



فعال سازی رفتاری در اعتیاد (BAT) Behavioral activation therapy

مهری نوری

روانشناس مرکز ملی مطالعات اعتیاد

فعال سازی رفتاری چیست؟ چگونه باعث بهبودی می شود؟

- درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد روان درمانی کوتاه مدت است که اولین برای کاهش علایم افسردگی و جلوگیری از عود آن مورد استفاده قرار گرفت.

-از نخستین نظریه پردازان در حوزه فعال سازی رفتاری
ثرندایک میباشد (قانون اثر) و اسکینر میباشد (شرطی سازی
عامل)

- نظریه لوینسون: معتقد است برای از بین بردن افسردگی به جای فعالیتهای اجتنابی، فعال سازی رفتاری را انجام دهید و با مهارت آموزی نقص مهارت جبران میشود.

- هدف فعال سازی رفتاری معکوس کردن چرخه اعتیاد از طریق افزایش انجام دادن فعالیت های ارزشمند برای بدست آوردن احساس لذت و موفقیت بیشتر در زندگی است .

اصول بنیادین در فعال سازی رفتاری

۱- راه حل تغییر انسانها این است که کمک کنیم تا رفتارشان تغییر یابد.

۲- فعالیتهای افراد باید تابع برنامه ریزی باشد نه تابع حالت خلقی

۳- تغییر هنگامی صورت میگیرد که با گامهای کوچک شروع شود.

۴- فقط حرف نزنید بلکه عمل هم کنید.

۵- رفتاری که به طور طبیعی تقویت بشه اثر گذاریش بیشتر است.

۶- تغییرات زندگی خلق را پایین می آورد.

۷- محرکهای قبل و بعد رفتار اعتیاد ساز فوق العاده مهم هستند.

مراحل درمان فعال سازی رفتاری

۱- نظارت و ثبت برنامه های کنونی (ثبت فعالیتهای هفتگی):

- از بیمار می خواهیم تمام فعالیت های روزانه خود را ساعت به ساعت ثبت کند. (جدول هفتگی)، در هر ساعت فعالیت غالب نوشته میشود.

-بیمار باید هر فعالیت را با توجه به دو بعد ثبت کند: احساس لذت و بعد دوم: میزان تسلط

-از یک تا ده به هر بعد فعالیت نمره دهد.

میزان تسلط :

- تسلط به معنی موفقیت نیست بلکه به این معنی است تا چه حد کامل انجام داده فعالیت را و تاچه حد با معیارهای فرد مطابقت داشته است .

نکته مهم: اگر در حین فعالیت حواسمون به آن فعالیت نباشد
لذت اون فعالیت کاهش پیدا میکند.

نکات مهم

-چون استفاده از مواد باعث میشود فرد بدون اینکه تلاشی بکند به یک پاداش بزرگ برسد برای همین فعالیت های لذت بخش و تسلط بخش در زندگی فرد کم رنگ میشود.

-حتی در عمل خوابیدن هم موضوع تسلط مطرح است یعنی هر وقت فرد دلش بخواهد میتواند بخوابد و بیدار شود و یا برعکس، در این فرم حتی رابطه جنسی هم نمره گذاری میشود.

۲- بررسی فرم ثبت شده :

الف- شناسایی جاهای خالی

ب- شناسایی فعالیتهای که نمره لذت و تسلط بالای ۵ دارند.

ج- شناسایی فعالیتهای که نمره لذت و تسلط پایین ۵ دارند.

تهیه فهرستی از فعالیت های پاداش دهنده:

فعالیت های لذت بخش فعلی	فعالیت های لذت بخش قبل از اعتیاد	فعالیت های لذت بخشی به آنها فکر کرده ولی انجام نداده است

۳- بررسی دلایل جاهای خالی :

- یعنی اون هایی که مراجع مثلا چون فکر میکرده فعالیت انجام نشده آن را ثبت نکرده در اینجا احتمالا مراجع مفهوم فعالیت را به درستی درک نکرده است و باید آموزش داد که حتی خوابیدن / فکر و خیال و حتی هیچ کاری نکردن هم نوعی فعالیت است .

-برخی اوقات هم ممکن است یادش رفته باشد ثبت کند.

-از بیمار درخواست می شود برخی از فعالیت های لذت بخش فهرست قبل را انتخاب کند و در برنامه خود قرار دهد .

-درمانگر بیمار را ترغیب می کند که از ۱-۱۰ فعالیت مورد نظر را براساس احساس لذت و تسلط درجه بندی کند.

۴- برنامه ریزی هفتگی :

الف جاهای خالی رو پر میکنیم .

ب- افزایش انجام فعالیت های سالم و لذت بخش و تسلط بخش

ج- کاهش انجام رفتارهای ناسالم اجتنابی لذت بخش و تسلط بخش

د- سن و جنسیت را در فعالیت های اجتنابی مد نظر قرار گیرد

-مثلا بازی کامپیوتری برای سن ۳۰ سالگی اجتنابی است
برای پنج سال نه.

-مورد (ب) در جاهای خالی گذاشته می شود.
نکته مهم:

- در فعال سازی رفتاری به فرد می گوئیم درصد بالایی از
بهبودی در گرو کاری است که انجام می دهید.

مشکلات این تکنیک

۱- اکثر فعالیت ها در افراد معتاد ممکن است نمره پایین بگیرند
دو راهکار وجود دارد:

راهکار:

الف- از مراجع میپرسیم قبل از معتاد شدن از چه فعالیت های لذت میبرده و آن ها را خوب انجام میداده است .

ب- لیستی از فعالیت های لذت بخش و تسلط بخش که در کتابها آمده تهیه کرده ازش میخاهیم جاهای خالی را پر کند.

۲- بی حالی و بی انگیزگی و بی حوصلگی در تکمیل فرم ها
:

-راهکار:

الف-همدلی کردن با مراجع

ب-بررسی و کاوش در مورد سختی انجام کار و یا دلیل انجام
ندادن

۳- فرد فعالیت های زیادی انجام می دهد ولی لذت بخش نیست یعنی نمره تسلط بالا است ولی لذت بخشی پایین است: یعنی همه کاراشو انجام میده ولی شور و شوقی ندارد.

راهکار:

الف-شناسایی فعالیت های لذت بخش و برنامه ریزی برای اجرای آنها

ب-ذهن آگاهی

- یکی از کوتاهی های عمده در درمان نگهدارنده که سرانجام ممکن است درمان را به بن بست برساند عدم توجه به فعال سازی است.
- این کوتاهی از آنجا نشأت می گیرد که تصور می شود اگر بیمار به هر طریق از جمله به کمک متادون مصرف مواد مخدر را قطع کند، خودبه خود مسیر بهبودی را طی خواهد کرد.
- به عبارت دیگر قطع مصرف نه تنها اولویت اصلی بلکه تنها اولویت درمان در می آید.

- در سیر درمان و به ویژه درمان نگهدارنده در مدت کوتاهی بعد از آن که بیماران بر روی آگونیست به ثبات می رسند، احساس رضایت بالایی از شرایط خود پیدا می کنند و مشکل خود را تمام شده تلقی می کنند.
- اما بعد از گذشت چند ماه از درمان بسیاری به یک حالت ایستایی و رکود می رسند و بی حوصلگی و افسردگی گریبان آنها را می گیرد.
- از این حالت گاهی بعنوان دیوار یاد می شود و یکی از چالش های درمان نگهدارنده است.

- نکته مهم این است که علاوه بر توقف مصرف مواد مخدر، سوق دادن بیمار به سوی بازگشت به کارکرد طبیعی و زندگی معمول به همان اندازه مهم و کلیدی است.

- درمانگر علاوه بر ارزیابی و نظارت مستمر بر عدم مصرف مواد باید روند بازگشت بیمار به سطح فعالیت طبیعی را نیز دنبال نماید.

- برخی بیماران ترتیب امور را این گونه می بینند که در درمان نگهدارنده مانده و بعد از آن که مواد را کاملاً کنار گذاشتند و از وسوسه و میل مصرف دوری کردند سرانجام از درمان نگهدارنده جدا شده و بعد به زندگی خود باز می گردند.

- در حالی که بازگشت تمام عیار به زندگی عادی نه بعد از درمان که هنگام درمان نگهدارنده باید صورت گیرد.

- بیمارانی که درمان نگهدارنده را فقط برای دوری جستن از مواد می خواهند و هنگام استفاده از آن چالشی جدی برای بازگشت به زندگی عادی ندارند دیر یا زود دچار افسردگی، بی حوصلگی و سرخوردگی از درمان می شوند.

- متعاقب این حس سرخوردگی ممکن است به مصرف سایر مواد مخدر از جمله مت آمفتامین یا الکل یا حشیش رو بیاورند یا مرتباً متادون خود را افزایش دهند.

- یکی از دلایل تقاضای مکرر و بی وقفه برای افزایش دوز متادون رسیدن به حالت رکود و ایستایی در درمان نگهدارنده و عدم فعال سازی به موقع است.

- بیمار برای فرار از خلق منفی و احساس سستی، ناتوانی و بی انگیزگی متقاضی افزایش دوز خود می شود به این امید واهی و زودگذر که به کمک متادون مختصری از علایم خود را کاهش دهد.

محورهای عمده فعال سازی رفتاری در اعتیاد

جسمی و فیزیکی

بیمار از نظر فعالیت فیزیکی به سطح طبیعی جامعه بازگشته و آمادگی جسمی وی معادل افراد نرمال جامعه گردد. بدیهی است این حالت با ورزش و برنامه منظم تمرین به دست می آید.

امور شخصی

بیمار باید در جریان درمان نگهدارنده به تدریج کلیه امور شخصی خود را شخصاً انجام دهد و درمان گر باید پیگیر این سیر بهبودی باشد.

• فعالیت روزانه

- در جریان اعتیاد فعالیت روزانه بیماران شامل خواب، غذا خوردن، ورود و خروج از منزل جنبه نامنظم و بهم ریخته می گیرد.
- در جریان درمان، درمان گر باید به اصلاح سبک زندگی بیمار همت گمارد.
- بدین منظور گاهی از برنامه های مدون رفتاری برای پایش و نظارت بر کلیه فعالیت های روزمره استفاده می شود.

• کار و اشتغال

- بیمار باید بتواند فعالیت شغلی سازنده و رضایت بخش را دنبال کند.
- درمان گر موظف است در جریان جلسات مشاوره پیگیر این امر بوده و او را هدایت و تشویق نماید. •
- البته ایجاد اشتغال از وظایف درمان گر نیست و مسئولیتی در قبال این مسئله ندارد.

تفریح و سرگرمی

بیمار باید قادر باشد برای اوقات فراغت خود فعالیت های مفرح و سرگم کننده ترتیب داده و فعالانه آنها را پیگیری نماید.

• نباید تصور شود این مسأله جنبه تجملی دارد. بیمارانی که بعد از گذشت ۶ ماه از درمان نگهدارنده از یافتن جایگزینی که بتوانند از آن لذت ببرند باز می مانند در معرض عود یا شروع مصرف مواد مخدر دیگر هستند.

معاشرت ها

بیمار با ورود به درمان، گروه وسیعی از معاشران و دوستان مصرف کننده خود را از دست خواهد داد و اگر از یافتن دوستان جدید باز بماند و نتواند به حلقه ای صمیمی از افراد سالم غیر مصرف کننده بپیوندد دیر یا زود به دیوار می رسد. درمان گر باید پیگیر و مشوق بیمار در حرکت به این سو نیز باشد

-بیشترین تقویت از روابط اجتماعی گرفته میشود.

نکته

- به طور خلاصه درمان نگهدارنده موفق دارای دو بعد بازدارنده از مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر و سازنده در جهت بازگشت به روابط طبیعی و مفرح زندگی و یافتن جایگزین های مثبت است.
- غفلت از وجه دوم درمان نگهدارنده یا موکول سازی آن به بعد از اتمام درمان نگهدارنده، ناقض روح و فلسفه یک درمان موفق است. •

نکته

- به محض آنکه بیمار از نظر علایم محرومیت مواد افیونی و مشکلات عمده روان پزشکی به ثبات برسد باید برنامه های فعال سازی در دستور کار قرار گیرند.

هورا تموم شد

