

درمان شناختی رفتاری اختلالات اعتیادآور

## فهرست مطالب

۷	..... درباره نویسندگان
۸	..... قدردانی‌ها
۱۰	..... مقدمه
۱۳	..... فصل اول: بررسی کلی
۲۹	..... فصل دوم: مدل نظری
۵۲	..... فصل سوم: مفهوم‌پردازی مورد
۷۴	..... فصل چهارم: شرم، انگ، و رابطه درمانی
۱۰۵	..... فصل پنجم: ساختار جلسه فردی
۱۲۱	..... فصل ششم: کشف هدایت‌شده، مصاحبه انگیزشی و تجزیه و تحلیل کارکردی
۱۴۱	..... فصل هفتم: تکنیک‌های استاندارد شده CBT
۱۷۷	..... فصل هشتم: تنظیم اهداف
۱۹۴	..... فصل نهم: آموزش روان‌شناختی
۲۲۰	..... فصل دهم: افکار و باورها
۲۴۵	..... فصل یازدهم: حالت‌ها و رفتارهای اعتیادآور
۲۵۸	..... فصل دوازدهم: CBT گروهی برای اعتیاد
۲۹۳	..... فصل سیزدهم: پیشگیری از عود و کاهش آسیب
۳۲۲	..... منابع

## مقدمه

تصور کنید که در بیشتر عمر خود درگیر یک فعالیت ارزشمند هستید و به تدریج متوجه می‌شوید که این فعالیت هر چیزی را که برای شما با ارزش هست از بین می‌برد. سپس تصور کنید که سعی می‌کنید این فعالیت را ترک کنید و احساس می‌کنید که نمی‌توانید آن را انجام دهید، مهم نیست چقدر تلاش می‌کنید. در مرحله بعد، تصور کنید که این فعالیت را بارها و بارها تکرار می‌کنید، زیرا می‌دانید که در مرگ شما نقش دارد. تشخیص می‌دهید که به جای کاهش سرعت یا توقف، مجبور به انجام بیشتر و بیشتر از آن هستید. سپس عزیزان خود را تجسم کنید که می‌گویند دیگر مشارکت شما در این فعالیت را تحمل نمی‌کنند. حالا به این تصاویر، تصویر کل جامعه را اضافه کنید که شما را به خاطر درگیر شدن در این فعالیت مورد انگ قرار می‌دهند.

این تجربیات برای افرادی که با اعتیاد دست‌وپنجه نرم می‌کنند آشناست. شرم، گناه، دوسوگرایی، ترس، شک، درماندگی، سرخوردگی و ناامیدی تنها برخی از احساساتی است که بسیاری از افراد تلاش می‌کنند تا از رفتارهای اعتیادآور خودداری کنند. این افراد الهام‌بخش پیگیری متن اصلی ما، *درمان شناختی سوءمصرف مواد هستند* (بک، رایت، نیومن، و لیس، ۱۹۹۳). از زمان انتشار آن متن تقریباً ۳۰ سال پیش، ما با هزاران بیمار کار کرده‌ایم که به ما اعتماد کرده‌اند تا به آن‌ها کمک کنیم تا با رفتارهای اعتیادآور خود مقابله کنند.

بسیاری از بیماران ما با احساس یأس و ناامیدی وارد درمان شده‌اند. بسیاری از آن‌ها همه چیزهایی را که برایشان مهم بود از دست داده‌اند، از جمله دوستان، خانواده، خانه، سلامتی و شغل. برخی احساسات ناامیدانه دارند، به‌عنوان مثال: «من به انتهای طناب خود رسیده‌ام» و «اگر این [درمان] کار نکرد، کارم تمام شده است.» با کمال تعجب، بسیاری از بیماران ما مهارت‌های درمان شناختی-رفتاری (CBT) را آموخته و به کار گرفته‌اند و زندگی خود را تغییر داده‌اند. آن‌ها با افزایش کنترل بر افکار، احساسات و رفتارهای خود سالم‌تر و شادتر شده‌اند. بسیاری از آن‌ها روابط نزدیک جدیدی ایجاد کرده‌اند و روابط قدیمی را دوباره برقرار کرده‌اند. بیشتر آن‌ها کار ثابت و معناداری یافته‌اند. تقریباً همه از این‌که می‌توانند زندگی خود را به دست بگیرند شگفت‌زده شده‌اند.

ما در ۳۰ سال گذشته چیزهای زیادی یاد گرفته‌ایم. علاوه بر یادگیری از تجربیات بیماران، ما به‌طور مستمر از کار خارق‌العاده همکاران پژوهشی خود مطلع و الهام گرفته‌ایم. نتایج کار آن‌ها عمیقاً بر رویکرد ما تأثیر گذاشته است، همان‌طور که در این متن پیگیری منعکس شده است. به‌عنوان مثال،

اکنون می فهمیم که:

- افراد مبتلا به اعتیاد گروهی بسیار متنوع را تشکیل می دهند.
- تعاریف بهبودی منحصر به فرد هستند: آن‌ها از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت اند.
- بیماران نیاز به تعیین اهداف دستاوردی شان دارند، نه اینکه آن‌ها را توسط دیگران تعیین کنند.
- مزایای CBT برای اعتیاد به پرهیز محدود نمی شود؛ آن‌ها شامل طیف گسترده‌ای از مهارت‌های بالقوه درون فردی و بین فردی هستند.
- فرایندهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مشترک زمینه‌ساز اعتیادهای مختلف هستند.
- بسیاری از بیماران به خدمات و منابعی فراتر از آنچه در روان‌درمانی ارائه می شود، از جمله گروه‌های همیاری (مانند برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای و بهبودی SMART) و درمان‌های به کمک دارو نیاز دارند.
- ننگ در مورد اعتیاد\_ حتی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی\_ فراگیر است و باید در هر زمان و هر کجا که ممکن است شناسایی و از بین برود.

در طول ۳۰ سال گذشته، تغییرات اجتماعی سیاسی قابل توجهی رخ داده است. در این متن پیگیری، نحوه تأثیرگذاری این تغییرات بر کار ما با افراد مبتلا به اعتیاد را مورد بحث قرار می‌دهیم. به‌عنوان مثال، ما به چالش‌های بالقوه مرتبط با قانونی‌سازی ماری‌جوانا در ایالات متحده می‌پردازیم (فصل ۱). ما همچنین به تأثیر انگ، تعصب و تبعیض نسبت به افرادی که با اعتیاد دست‌وپنجه نرم می‌کنند می‌پردازیم (فصل ۴).

در این کتاب، ما از سهم ارزشمند بسیاری از رویکردهای متنوع در درمان اعتیاد قدردانی می‌کنیم و نشان می‌دهیم که چگونه آن‌ها را در CBT برای اختلالات مصرف مواد گنجانده‌ایم. ما بر اهمیت مفهوم‌پردازی بیماران به‌طور کامل و دقیق و تنها پس از آن مداخله با مناسب‌ترین اقدامات درمانی تأکید می‌کنیم.

در این کتاب ما تمام تلاش خود را می‌کنیم تا ۳۰ سال روند و پیشرفت در تحقیقات و درمان اعتیاد را ترسیم کنیم. به‌عنوان مثال، ما:

- شواهد فعلی را که از اثربخشی CBT برای درمان اعتیاد حمایت می‌کند، بررسی می‌کنیم (فصل ۱).
- مدل خود را هم برای اعتیادهای شیمیایی و هم برای اعتیادهای رفتاری اعمال می‌کنیم (فصل ۱).
- مدل سندرم اعتیاد را معرفی می‌کنیم (فصل ۱ و ۲).
- عوامل ژنتیکی، عصبی زیستی، روانی اجتماعی و محیطی مرتبط با ایجاد رفتارهای اعتیادآور را بررسی می‌کنیم (فصل ۲).
- یک روش مفهوم‌پردازی موردی سیستمیک برای درک افراد در حال بهبودی پیشنهاد می‌کنیم

(فصل ۳).

- بر اهمیت پژوهش در مورد تأثیر انگ بر روند درمانی تأکید می‌کنیم (فصل ۴).
- ارتباط متقابل بین کشف هدایت‌شده و مصاحبه انگیزشی را توضیح می‌دهیم (فصل ۶).
- ۱۲ تکنیک استانداردشده CBT را برای کمک به بیماران که با اعتیاد دست‌وپنجه نرم می‌کنند توضیح می‌دهیم (فصل ۷).
- مفاهیم تفکر سیستم ۱ و سیستم ۲ را برای تداوم اعتیاد به کار می‌بریم (فصل ۱۰).
- مفهوم سبک‌های دکتر آرون بک را معرفی می‌کنیم و این مفهوم را در مورد اعتیاد به کار می‌بریم (فصل ۱۱).
- در مورد اجرای درمان گروهی CBT راهنمایی خاصی ارائه می‌دهیم (فصل ۱۲).

امیدواریم این مطالب جدید برای کار با کسانی که با اعتیاد دست‌وپنجه نرم می‌کنند مفید باشد. در سراسر این کتاب، نمونه‌های فرضی مختلفی را ارائه می‌کنیم تا طیف وسیعی از بیماران را با طیف وسیعی از اعتیادها و مشکلات مرتبط نشان دهیم. همه نمونه‌های موردی ترکیبی هستند (یعنی ترکیبی از بسیاری از بیماران واقعی که ما می‌شناسیم)، و همه نام‌ها تخیلی‌اند. ما مکرراً به اصطلاحات «اختلالات مصرف مواد»، «رفتارهای اعتیادآور» و «اعتیادها» اشاره می‌کنیم. برای اهداف ادبی، ما این اصطلاحات را باهم عوض می‌کنیم، همان‌طور که اغلب در عمل انجام می‌دهیم. همچنین، هنگام اشاره به موضوعات مفرد و بدون تفکیک در یک جمله، ما از ضمیر «آن‌ها» استفاده می‌کنیم.

## فصل اول

### بررسی کلی

اصطلاح/اعتیاد<sup>۱</sup> در همه جا وجود دارد و می‌شنویم که در مورد مصرف مشکل‌ساز الکل و سایر داروها و همچنین اعتیادهایی که ماده‌های بلعیدنی<sup>۲</sup> را شامل نمی‌شوند، به اصطلاح اعتیادهای رفتاری<sup>۳</sup> به کار می‌رود. ما از این اصطلاح در گفتمان روزمره استفاده می‌کنیم، زیرا مردم عادت‌های خاصی را به‌عنوان اعتیاد توصیف می‌کنند. اگر از برخی از افرادی که سعی در کاهش وزن دارند پرسید که چرا فقط یک تابه براونی خوردند، ممکن است بگویند: «من به شکلات اعتیاد دارم» یا «من یک شکلات‌خوار هستم». اگر از برخی از دوندگان مسافت طولانی پرسید که چرا مسافت‌های طولانی را می‌دوند، ممکن است بگویند: «من به دویدن معتاد هستم». اما اعتیاد دقیقاً چیست؟ چه زمانی استفاده از این اصطلاح برای توصیف رفتار انسان مناسب است؟

در این کتاب ما بر اعتیادهای شیمیایی (یا مواد) و رفتاری تمرکز می‌کنیم. این مبتنی بر درک ما است که فرآیندهای شناختی، رفتاری، عاطفی و فیزیولوژیکی خاصی در بین اعتیادها مشابه هستند، همچنین مجموعه قابل توجهی از تحقیقات که از قابلیت اطمینان و اعتبار برخی از تشخیص‌های اعتیاد رفتاری پشتیبانی می‌کنند. ما رویکردهای مختلف را برای تعریف اعتیاد بررسی می‌کنیم و با ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) شروع می‌کنیم. در DSM-5، عبارت اختلال/اعتیاد آور به‌عنوان یک اختلال روانی معرفی شده است که با رفتارهایی مشخص می‌شود که به رغم پیامدهای مشکل‌ساز جدی ادامه می‌یابند. این مفهومی نسبتاً جدید برای DSM-5 (و سایر استانداردهای تشخیصی) است که یک فرد بسته به تعداد علائم آشکار می‌تواند درجات مختلفی از اختلالات اعتیادآور را داشته باشد. همچنین، گنجانیدن اختلال قمار<sup>۳</sup> و در نظر گرفتن بازی‌های اینترنتی مشکل‌ساز به‌عنوان اختلالات اعتیادآور، مفاهیمی نسبتاً جدید در DSM-5 است.

برای کمک به تعریف/اعتیاد، بیاید مورد باب را در نظر بگیریم، که می‌گوید «بیشتر شب‌های هفته

---

1 addiction  
2 ingested substances  
3 gambling disorder

فقط یک یا دو بطری آبجو می نوشد». وقتی باب با همسرش، مری، برای صرف غذا بیرون می رود، به رغم مصرف چندین آبجو به خانه برمی گردد. حداقل هفته ای یک بار با خماری از خواب بیدار می شود، با احساس «درهم تنیده» سر کار می رود و انجام کارش به عنوان مدیر پروژه برایش مشکل است. او سایر مشکلات مرتبط با الکل را انکار می کند (مانند تلاش های ناموفق برای کاهش یا ترک، ولع مصرف<sup>۱</sup>، محرومیت<sup>۲</sup>، تحمل<sup>۳</sup>، مشکلات سلامتی). از سوی دیگر، مری هر روز قبل از ظهر شروع به نوشیدن می کند، حتی اگر پزشکش به او هشدار داده باشد که نوشیدن زیاد مشروبات الکلی ممکن است در افزایش فشارخون او نقش داشته باشد. هنگامی که او شروع به صحبت مبهم و «درهم و برهم» می کند، باب او را ترغیب می کند که الکل را ترک کند، که به ناچار منجر به مشاجره می شود. وقتی باب سعی می کند با مری در مورد رفتارهایش در شب گذشته صحبت کند، او اغلب اوقات آن را فراموش می کند (یعنی آن را سرکوب می کند). اگرچه او این را به باب اعتراف نمی کند، اما مری پس از اخراج از چندین شغل خرده فروشی تلاش کرده است که نوشیدن را ترک کند، اما هر بار که ترک می کند دوباره شروع می شود زیرا تنها پس از چند ساعت پرهیز احساس بی قراری و لرزش دارد.

باب یک مشکل خفیف الکل دارد. او به طور منظم پس از مصرف الکل رانندگی می کند و نوشیدن الکل باعث خماری می شود که کار او را مختل می کند. با توجه به اطلاعاتی که در مورد باب داریم، اعتیاد او به الکل قطعی نیست. مری احتمالاً مشکل شدیدی با الکل دارد: او بیشتر روز خود را در حالت مستی می گذراند، حالت بیهوشی دارد و به او هشدار داده شده است که الکل را ترک کند، زیرا دلیل احتمالی فشارخون او همین است، نمی تواند آن را کنار بگذارد، زمانی که می خواهد ترک کند به سندرم محرومیت از الکل دچار می شود، او با باب در مورد آن بحث می کند و به دلیل نوشیدن الکل از چندین شغل اخراج شده است. بر اساس اطلاعاتی که برای مری داریم، ممکن است منطقی باشد که نتیجه بگیریم او به الکل معتاد است.

باب و مری به شدت در مشکلات الکلی تنها هستند. در واقع، هنگامی که اداره خدمات بهداشت روانی و سوء مصرف مواد ایالات متحده<sup>۴</sup> (SAMHSA) نظرسنجی ملی ۲۰۱۹ خود را در مورد مصرف مواد مخدر و سلامت<sup>۵</sup> (SAMHSA؛ NSDUH، ۲۰۲۰) انجام داد، مشخص شد که تقریباً ۵.۳٪ از آمریکایی های بالای ۱۲ سال (۱۴.۵ میلیون نفر) اختلالات مصرف الکل<sup>۶</sup> دارند (AUDs). نکته جالب توجه در مورد باب (با AUD خفیف) و مری (با AUD شدید) این واقعیت است که مردان بیشتر از زنان به AUD مبتلا هستند (۷.۸٪ در مقابل ۴.۱٪؛ SAMHSA، ۲۰۱۷).

1 craving

2 withdrawal

3 tolerance

4 Substance Abuse and Mental Health Services Administration

5 National Survey on Drug Use and Health

6 alcohol use disorders

زمانی که کتاب قبلی ما، *درمان شناختی سوء مصرف مواد* (بک و همکاران، ۱۹۹۳)، نوشته شد، ایالات متحده در میان یک اپیدمی کوکائین قرار داشت. در حال حاضر ایالات متحده در میان یک اپیدمی *مواد افیونی* قرار دارد، تقریباً ۵٪ از آمریکایی‌های بالای ۱۲ سال (تقریباً ۱۲.۵ میلیون) به سوء استفاده از مسکن‌های تجویزی اعتراف کرده‌اند (SAMHSA، ۲۰۱۷). این احتمال وجود دارد که دلیل اصلی برچسب زدن وضعیت فعلی به عنوان یک بحران، تعداد مرگ‌ومیرهای مرتبط با سوء مصرف از مواد افیونی باشد. در سال ۲۰۱۷، تعداد آمریکایی‌های بالای ۱۲ سال که در اثر مصرف بیش از حد مواد مخدر جان خود را از دست دادند، ۷۰۲۳۷ نفر بود. تقریباً ۶۸ درصد از این مرگ‌ها (۴۷۶۰۰) مربوط به مواد افیونی بود که ۱۲ درصد افزایش نسبت به سال ۲۰۱۶ داشت (شاوول، ست، کریزا، ویلسون و بولدوین، ۲۰۱۸). به گفته شاوول و همکارانش (۲۰۱۸)، افزایش همه مرگ‌ومیرها عمدتاً به دلیل سوء مصرف مواد افیونی ترکیبی (مانند هیدروکودون، اکسی کدون، ترامادول و فتانیل) بود. نظرسنجی انجام شده توسط SAMHSA (۲۰۱۷) نشان داد که اکثر ۱۲.۵ میلیون نفری که از مسکن‌های تجویزی سوء استفاده کرده‌اند این کار را برای تسکین درد فیزیکی انجام داده‌اند (۶۲.۶ درصد). دلایل دیگری که برای سوء مصرف ذکر شد عبارت‌اند از: احساس خوب یا «بالا بودن» (۱۲.۱٪)، جهت مستی یا کاهش تنش (۱۰.۸ درصد)، برای کمک به خواب (۴.۴٪)، جهت بهبود هیجان‌های مشکل ساز (۳.۳٪)، جهت تجربه یا «بینند چگونه است» (۲.۵ درصد)، «به دلیل اعتیاد» (۲.۳٪)، برای افزایش یا کاهش اثر داروهای دیگر (۰.۹٪)، و به دلایل دیگر (۱.۲٪). تقریباً ۵۳.۷٪ از افرادی که از مواد افیونی سوء استفاده می‌کردند، آن‌ها را از دوستان یا بستگانشان تهیه کرده‌اند، در حالی که ۳۶.۴٪ مواد افیونی خود را با نسخه‌های تهیه شده از یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی به دست آوردند. تنها ۴.۹ درصد مسکن‌های تجویزی خود را از فروشندگان مواد مخدر خریداری کرده‌اند و ۴.۹ درصد دیگر نسخه‌های خود را به «روش دیگری» تهیه می‌کردند.

تغییر دیگری که از سال ۱۹۹۳ رخ داده این است که (تا لحظه نگارش این مقاله) ماری جوانا برای استفاده دارویی در ۳۵ دولت ایالات متحده و برای مصرف تفریحی در ۱۵ دولت دیگر اضافه بر منطقه کلمبیا قانونی شده است (بروموویچ، ۲۰۲۰)؛ و این اعداد مدام در حال افزایش هستند. برای سال‌های متمادی اعتقاد بر این بود که ماری جوانا یک ماده مخدر «ایمن» است. با این حال، در طول سال‌ها آشکار شده است که مصرف طولانی مدت ماری جوانا ممکن است باعث مشکلات جسمی و روانی قابل توجهی، به ویژه در نوجوانان شود (موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر، ۲۰۱۸؛ ولکو، بالر، کمپتون و ویس، ۲۰۱۴).

مورد جان را در نظر بگیرید، فردی که مشکلات جدی مرتبط با ماری جوانا دارد. جان ۳۰ ساله است. او از دوران دبیرستان ماری جوانا می‌کشید، جایی که فهمید که فروش آن [پاتیگوایا] راه مناسبی



برای تأمین هزینه مصرف روزانه‌اش است. او مدتی در دانشگاه تحصیل کرد و با دانشجویان دیگری که از سرخوشی روزانه لذت می‌بردند، دوست شد. در اواسط اولین ترم دانشگاه، متوجه شد که نمی‌تواند با چالش‌های علمی همگام شود. یا به عبارت دقیق‌تر، او متوجه شد که به‌جای مطالعه، ماری‌جوانا می‌کشد. او با یک خانم برای آشنا شدن قرار ملاقات گذاشت، اما آن فرد علاقه‌ای به رابطه‌ی جدی با مردی که همیشه سرخوش بود، نداشت. پس از ترک دانشگاه، جان وارد شغل محوطه‌سازی شد. او در حین رانندگی با کامیون شرکت محوطه‌سازی پس از دستگیری توسط پلیس در توقف معمول ترافیکی به دلیل در اختیار داشتن چهار اونس ماری‌جوانا و کشف آن، از کار اخراج شد. جان با کمک وکیل خانواده‌اش توانست از زندانی شدن جلوگیری کند. پدر و مادرش به او اجازه دادند به شرط جستجوی کار برگردد، اما پس از بیش از یک سال، جان از تلاش دست کشید و در نهایت با دوستان قدیمی خود که بیشتر وقتشان را با ماری‌جوانا سپری می‌کردند، قرار گذاشت.

بدیهی است که جان مشکل جدی مصرف کانابیس دارد. او به جای استفاده‌ی تفریحی یا صرفاً از روی عادت، از ماری‌جوانا به روش‌هایی استفاده می‌کرد که عواقب شدیدی به همراه داشت. و با این حال جان تصمیم نگرفته بود که مصرف ماری‌جوانا را که علت این عواقب شدید است، متوقف کند. بسیاری استدلال می‌کنند که مصرف کانابیس جان به سطحی رسیده است که واجد شرایط اعتیاد است.

در مقایسه با جان، مورد جیل، زنی ۴۰ ساله با سابقه‌ی طولانی اختلالات مصرف مواد<sup>۱</sup> (SUDs) را قبل از اولین تجربه‌ی او با قمار در نظر بگیرید. او در ابتدای دبیرستان سیگار و ماری‌جوانا می‌کشید، کوکائین و مت‌آمفتامین مصرف می‌کرد و به شدت مشروب می‌نوشید. سپس، ۱۱ سال پیش، پس از فراخوان پلیس در جریان درگیری با دوستش، او به دلیل تجاوز جسمی، رفتار آشوبگرانه و نگهداری کوکائین دستگیر شد. پس از یک دوره‌ی کوتاه حبس، جیل آگاهانه تصمیم گرفت که از تمام مواد اعتیادآور پرهیز کند. او شغلی را در شیفت عصر در یک کارخانه‌ی محلی پیدا کرد، به یک آپارتمان نقل مکان کرد و در نهایت توانست ماشینی بخرد. او مرتباً در جلسات الکلی‌های گمنام<sup>۲</sup> (AA) شرکت می‌کرد و آن‌ها را مفید می‌دانست. در واقع، اینجا جایی بود که او با گری آشنا شد که تقریباً یک سال قبل از ازدواج با او قرار می‌گذاشت.

قماربازی جیل به اندازه‌ی کافی بی‌تقصیر شروع شد: او توسط یکی از همکارانش بعد از کار به یک کازینو دعوت شد «فقط برای استراحت و کمی تفریح». به محض رسیدن به آنجا، جیل می‌گوید «احساس می‌کرد بچه‌ای است در مغازه‌ی آب‌نبات فروشی». او نمی‌توانست باور کند تا این اواخر شب

1 substance use disorders

2 Alcoholics Anonymous

آن‌همه فعالیت در جایی وجود داشته باشد: چراغ‌های روشن، ماشین‌های بازی چشمک‌زن، زنگ‌ها و سوت‌ها در سراسر کازینو. به هر جا که می‌چرخید، مردم سیگار می‌کشیدند و مشروب می‌نوشیدند. با کمال تعجب او بیشتر جذب منظره و صداهای ماشین‌های بازی بود تا مشروبات الکلی و سیگار. طولی نکشید که او شروع کرد به آنچه به‌عنوان «تجربه‌ای عجیب» توصیف می‌کرد. او شروع به احساس عجله در خودمانی بودن کرد که اغلب هنگام مصرف الکل و مواد مخدر تجربه کرده بود. به قول او «احساس شگفت‌انگیزی بود!» او توانست بدون مصرف ماده اعتیادآور به اوج خودمانی بودن برسد. در پایان اولین شب قمار، جیل با قطعیت می‌دانست که گیر افتاده است. مطمئناً، ظرف چند ماه جیل بیشتر شب‌های هفته به کازینو می‌رفت. اگرچه او به پرهیز از مواد اعتیادآور ادامه داد، اما او «بدبختی خماری‌های پس از شب‌های طولانی قمار» را تعریف کرد. چندی نگذشت که او با قمار همان مشکلاتی را داشت که با الکل و مواد مخدر داشت: هیچ مقدار قمار به‌اندازه کافی احساس نمی‌شد؛ او تمام وقت آزاد خود را در کازینو می‌گذراند؛ وقتی او قمار نمی‌کرد، در مورد آن خیال‌پردازی می‌کرد؛ او از حساب پس‌انداز ناچیز خود پول بیرون می‌کشید تا در کازینو خرج کند؛ او به گری درباره گذراندن وقت با دوستانش دروغ می‌گفت؛ و شاید از همه نگران‌کننده‌تر این بود که احساس می‌کرد کنترل خود را ازدست‌داده و نمی‌تواند قمار را متوقف کند. به همان شدت که او تلاش کرد، ترک آن غیرممکن به نظر می‌رسید. در واقع، او تلاش‌ها برای پرهیز از قمار را «سخت‌تر از تمام اعتیادهای دیگرش» توصیف کرد. در نهایت او شروع به مشکلات مالی شدیدی کرد که در نهایت منجر به ورشکستگی و انحلال ازدواج او شد. همان‌طور که در تجربیات جیل نشان داده شده است، رنج ناشی از اختلال قمار یک اعتیاد رفتاری\_ می‌تواند به‌اندازه اعتیاد به مواد تنبیه‌کننده باشد.

## اعتیادهای شیمیایی و رفتاری:

### بیشتر شبیه به هم تا متفاوت

هوارد شفر با مطالعه اختلال قمار و پیشروی در سندرم اعتیاد سهم مهمی در زمینه اعتیادها داشته است (شفر، ۲۰۱۲؛ شفر و هال، ۲۰۰۲؛ شفر و همکاران، ۲۰۰۴). شفر و همکارانش سندرم اعتیاد را به‌عنوان الگویی پیچیده توصیف می‌کنند که زیربنای همه رفتارهای اعتیادآور است. به جای اینکه اعتیادهای فردی (مثلاً الکل، ماری‌جوانا، مواد افیونی، قمار، بازی کردن) را به‌طور واحد و مجزا ببینیم، همه آن‌ها با پیشایندهای دور (گذشته)، پیشایندهای نزدیک (اخیر) و پیامدهای (مانند اصطلاحات، آشکارکننده ها و عواقب) مشابه درک می‌شوند. بر اساس این مدل، رفتارهای مختلف و مواد شیمیایی اعتیادآور صرفاً موضوعاتی هستند که ظرفیت «تغییر تجربه ذهنی به‌طور قابل‌اعتماد و قوی» را دارند (شفر،

۲۰۱۲، ص ۳۳۱). این تغییرات شیمیایی و رفتاری مراکز پاداش مشابهی را در مغز فعال می‌کنند. سندرم اعتیاد یکپارچه‌سازی عناصر عصبی-زیستی، عناصر مشترک روانی-اجتماعی و تجربیات مشترک را فراهم می‌کند: سیستم پاداش مغز نیز به‌طور مشابه توسط مواد و رفتارهای اعتیادآور فعال می‌شود؛ افراد با گرایش به اعتیادها معمولاً مشکلات روان‌شناختی مشابهی دارند، و سیر تمایل به رفتارهای اعتیادآور در بین اعتیادها مشابه است. بنابراین، این مدل بر اشتراکات میان فرایندهای مختلف اعتیادآور تأکید دارد.

درک این نکته مهم است که پیامدهای اولیه رفتارهای اعتیادآور مثبت هستند، به همین دلیل است که افراد در ابتدا درگیر آن‌ها می‌شوند. الکل دارای پتانسیل سست کردن، برانگیختن و مهارگسیختگی است؛ ماری‌جوآنا دارای پتانسیل دلپذیر شدن است؛ آمفتامین‌ها پتانسیل ایجاد انرژی را دارند؛ مواد افیونی پتانسیل تسکین درد را دارند؛ و قمار ظرفیت ایجاد هیجان در مورد دیدگاه برنده‌های بزرگ را دارد. درک این نکته مهم است که این تأثیرات در افرادی که اعتیاد دارند- حداقل در ابتدا، پیامدهای منفی درگیر شدن با آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. تا زمانی که افراد بر این باورند که پیامدهای مثبت بر عواقب منفی رفتارهای اعتیادآور برتری خواهند داشت، و سوسه خواهند شد که درگیر آن‌ها شوند.

بدیهی است که پیامدهای منفی متعددی در ارتباط با رفتارهای اعتیادآور وجود دارد. شفر و همکارانش (۲۰۱۲، ۲۰۰۴) به راحتی این‌ها را به دو دسته تقسیم می‌کنند: آن‌هایی که برای هر رفتار اعتیادآور منحصربه‌فرد هستند و آن‌هایی که در بین رفتارهای اعتیادآور مشترک‌اند. نمونه‌هایی از پیامدهای منحصربه‌فرد عبارت‌اند از بیماری کبد (الکل)، بیماری‌های ریوی و قلبی عروقی (سیگار کشیدن)، مشکلات مالی (قمار)، مشکلات قانونی (داروهای غیرقانونی)، و مرگ ناشی از مصرف بیش‌ازحد (مواد افیونی). نمونه‌هایی از پیامدهای منفی مشترک شامل تحمل، محرومیت، عود، همبودی روان‌پزشکی، جایگزینی شیء [هدف]، انحراف اجتماعی، رفتار مجرمانه، انگ، و موارد دیگر است. هدف اصلی CBT برای اعتیادها این است که به افراد کمک کند تا عواقب منفی رفتارهای اعتیادآور خود را بشناسند، درحالی‌که درک کنند که پیش‌بینی آن‌ها از پیامدهای مثبت به تداوم اعتیاد آن‌ها کمک می‌کند.

راه دیگری برای مفهوم‌پردازی اعتیادها رفتاری و موادی توسط مارک گریفیت پیشنهاد شده است که تحقیقات گسترده‌ای انجام داده و صدها مقاله علمی در مورد اعتیادها رفتاری منتشر کرده است. گریفیت (۲۰۰۵) توضیح می‌دهد که «اکثر تعاریف رسمی [از اعتیاد] بر مصرف ماده متمرکز است» (ص. ۱۹۲). او استفاده از شش مؤلفه را توصیه می‌کند که عمدتاً بر فرایندها یا الگوهای اعتیاد متمرکز

می‌کنند، نه بر روی هر ماده یا فعالیت خاصی:

۱. **برجستگی<sup>۱</sup>**: برای اینکه یک ماده یا رفتار اعتیادآور باشد، باید برای فرد چشمگیر یا مهم باشد. برجستگی ممکن است در استفاده یا مشارکت بیش‌ازحد، یا ممکن است در افکار مکرر یا شدید راجع به ماده یا رفتار منعکس شود. درجه بالای از برجستگی ممکن است به‌عنوان یک وسواس یا اشتغال به رفتار اعتیادآور تلقی شود.

۲. **اصلاح خلق<sup>۲</sup>**: برای اینکه یک ماده یا رفتار اعتیادآور باشد، باید بر هیجان‌ها، احساسات یا خلق‌وخوی فرد تأثیر بگذارد. برای برخی از افراد، خلق‌وخوی موردتوجه ممکن است شامل احساس بیشتر «بالا بودن» باشد (یعنی به وجد آمدن<sup>۲</sup> یا انرژی‌دهنده)، درحالی‌که برای برخی دیگر خلق‌وخوی موردتوجه ممکن است «پایین بودن» باشد (یعنی ملایم یا آرام). و برای بسیاری از افراد، تغییر خلق‌وخوی به‌صورت کاهش درد فیزیکی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت یا محرومیت تجربه می‌شود.

۳. **تحمل**: افرادی که برای تجربه اثرات مشابه به مقادیر بیشتری از یک ماده یا رفتار نیاز دارند، تحمل را توسعه داده‌اند که نشانگر قوی اعتیاد است.

۴. **محرومیت**: بسیاری از افرادی که سعی در ترک رفتارهای اعتیادآور دارند پیامدهای منفی جسمی یا روان‌شناختی، یا محرومیت را تجربه می‌کنند. ماهیت و درجه محرومیت به عوامل مختلفی بستگی دارد. در میان آن‌ها فراوانی و کمیت رفتار اعتیادآور، و همچنین ماده یا رفتار خاص درگیر است. به‌عنوان مثال، محرومیت از الکل می‌تواند منجر به تشنج و مرگ شود، محرومیت از مواد افیونی می‌تواند مانند یک حمله وحشتناک آنفلوآنزا باشد، و پرهیز از قمار ممکن است منجر به اضطراب یا افسردگی شود.

۵. **تعارض**: اصطلاح **تعارض** اختلاف بین دو نفر را به ذهن متبادر می‌کند. باین‌حال، در زمینه اعتیاد، این اصطلاح هم به تعارض بین فردی (بین افراد) و هم به تعارض درون فردی (در درون خود) مربوط می‌شود. به بیان ساده، رایج‌ترین تعارض درون فردی شامل این فکر است که «من واقعاً نباید این کار را می‌کردم».

۶. **عود**: تلاش برای تغییر، کاهش یا ترک رفتارهای اعتیادآور آسان نیست و شاید به همین دلیل است که بسیاری عود را علامت بارز اعتیاد می‌دانند.

ما مدل‌گرفیث را برای توضیح ساده و آسان به بیماران یافتیم. به‌عنوان مثال، وقتی جان (از مثال مورد بالا) ابتدا برای درمان مراجعه کرد، از درمانگر خود پرسید: «آیا فکر می‌کنید من یک معتاد هستم؟» در پاسخ، درمانگر او شش مؤلفه‌گرفیث را توضیح داد، و جان موافقت کرد: «همه آن‌ها شبیه

من هستند.»

رویکردهای مربوط به SUD ها و رفتارهای اعتیادآور که در بالا توضیح داده شد، همگی مفید هستند و همپوشانی قابل توجهی بین آنها وجود دارد. ما پیشنهاد می‌کنیم که درمانگران خود را با هر یک از آنها آشنا کنند، زیرا همه آنها دیدگاه منحصربه‌فرد و مفیدی را ارائه می‌دهند. به‌عنوان مثال، DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) معیارهای تشخیصی خاصی را ارائه می‌دهد؛ سندرم اعتیاد (شفر و همکاران، ۲۰۰۴؛ شفر، ۲۰۱۲) دیدگاه نظری و رشدی منحصربه‌فرد و مبتنی بر شواهد را ارائه می‌دهد؛ مدل گریفیث (۲۰۰۵) به اعتیادهای شیمیایی و رفتاری مربوط می‌شود به‌گونه‌ای که برای اکثر بیماران به‌راحتی و آسانی قابل‌درک است.

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، در سراسر این کتاب ما اصطلاحات اعتیاد، اختلال مصرف مواد و رفتار اعتیادآور را باهم عوض می‌کنیم. ما در استفاده از عباراتی دفاع می‌کنیم که انگ مرتبط با برچسب‌های منفی را به حداقل می‌رساند. به‌عنوان مثال، ما از عباراتی مانند معتاد به مواد مخدر و الکلی اجتناب می‌کنیم، در عوض از عباراتی مانند «فردی که با [الکل، مواد مخدر، قمار و غیره] دست‌وپنجه نرم می‌کند» استفاده می‌کنیم. ما حتی با این درک که ممکن است تحقیرآمیز باشد از اصطلاحاتی مانند دراز کشیف اجتناب می‌کنیم (کلی، واکمن و سایتز، ۲۰۱۵).

## درمان شناختی-رفتاری برای اعتیادها

تصورات نادرست از CBT رایج است (گلوهوسکی، ۱۹۹۴). در واقع، در طول کارگاه‌ها اغلب می‌شنویم که شرکت‌کنندگان می‌گویند: «این CBT با آنچه من در مورد CBT آموخته‌ام متفاوت است.» بنابراین قبل از توصیف رویکرد خود به CBT برای اعتیاد، فکر کردیم مهم است که بر آنچه درمان شناختی رفتاری نیست تأکید کنیم. در زیر برخی از تصورات غلط در مورد CBT آمده است:

- CBT صرفاً مجموعه‌ای از تکنیک‌های استاندارد شده است، مانند یک کیسه ترفند.
- CBT مکانیکی و خطی است، که باید مانند دستور پخت کتاب آشپزی دنبال شود.
- CBT اهمیت تجربیات اولیه زندگی بیماران، به‌ویژه تجربیات دوران کودکی، را به حداقل می‌رساند.
- CBT اهمیت روابط بین فردی بیماران، (به‌عنوان مثال، خانواده و دوستان) را به حداقل می‌رساند.
- CBT اهمیت رابطه درمانی را به حداقل می‌رساند.
- CBT لزوماً مختصر، یا کوتاه‌مدت است.
- هدف CBT منحصراً پرهیز از رفتارهای اعتیادآور بدون توجه به سایر مشکلات روانی است.

• CBT آن قدر مؤثر است که متخصصین باید انتظار داشته باشند که همه بیماران مبتلابه اعتیاد خود را درمان کنند و مزایای قابل توجهی را از آن تجربه کنند.

اکثر تصاویر کلیشه‌ای از CBT درمانگران را بیشتر به عنوان ربات یا رایانه نشان می‌دهند تا افراد واقعی. این مورد در تمام طول مسیر به روزهای اولیه CBT کشیده شده است (بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹):

تکنیک‌های شناختی و رفتاری اغلب به طرز فریبنده‌ای ساده به نظر می‌رسند. در نتیجه، درمانگر مبتدی ممکن است تا حدی «حیله گر» شود تا جایی که جنبه‌های انسانی تعامل درمانگر و بیمار را نادیده بگیرد. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، [درمانگر] ممکن است با بیمار به عنوان یک کامپیوتر به کامپیوتر دیگر ارتباط برقرار کند نه به عنوان یک شخص به دیگری. برخی از درمانگران جوان که بیشترین مهارت را در به کارگیری تکنیک‌های خاص دارند، توسط بیمارانشان به عنوان افرادی مکانیکی، کنترل‌کننده و بیشتر علاقه‌مند به تکنیک‌ها نسبت به آن‌ها درک می‌شوند. مهم است که به خاطر داشته باشید که تکنیک‌های . . . در نظر گرفته شده است که به روشی با درایت، درمانی و انسانی توسط یک فرد خطاپذیر\_ درمانگر\_ اعمال شود. (ص ۴۶)

در واقع، CBT از یک فرایند پیچیده استفاده می‌کند که در اینجا به اختصار و با جزئیات بیشتر در فصل‌های بعدی توضیح داده شده است. اعتیادها معمولاً مشکلات مزمن و خود تقویت‌کننده‌ای هستند که با عودهای متناوب مشخص می‌شوند. از این رو، CBT برای SUD ها و رفتارهای اعتیادآور اغلب نیاز به مشارکت طولانی مدت بیمار دارد (مک للان، ۲۰۰۲؛ مک للان، لوئیس، اوپراین، و کلبِر، ۲۰۰۰). البته، مدت زمان تعامل به بسیاری از متغیرهای فردی و زمینه‌ای بستگی دارد. علاوه بر این، رفتارهای اعتیادآور معمولاً در چرخه‌های معیوب رخ می‌دهند که با هدف تنظیم هیجانات آغاز می‌شوند، اما در نهایت باعث اختلال در تنظیم هیجانات می‌شوند که رفتارهای اعتیادآور اولیه را متداوم و تشدید می‌کنند. در نتیجه، درمان به ندرت خطی، با شروع، میانه و پایان مشخص است. در عوض اغلب فراز و نشیب‌هایی برای بیمارانی که از مشکلات مصرف مواد بهبود می‌یابند وجود دارد. برای مؤثر بودن، CBT نیاز به درک دقیق (به عنوان مثال، مفهوم‌پردازی مورد) از هر بیمار دارد. برای مفید بودن، مفهوم‌پردازی مورد باید شامل اطلاعات مرتبط در مورد شرایط اولیه و فعلی زندگی (به عنوان مثال، زمینه) باشد. تا زمانی که چنین زمینه‌ای نداشته باشیم، درک رفتارهای اعتیادآور و موانع تغییر یک فرد دشوار (اگر نه غیرممکن) است. برای مثال، بدون آگاهی از تاریخچه خانوادگی اعتیادها یا روابط نزدیک بیمار با سایر افراد مبتلابه اعتیاد، ممکن است درک صعب‌العلاج بودن اعتیاد آن‌ها دشوار باشد.

علاوه بر این، فقدان یک مفهوم‌پردازی کامل مورد و اتحاد درمانی مشارکتی، احتمال جدا شدن بیمار از درمان را افزایش می‌دهد (برورسون، آرنویک، رند هندریکسن، و داکرت، ۲۰۱۳؛ لیس و بک، ۱۹۹۸). هیچ رویکرد واحد و قطعی برای CBT وجود ندارد. در واقع، بسیاری از متخصصین و محققان آگاه CBT به آن به شکل مجموعه اشاره می‌کنند (یعنی درمان‌های شناختی-رفتاری). رویکردهای CBT زیر همگی با موفقیت در درمان رفتارهای اعتیادآور به کار گرفته شده‌اند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT؛ هیس، استروسال، و ویلسون، ۲۰۱۲)، فعال‌سازی رفتاری<sup>۲</sup> (BA؛ داترز و همکاران، ۲۰۱۸؛ داترز، مگیدسون، لجویز و چن، ۲۰۱۶)، مدیریت مشروط<sup>۳</sup> (CM؛ پتری، ۲۰۱۲)، تقویت جامعه و خانواده‌درمانی<sup>۴</sup> (CRAFT؛ میرز و اسکوارز، ۲۰۰۱)، رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۵</sup> (DBT؛ لینهان، ۲۰۱۵)، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۶</sup> (بوون، چاولا، گرو، و مارلات، ۲۰۲۱؛ ویتکیویتز، مارلات، و واکر، ۲۰۰۵) و بیشتر<sup>۷</sup>.

### پنج مؤلفه اصلی CBT برای اعتیادها

از زمان انتشار درمان شناختی سوء‌مصرف مواد، ما رویکرد خود را به CBT فردی و گروهی اصلاح و پالایش کرده‌ایم (لیس، ۲۰۱۴؛ لیس، بک و سینن، ۲۰۰۲؛ لیس و تریپ، ۲۰۱۸؛ ونزل، لیس، بک و فریدمن\_ویلر، ۲۰۱۲)). ما مفید می‌دانیم که CBT شامل پنج جزء اصلی است: (۱) ساختار، (۲) مشارکت، (۳) مفهوم‌پردازی مورد، (۴) آموزش روان‌شناختی، و (۵) تکنیک‌های استاندارد. در واقع، ما مشاهده کرده‌ایم که همه درمان‌های شناختی رفتاری بر این مؤلفه‌ها تأکید دارند، هرچند به درجات مختلف. این مؤلفه‌ها در پاراگراف‌های بعدی به اختصار توضیح داده می‌شوند و سپس به تفصیل در این کتاب مورد بحث قرار می‌گیرند.

بهتر است ساختار را فرایندی برای متمرکز ماندن در طول یک جلسه درمانی در نظر بگیریم. اکثر درمانگران (و در واقع بسیاری از بیماران) تجربه حضور در وسط جلسه‌ای را داشته‌اند که از خود می‌پرسند، «این گفتگو چگونه با مشکل ارائه شده مرتبط است؟» یا «چرا ما در مورد همه این جزئیات که مشکل اصلی نیست، صحبت می‌کنیم؟» CBT هنگامی که به خوبی انجام شود، بحث را در یک جلسه

1 acceptance and commitment therapy

2 behavioral activation

3 contingency management

4 community reinforcement and family therapy

5 dialectical behavior therapy

6 mindfulness-based relapse prevention

۷ ما به‌ویژه می‌خواهیم به آن مارلات برای معرفی پیشگیری از عود (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵)، که بذر CBT را برای اعتیاد کاشته است، اعتبار دهیم. دکتر مارلات و این محققان دیگر CBT را برای اعتیادها بسیار پیشرفته کرده‌اند و ما اذعان داریم که کار ما عمیقاً تحت تأثیر مشارکت حیاتی آن‌ها قرار گرفته است.