

بررسی فرآیندهای شناختی بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان

(مطالعه موردی در کنگره ۶۰)^۱

محمد زاهدی اصل* ، اعظم پیله‌وری**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۱

چکیده

تحقیق حاضر درصدد شناسایی فرآیندهای شناختی بهبودیافتگان و خانواده‌های آنها است و با روش نظریه پردازي داده بنیاد صورت گرفته است. شرکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده‌اند و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافته است. بدین ترتیب ۱۸ نفر از بهبودیافتگان و ۲۰ نفر از خانواده‌های ایشان در این پژوهش شرکت کردند. داده‌ها، حاصل مشاهده، مصاحبه نیمه ساختار یافته و مطالعه مستندات موجود است و جهت تحلیل آنها نیز از شیوه کدگذاری *Strauss* و *Corbin* استفاده گردید. شرکت‌کنندگان در این گروه بر این باور بودند که اعتیاد قابل درمان است. هر کس مسئول رفتار خودش است و آنها قادر نیستند دیگران را تغییر

۱- این مقاله مستخرج از رساله دکتری اعظم پیله‌وری می‌باشد.

* استاد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی. zahediasl@atu.ac.ir

** دکترای مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

pilevari.a@gmail.com

دهند. آن‌ها همچنین مصرف‌کننده را مسئول اعتیاد و درمان آن می‌دانستند، بر حال تمرکز داشتند و رفتارهای منفی مصرف‌کننده و نیز عودهای پیشین او را نشأت گرفته از نیاز او به مواد می‌دانستند. علاوه بر این، این گروه بر این باور بودند که چنانچه مصرف‌کننده با متد کنگره ۶۰، استفاده از دارو در بازه زمانی ۱۱ ماه درمان شود، وسوسه نخواهد شد. بر این اساس از نظر آنها ارتباط با دوستان مصرف‌کننده پس از سپری شدن دوره درمان، اختلالی در روند درمان ایجاد نمی‌کند.

واژه‌های کلیدی: فرآیندهای شناختی، نظریه‌پردازی داده بنیاد، خانواده،

بهبودیافتگان، کنگره ۶۰

مقدمه

زمانی که افراد با برانگیزاننده‌های خاص که ممکن است شامل حالت‌های هیجانی درونی (افسردگی، خستگی، خشم)، حالت‌های جسمانی (علائم ترک، درد) یا موقعیت‌های بیرونی (مکان‌ها یا موقعیت‌های مرتبط با مصرف) باشد، مواجه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف مواد بپردازند؛ چراکه اصولاً این عوامل برانگیزاننده، باورهای را فعال می‌سازند، که مصرف مواد را مجاز می‌دانند (قربانی، کاظمی، قربانی، ۱۳۹۲). این باورها غالباً انتظارات مثبت از مصرف مواد را تأیید می‌نمایند - مواد مرا آرام می‌کند، مواد احساس خوبی به من می‌دهد، با مصرف مواد می‌توانم از اطرافیانی که زندگی را به کام من تلخ می‌کنند، انتقام بگیرم، مواد دردم را کاهش می‌دهد و...- و آمادگی روانی برای عود را در فرد ایجاد می‌کنند. جملات معتاد مرخصی دارد، ترخیصی ندارد و هیچ‌علاجی برای اعتیاد وجود ندارد، مسئولیت فرد را در انتخاب مواد کم‌رنگ جلوه می‌دهند، نقش عوامل خارج از کنترل فرد را به هنگام مصرف پررنگ نموده و ناتوانی در کنترل مصرف را اجتناب‌ناپذیر می‌سازند - محیط و آشنایان مصرف‌کننده باعث وسوسه من می‌شوند- در عین این که گاهی به فرد اطمینان می‌دهند که قادر به

کنترل مصرفش در آینده خواهد بود-؟؟؟؟؟؟؟؟ یک بار مصرف اشکالی ندارد، با یکبار مصرف که دوباره معتاد نمیشم، دوباره اراده کنم ترک می‌کنم-.

باورهایی از این دست موجب کاهش خودکارآمدی و بی‌اعتمادی بهبودیافتگان به توانایی خود برای مقاومت در برابر وسوسه می‌شوند و در نهایت زمینه عود و مصرف مجدد را در فرد فراهم می‌آورند. (Hendershot et al, 2011: 3) تحقیقات گوناگون حاکی از آن است که حتی مصرف‌کنندگانی که انگیزه بالایی برای درمان دارند، وقتی که به محیط و شرایطی که آنها را به سمت اعتیاد سوق داده، بازمی‌گردند، احتمال بازگشت‌شان بالا می‌رود. این تحقیقات ارتباط محرک‌های برانگیزاننده را با پاسخ‌های فیزیولوژیک و وسوسه برای مصرف تأیید می‌کنند (Franklin et al, 2007: 2032). اما با این حال ما به پیروی از مدل شناختی بک بر این باوریم که مصرف مواد در موقعیت خاص یک فرآیند تصمیم‌گیری فعال است که فرد بر آن کنترل دارد و یا حداقل می‌تواند این کنترل را به دست آورد (کوایمتیسیدیس^۱، ۱۳۹۲: ۳۷). از دلایل اصلی برگزیدن چنین نگرشی توسط نگارندگان نه بی‌توجهی و غفلت از تأثیرات ساختاری اجتماع، بلکه دشواری تغییرات ساختاری توسط درمانگران در کوتاه مدت و در نتیجه ناتوانی در پیشگیری از تأثیرات منفی چنین ساختارهایی بر روند درمان مددجویان می‌باشد. این در حالی است که از مسیر تصمیم‌گیری فعال، باور افراد به توانایی‌شان برای کنترل خودشان افزایش می‌یابد و مسئولیت تغییر بر دوش مراجعان گذاشته می‌شود و آنها در روند درمان فعالانه مشارکت خواهند داشت.

باورها در درمان سوءمصرف مواد نقش تعیین‌کننده‌ای دارند، چرا که آنها اساس تفسیرهای فردی را تشکیل داده‌اند و تفسیر افراد از رویدادها بر احساسات، هیجانات و رفتار آنها تأثیر می‌گذارد (Milkman & Wanberg, 2012: 247). به عنوان مثال زمانی که فردی فکر می‌کند که قادر به تغییر دیگران - به رغم میل باطنی آنها- است، به تبع

این احساس قدرت، رفتارهای کنترل‌گرانه، سرزنش‌آمیز و... از او سر خواهد زد. به همین ترتیب اگر ما فکر کنیم علت رفتارهای مصرف‌کننده - همچون دزدی از خانه، دیرآمدن، قول‌های عملیاتی نشده و...- نیاز او به مواد بوده است، از احساسات منفی - تنفر، خشم - ما نسبت به او کاسته می‌شود و به تبع، قادر به بخشش و حمایت از او خواهیم بود. بر اساس آنچه آمد باورها در روند درمان همچون یک شمشیر دو لبه عمل می‌کنند. آن‌ها همان طور که می‌توانند احساسات و هیجانات مثبت مصرف‌کننده و خانواده را نسبت به یکدیگر موجب شوند و اعضای خانواده را به حمایت از مصرف‌کننده و مراقبت از خود رهنمون سازند، می‌توانند اضطراب مصرف‌کننده را برای از دست دادن شبکه‌های ارتباطی - به تبع قطع یکباره ارتباط با دوستان مصرف‌کننده - افزایش دهند. باورها می‌توانند پیشگویی‌های خودناکام بخشی از روند درمان برای مصرف‌کننده و خانواده ایجاد کنند و به این ترتیب موجبات کنترل‌گری خانواده را فراهم آورند و نقش عوامل خارج از اراده فرد را در درمان پررنگ نمایند. آن‌ها می‌توانند موجب مسئولیت‌پذیری متقابل و یا انکار مسئولیت خانواده و مصرف‌کننده شوند و...

البته عوامل مختلفی در بروز و ادامه رفتارهای اعتیادی نقش دارند، اما بخش قابل توجهی از این رفتارها، ناشی از شناخت معیوبی است که این رفتارها را تداوم می‌بخشد (Beck, 1976) بر این اساس قاعدتاً باید فرآیندهای شناختی مثبتی در میان بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان شکل گرفته باشد - و یا شاید وجود داشته باشد - که زمینه لازم برای درمان و مانایی در آن را برای ایشان فراهم کرده است. نظر به آنچه آمد محققان در این تحقیق در پی پاسخ به سؤالات زیر برآمده‌اند:

- باورهای موجود در میان بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان کدامند؟ -
- چه سازوکارهایی موجب شکل‌گیری این باورها شده است؟
- و در نهایت پیامدهای رفتاری این باورها برای خانواده‌ها و بهبودیافتگان چه بوده است؟

پیشینه پژوهش

نحوه ارزیابی‌های فردی ما از وقایع منفی، تولیدکننده افکاری است که می‌تواند در غلبه بر آن واقعه و یا مغلوب شدن از جانب آن اثرگذار باشد. آلیس (۲۰۰۵) بر این باور است که درمان باید مردم را جهت جستجوی افکارشان تشویق کند و آنها را به این موضوع آگاه کند که طرز فکر ایشان با عقاید غیرمنطقی ساخته شده که باید تغییر کنند (Ellis, 2005: 344). میتچسان^۱ و همکارانش (۲۰۱۰) نیز بر این باورند که تفکر اعتیادآور، منطقی نیست و حقیقت را نادیده می‌گیرد. به زعم ایشان این شکل از تفکر منجر به عود می‌شود و بهبود آن به پاکی کمک می‌نماید.

بر اساس تحقیقات صورت گرفته برخی از افکار و عقاید موجود در زمینه اعتیاد و مصرف مواد به قرار ذیل می‌باشد: افرادی که وابستگی به مواد مخدر دارند، می‌توانند به راحتی به استفاده گاه به گاه بازگردند. وابستگی به مواد ناشی از ضعف اراده است. وجود مراکز درمانی، همه آن‌چیزی است که برای درمان وابستگی به مواد به آن نیاز است و شما زمانی که به آنها مراجعه می‌کنید درمان می‌شوید (WHO, 2001). ماریجوانا بی‌ضرر است، اعتیاد ندارد، آسیبی به سلامتی وارد نمی‌کند، آرام‌کننده است، برای درمان سرطان و سایر بیماری‌ها استفاده می‌شود. فرزند من در معرض خطر نیست. والدین قادر به مهار فرزندانشان در مصرف مواد نیستند (Office of National Drug Control Policy^۲, 2014) و... بسیاری باورهای دیگر که می‌تواند در مسیر پیشگیری، درمان، سیاستگذاری، کنترل اعتیاد اثرگذار باشند.

روویرا (۲۰۱۷) شناخت عقاید غیرمنطقی و سپس به چالش کشیدن و تغییر آنها را در درمان مؤثر می‌داند. وقتی فردی به لحاظ ذهنی با برخی افکار ناتوان‌ساز پیرامون یک واقعه نظیر مصرف مواد درگیر است، بی‌تردید دچار احساسات منفی خواهد شد. تغییر

1. Mitcheson

۲- دفتر سیاست ملی کنترل مواد مخدر.

افکار منفی پیرامون اعتیاد به هیچ‌روی به معنای داشتن احساس مثبت راجع به اعتیاد و یا فقدان احساسات منفی نیست، دور از واقع است که در یک موقعیت حزن‌آور انتظار شادی داشته باشیم. احساسات منفی بد نیستند، بدان سبب که آنها منفی هستند (Windy, 2012)؛ موضوع حائز اهمیت وجود احساسات منفی سالم و یا ناسالم است. آگاهی به این موضوع که چگونه از یک احساس منفی ناسالم به یک احساس منفی سالم حرکت کنیم، کلیدی برای کاربرد بهترین استراتژی جهت غلبه بر مشکلات است. از دید روانشناسان انسان در بردارنده سه سطح شناختی، احساسی و رفتاری است. در سطح شناختی این که ما حرکت رو به جلو داریم و یا به یک رفتار می‌چسبیم؛ وابسته به عقاید ماست. عقاید سالم به ما جهت دستیابی به اهدافمان کمک می‌کنند، در حالی که عقاید ناسالم موجب تضعیف ما می‌شوند و یا ما را در یک ناسلامتی احساسی ابقاء می‌کنند. عقاید، دیدگاه ما در خصوص واقعیت‌های زندگی است، راهی که ما از آن طریق جهان، دیگران و یا حتی خودمان را می‌بینیم. ما اصولاً آگاه هستیم به چیزی که فکر می‌کنیم، اما همیشه به باورهایی که زیر این افکار وجود دارند، آگاهی نداریم. سطح احساسی به ما سرنخی جهت پیدا کردن خطاهای شناختی می‌دهد. احساس سالم و عقاید سالم نیز رفتار سالم را می‌سازند. رفتار سالم و احساس سالم به ما در تفکر به شیوه‌ای خلاقانه و نیز حل موفقیت‌آمیز مشکلات یاری می‌رساند. زمانی که محتوای ذهنی خوب است، احساس خوبی به همراه می‌آورد. بر اساس فراوانی، میزان و درجه تاریکی افکار، احساس بدتری ایجاد می‌شود تا جایی که ممکن است فرد متقاعد شود که نمی‌تواند این شیوه فکر کردن را متوقف کند (Rovira, 2017: 2).

بر اساس نظر بک اکثر بیماران سوءمصرف‌کننده مواد دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به مواد هستند که وقتی تصمیم به توقف مصرف می‌گیرند، فعال می‌شوند. در این هنگام چون فرد تصور می‌کند قادر به کنترل تمایلات خود نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل آن تلاش کند. از این دیدگاه یک مانع عمده در ترک مصرف الکل یا مواد، شبکه عقاید ناکارآمدی است که بر محور داروها و

الکل متمرکز است. یکی از دلایلی که سبب می‌شود فرد سوء مصرف‌کننده مواد همچنان تمایل قوی به مصرف مواد داشته باشد، این است که عقاید اساسی او نسبت به مزایا و معایب مواد اساساً تغییر نکرده است (بک و همکاران، ۱۳۸۰). تحقیقات انجام شده در ایران، به بررسی نقش تغییر باورها به منظور پیشگیری از مصرف مواد در افراد غیر مبتلا پرداخته و به بررسی تأثیر این باورها بر درمان و نقش درمان در تغییر این باورها و یا پیشگیری از عود- در ارتباط با مصرف‌کننده و نیز خانواده- پرداخته‌اند. از این رو در این تحقیق ما به بررسی فرآیندهای شناختی بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان در فرآیند درمان خواهیم پرداخت.

روش پژوهش

از میان انواع روش‌های کیفی، نظریه‌پردازی داده‌بنیاد^۱ برای این کار مناسب‌تر تشخیص داده شد. شرکت‌کنندگان این تحقیق بهبودیافتگان و خانواده‌های آنها هستند که از میان مخاطبان کنگره ۶۰ برگزیده شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختاریافته و مشاهده استفاده شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه بود. ضمناً جمع‌آوری اطلاعات و فرآیند تحلیل داده‌ها به شکل موازی انجام گرفت. یادآورها و یادداشت‌های محقق در میدان تحقیق در طی جمع‌آوری اطلاعات نوشته می‌شدند. نمونه‌ها با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و فرآیند نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت. مبنای تشخیص رسیدن به این مرحله در این تحقیق نیز تکرار داده‌های حاصل از مصاحبه بود. بر این مبنای ۱۸ نفر از بهبودیافتگان و ۲۰ نفر از خانواده‌های آنها در گروه اول مصاحبه‌هایی صورت پذیرفت. جهت تحلیل داده‌ها نیز از شیوه کدگذاری اشتراوس و کوربین^۲ در سه سطح (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) استفاده شد.

1. Grounded Theory
2. Strauss & Corbin

یافته‌ها

بهبودیافتگان شرکت‌کننده در این تحقیق در دامنه سنی ۲۴ تا ۵۰ سال قرار داشتند. ۵۶ درصد از بهبودیافتگان این تحقیق، متأهل و ۴۴ درصد از آنها مجرد بودند و از حیث ماده مصرفی آنها موادی همچون کراک، کوکابین، هروئین، شیشه، تریاک، شیر، مرفین، گراس، قرص، متادون، الکل، اکس و آل اس دی را تجربه کرده بودند. غالب آنها قبل از بهبودی، چند مصرفی بودند. از میان این گروه، ۴ نفر صرفاً تریاک، ۲ نفر صرفاً شیشه و ۲ نفر نیز تنها مصرف کراک را گزارش کردند. طول دوره مصرف آنها بین ۵ تا ۳۰ سال بود. ۷ نفر از بهبودیافتگان در این تحقیق سابقه خوددرمانی، ۴ نفر سابقه قطع مصرف از طریق مراکز اقامتی میان مدت، ۲ نفر تجربه یو آر دی، ۵ نفر سابقه متادون درمانی، ۳ نفر سابقه مراجعه به مشاور، ۲ نفر سابقه قطع مصرف با قرص، ۲ نفر سابقه شرکت در جلسات NA و ۷ نفر نیز بدون هیچ‌گونه سابقه درمانی بودند. طبیعتاً تعدادی از بهبودیافتگان کنگره ۶۰ قبل از آخرین دوره بهبودی، اشکال گوناگونی از درمان‌های یادشده را تجربه کرده بودند. حداکثر دوره بهبودی شرکت‌کنندگان ۶ سال و حداقل آن یک سال بود، با این حال در فرآیند نمونه‌گیری هدفمند از دو نفر با بهبودی زیر یک سال نیز مصاحبه به عمل آمد. علاوه بر مصرف‌کنندگان، ۹ نفر از اعضای خانواده مبداء و ۱۱ نفر از همسران بهبودیافتگان نیز در این تحقیق شرکت داشتند، که در جدول شماره یک توصیف دقیق‌تر ویژگی‌های ایشان آمده است. در نهایت شرکت‌کنندگان این پژوهش از لحاظ اقتصادی - اجتماعی ناهمگون بودند و به طبقات اجتماعی - اقتصادی گوناگونی تعلق داشتند.

جدول ۱- ویژگی‌های خانواده‌های بهبودیافتگان شرکت‌کننده در مطالعه

کد شرکت‌کننده	سن	نسبت	سطح تحصیلات	ماده مصرفی	طول مصرف	مدت رهایی	تجربه درمان (قبل از ورود به کنگره ۶۰)
۱	۴۲	همسر	دیپلم	تریاک شیشه	۱۷ سال	۳ سال	کمپ ترک اعتیاد متادون درمانی درمان از طریق داروهای روانپزشکی
۲	۳۲	همسر	دیپلم	کراک هروئین تریاک	۱۴ سال	۲ سال	متادون درمانی مشاوره خوددرمانی
۳	۵۶	مادر	ابتدایی	کراک تریاک شیشه	۷ سال	۲ سال	NA کمپ ترک اعتیاد مشاوره متادون درمانی
۴	۳۰	خواهر	فوق لیسانس	تریاک هروئین شیشه	۱۰ سال	۲ سال	کمپ ترک اعتیاد NA
۵	۳۲	برادر	لیسانس	الکل تریاک کراک شیشه	۸ سال	یک سال و شش ماه	سابقه ترک نداشته
۶	۵۷	پدر	دیپلم	کراک	۵ سال	بیست ماه	استفاده از داروی گیاهی استفاده از قرص ترک اعتیاد
۷	۶۰	پدر	لیسانس	شیشه حشیش	۳ سال	۸ سال	مشاوره
۸	۴۷	پدر	ابتدایی	شیشه حشیش قرص	یک سال و نیم	یک سال و بیست روز	کمپ ترک اعتیاد (۱۸ روز)

۴۲ فصلنامه علوم اجتماعی، سال ۲۶، شماره ۷۹، زمستان ۱۳۹۶

سابقه ترک نداشته	یک سال و هشت ماه	۷ سال	کراک تریاک	فوق دیپلم	پدر	۵۸	۹
سقوط آزاد	یک سال و دو ماه	۹ سال	الکل کراک تریاک	دیپلم	همسر	۳۰	۱۰
NA متادون درمانی	یک سال و شش ماه	۲۰ سال سیگار ۱۲-۱۰ سال مواد	تریاک شیشه	ابتدایی	همسر	۳۹	۱۱
سابقه ترک نداشته	یک سال	۸ سال	شیره تریاک	دیپلم	همسر	۳۳	۱۲
کمپ ترک اعتیاد	یک سال	۴ سال	شیشه حشیش تریاک	لیسانس	خواهر	۲۸	۱۳
قرص	یک سال	۱۰ سال	تریاک	دیپلم	همسر	۲۸	۱۴
سابقه ترک نداشته	یک سال و ۸ ماه	۲۰ سال	شیره تریاک	بیسواد	همسر	۴۷	۱۵
NA	یک سال و نه ماه	۲۰ سال	تریاک متادون	دیپلم	همسر	۳۲	۱۶
NA	یک سال	۷ سال	تریاک شیشه کراک هروئین	بیسواد/دیپلم/ لیسانس	مادر و خواهران	۶۲.۳ ۵.۳۳	۱۷
NA	۵ سال	۱۵ سال	شیشه	لیسانس	همسر	۳۷	۱۸
سقوط آزاد	۲ سال	۲۵ سال	شیشه شیره کراک تریاک	فوق دیپلم	همسر	۴۰	۱۹
کمپ ترک اعتیاد NA	۸ سال	۱۸ سال	تریاک کراک	سیکل	همسر	۴۸	۲۰

بر اساس تحلیل‌های صورت گرفته در کدگذاری باز و محوری، مقوله هسته در این پژوهش «آرامش در خانواده» است که بخش اعظم آن با بهره‌گیری از «سازوکارهای آموزشی» و «رویه‌های اجرایی مناسب» - به کار گرفته شده توسط روش درمان - محقق شده بود. شرایط علی مؤثر بر مانایی در درمان، بر اساس تجربه شرکت‌کنندگان این تحقیق، بازسازی شناختی بهبودیافتگان و خانواده‌های آنها بود. «بازسازی شناختی» نیز از چهار زیرمقوله «مفروضات شناختی»، «معیارها»، «سبک اسناددهی» و «انتظارات تواناساز» تشکیل شده بود.

شرایط علی: بازسازی شناختی: این مقوله شامل چهار زیرمقوله «مفروضات شناختی»، «معیارها»، «سبک اسناددهی» و «انتظارات تواناساز» می‌باشد.

مفروضات^۱ شناختی: مفاهیم اصلی این زیرمقوله به قرار ذیل بودند:

«مفروضات معطوف به شناخت و درمان اعتیاد» و «مفروضات ارتباطی».

مفروضات معطوف به شناخت و درمان اعتیاد: در ادراک تعداد قابل توجهی از شرکت‌کنندگان این تحقیق اعتیاد بیماری چندبعدی - جسمی، روانشناختی و شناختی - و مصرف‌کننده بیمار بود. گرچه در میان صحبت‌های آنها بعد جسمی اعتیاد پررنگ‌تر می‌نمود.

«من ۵-۶ ماه پاک بودم، کارهام رو انجام می‌دادم. جلسات رو می‌رفتم. صحبت‌هایی رو که می‌گفتند، گوش می‌کردم ولی باز هم حالم بد بود. هنوز بدن درد داشتم. همین شد که من نتونستم ادامه بدم. اومدم

۱- باورهای فرد در مورد ویژگی‌های کلی مردم و روابط را در ادبیات شناختی - رفتاری، مفروضات گویند (داتیلو، ۱۳۹۱). در اینجا مقصود از مفروضات ارتباطی، باورهای بهبودیافتگان، مصرف‌کنندگان و خانواده‌های ایشان در خصوص ویژگی‌ها و نیز چگونگی یک ارتباط است. مفروضات معطوف به شناخت و درمان اعتیاد نیز در بردارنده باورهای بهبودیافتگان، مصرف‌کنندگان و خانواده‌های ایشان در خصوص بیماری اعتیاد و نحوه درمان آن است.

کنگره. من اول باید جسمم درست بشه تا بتونم خدا رو بشناسم. وقتی حالم بده. پام درد میکنه. استخونام تیر میکشه، چطوری میتونم بگم خدا نوکرتم!!» (ب کد ۱۸).

با این حال آنها این بیماری را با استفاده از روش DST - روش کنگره ۶۰ در درمان اعتیاد- قابل درمان می پنداشتند.

«ما اینجا فهمیدیم که اعتیاد درمان داره. جاهای دیگه مثل NA ایها می گن اعتیاد یه بیماری مرموز پیشرونده است. فقط باید مهارش کرد. قابل درمان نیست. اما کنگره میگه اعتیاد بیماری است که ناشی شده از جایگزینی مواد افیونی به جای مواد بیوشیمی بدنه. یه جایگزینی مزمن که در طول زمان هم انجام میشه. قابل احیاست و تجربه ما هم نشون داد که قابل احیاست» (خ ب کد ۷).

«درمان اعتیاد با کنگره ۶۰، شربت اپیوم و روش DST امکان پذیره این درمان قطعی. بی برو برگرد» (خ ب کد ۴).

و بر این باور بودند که چنانچه مصرف کننده درمان شود احتمال عود برای او صفر است. به زعم آنها نمونه های نقض- افرادی که عود دارند- به لحاظ شناختی آمادگی لازم را پیدا نکرده بودند و در مقابل آموزه های کنگره و راهنمایی های راهنما تسلیم نشده اند و گرنه درمان برای آنها نیز قطعی بود.

«بازگشتی در کار نیست، مگر این که تو خود مسافر یه اشکالی باشه، مثلاً خوب سفر نکرده باشه، یا دروغی گفته باشه... ولی این درمان یه درمان واقعیه. فردی که رها بشه دیگه هیچ وقت برنمی گرده» (خ ب کد ۱۸).

از آنجا که شرکت کنندگان این تحقیق اعتیاد را بیماری ای همچون سایر بیماری ها می دانستند. به زعم آنها مصرف کنندگان نیز مانند سایر بیماران نیازمند به مراقبت هستند.

«این یک نوع بیماریه... شما فرض کنید من اگر یک بچه داشته باشم دچار MS باشه. دچار یک بیماری لاعلاج باشه. چطوری باهاش برخورد می‌کنم؟ غیر از این که با مهر و محبت باهاش برخورد می‌کنم، غیر از این که آنچه در توان دارم در طبق اخلاص می‌ذارم بهش تقدیم می‌کنم. غیر از این که از لحاظ مالی کمکش می‌کنم و حاضرم هر چی دارم بفروشم، خرجش کنم تا اون بهبود پیدا کنه؟ آیا من برخورد بدی با این می‌کنم؟ مسلماً نه. مسلماً وقتی دچار این بیماری می‌شه من هم و غمّ رو چندین برابر می‌کنم که فرزندم بیماریش آنقدر روش تأثیر نذاره. مصرف‌کننده هم درست یک بیمار» (خ ب کد ۶).

این گروه علت عودهای گذشته مصرف‌کننده را نیاز او به مواد و انتخاب نادرست روش درمان می‌دانستند.

«جسم من بیمار بود. من درد رو تحمل می‌کردم. اما درمان نمی‌کردم. مثل این میمونه که مثلاً کلیه آدم از درون خونریزی داشته باشه نری درمانش کنی و فقط جلوی خونریزی رو بگیری و دردش رو تحمل کنی. ولی تحمل هم حدی داره و بالاخره آدم برمیکرده. خیلی ترک کرده بودم. اراده‌ام هم خیلی خوب بود. بدون کمپ و ان‌ای... یهو سقوط آزاد می‌کردم و ترک می‌کردم. ۶ ماه، ۷ ماه، نه مواد می‌کشیدم و نه سیگار. ولی چون بدنم می‌خواست.... آدم تشنه میشه میره آب می‌خوره دیگه. بدنم می‌خواست بالاخره می‌رفتم می‌زدم» (ب کد ۱۵).

علاوه بر توجیه چرایی عودهای پیشین مصرف‌کننده، خانواده‌ها و بهبودیافتگان در کنگره ۶۰ رفتارهای نابهنجار مصرف‌کنندگان را نشأت گرفته از نیاز به مواد می‌پنداشتند.

«اون پول میخواد، اون میخاد مصرف کنه. پول نداره... نیاز داره... نیازش رو بخواد برطرف کنه پول می‌خواد، پول که بهش نمی‌دی دری وری میگه یا دزدی می‌کنه، چیزی تو خونه نمی‌ذاره. یا باید بهش پول

بدیم یا نمیدیم دزدی می‌کنه. نمی‌ره از بیرون دزدی کنه میره از خوونه چیز بر میداره. مادرش میگه چرا؟ الان همین امروز صبح گفت که برداشته. گفتم چه کار کنه بره بیرون.. حالا باز خدا رو شکر از خوونه بر میداره. از کیف مامانش از جیب من^۱ (خ ب کد ۹). «یه آدمی که مریضه مثل کسیه که سرماخوردگی داره... رفتاری که داره مسلماً دست خودش نیست، مواد افیونی بدنش ترشح نمیشه عکس‌العمل‌های غیر طبیعی نشون میده» (ب کد ۵).

بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان، بر این باور بودند که مصرف‌کنندگانی که در کنگره ۶۰ به درمان می‌رسند از آنجا که از شربت تریاک در بازه زمانی مشخصی استفاده می‌کنند، نیاز جسمی‌شان به مصرف مواد از بین رفته و وسوسه نخواهند شد.

«حدود دو سال و سه ماه است که دیگه هیچ وسوسه و ناراحتی و درگیری ذهنی نسبت به مواد ندارم. من به خاطر نوع کارم هر جا که میرم خیلی از مصرف‌کننده‌ها رو می‌بینم که دارن مصرف میکنن. بوش به مشامم میخوره اما هیچ‌گونه فکری راجع بهش ندارم. فکر می‌کنم بی‌اهمیت شده برام. دیگه چیز دلچسبی نیست برام» (ب کد ۸).

چنین باوری مجوز ارتباط با دوستان مصرف‌کننده را به بهبودیافتگان می‌دهد. بر این اساس تعداد قابل توجهی از بهبودیافتگان در این گروه همچنان با دوستان مصرف‌کننده خود در ارتباط بودند و اعتقاد داشتند که آنها به دلیل این که درمان شده‌اند، وسوسه نخواهند شد.

«با دوستای قبلم هنوز هم ارتباط دارم، اما کم. ارتباط بساطی ندارم. مثلاً دارن میرن یه جا مشروب بخورن به من میگن اکبر داریم میریم خونه فلانی دو پیک مشروب بخوریم. بهترین کار خداحافظی کردنه.

۱- یکی از فرزندان این خانواده درمان شده بود.

چون بدنم خمار نیست میلی نمی‌کنم. بعد از سفر بارها پیش او آمده که رفتم جایی که منقل و وافور هم بوده اما چون بدنم خمار نیست... علاقه‌ای هم به مصرف ندارم. مثلاً وقتی می‌ریم شمال. بچه‌ها میخان تریاک بکشن. من بلند میشم با یکی دیگه از دوستان که نمیکشه می‌ریم پیاده‌روی کنار ساحلی... کوهی.. جنگلی و...» (ب کد ۲).

وجود باورهایی از این قسم نگرانی خانواده‌ها را در زمینه ارتباط بهبودیافتگان با دوستان سابق خود کاهش داده و در راستای سایر مفروضات، موجب تقلیل رفتارهای کنترل‌گرانه و یا کنکاش‌های اعضای خانواده در رفتارهای بهبودیافتگان شده بود. «اون موقع‌ها وقتی با دوستای مصرف‌کننده‌اش می‌رفت همش مخالفت می‌کردم اما الان نه» (خ ب کد ۱۵).

این در حالی است که در گروه مصرف‌کنندگان و خانواده‌هایی که تجربه درمان با استفاده از روش انجمن معتادان گمنام را داشتند، نگرانی مداومی در خصوص احتمال وسوسه دیده می‌شد.

«من می‌خام با دوستانم برم شمال مشکل دارم... اجازه از خانواده‌م دارم برم اما نمی‌رم. نکنه یه موقع مشروب باشه. نکنه یه موقع تو جنگل هوس یه چیزی بکنم... اصلاً قیدش رو بزن» (ب کد ۱۶).

مفروضات ارتباطی: از مهمترین مفروضات ارتباطی در میان شرکت‌کنندگان این تحقیق، باور به قاعده «اول من» و به تبع آن، شروع تغییرات یک جانبه در میان آنها بود. خانواده‌های بهبودیافتگان مسئولیت تغییر را بر عهده مصرف‌کننده نگذاشته بودند و برای تغییر از خودشان شروع کرده بودند.

«من آگه خودم خوبشم، اعمال و کردار من، مسافر رو عوض می‌کنه. وقتی مسافر من ببینه من خوب شدم، من اون فحش‌هایی رو که می‌دادم دیگه نمی‌دم... من اون دری‌وری‌هایی رو که می‌گفتم دیگه

نمی‌گم... من اون بی‌تربیتی‌هایی که می‌کردم دیگه نمی‌کنم... اونم خوب میشه» (خ ب کد ۹).

علاوه بر خانواده‌ها، بهبودیافتگان نیز بر این باور بودند که با تغییر آنهاست که رفتار خانواده‌ها تغییر می‌کند:

«من همیشه با پسر خودم درگیر بودم که چرا قلبیون می‌کشی؟ اما یکبار که تو لژیون نشسته بودیم راهنمام، آقای زرکش گفت نمی‌توننی بچه خودت رو تربیت کنی، باید خودت رو اصلاح کنی. بچه‌ات تو رو الگو قرار میده. اما زمانی که خودت سیگار می‌کشی نمی‌توننی بهش بگی که سیگار نکش. چون بهت می‌گه آگه بده چرا خودت می‌کنی» (ب کد ۲).

البته در نهایت آنچه در مورد این گروه روشن بود این است که هر دو طرف پس از مدتی تغییر کرده بودند، اما آنها برای شروع این تغییر منتظر دیگری نشده بودند. «قاعده اول من» در میان شرکت‌کنندگان این گروه نشأت گرفته از فرض زیربنایی‌تری است که در آن هر یک از طرفین به تقابل در رابطه دست یافته‌اند. زمانی که اعضای خانواده پذیرفته بودند که هر دو طرف در یک رابطه مخرب و یا حتی مناسب سهمی بر عهده داشته‌اند، بهتر توانسته بودند مسئولیت خود را در جریان مشکل به وجود آمده بپذیرند.

«جلو در وایمیستادم از سمت چپ میومد می‌گفتم رفته یه کاری کرده، از سمت راست میومد می‌گفتم کاری نکرده از تو خیابون داره میاد. دید خودم بود، این فکر خودم بود که آلوده بود» (خ ب کد ۱۷).
«فکر می‌کردم من مشکلی ندارم ایراد از اونه. اون غیرت نداره و چیزی که شاید توی تموم خونواده‌ها معمول باشه. اما این طور نبود» (خ ب کد ۵).

بعد مسئولیت فردی در میان بهبودیافتگان این گروه گاهی به قدری پررنگ بود که آنها معتقد بودند بدون حضور خانواده‌هایشان نیز به درمان نائل می‌شدند.

«هیچ کس نمیتونه کمک کنه به مصرف‌کننده مگر خودش... خانواده تأثیرگذار هست ولی رکن اصلی خود آدم هست. یعنی تا خودت نخای خانواده و کل عالم هم دست به دست هم بدن اتفاقی نمیته ولی همیشه بگی تأثیرگذار نیست. مثل این هست که من بخام فوتبال بازی کنم. زمین خوب تأثیرگذار هست ولی من باید فوتبال هم بلد باشم. یعنی عرضه‌شو داشته باشم بتونم بازی کنم... خانواده به نظر من تأثیر آن چنانی نداره همسفر تأثیر داره. میگن بال پرواز هست ولی اونجوری که بگین تأثیر بسزایی داره و اگر نباشه درمان امکان نداره را قبول ندارم» (ب کد ۱۳).

معیارها: مفاهیم اصلی این زیرمقوله به قرار ذیل بودند:

«معیارهای معطوف به درمان بیماری» و «معیارهای معطوف به تعاملات».

معیارهای معطوف به درمان بیماری: جملگی شرکت‌کنندگان این تحقیق بر این

باور بودند که درمان اعتیاد نیازمند زمان است و در یک دوره کوتاه محقق نمی‌شود.

«خانواده‌ها باید بشینن به قول یزدی‌ها کلاشهون رو قاضی کنند.

دو دو تا، چهار تا میشه، همیشه پنج تا... شما یه درختی داری که ده سال

کج بارش آوردی می‌تونی یه دفع راستش کنی؟! می‌شکنه. ولی اگر کم

کم برش گردونی صاف می‌شه. این معنیه کم کم برگردوندن رو باید

۱- مقصود از معیار، باورهای فرد در مورد ویژگی‌هایی است که مردم و روابط باید داشته باشند (داتیلیو، ۱۳۹۱).

در اینجا به معنای بایدها و نبایدهایی است که مصرف‌کنندگان، بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان در خصوص درمان اعتیاد و یا چگونگی ارتباطات میان فردی دارند.

بفهمیم. روش *DST* یعنی این... اینجا می‌گن پله‌های ۲۱ روزه رو باید طی کنی... مصرف‌کننده این جور نیست که یه جو غیرت داشته باشه بذاره کنار. این بدن ۱۰ ساله آغشته شده... ۱۰ ساله که این غده تولید کننده مرفین در بدن تنبل شده... الان که می‌خواد فعال شه. احتیاج به زمان داره. کم‌کم باید فعال بشه» (خ ب کد ۹).

به زعم آنها درمان بعد جسمی اعتیاد همچون سایر بیماری‌های جسمی نیازمند به دارو است. این دارو اپیوم یا شربت تریاک است و بدون مصرف آن درمان اعتیاد محقق نمی‌شود.

«همان طور که اگر من سرما خورده باشم نیاز به چرک خشک‌کن

دارم، مصرف‌کننده هم نیاز به مواد داره» (ب کد ۳)

این گروه تمایل را شرط اساسی در درمان اعتیاد می‌دانستند. از نظر آنها مصرف‌کننده چنانچه مجبور به درمان گردد، قطعاً بازگشت خواهد داشت.

«شوهر من خودش خواست، اگر خودش نمی‌خواست یا به خواسته

من و اجبار یکی دیگه می‌اومد، عمراً این رو نمی‌داشت کنار. چون

خودش هم واقعاً خسته شده بود. بیست سال سیگار، دوازده سال مواد

کم نیست که. خسته شده بود دیگه» (خ ب کد ۱۴).

حضور، آموزش و مشارکت اعضای خانواده از نظر آنها مانعی در راه بروز اشتباهات رفتاری و یا اخلال در فرآیند درمان می‌گشت. از این رو حضور و آموزش خانواده -به عنوان یک تسهیلگر- از نظر آنها ضروری بود. جدای از ضرورت آموزش خانواده‌ها برای درمان مصرف‌کننده، شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که آموزش خانواده‌ها، آرامش بیشتر را برای اعضای خانواده به ارمغان می‌آورد.

«در کنگره می‌گن همسفر و خانواده بال پرواز هستن؛ تا مسافر و

مصرف‌کننده بتونند خودشون رو پیدا کنن. خانواده‌ها باید از اون قید و

بندی که برای مصرف‌کننده درست کردن، این که کجا میری، کجا میای؟ چه کار می‌کنی؟ چه کار نمی‌کنی؟... باید رهاش کنن، تا اون خواسته درونش پیدا بشه... تا بتونه به درمان برسه. خانوادها با اون آموزش‌هایی که مبینن دیگه از اون حالت کارآگاه بازی بیرون میان. اعتماد اینجوری به وجود می‌آد...» (ب کد ۱۵).

از بایدهای رفتاری دیگری که در حوزه درمان، شرکت‌کنندگان در این تحقیق بدان اشاره داشتند، ضرورت داشتن راهنما و عمل به سخنان او بود.

«من کتاب رو راحت می‌خوندم، اما راهنما به من می‌گفت که کار به چه صورته، رفتارت باید چطور باشه، با بیمارت باید چطور برخورد کنی. کتاب مثل کتاب عربیه. باید برای اونا که کم سواد هستن ترجمه بشه. مثل قرآن که زیر نویس داره... اینجا به جای زیر نویس راهنما هست. راهنما هر جمله‌ای رو که توی کتاب اومده برات معنا می‌کنه» (خ ب کد ۱۷).

از نظر شرکت‌کنندگان این تحقیق، راهنما مسئولیت هدایت مسافر را بر عهده دارد و خانواده‌ها نباید در امورات مربوط به مصرف‌کننده مداخله نمایند^۱.

«یکی از حرف‌های راهنما این بود... مصرف‌کننده وقتی داره مصرف می‌کنه بذارین مصرف‌کنه... کاری به کارش نداشته باشین، رو مخش راه نرین، نگین کجا رفتی؟ چه کار کردی؟ اینا رو بسپارین به راهنمای خودش با آموزش‌هایی که دیدیم دیگه سپردیم به خودشون، به راهنماشون. اونها راهنما دارن ما هم راهنما داریم، ما کار خودمون رو انجام می‌دیم.. اونها هم کار خودشون رو انجام میدن. اگر راهنما از اونها چیزی ببینه یا بازگشتی داشته باشن، یا کاری انجام بدن. اونها دیگه

۱- کنگره ۶۰ از این طریق دائماً در پی مشخص ساختن مرز میان روابط مخاطبان خود می‌باشد.

مربوط به خود راهنما میشه. ما دیگه نمیریم بگیریم چرا این کارو انجام دادی؟ چرا اون کارو انجام ندادی. هر کس باید کاری که به عهده‌اش هست رو انجام بده. مثلاً من اون چیزی رو که یاد گرفتم انجام میدم. دیگه بقیه‌اش رو می‌سپردم به خودش و کنگره» (خ ب کد ۱۷).

از دیگر مواردی که خانواده‌ها معتقد بودند در جریان درمان مصرف‌کننده - دوره یازده ماهه‌ای که مصرف‌کننده در این دوران شربت تریاک استفاده می‌کند- باید مورد توجه قرار گیرد، عدم تغییر در محیط زندگی مصرف‌کننده بود. به زعم خانواده‌ها، در این دوره از هر برنامه‌ای که موجب تغییر اوضاع خلقی مصرف‌کننده و برهم‌خوردن نظم برنامه روزانه او گردد- از جمله مهمانی رفتن، مسافرت رفتن و...- باید خودداری شود.

«راهنمام می‌گفت خونه تکونی نکن من نکردم. گفت باید شکل خونه‌ت رو عوض نکنی، که این حالش بد بشه. ...سر ساعت ناهارش، سالادش را بدی...می‌گفت یه مسافر نباید کار بکنه. باید غذاشو بخوره. تلویزیونش رو ببینه. خوابش رو بره. کاری ازش همیشه انتظار داشت. می‌زد سریال ماهواره‌ش رو نگاه می‌کرد. من هم که اهلش نبودم، باهاش می‌نشستم، می‌گفتم، می‌خندیدم، صحبتیم هم می‌کردم، اونم سریالشو می‌دید، تیپرشو می‌خورد، صبحونه‌ش رو می‌خورد، می‌رفت استراحت می‌کرد، دوباره ناهارش رو می‌خورد...» (خ ب کد ۳)

معیارهای معطوف به تعاملات: باید‌ها و نباید‌های شرکت‌کنندگان در زمینه چگونگی تعاملات فی‌مابین خانواده و مصرف‌کننده را می‌توان به دو حوزه ممنوعیت‌های رفتاری و تسهیل‌کننده‌های رفتاری تقسیم نمود.

ممنوعیت‌های رفتاری: غالب شرکت‌کنندگان این گروه بر این باور بودند که نصیحت، کنترل‌گری، تجسس در امور مصرف‌کننده، لجاجت با مصرف‌کننده، سرزنش

وی، مچ‌گیری، رفتارهای کنایه‌آمیز و درگیری با مصرف‌کننده شرایط را برای درمان مصرف‌کننده سخت نموده و حتی سبب عود و بازگشت وی می‌گردد.

«من شدیداً نصیحت می‌کردم. نصیحت یکی از چیزهایی است که افرادی که آموزش ندیدن انجام میدن. ما تو کنگره شصت یه نوشتاری داریم که توی اون می‌گن که بر تمام اعضا فرض است که حریم فوق ذکر را رعایت کنند و از نصیحت کردن و شعار دادن بپرهیزند. ما هیچ کس را نصیحت نمی‌کنیم. حتی یک راهنما شاگردش رو توی کنگره نصیحت نمی‌کنه. ما نصیحت نداریم چون نصیحت معمولاً نتیجه‌ای را که باید نمی‌دهد حتی ممکنه نتیجه عکس بده. خوب من خیلی میومدم نصیحت می‌کردم اون اصلاً منو قبول نداشت. برادر من من رو قبول نداشت. خودش رو قبول داشت. مواد مخدر رو قبول داشت. فکر می‌کرد ما داریم اشتباه می‌کنیم که مواد مخدر مصرف نمی‌کنیم. چیزی گیرش اومده که بقیه...» (خ ب کد ۵).

آنها همچنین بر این باور بودند که در موقعیت‌های مبهمی که نمی‌دانند باید چگونه برخورد کنند، بهتر است واکنشی نشان ندهند؛ چرا که مداخله غلط می‌تواند مشکلات عدیده‌تری را برای ایشان به وجود آورد. به خصوص در مورد مصرف‌کنندگان محرک، واکنش‌های نابجا و نادرست خانواده، گاه می‌تواند زمینه خشونت و آسیب‌دیدگی اعضای خانواده را فراهم نماید.

«شما وقتی نمی‌تونید کاری بکنید یا نمی‌دونید چه کار کنید، بهتره هیچ کاری نکنید. آگه احساس می‌کنید که اگر برید با مسافرتون حرف بزنید، اعصابش خورد میشه... شما فقط باید هیچ کاری نکنید. اگر قرار هست خراب کاری بکنید، هیچ کاری نکنید بهتره که» (خ ب کد ۱۰).

علاوه بر آنچه آمد شرکت‌کنندگان در این گروه بر این باور بودند که نباید در گذشته و چرایی روی‌آوری مصرف‌کننده به اعتیاد کنکاش نمود^۱.

«جهان بینی و نوع نگرش من به من یاد میدهد باید در حال زندگی کنم. اون چیزی که گذشته، دیگه نمیشه در موردش صحبت کرد. میشه یک نیم نگاهی به گذشته انداخت. برای این که عبرت بگیریم. مثل این که پشت فرمون نشستیم.....، اگر بخوایم در گذشته خودم غرق شوم، میشه همون حس ناامیدی، احساس از دست دادن زندگی و شرایط خوب، احساس باختن. البته اوایل وجود داشت. خیلی موقعیت‌های خوبی را از دست دادم!!! ولی موقعی که من اومدم تو کنگره و درمان

۱- البته این موضوع در یکی از سی‌دی‌های آموزشی کنگره ۶۰ با عنوان بین و یانگ نیز آمده است، که به نظر می‌رسد ذکر آن جهت روشنایی بخشی موضوع خالی از لطف نباشد.



بین نماد جوانی، ناپختگی و تاریکی و یانگ نماد پیری، فرزندی و روشنایی است. با این حال در دل تاریکی نقطه روشنی وجود دارد. همانطور که روشنایی به صورت محض وجود ندارد. کنگره بر این باور است که در دوره‌های متوالی هر یک از این نیروها بر دیگری قدرت گرفته و غلبه می‌یابد. به عنوان مثال زمانی تاریکی غلبه می‌یابد، اما از آنجا که در دل آن نقطه روشنی نیز وجود دارد، چنانچه روشنایی بتواند خود را تجهیز نموده، بزرگ شود، می‌تواند بر تاریکی غلبه یابد، اما این پیروزی مطلق نیست. چنانچه آن نقطه تاریک در دل روشنایی نیز بتواند خود را تجهیز کند، همین اتفاق خواهد افتاد و این چرخه ادامه می‌یابد تا زمانی که یکی از نیروها قدرت بسیار بالایی بیابد و به طور کل بر بخش دیگر فائق گردد. به زعم نگارنده این موضوع به خوبی نشانگر دوره‌های متوالی عود و درمان است. ضمن این که پیام‌آور این موضوع است که چنانچه شما بخواهید درمان شوید، ناگزیر باید قدرت بگیرید، البته جنس این قدرت از ماده آگاهی تشکیل شده است. با این حال چنانچه آگاهی شما به اندازه کفایت نباشد اعتیاد دوباره بر شما غلبه خواهد یافت. ضمناً از آنجا که غلبه تاریکی بر شما به سبب نیرو گرفتن آن است، احتمالاً تخریب بالاتری را نیز تجربه خواهید نمود. بر این اساس کنگره ۶۰ نیز به تمام این موضوعات اشاره دارد. متنها تفاوت این جاست که به نکات منفی به صورت ضمنی اشاره می‌کند و قسمت مثبت را پررنگ‌تر از بخش منفی به نمایش می‌گذارد.

تدریجی رو شروع کردم و نوع نگاه و نگرش من به جهان درون خودم تغییر کرد، دیگه این احساس رو نداشتم. چرا؟ چون حسم تغییر کرده. الان حسم درست شده، یکسری تغییرات در خودم به وجود آوردم. من مثل کسی که پشت فرمون میشینه، باید آینه‌م رو هر چند وقت یکبار یک نگاه کنم. آینه مثل گذشته ماست. شما اگر پشت فرمون میشینی اگر یکسره آینه عقب رو نگاه کنی. مطمئناً بعد ۲۰ ثانیه از جلو می‌زنی به یک نفر، تصادف می‌کنی و اتفاقات ناگوار. اصلاً هم نمی‌خواهد تو آینده باشی. چون آینده با حرکت راه نمایان می‌شود^۱. آینده هنوز معلوم نیست. باید بره، حرکت کنه. الان مثلاً پیچ ۹۰ درجه هست، باید سرعتش رو کم کنه. فرمون دست ماست. من واقعاً الان به این نتیجه رسیدم» (ب کد ۱۰).

تسهیل‌کننده‌های رفتاری: شرکت‌کنندگان علاوه بر رفتارهایی که معتقد بودند نباید خانواده‌ها بدان‌ها مبادرت ورزند، بر اصول رفتار درست با مصرف‌کننده نیز تأکید می‌کردند. اهمیت رعایت احترام در بین اعضای خانواده و حفظ حریم در روابط از جمله اصول مورد تأکید این گروه بود.

«این که ما دائم مصرف‌کننده بودن اون رو پتک بکنیم توی سرش... نه تنها بهش کمکی نمی‌کنه؛ بلکه حالش رو هم هر روز بدتر می‌کنه. اعتبارش از بین میره. احترامی که تو خانواده داشته از بین میره» (خ ب کد ۱۴). «بیشتر شبها این فندک می‌زد... حتی یکبار هم من دستگیره دریش رو با این که در باز بود، باز نکردم که وارد بشم. هرگز اون وقتی که مصرف می‌کرد یکی از ماها رو بالای سرش ندید» (خ ب کد ۶).

به زعم آنها در فرآیند درمان هر کس باید صرفاً بر مسئولیت‌های خود متمرکز شود و تمرکز بر آنچه مسئولیت آن با مصرف‌کننده است و یا تلاش برای تغییر مصرف‌کننده از جانب خانواده بیهوده است.

«من فقط اون چیزی رو که وظیفه‌ام هست انجام میدم. بقیه‌اش رو می‌سپرم به خودش... به قول کنگره باید دوربین رو روی خودمون تنظیم کنیم، نندازیم روی مسافرمون که مسافرمون رو سردرگم کنیم» (خ ب کد ۱۷).

علاوه بر این آنها معتقد بودند که به هنگام محبت کردن به مصرف‌کننده باید جانب اعتدال را رعایت نمود. چرا که حمایت بیش از اندازه و پذیرش مسئولیت‌های مصرف‌کننده - همانطور که عدم حمایت از مصرف‌کننده می‌تواند در فرآیند درمان اخلاقی ایجاد کند، - آسیب‌زننده است.

«من فکر می‌کنم با محبت کردن به فرد میشه اون جاذبه رو ایجاد کرد، که بتونه به ما اعتماد بکنه، باید اعتمادش رو جلب کنیم. اما باید توجه کرد که محبت مثل بارون می‌مونه اگر زیاد بیاد سیل راه میفته، اگر کم بیاد خشکسالی میشه. پس باید به محبتی رو در حد تعادل خودش توی اون خوونه و محیط ایجاد بکنیم که مصرف‌کننده نه بتونه از ما سوءاستفاده بکنه نه جووری بشه که دافعه درش ایجاد بشه» (خ ب کد ۵).

در نهایت تعدادی از شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که بهتر است به مصرف‌کننده اجازه داده شود در خانه مصرف کند؛ چرا که از این مسیر، آسیب کمتری متوجه مصرف‌کننده می‌شود. البته در تمام مواردی که مجوز مصرف در خانه توسط خانواده صادر شده بود، این امر به صورت کاملاً ضمنی و غیرمستقیم صورت پذیرفته بود.

«اگر قراره مصرف کنه بره بیرون مصرف کنه یا با چهار نفر خلافتکار آمد و شد کنه، پس فردا بشه فروشنده مواد مخدر یا مصرفش بیشتر بشه.. اگر محیط خونه جوری باشه که اون موادی رو که بیرون مصرف می‌کنه رو بیاره توی خونه مصرف کنه، خیلی بهتر از آینه که بره بیرون مصرف کنه» (خ ب کد ۵).

سبک اسناددهی^۱: بهبودیافتگان در این تحقیق پیروزی خود را در امر درمان به عوامل درونی، پایدار در طول زمان و در نهایت توانایی و آگاهی خود نسبت می‌دادند. «از نگاه علی عیوضی و از نگاه کسانی که در کنگره درمان می‌شوند، اعتیاد یک نوع بیماری هست. چیز مهمی نیست. قابل درمانه... ما خیلی این قضیه را راحت می‌گیریم. اگر در خانواده یک نفر مصرف‌کننده وجود داشته باشه میگن، وای پسر من اعتیاد داره... ولی ما نه. چون با این قضیه دست و پنجه نرم کردیم. چون در مقام حق‌الیقین دانایی در این قضیه هستیم» (ب کد ۱۰).

این در حالی بود که آنها عودها و شکست‌های پی در پی خود در گذشته را نشأت گرفته از عوامل بیرونی، ناپایدار، عدم شناخت و ناآگاهی می‌دانستند. «کسی که میره کمپ یا خودش بدونه هیچ دارویی موادش رو میذاره کنار، خیلی آدم قوی هست. حتی میگن ترک یابویی. یعنی از لحاظ جسمی باید مثل یابو قوی باشی. یه چیزی بالاتر از اراده می‌خواهد... اما ما داشتیم کسانی رو که ۶-۷ سال مواد رو کنار گذاشتن. اما حال خوشی نداشتند... زمانی که برمیگرده، دست خودش نیست... و

۱- اسناد به نحوه تبیین فرد از وقایع و رخدادهای زندگی اش برمی‌گردد. غالباً افراد هنگام مواجهه با حوادث مختلف در زندگی‌شان از خود می‌پرسند چرا این واقعه رخ داد؟ پاسخ بدین سؤال بر انتظارات و نحوه واکنش و عمل بعدی آنها تاثیرگذار است. استنباط درباره علل اعمال یا همان اسناد (داتیلیو، ۱۳۹۱: ۱۸) حول سه محور درونی- بیرونی، پایدار- ناپایدار و کلی- اختصاصی، می‌گردد.

اگر برنمیگردد به زور خودش رو نگه داشته. یعنی اراده فوق انسانی به کار برده. چون مشکل هنوز حل نشده» (ب کد ۱۸).

بهبودیافتگان در این تحقیق مسئولیت اعتیاد خود را پذیرفته بودند - اسناد درونی - «من خودم کردم. این همه آدم هست. انواع مشکلات رو دارن، ولی مصرف کننده نیستند. حتی سیگار هم نمیکشن. ما خودمون یکسری ضعف‌ها داشتیم» (ب کد ۱۵).

اما با این حال روی‌آوری خود را به مصرف مواد ناشی از ناآگاهی می‌دانستند. بدین معنا که آنها به رغم این که پذیرفته بودند علت اعتیاد خودشان بوده‌اند، اما این ضعف خود را نشأت گرفته از ویژگی‌های غیر قابل تغییر در خودشان نمی‌دیدند. «ما قبل از این که مصرف کنیم، اطلاعاتی درباره تخریب‌های مواد نداریم یا حداقل تصور می‌کنیم آن تخریب‌ها برای ما نیست. بعد که گرفتار می‌شیم و می‌بینیم تخریب داره..... آدم چیزی رو که نمیدونه راحت گرایش پیدا میکنه» (ب کد ۶).

آنها همچنین پذیرفته بودند که رفتارهای طردکننده، خشونت‌آمیز و قضاوت‌های منفی اطرافیان‌شان علاوه بر ناآگاهی آنها، پیامد اعتیاد خودشان بوده است.

«وقتی ببینی عزیزت داره جلوی پات پرپر میشه یه سری تخریبها میاد سراغت. بعد هی میخاهی درستش کنی و کمکش کنی. اما چون دانایی نداری. علمش رو نداری که چیکار کنی پسرت درست بشه، هی حرکت اشتباه می‌کنی. هی بدتر میشه. هی خراب‌تر میشه و اوضاع تو به هم میریزه» (ب کد ۱۵).

خانواده‌ها نیز به رغم این که مسئولیت رفتارهای نادرست خود را پذیرفته بودند - اسناد درونی - اما این رفتارها را نشأت گرفته از ناآگاهی‌شان می‌دانستند^۱.

«ما فکر می‌کردیم ما مشکلی نداریم ایراد از اونه. اون غیرت نداره و چیزی که شاید معمول باشه توی تموم خونواده‌ها. اما ما هم رفتارهای درستی با اون نداشتیم» (خ ب کد ۵).

آن‌ها نیز به رغم آن که مصرف‌کننده را مسئول اعتیاد و نیز درمان آن می‌دانستند. «مهار کردن اعتیاد به من ربطی نداره به خود اون ربط داره ولی من مؤثر هستم» (خ ب کد ۱)، علت اعتیاد مصرف‌کننده را عاملی ناپایدار - ناآگاهی - دانسته و در نتیجه ناتوانی و شکست مصرف‌کننده در امر درمان را، نشأت گرفته از عوامل بیرونی - انتخاب روش نادرست و نیاز به مواد - می‌پنداشتند. به زعم آنها نیاز مصرف‌کنندگان به مواد موجبات رفتارهای منفی آنها را فراهم می‌سازد.

«شما چون تشنه می‌شید آب لازم دارید. می‌خواهید یا نمی‌خواهید؟
روزه ماه رمضان که واجب؛ غروب که شد می‌گن افطار کن. آگه نکنی از حال میری. مصرف‌کننده‌ای هم که ۶ ماه، یک سال، دو سال، ۱۰ ساله که داره مصرف میکنه... ما اینجا یاد گرفتیم که مرفینی که در بدنش تولید می‌شده دیگه تولید نمی‌شه، پس نیاز داره که از بیرون بهش تزریق شه»
(خ ب کد ۹).

همانطور که آمد سبک اسناد شرکت کنندگان این تحقیق به گونه‌ای بود که آنها در مواردی که امکان تغییر به تلاش شخصی ایشان بستگی داشت، مسئولیت مشکل حادث شده را می‌پذیرفتند. در مواردی که پذیرش مشکل می‌توانست در آنها احساس و هیجان

۱- قابل توجه این که حضور در گروه‌های همتا به این خانواده‌ها آموخته بود که چنین رفتارهایی در میان خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده رایج است، در نتیجه آنها با احساسات منفی عمیقی نسبت به خود مواجه نشده بودند. به عبارتی اسناد درونی برای این خانواده‌ها نه تنها عاملی برای احساس گناه نشده بود، بلکه محرکی برای تغییر شده بود.

منفی ایجاد کند، آن را کمی از خودشان دور می‌ساختند و در مواردی که تغییر به تلاش‌های آن‌ها بستگی نداشت، مسئولیت آن را بر عهده دیگری قرار می‌دادند. به عبارتی آنها به شایستگی در موقعیت‌های مختلف از سبک اسناد بیرونی و درونی بهره برده بودند.

انتظارات تواناساز: در این تحقیق، خانواده‌ها غالباً پیشگویی‌های مثبتی نسبت به آینده درمان مصرف‌کننده خود داشتند. آن‌ها اطمینان داشتند که بیمارشان برای همیشه درمان شده و بازگشت نخواهد داشت. گرچه تعداد اندکی از آنها نیز احتمال ضعیفی می‌دادند که مصرف‌کننده‌شان - آن هم در صورت حرکت نکردن در مسیر کنگره ۶۰- بازگشت داشته باشد. با این وجود آنها آنقدر به روش درمان اعتماد داشتند که معتقد بودند چنانچه مصرف‌کننده نیز عود داشته باشد، مجدداً به فرآیند درمان بازمی‌گردد.

«الان احتمال بازگشت به مواد رو برای برادرم صفر میدم، احتمالی

که الان میدم صفره... احتمال این که خودم... خودم که نه... ولی فردی

رو که مصرف‌کننده نیست بیاد این سؤال رو ازم بپرسه می‌گم احتمال

این که شما این راه رو بری هست ولی احتمال این که اون بره دیگه

نیست» (خ ب کد ۵).

اعتماد به روش و باور به قطعیت درمان، زمینه‌ساز اعتماد به مصرف‌کننده است. اعتماد خانواده‌ها به مصرف‌کننده مانع از پیشگویی‌های منفی در زمینه بازگشت مجدد مصرف‌کننده و به تبع آن مانع از کنترل‌گری و تجسس در رفتارهای مصرف‌کننده می‌گردد. در نتیجه چنین شرایطی، تنش و درگیری در خانواده به عنوان یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر بازگشت مصرف‌کننده به سمت مواد کاهش می‌یابد. از طرف دیگر کاهش رفتارها و برچسب‌های منفی خانواده، انگیزه مصرف‌کننده را برای ادامه مسیر بیشتر می‌سازد.

«در مورد اعتیاد خیالش راحت هست و خیلی بیشتر از قبل من رو قبول داره، مثلاً مشکلی براش پیش میاد با من مشورت میکنه. قبلاً اینجوری نبود و اعتمادش نسبت به قبل به من بیشتر شده» (ب کد ۱۸).

راهبردها: بر اساس یافته‌های این تحقیق «سازوکارهای آموزشی» و «رویه‌های اجرایی مناسب»- به کار بسته شده در روش درمان کنگره ۶۰-، موجبات بازسازی شناختی خانواده‌ها و بهبودیافتگان را فراهم آورده است.

سازوکارهای آموزشی: بهره‌گیری از زبان عامیانه، ساده و قابل فهم از جمله ویژگی‌هایی است که در تأثیرگذاری آموزش‌ها و تغییر شناخت مخاطبان کنگره ۶۰ نقش قابل توجهی ایفا کرده است. آموزه‌های کنگره ۶۰ آغشته به مثل‌ها، حکایات، روایات، آیات قرآن، داستان‌هایی از زندگی روزمره و تجربیات راهنمایان است، در نتیجه فهم آن برای مخاطبان آسان است.

«به همه ما میگن دروغ بده اما نمیکن چرا بده؟ نمیکن چطوری دروغ‌هامون رو کم کنیم... ولی کنگره بهت میگه مواد چطوریه. زندنش رو بهت میگه. زندنش رو بهت میگه. یه جوری میگه که می‌فهمی...» (ب کد ۵).

حضور در گروه و مشاهده خانواده‌ها و بهبود مصرف‌کنندگانی با تخریب بالا نیز مخاطبان کنگره ۶۰ را به درمان امیدوار نموده و در آنها انگیزه لازم برای تلاش را به وجود آورده بود.

«بعد از این که اومدم کنگره دیگه خیالم راحت بود که یه روزی به درمان می‌رسیم مثل بقیه، مثل راهنمای خودم، راهنمای خودم شوهرش مصرفش خیلی بالا بود مصرفش تریاک، حشیش، شیره رو با هم مصرف می‌کرده... به این شدت..» (خ ب کد ۱۴).

گروه، احساس منحصر به فرد بودن و تنهایی شرکت‌کنندگان را تقلیل داده بود. آن‌ها در گروه متوجه شده بودند که وضعیت دیگران از آنها وخیم‌تر است. در نتیجه این آگاهی، پذیرش شرایط موجود برای آنها تسهیل شده بود. خانواده‌ها و بهبودیافتگان تا قبل از حضور در گروه تصور می‌کردند که تنها آنها هستند که با چنین مشکلاتی مواجه‌اند یا این که حداقل نمی‌دانستند عده قابل توجهی از مردم با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کنند.

«اینجا دور و بر من خیلی‌ها هستند از من بدتر بودند، اگر شوهر من عیش این بود که بدبین بود، شکاک بود، آدمایی را میدیم که وای من پیش اونها پادشاهی می‌کردم، دست بزن داشتن، فحش می‌دادن، با بچه‌هاشون بدرفتاری می‌کردن و... اصلاً خیلی بد، افتضاح، داغون» (خ ب کد ۱۱)، «یکی از چیزهایی که آدم رو دلگرم می‌کنه آینه که وقتی آدم تو این جوها قرار می‌گیره، مبینه کسایی مثل خودش هم هستند. یه جورایی انگار آدم سبک‌تر میشه و راحت‌تر میتونه مشکلات رو تحمل کنه.. اولین باری که من وارد پارک طالقانی شدم اوادم دیدم گفتم خدای من یعنی این همه خانواده درگیر هستن. من فقط فکر می‌کردم خودمون مشکل داریم، دلم گرم میشه، آدم یه راه امیدی براش پیدا میشه» (خ ب کد ۱۷).

گروه برای شرکت‌کنندگان در این تحقیق، فضایی جهت گردهم‌آیی، خودآشنایی و تقلیل آلام و رنج‌های ناشی از اعتیاد را فراهم آورده بود.

«یکی از چیزهایی که می‌تونه آدم رو تخلیه احساسی کنه همینه که آدم بتونه توی یه جوی صحبت کنه و حرفاش رو بزنه که هیچ‌جا نمی‌تونه... از مصرف‌کننده‌ش صحبت کنه... جاهای دیگه... توی فامیل... مجبوری مخفی کنی... هر چند که همه بدونن، اما نمی‌خواهی بگی. ولی

اینجا که می‌ای با همه میتونی صحبت کنی چون همه به جورایی هم‌دردن» (خ ب کد ۱۷).

ضمن این که شکل‌گیری دلبستگی‌های جدید- جدای از نوع آموزش‌ها- از آنجا که موجب پراکنده شدن توجه و تمرکز اعضای خانواده از مصرف‌کننده می‌گردد، آرامش بیشتری را برای خانواده و مصرف‌کننده به ارمغان می‌آورد.

«ولی خدا می‌دونه که عشق و علاقه‌م پنج‌شنبه‌ها ساعت ۱ هستش. اینجا که می‌ام با جون و دل... هم خودم با جون و دل کار می‌کنم... هم با جون و دل بچه‌ها رو که می‌بینم بغل می‌کنم، انرژی می‌گیرم. انرژی بهشون می‌دم... من پنجاه و خورده‌ای سالمه به عنوان خدمتگزار کنار تیم فوتبال کنگره هستم. بچه‌ها شاید بعضی‌هاشون جای نوه من باشن. اکثراً سن‌شون اندازه پسر من هست. من کنار زمین بهشون آب می‌دم، توپ‌شون رو جمع می‌کنم.. عشق می‌کنم می‌بینمشون.. لذت می‌برم» (خ ب کد ۹).

علاوه بر چگونگی ارائه آموزشها، محتوای ارائه شده توسط کنگره ۶۰ با نیازها و دغدغه‌های مخاطبان همخوانی داشت. به عنوان مثال حفظ شبکه‌های ارتباطی پس از درمان برای مصرف‌کنندگان از اهمیت بالایی برخوردار است. البته در ۱۱ ماهی که مصرف‌کننده در حال درمان بعد جسمی خود می‌باشد- سفر اول- اجازه مرادده با دوستان مصرف‌کننده را ندارد.

«کسی که میخاد درمان بشه باید کلیه ملزومات مصرف رو چه مواد و چه وسایلش رو... همه رو دور بریزه. هیچ چیزی رو پیش خودش نگه نداره. چون در اوایل سفر کنگره می‌گه که نیروهای بازدارنده میان سراغت. به هر عنوان میان تا تو رو به سمت خودشون بکشن. مثل یه بچه نوزاد که میخاد راه بیفته و پدر و مادر مراقبش

هستن، منم زمانی که اول سفرم هست، باید تمام چیزهایی رو که ممکنه یک آن غفلت کنم و باعث سقوط من بشن را از خودم دور کنم. در اوایل سفر باید از یک سری چیزها خودداری کنیم... ولی وقتی سفر تموم بشه ما این صحبت‌ها رو نداریم» (ب کد ۸).

اما با این حال این موضوع که او می‌تواند در آینده نزدیک مرادوات خود را از سر بگیرد، به او اطمینان لازم در خصوص از دست ندادن شبکه‌های ارتباطی را داده و در نتیجه موجب می‌گردد که مصرف‌کننده این دوره را با سهولت و آرامش بیشتری طی کند، ضمن این که چنین مجوزی در القای احساس آزادی به این دسته از مخاطبان نیز تأثیرگذار می‌باشد. مصرف‌کننده در این دوره اضطراب از دست دادن شبکه‌های اجتماعی خود را ندارد، از این رو در آرامش و بدون یک دیوار دفاعی دوستان جدید خود را می‌پذیرد.

رویه‌های اجرایی مناسب: پراکندگی شعب کنگره ۶۰ در مناطق مختلف، امکان دسترسی آسان آن را برای مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنها فراهم کرده‌است. فاصله مکانی، گنجاندن برنامه‌های آموزشی را در برنامه‌های روزانه خانواده و مصرف‌کننده به خصوص زمانی که درمان به شیوه سرپایی است، دشوار می‌سازد.

«نمیدونستم دویست متر بالاتر از خونمون شعبه هست. شعبه سعادت‌آباد. یکی از دوستانم پیشنهاد داد گفت اینجا یه شعبه از کنگره هست برو ببین چه طوریه. من خیلی تخریبم بالا بود. من خودم به چشم خودم می‌دیدم که آگه یه ماه دیگه ادامه می‌دادم باید می‌رفتم بیمارستان روانی. اما خب نزدیک بود... گفتیم یه بار می‌رم» (ب کد ۴).

علاوه بر این پراکندگی شعب کنگره ۶۰، امکان گردهم آیی افراد و خانواده‌هایی با پایگاه اقتصادی، اجتماعی نزدیک را در کنار یکدیگر فراهم می‌آورد. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان زمانی که تصور می‌کنند در کنار

کسانی هستند که به لحاظ پایگاه اجتماعی اقتصادی با آنها قرابت دارند، در پذیرش روش درمان مقاومت کمتری خواهند شد. نکته حائز اهمیت دیگر این است که پراکندگی شعبات موجب می‌شود مصرف‌کنندگانی که در یک منطقه زندگی می‌کنند و غالباً هم مصرف بوده‌اند، گرد هم می‌آیند. به نوعی از این طریق شبکه‌های اجتماعی این افراد کمتر با تغییر مواجه می‌گردد و شبکه‌های دوستی با کارکردی جدید به حیات خود ادامه می‌دهند. مشاهدات محقق نیز حاکی از آن است که غالباً شبکه‌های دوستی در کنگره ۶۰ حفظ شده بودند، منتها با عملکردی متفاوت از قبل؛ همانند حلقه‌هایی از یک زنجیر. حلقه‌های ابتدایی نقش بسزایی در جذب سایرین داشته و به نوعی پیام‌آور روش درمان کنگره ۶۰ در میان شبکه دوستان هم مصرف خود شده بودند.

«برای یه مادر وقتی بخاد بچه‌اش رو ببره اونجاها - منظور کمپ و NA- ترس داره. اونها همه به آخر خط رسیدن. حال اونیه که به آخر خط برسه با حال بچه من که تازه شروع کرده یکی نیست... کسایی میان اونجا که از همه جا بریده شدن. در ضمن کنگره شاید روی یک یا دو درصد جواب نده؛ اما با شیوه NA برای سه یا چهار ماه... خیلی زیاد بشه یکسال... تو ترک می‌مونن. اونیه که میاد کنگره هنوز جا داره. خیلی کارش بیخ پیدا نکرده... جا داره بخوابه، همراه داره» (خ ب کد ۱۷).

علاوه بر این برخی عوامل همچون رایگان بودن درمان، سهولت درمان، استفاده از دارو، سرپایی بودن درمان، مجوز ارتباط با دوستان مصرف‌کننده و لحاظ کردن حق انتخاب مصرف‌کنندگان موجب ایجاد لنگر امن روانی برای مخاطبان کنگره ۶۰ شده و در نتیجه تمایل آنها را برای قرار گرفتن در مسیر درمان افزایش داده بود.

«دوران دور آشنا بودم که نگه نمیدارن و میتونی در اختیار خودت باشی... بری... بیای. NA که می‌رفتیم به خانواده‌هامون می‌گفتن موبایل نباید بدین دست‌شون. تا یه ماه موبایل ندین. پول تو جیبی ۵ تومن ۱۰

تومن بدین. ماشین ندین...» (ب کد ۱۷)، «درمان کنگره هم رایگانه، هم سختی نداره» (ب کد ۱۲).

بحث و نتیجه گیری

شواهد زیادی در خصوص اثربخشی تکنیک‌های شناختی - رفتاری بر درمان افراد وابسته به مواد وجود دارد. تعداد قابل توجهی از مداخلات مربوط به خانواده نیز بر تکنیک‌های شناختی - رفتاری متمرکز هستند. (Fernandez, Perez & Verdejo, 2011, Dutra et al, 2008, Noël, Brevers & Bechara, 2013, Czapla et al, 2016) غالب این تکنیک‌ها، فاکتورهای شناختی، عناصر روانی، احساسی و رفتاری موجود در خانواده‌ها را در نگهداشت نشانه‌های بیماری مؤثر می‌دانند. بر اساس مفاهیم و مقولات به دست آمده در این تحقیق و برقراری رابطه بین آنها نیز تغییر آگاهی خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان پیرامون اعتیاد، چگونگی درمان آن، تأثیرات و پیامدهای مواد بر مصرف‌کننده و نحوه مواجهه با مصرف‌کنندگان در مسیر درمان، جملگی موجب وضع قوانینی برای ایشان می‌گردد که چگونگی عملکرد آنها را متأثر می‌سازد.

به عنوان مثال زمانی که اعضای خانواده به مسئولیت فردی خود در روابط متقابل آگاه باشند، در فرآیند درمان حاضر به پذیرش مسئولیت می‌شوند و یا زمانی که خانواده‌ها، درمان اعتیاد را قطعی بپندارند و نقش دوستان مصرف‌کننده را پس از درمان، کم‌رنگ ارزیابی کنند، دائماً به دنبال پیشگیری از حضور بهبودیافته در موقعیت‌هایی با ریسک بالا (Hearon, McHugh, Otoo, 2011: 514)، برنخواهند آمد و در نتیجه رفتارهای کنترل‌گرانه کمتری - پس از قطع مصرف - خواهند داشت. پذیرش خانواده‌ها مبنی بر ناتوانی در تغییر دیگران و اهمیت تمایل و خواست فرد جهت درمان، موجب می‌گردد آنها به جای پرداختن به اموری که سطح تنش و آشفتگی را در خانواده افزایش می‌دهد، به نیازهای خود توجه بیشتری نموده و در نتیجه محیط امن‌تری را برای درمان

مصرف‌کننده فراهم آورند. از دیگر سو از آنجا که بهبودیافتگان، اعتیاد را بیماری قابل درمانی می‌دانستند و عوامل خارج از اراده خود را - دوستان مصرف‌کننده، خانواده، محیط آلوده و...- در بازگشت به مصرف، ناچیز قلمداد می‌نمودند، مسئولیت بهبودیشان را پذیرفته و پیشگویی‌های خودناکام بخشی که در بسیاری از موارد موجب لغزش در موقعیت‌های تهدیدآمیز می‌گردد (Hearon, McHugh, Otoo, 2011: 214)، را از خود دور ساخته بودند.

علاوه بر آنچه آمد احساسات و هیجانات مثبتی در میان بهبودیافتگان و خانواده‌هایشان در جریان بود. در بسیاری از موارد آنها اعتیاد و پیامدهای حاصل از آن را در زندگی خود راهگشا قلمداد می‌کردند. بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان یکدیگر را برای رفتارهای نامناسبشان در گذشته بخشیده بودند؛ چرا که معتقد بودند ناآگاهی و شناخت ناکافی از اعتیاد، موجبات چنین رفتارهایی را فراهم آورده است. پذیرش تأثیرات مواد بر جسم و نیاز معتاد به مواد نیز در کنار تمرکز آنها بر حال و خودداری از کنکاش در گذشته در کاهش سطح عواطف منفی ایشان تأثیر بسزایی داشته است. در همین راستا تحقیقات مک دونالد و همکارانش (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که عاطفه - احساس و هیجان - مصرف‌کنندگان تأثیر بسزایی در فرآیند بهبودی ایشان دارد. افراد با سطح بالای عاطفه منفی تحمل پایینی در برابر آشفتگی‌ها دارند و غالب افرادی که به سمت اعتیاد بازمی‌گردند، سطح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند (Kaiser, Milich, Lynam & Charonigo, 2012: 1077). احساسات و هیجانات منفی و گه‌گاه متناقض اعضای خانواده، سبب‌ساز رفتارهای متناقض آنها در برابر مصرف‌کننده می‌شود (فری، ۱۳۹۳). خانواده‌ها در بسیاری موارد از تلاش‌هایشان برای هدایت مصرف‌کننده در مسیر درست ناکام می‌شوند. آنها از این که مصرف‌کننده به توصیه‌ها و اندرزهای آنها بی‌اعتنا و بی‌توجه است، شدیداً عصبانی شده و با پرخاشگری، طرد و بی‌توجهی به مصرف‌کننده، درصدد متنبه ساختن او برمی‌آیند. این رفتار در تعدادی موارد آنها را دچار

احساس گناه نیز می‌کند. از سوی دیگر، مصرف‌کننده عصبانیت اعضای خانواده را حمل بر طرد و بی‌توجهی می‌نماید. هر دو طرف احساس می‌کنند که دیگری دشمن اوست. در نتیجه احتمال این که بتوانند با یکدیگر به درستی تعامل داشته باشند، به شدت از بین می‌رود. بی‌تردید بخش اعظم احساسات و هیجانات مثبت این شرکت‌کنندگان، نشأت گرفته از نوع باورهای آنها است و البته به صورت معکوس این احساسات و هیجانات نقش حیاتی در چگونگی ادراکات، قضاوت‌های مثبت و منفی و به تبع واکنش‌های بعدی آنها ایفا می‌نماید (Nikmanesh, Hossein Baluchi & Pirastesh Motlagh, 2015: 1).

تغییر باورها و یا بازتعین رفتارها می‌تواند خانواده را از دردهای ناشی از اعتیاد و یا شکایات خود از مصرف‌کننده رها سازد. مایکل فری در این خصوص می‌گوید:

«مردم درباره یک واقعه فعال‌ساز یکسان به شیوه‌های مختلفی فکر می‌کنند. این کار تعیین‌کننده پیامدهای هیجانی است که آنها تجربه می‌کنند» (فری، ۱۳۹۳: ۱۳۰).

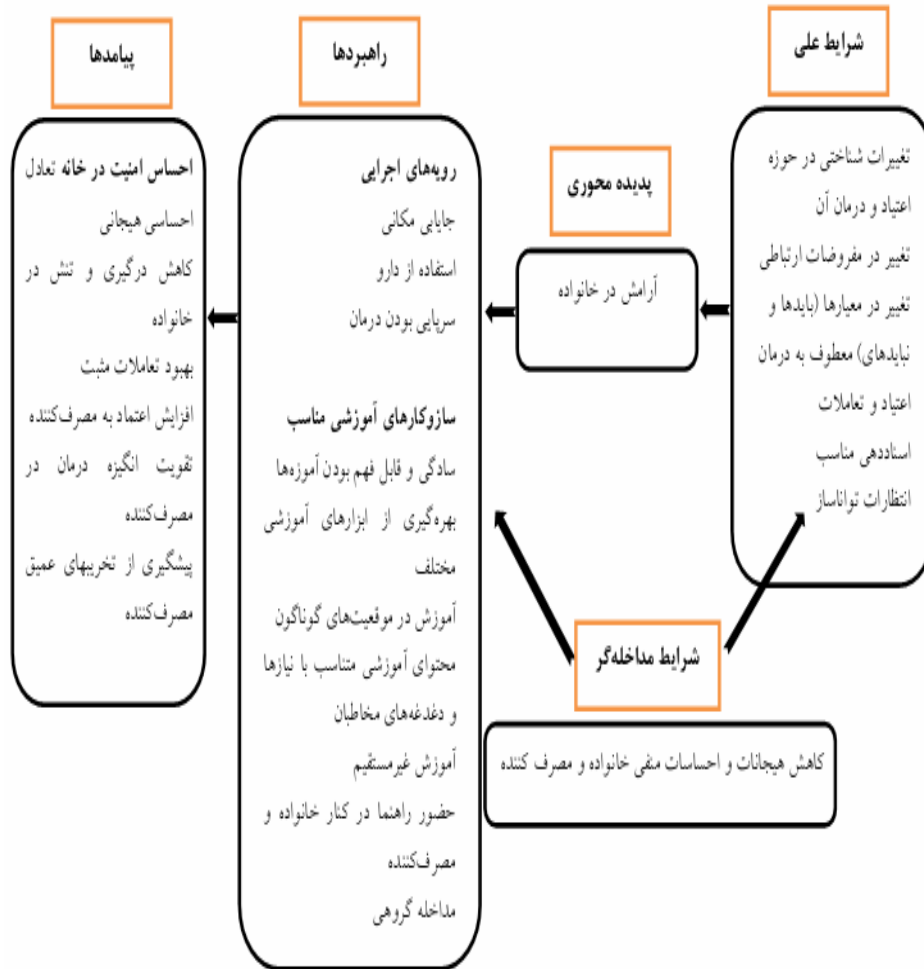
افکار ما درباره یک واقعیت یا موقعیت، تعیین‌کننده نوع احساسات ما درباره آن واقعه یا موقعیت است. از این رو بازسازی باورها و یا چارچوب‌بندی مجدد رخدادها می‌تواند هیجانات ما را از خشم، آسیب و دعوا (منفی) به توجه و دلواپسی (مثبت) تغییر دهد. به این صورت اعضای خانواده در حال تبادل دلواپسی، توجه و حمایت از مصرف‌کننده به نظر می‌رسند، با یک خلق و احساس مثبت‌تر نسبت به واقعیت رخ داده پیش خواهند رفت و در نتیجه چنین عواطفی، فرصت‌های جدیدی جهت برقراری ارتباطات دیگرگونه (بهاری، ۱۳۹۰: ۱۰۵) در خانواده فراهم می‌گردد.

ناگفته نماند تغییر در باورهای قدیمی و شکل‌گیری باورهای یادشده به آسانی محقق نمی‌گردد. چرا که باورها غالباً بدیهی و مسلم پنداشته می‌شوند و از این رو توسط صاحبان آنها به شدت محافظت می‌گردند. ضمن این که افراد تمایل وافر به جذب اطلاعاتی دارند که باورهایشان را تأیید می‌کنند. در نتیجه به رغم وجود

اطلاعات مخالف و مغایر، به شدت در جهت حفظ باورهای غیردقیق و ناکارآمد خود کوشا هستند (بک، ۱۳۹۵). سازوکارهای آموزشی و اجرایی به کار گرفته شده توسط روش درمان کنگره ۶۰، نقش بسزایی در تغییر باورهای شرکت‌کنندگان این تحقیق ایفا کرده بود. بر اساس یافته‌ها متولیان امر درمان در این روش از نگاه شرکت‌کنندگان، دارای تخصص، صداقت و انگیزه‌های خیرخواهانه هستند. این موضوع در کنار مشاهده نمونه‌های موفق بهبودیافتگان در گروه، موجب افزایش اعتماد ایشان نسبت به روش درمان شده بود.

در نهایت چنانچه درصدد تغییر شناخت مصرف‌کنندگان و خانواده‌ها باشیم باید فضایی ایجاد کرد که در آن مخاطبان احساس امنیت کنند. پراکندگی شعب، درمان سرپایی، استفاده از دارو جهت درمان، مداخله گروهی، آموزش غیرمستقیم در اشکال و موقعیت‌های گوناگون و استفاده از زبان ساده و قابل فهم از جمله راهبردهایی هستند که موجبات این احساس امنیت و به تبع آن نفوذ و تأثیرگذاری بر این افراد جهت تغییر باورها و عمل به آموزه‌ها را فراهم می‌آورند.

نمودار ۱- مدل تصویری به دست آمده از داده‌ها در خصوص فرآیندهای شناختی بهبودیافتگان و خانواده‌های ایشان و عوامل مؤثر بر تغییر آن



منابع

- بک، جودیت اس (۱۳۹۵)، *شناخت درمانی، مبانی و فراتر از آن*. ترجمه: لادن فتی و فرهاد فرید حسینی. تهران: دانژه.
- بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی؛ نیومن، کوریوف؛ لیس، بروس اس. (۱۳۸۰)، *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه: محمدغلی گودرزی. شیراز: نشر راهگشا.
- بهاری، فرشاد (۱۳۹۰)، *درمان سیستمی و توانمندسازی خانواده‌های معتادان*. تهران: نشر دانژه.
- داتلیو، فرانک ام. (۱۳۹۱)، *زوج درمانی و خانواده درمانی شناختی رفتاری*. ترجمه: معصومه اسمعیلی، الهام فتحی و زهرا گرجی. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- فری، مایکل. (۱۳۹۳)، *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه: علی صاحبی، زهرا اندوز و حسن حمیدپور. مشهد: جهاد دانشگاهی.
- قربانی، مریم؛ کاظمی، حمید؛ قربانی، طاهره. (۱۳۹۰)، مقایسه باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف شیشه و افراد عادی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۳).
- کوایمتیسیدیس، کریستوس. (۱۳۹۲)، *درمان شناختی رفتاری اعتیاد*. ترجمه: شهرام محمدخانی و قدرت عابدی. تهران: دانژه.
- Beck A., T (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press: New York.
- Czapla, M., Simon, J.J., Richter, B. Kluge, M., Christoph, H.F., Herpertz, S., Mann, K., Herpertz, S.C., Loeber, S (2016). *The impact of cognitive impairment and impulsivity on relapse of alcohol-dependent*

- patients*: implications for psychotherapeutic treatment. *Addict Biol*, 21 (4):873-884.
- Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW (2008). *A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders*. *Am J Psychiatry* 165 (2): 179-87.
 - Ellis, A (2005). *The Myth of Self-Esteem: How Rational Emotive Behavior Therapy Can Change Your Life Forever*. Prometheus Books: New York, USA.
 - Fernandez-Serrano, M.J., Perez-Garcia, M., Verdejo Garcia, A (2011). *What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?* *Neuro-Bio behav Rev*, 35:377-406.
 - Franklin T.R., Wang Z., Wang J., Sciortino N., Harper D., Li Y., Ehrman R., Kampman K., O'Brien C.P., Detre J.A., Childress A.R (2007). *Limbic activation to cigarette smoking cues independent of nicotine withdrawal: A perfusion fMRI study*. *Neuropsychopharmacology*, 32 (11): 2301-2309.
 - Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W. H., Marlatt, G.A (2011). *Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6 (17):1-17.
 - McHugh, K.R., Hearon, B.A., Otto, M.W (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders*. *Psychiatr Clin North Am*, 33 (3): 511-525.
 - Kaiser, A.J., Milich, R., Lynam, D.R. & Charnigo, R.J (2012). *Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students*. *Addict Behav*, 37: 1075-83.

- Milkman, H.B., Wanberg, K.W (2012). *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment for Adolescents*: Pathways to self-discovery and change, Sage: Inc.
- Mitcheson, L, Maslin, J, Meynen,T, Morrison,T, Hill, R, Shamil,W & Padesky,C.A. (2010). *Applied Cognitive and Behavioral Approaches to the Treatment of Addiction*. Wiley Authenticity Guarantee.
- Nikmanesh, Z., Hossein Baluchi, M. & Pirasteh Motlagh, A.A. (2015). *The Role of Social Support and Positive Affect on Prediction of Addiction Relapse*. Annals of Military & Health Sciences Research, 13 (3): 98-102.
- Noël, X, Brevers, D., Bechara, A. (2013). *A Triadic Neurocognitive Approach to Addiction for Clinical Interventions*. Front Psychiatry, 4: 179.
- Office of National Drug Control Policy. (2014). *Marijuana myths and facts, the truth behind 10 popular misperceptions*.
- Rovira, M. (2017). *Addiction to Automatic Negative Thoughts: a Perspective from Rational Emotive Behavior Therapy*. Addiction Medicine & Therapy,3 (4).
- Windy, D. (2012). *Dealing with Emotional Problems. Using Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy*. A Practitioner's Guide, Hove, Routledge, UK.
- World Health Organization. (2001). *What do people think they know about substance dependence*.