش کنند. در بسیاری از مواقع خانواده بر این باور است که می تواند معتاد را مجبور کند تا از رفتارهای اعتیادی و مصرف مواد دست بردارد و همین باعث ایجاد حالت بیم و امید در آنها می شود. به طوریکه بیشتر اوقات بین این دو قطب (بیم و امید) سرگردان می شوند.

بنابراین بر طبق این دیدگاه (اعتیاد خانواده معتاد) درمان متوجه یک فرد متعلق به یک خانواده نیست بلکه به سوی گروه ابتدایی خانواده به عنوان یک سازمان کلی، سوق داده می شود و هدف آن تغییر عناصر سیستم روابط خانوادگی می باشد. عناصری که مانع تکمیل وظایف زندگی خانوادگی و شکوفایی اعضای آن می شوند. در حال حاضر و در همه جا خانواده هایی یافت می شوند که دارای مسائلی و مشکل هستند، همانطور که اکرم (Ackerman) یادآوری می کند، به نظر می رسد پس از یک شوک (اعتیاد)، خانواده کمتر از سابق قادر به بازیابی تعادل خویش است. در تمام

بیماری اعتیاد به صورت قسمت‌های از هم جدایی به نظر می رسد که می توان دوباره آنها را به هم متصل کرد، ولی به چه بهایی؟ در این خصوص نظرات مختلفی ارائه شده است. عده‌ای معتقدند که خانواده امروزی بسیار قوی است و فقط برای هماهنگی با زمان خویش، در حال تغییر است. به نظر دیگران خانواده علامتهای بی چون و چرای بی نظمی و فرسودگی را نشان می دهد. آیا خانواده آنگونه که ما آن را می شناسیم خواهد توانست به زندگی ادامه دهد

یا در حال اضمحلال است؟ آیا خانواده در حال نبرد ناامیدانه برای مطابقت خویش با دنیای در حال بحران است؟

مددکار اجتماعی سیستم خانوادگی را به سیستم درمانی تغییر می دهد و این کار با قرار دادن خود در آن موقعیت به منظور جریان درست دادن به روند کار انجام می پذیرد.

او خود را به خانواده ملحق می کند برای اینکه بتواند در بازسازی و ایجاد تغییر در عملکردهای واقعی به خانواده کمک و یاری رساند. مددکار این عمل را طوری به انجام می رساند که بتواند بهتر و ظریفتر را در مقابل اعضای خانواده ایفا کند.

یکی از مهمترین فعالیتهای مددکار در مرحله پیگیری، ملاقات با خانواده است تا تمام اعضای خانواده را که زیر یک سقف زندگی می کنند، شناسایی کرده و رابطه ای مستقیم با مشکلات موجود در خانواده ایجاد کند. پس در اولین ملاقات باید تمام خانواده را مورد بررسی و موشکافی قرار داد. تا تصویری جامع از عملکرد اعضای خانواده را ترسیم کرد و چگونگی روابط و نقش آنها را در خانواده دریافت.

در واقع مرحله و جریان ابتدایی کار، بر خانواده تأکید و مرکزیت دارد. و در مرحله پایانی بررسی و ارزیابی، مددکار باید به کنشهای موجود در خانواده پی ببرد و بداند که خانواده چگونه با محیط پیرامون خود مدارا می کند.

مهمترین هدف ملاقات با خانواده این است که دریابیم، این

مسأله (اعتیاد) در مجموع چه اهمیتی برای کل خانواده و چه اهمیتی برای تک تک افراد آن به صورت جداگانه دارد.

درک مشکل اعتیاد در خانواده در حقیقت تنها مربوط به مددکار نخواهد بود. بلکه این کل خانواده است که باید به طور همزمان با مددکار از مشکلات و روشهای ایجاد ارتباط، عملکردها و نقشهای اعضای خود باخبر شود.

هیچ فردی را نمی توان یافت که در خانواده اعتیاد پرورش یافته باشد و خانواده او را تغییر نداده باشد. اعضای خانواده معتاد کنترل بر محیط خانوادگی خود را به مدت طولانی از دست داده اند. آنها بیش

از هر چیزی در آرزوی کسب ثبات در خانواده هستند. و این چیزی است که به آسانی میسر نمی شود. آنها شدیداً بواسطه اعتیاد آسیب دیده اند. زندگی در دنیای اعتیادی مهارتهای سازش نایافته ای را ایجاد کرده است. الگوی ارتباطی در هم تنیده و از هم گسسته و سایر

الگوهای مخرب در چنین خانواده هایی فراوان به چشم می خورد. آنها بزرگانی هستند که در خانواده اشکال مختلفی از مشکلات را تجربه می کنند و همچنین موقعیتهای غیر قابل تحمل از نظر دیگران را به راحتی تحمل می کنند و بیش از دیگران از خود و نیازهای خود غافل هستند.

مؤثرترین راه برای نیل به مقصود در اولین جلسه ملاقات خانوادگی پرداختن به رویدادی است که اخیراً حادث شده است. که معمولاً سم زدایی بیمار و ادامه فرایند درمان وی می باشد. و با احتمالاً مشکلی که خانواده ممکن است در مورد فرد بیمار مطرح

بحث در آن جلسه، به عهده مددکار اجتماعی است. اما بهتر است در چارچوب موضوعات زیر جلساتی با حضور تمامی اعضای خانواده که شامل فرد بیمار نیز می شود برگزار گردد:

صحبت نکردن در مورد وقایع ناخوشایند گذشته و پرداختن به زمان حال و راه‌های احتمالی دستیابی به وضعیت مطلوب.

بحث راجع به اینکه اعضای خانواده بیش از گذشته یکدیگر را تأیید کنند و صفات مثبت هر یک را به زبان بیاورند.

بحث بر سر اینکه به خوشحال کردن یکدیگر فکر کنند و موظف باشند هرچند روز یکبار عملی هرچند ناچیز را برای خوشحالی اطرافیان انجام دهند.

تهیه فهرستی از فعالیتهای مورد علاقه خانواده که امکان انجام آنها وجود دارد.

بررسی راههای رویارویی با بحرانها یا مسائل در خانواده. نحوه گذراندن سالم اوقات فراغت.

شناسایی شرایط و موقعیتهای خطرناک برای خانواده. شناسایی نیازها و انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر. شناسایی موقعیتهای و شرایط جسمی و روانی که گرایش مجدد به مصرف مواد را در فرد بیمار ایجاد می کند. شناسایی موقعیتهای محیطی و اجتماعی که باعث افزایش ولع مصرف مواد در فرد می شوند.

منابع:

۱- ابراهیمی، علی اکبر، اعتیاد و پویاییهای خانواده، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان اصفهان، جزوه آموزشی، ۱۳۸۰.
 ۲- رحیمی موقر و هنکاران، "پیشگیری از اعتیاد"، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، جزوه آموزشی، ۱۳۷۸.
 ۳- دستورالعمل تشکیل مراکز T.C، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹.
 ۴- اقلیما، مصطفی، "تکنیکهای ارتباط با فرد و خانواده"، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ اول، ۱۳۷۶.

5) Blum, Richard H., and Associates, Horatio Alger's children: The role of family in the origin and prevention of drug risk. San Francisco: Jossery-Bass, 1972.
 6) Cohen, Sidney, The substance abuse problems, vol. 2. New York: Haworth press, 1985.
 7) Bureau of narcotics and dangerous drugs, fact sheets (Washington, D.C.: Department of justice, n.d.).

8) Karol L. Kumpfer, "Prevention approaches to adolescent substance use/abuse." Presentation to the American academy of child psychiatry institute on substance abuse and adolescence. San Antonio, texas, October 23, 1985.
 9) Rosalie Kane. "To our health! ... Social work and alcohol problems", Health social work, 4 (November 1979), 6-7.

جهت آشنایی بیشتر، نمونه‌ای از برنامه روزانه مربوط به یکی از بیماران آورده

نوع فعالیت	ساعت	نوع فعالیت	ساعت
چای	۱۶- ۱۵/۵	بیداری	۷ صبح
مطالعه	۱۶/۵- ۱۶	صبحانه	۷/۵-۸
تلویزیون و موسیقی	۱۷/۵- ۱۶/۵	مطالعه	۸-۸/۵
سرزدن به دوستان و فامیل	۱۹/۵- ۱۷/۵	موسیقی و تلویزیون	۹/۵- ۸/۵
ورزش	۲۰- ۱۹/۵	استراحت و چای	۹/۵-۱۰
استحمام و استراحت	۲۱/۵- ۲۰	فکر کردن راجع به کار امروز	۱۰/۵- ۱۰
شام	۲۲-	خریدهای خانه و انجام	۱۱/۵-

	۲۱/۵	کارهای بیرون	۱۰/۵
تلویزیون	۲۲-۲۳	کمک به دیگر اعضای خانواده	۱۲/۵- ۱۱/۵
برنامه ریزی برای کارهای فردا و ارزیابی برنامه‌های	۲۳/۵- ۲۳	ناهار و نیاپش	۱۳/۵- ۱۲/۵
خواب	۲۳/۵	خواب و استراحت	۱۵/۵- ۱۳/۵

رتال جامع علوم انسانی