

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
بنی امت مسلم و ما بین

الفبای ترک

(سرمشق ترک)

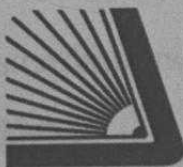
(جلد سوم)

مهدی انصار، ارد - ابراهیم نوریان - پریسا امین

الهیاتیات

اکرم قاسمی - سمیه محمدی - بهاره نامیار

فریبا نجمی



انتشارات نظری

سرشناسه : انصاری زاده ، مهدی / ۱۳۶۶
 عنوان و نام پدیدآور الفبای ترک (سرمشق ترک) // مهدی انصاری زاده و دیگران
 مشخصات نشر تهران: انتشارات نظری ۱۳۹۶
 مشخصات ظاهری : ج. ۳: ۵۳۱ ص
 شابک: ج. ۳: ۴-۸۳۶-۲۸۹-۶۰۰-۹۷۸-۲۸۹۸۳۵۷: ج. ۱: ۹۷۸۶۰۰۲۸۹۸۳۴۰
 ج. ۴: ۹۷۸۶۰۰۲۸۹۸۳۷۱: دوره: ۹۷۸۶۰۰۲۸۹۸۳۸۸
 وضعیت فهرست نویسی : فیا
 یادداشت : مهدی انصاری زاده - ابراهیم نوریان - پریسا امین الرعایاتی - اکرم قاسمی - سمیه
 محمدی - بهاره نامیار - فریبا نجمی
 موضوع: اعتیاد - درمان
 رده بندی کنگره : ۱۳۹۶ / الف / RC۵۶۶
 رده بندی دیویی : ۶۱۶ / ۸۶۳۳
 شماره کتابشناس ملی : ۴۹۵۷۶۰۴

نام کتاب: : الفبای ترک (سرمشق ترک)

نویسنده : مهدی ، انصاری زاده - ابراهیم نوریان - پریسا

امین الرعایاتی - اکرم - سمیه - محمدی - بهاره

نامیار - فریبا نجمی

نوبت چاپ : اول - ۱۳۹۶

شمارگان : ۵۰۰

« کلیه حقوق مادی ، چاپ و نشر مخصوص و حق ناشر می باشد »

دفتر مرکزی : تهران، خیابان ولی عصر (عج) ، خیابان سید جمال الدین

اسدآبادی (یوسف آباد) ، نبش خیابان فتحی شقاقی، جنب بانک ملی

پلاک ۳۲، طبقه ۲، واحد ۱۷

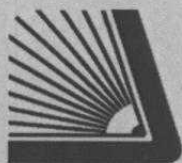
E-mail: nazaribook@yahoo.com

www.nashrenazari.com

تلفن : ۸۸۱۰۲۷۷۵

همراه : ۰۹۱۹۰۱۲۹۴۵۵

قیمت : ۵۱۰۰۰۰ ریال



انتشارات نظری

فهرست مطالب

۱۱	 مقدمه
۱۹	 فصل اول: درآمدی بر روش هیپنوتیزم
۲۱	 مقدمه
۲۶	 تاریخچه
۳۰	 افق‌های روشن بر آینده‌ی هیپنوتیزم و هیپنوتیزم درمانی
۳۱	 هیپنوتیزم درمانی
۳۵	 سه عامل مهم در شکل‌گیری هیپنوتیزم
۳۹	 رعایت نکات اخلاقی و شرعی، قانونی در هیپنوتیزم درمانی
۴۱	 هیپنوتیزم و ترک اعتیاد
۵۰	 ترک سیگار با روش هیپنوتیزم درمانی
۶۲	 درمان اعتیاد و وابستگی‌ها با روش هیپنوتیزم درمانی
۶۴	 نمونه‌های گزارش شده پس از درمان، توسط هیپنوتیزم درمانی
۶۶	 روش هیپنوتراپی شناختی در درمان اعتیاد
۶۶	 اصطلاحات تخصصی هیپنوتیزم درمانی
۶۸	 پدیده‌های هیپنوتیزی
۷۲	 محاسن روش هیپنوتیزم در درمان اعتیاد
۷۴	 معایب روش هیپنوتیزم درمانی
۷۷	 منابع
۷۹	 فصل دوم: درآمدی بر روش پذیرش و تعهد (Act)
۸۱	 مقدمه
۸۴	 تاریخچه رفتار درمانی
۸۸	 موج‌های روانشناسی
۹۴	 تعاریف و مفاهیم اکت
۱۰۳	 چارچوب رابطه ذهنی
۱۱۲	 شش ضلعی آسیب‌شناسی اکت
۱۲۱	 تعریف اعتیاد
۱۲۷	 اعتیاد و اکت

۱۳۰	درمان اعتیاد واکت
۱۳۷	پژوهش‌های مبتنی بر درمان پذیرش
۱۴۱	آموزش تکنیکهای درمانی
۱۴۵	آموزش درمان پذیرش و تعهد برای مشاوران
۱۶۲	مزایای درمان اکت
۱۶۴	معایب درمان
۱۶۶	اصطلاحات
۱۶۸	منابع
۱۶۹	فصل دوم: بررسی و روش روایت درمانی
۱۷۱	مقدمه
۱۷۵	تاریخچه
۱۸۰	تطبیق رویکرد سازه‌ساز به
۱۸۱	پروتکل روایت درمانی
۱۸۱	شرح مختصری از فرآیندهای روایت دره‌نی
۱۸۸	بررسی پروتکل درمان
۱۸۸	درک و زیستن زندگی از طریق داستان‌ها
۱۸۹	داستان‌ها در فضای درمانی
۱۹۰	گفت و گوهای بیرونی ساز
۱۹۸	ردیابی تاریخچه‌ی مشکل
۲۰۰	بررسی تأثیرات مشکل
۲۰۳	جای گذاری مشکل در زمینه
۲۰۴	اکتشاف پیامدهای بی‌همتا
۲۰۵	ردیابی معنا و تاریخچه‌ی پیامدهای بی‌همتا و نامگذاری یک داستان جایگزین
۲۱۱	رویکرد روایت درمانی
۲۱۶	اثربخشی رویکرد روایت درمانی
۲۱۷	اهداف درمان
۲۱۷	رابطه‌ی درمانی
۲۱۹	پیش درآمدی بر روایت درمانی

۲۲۰	اعتیاد
۲۲۶	خانواده و اعتیاد
۲۳۷	روایت درمانی و اعتیاد
۲۵۵	آسیب شناسی روش درمان روایتی و اعتیاد
۲۵۹	اصطلاحات
۲۶۸	منابع
۲۶۹	فصل چهارم درآمدی بر روش واقعیت درمانی
۲۷۱	مقدمه
۲۷۳	تاریخچه
۲۷۷	تعاریفی از واقعیت درمانی
۲۸۲	واقعیت درمانی و نظریه انتخاب
۲۸۳	هویت
۲۸۵	تابه سامانی روانی
۲۸۶	واژه‌های اساسی واقعیت درمانی
۲۹۰	نظام سه بخشی گلاسر
۲۹۲	هدف واقعیت درمانی
۲۹۳	ویژگی‌های واقعیت درمانی
۲۹۴	نظریه شخصیت
۲۹۵	تفاوت واقعیت درمانی با سایر روش‌های درمانی
۲۹۷	واقعیت درمانی و عملکرد مغز
۲۹۹	کسانی که به درمان نیاز دارند
۳۰۱	آسیب‌شناسی مسئولیت‌پذیری
۳۰۱	آموزش تنوری انتخاب
۳۰۵	چگونگی درمان به روش واقعیت درمانی و شناخت درمانی
۳۰۷	واقعیت درمانی و سلامت روان
۳۱۷	اعتیاد و واقعیت درمانی
۳۱۹	روش‌های مشابه روش واقعیت درمانی
۳۲۰	خصوصیات واقعیت درمانگر

۳۲۰	اثر جنسیت و وضعیت سنی و تحصیلی مراجعین در روند درمان
۳۲۲	فرآیند درمان
۳۳۸	یک نمونه مراجع و روند درمانی
۳۴۰	معایب و محاسن
۳۴۲	اصطلاحات
۳۴۴	منابع
۳۴۵	جدول ضمایم
۳۴۷	فصل جم: درآمدی بر روش هنر درمانی
۳۴۹	مقدمه
۳۵۶	تاریخچه
۳۶۲	روانکاوی و هنر درمانی: آشنایی
۳۶۳	• سطوح زندگی روانی
۳۶۶	• ساختار شخصیت
۳۶۸	• مکانیزم‌های دفاعی
۳۷۳	• هنر از دیدگاه فروید
۳۷۶	• گشتالت و هنر درمانی
۳۷۸	اعتیاد
۳۷۸	• عوامل موثر بر بروز اعتیاد
۳۷۹	• ویژگی‌های بیماری اعتیاد
۳۸۴	هنر
۳۸۸	• شیوه‌های هنر درمانی
۳۹۵	• هنر درمانگر
۳۹۶	• هنر درمانی گروهی
۳۹۷	گروه درمانی
۳۹۸	تئاتر درمانی
۴۰۳	• تخلیه هیجانی
۴۰۷	• پایه‌های نظری تئاتر درمانی
۴۰۹	• ویژگی‌های تئاتر درمانی

۴۱۰	• ارکان تناتر درمانی
۴۱۴	• مراحل کار تناتر درمانی
۴۲۲	• روش‌های تناتر درمانی
۴۲۶	محدودیت‌ها و فواید هنر درمانی
۴۳۱	اصطلاحات در هنر درمانی
۴۳۶	منابع

۴۳۷	فصل شش: درمانی بر روش درمان نگهدارنده با متادون
۴۳۹	پیشگفتار
۴۴۴	مقدمه:
۴۴۸	تاریخچه
۴۵۱	نحوه اجرا و چگونگی: ویز متادون
۴۸۱	متادون درمانی
۴۹۳	تربیت متادونی یا تربیت بدنی
۵۰۴	نقطه‌ی سازگاری در متادون درمانی
۵۰۹	درمان نگهدارنده‌ی روانی در متادون درمانی
۵۳۱	منابع

مقدمه:

از دیر باز تا کنون روش های بی شماری برای درمان بیماری اعتیاد ایجاد شده است. از نمونه های بارز آن ها می توانیم به روش انجمن معتادان گمنام یا جانسون و حتی قبل تر از آن که بیماری اعتیاد کمی ناشناخته تر از امروز بود، روش های مانند طب سوزنی و طب سنتی را نام ببریم. از همین رو، در دهه های گذشته روش های نوین دیگری در قالب، هم زدایی، آن هم از نوع دارویی ایجاد و بسیاری از افراد مبتلا به اعتیاد از آن استقبال و از سبک زندگی پیشین روشی ترک کردند. پس با گذر ایام و ایجاد و راه اندازی روش های دیگر ترک اعتیاد، آسیب روش های کهن و با قدمت بیش از پیش متجلی و درمانگران اعتیاد و حتی افراد مبتلا به این بیماری سعی در تجربه درمان های نوین ترک کردند هر چند تاکنون این روش های قدیمی باقی و شاخص می باشد. اما و برخی از آن روش ها منسوخ و غیر قابل استفاده است. با این حال هم اکنون شاهد استفاده از تمامی روش های ترک در سطوح مختلف هستیم و هر یک از آن روش ها بر تعدادی از افراد مشتاق ترک، اثر می گذارد. اگر به این نکته اشاره کنیم که تمامی روش های ترک معایب و محاسن مخصوص خود را دارند بی راه نگفته ایم و تاکنون تمامی روش ها، حتی آن روش هایی که معایب بیشتری نسبت به محاسن خود دارند، مورد استفاده واقع شده و تعدادی از مبتلایان به بیماری اعتیاد را نجات داده و رها کرده است. با

پیشرفت علم اعتیاد شناسی و چگونگی زدودن آن روش‌ها نیز تغییر و حتی برخی متون درمان امراض دیگر روانپزشکی به دریاچه اعتیاد نزدیک و استفاده گردید.

می‌توانیم از روش‌های نوین به نوروفیدبک اشاره کنیم که در درمان اختلالات اضطرابی، بیش فعالی (ADHD) مورد استفاده واقع شده و در کنار چنین بیماری‌هایی به درمان اعتیاد نیز پاسخ داد. به این فرضیه نزدیک می‌شویم که در آینده نیز روش‌های دیگری در درمان اعتیاد ایجاد می‌شود و روش‌های نوین امروزی، همچون روش‌های کهن یاد شده، قدیمی و درصد استفاده از آنان بسیار کاهش می‌یابد.

به این نکته نیز اشاره کنیم که ما از نوعی بیماری یاد می‌کنیم که امروزه با تمام تلاشی که برای شناخت و درمان بیماری اعتیاد صورت پذیرفته، همچنان قسمت عظیمی از آن ناشناخته است. هر روزه با انتشار مصرف مواد جدید، سؤالات بیشتری برای کارشناسان این حوزه ایجاد می‌شود. به تبع آن روش‌ها نیز تغییر می‌یابد و حتی برخی روش‌ها به سرعت ایجاد، ابداع می‌روند و زایش و حذف آن روش‌ها در یک بازه زمانی کوتاه اتفاق می‌افتد.

این مبارزه و تلاش ادامه دارد تا جایی که بتوان به آمار قابل قبول درمان اعتیاد رسید و اگر چه امروزه علم پیشگیری از اعتیاد بسیار وسیع‌تر از درمان اعتیاد است اما کماکان شمار زیادی از مردم جهان خصوصاً مردم کشورهای مبتلا به اعتیاد و درصد قابل توجهی از آنان به ترک روی آورده‌اند.

قصه آنجا ناتمام می‌ماند که فرد به ترک روی می‌آورد و می‌داند با انتخاب کدام روش، اعتیاد خود را درمان کند. و گاهی با تأسف شاهد درمان‌های ابداعی خود معنادانی هستیم که بر اساس آنچه خود تصور می‌کنند، اقدام به ترک کرده و به علت ناصحیح بودن آن روش، دچار آسیب بیشتر و سرخوردگی افزون‌تر شده‌اند. حال این سؤال پیش می‌آید که چگونه و از چه طریق روشی مناسب بیمار مبتلا به اعتیاد انتخاب و آن را در بیمار به اجرا درآورد. اگر کمی صبر پیشه کنید به

جواب آن خواهید رسید. اگر شما به عنوان درمانگر اعتیاد و یا بیمار مبتلا به این بیماری بدانید چند روش ترک وجود دارد متعجب خواهید شد.

از این که تا به امروز تعداد کمی از این روش‌ها را می‌دانستید افسوس خواهید خورد. و اگر شما به عنوان بیمار مبتلا به اعتیاد روش‌های ترک را می‌شناختید زودتر و بهتر ترک می‌کردید و ثمره ترک صحیح خود را می‌دیدید.

اما چه می‌شود که بیمار از انواع روش‌های ترک بی‌اطلاع و در مقابل درمانگر نیز از ارائه نوع روش‌های ترک ممانعت می‌کند. شاید از علت‌های مهم آن، سوابق ترک‌های سبک است خورده بیمار و بی‌اعتمادی به اوست. به طوری که درمانگر با چنین نگرشی به فراموشی نگیرد و از این که او را به روش‌های ترک سوق دهد امتناع می‌کند. هر چند چنین نگرشی ناصحیح و مردود است. اما آنچه مشهود است همین تناقض در بیمار (درمانگر است به طوری که نه بیمار در روش صحیح ترک قرار می‌گیرد و نه که در سبکی را به روش صحیح سوق می‌دهد. این تضاد درمانی باعث ایجاد یک نگرش متضاد با یک نگرش متضاد دیگر است و نتیجه آن دویدن برای رسیدن است. یعنی هر آنقدر که بیمار می‌کوشد تا درمان شود به همان اندازه درمان از او دورتر و دورتر می‌شود و در آسیب‌شناسی چنین موضوعی همواره به ناتوانی بیمار اشاره و از آن سوی به ناکارایی درمانگر اشاره می‌شود. حال آن که نه بیمار ناتوان است و نه درمانگر ناکارآمد. نه بیمار ناصحیح پازل ترک باعث ایجاد مشکل در مسیر درمان شده است.

امروزه ترک از آنچه تصور می‌کردیم به طوری که خود را در پس پرده، گنجینه‌ها و یا زیرزمین ببندیم و نام آن را ترک بگذاریم عبور کرده و پیچیده‌تر از آن است. بنابراین برای ورود به این مسیر پر پیچ و خم، نیازمند نقشه راه هستیم. در ترسیم این نقشه درمانی به آمادگی بیمار از یک سو و از سوی دیگر یاری درمانگر نیاز است، ضلع سوم آن محیط و باروری آن است. در واقع بیمار، درمانگر و محیط سه مهره پیش‌رونده در درمان اعتیادند.

می‌توانیم سه ضلع یاد شده را چنین تشریح کنیم:

بیمار:

مهم‌ترین دلیل شکست فرد در درمان بیماری اعتیاد، خود اوست. زمانی که بیمار متعصبانه به یک روش متعهد می‌شود و از تجربه روش‌های دیگر امتناع می‌کند این همان جلوگیری از تغییر است. این در صورتی است که از عوامل درمان بیماری اعتیاد تغییر و ایجاد دورانی نو در ادامه زندگی است. فاجعه دیگر آن است که برخی بیماران به هیچ یک از روش‌های ترک جز روشی که خود آن را ایجاد کرده‌اند مانند «خود درمانی» تمایل نداشته و این بی‌میلی خصوصاً در روش‌های نوین ترک بیش از سایر روش‌های مشهود است.

علاوه بر آن، امروزه بیمارانی مواجه هستیم که در مصرف آنان انواعی از مواد و تنوعی از شیرین‌ها، معرف نهادینه شده و به پیرو آن به صورت طبیعی، روش‌ها نیز متفاوت و مختلف می‌باشند. در کنار آن بیمارانی وجود دارند، که چند مخدری هستند و چنین اوضاعی، درمان را بر طبق به انتخاب روش ترک را سخت می‌کند. ناگفته نماند که متأسفانه بیمارانی در سه ضلع پیش رو (پنهان‌کاری، دروغ‌گویی، بدقولی) قرار می‌گیرند و آن را در هنگام ترک نیز با خود خواهند داشت. این نواقص باعث ارائه اطلاعات ناصحیح خواهد شد. به علت کمبود اطلاعات توان ارائه روش مناسب فرد برای ترک با مشکل روبه‌رو خواهیم شد.

بنابراین در صورتی که بیمار گزارش صحیح و مناسب با شرایط خود ارائه ندهد، قدم اول به اشتباه برداشته خواهد شد و این که چگونه باید تا این‌چنین صحیح از بیمار اخذ شود علاوه بر بیمار به ضلع دیگر این سه ضلعی استاج دارد که آن درمانگر اعتیاد است. یادمان بماند که انتخاب روش صحیح ترک، در نظر گرفتن تمام جوانب آن از مهمترین و یا صحیح‌تر، مهمترین قدم شروع ترک اعتیاد است. در هر دو حالت دست به تصحیح نگرش بیمار می‌زنیم و او در جهت امیدواری به روش ترک منتخب سوق می‌دهیم.

ضلع دوم:

درمانگر اعتیاد:

از حلقه‌های گمشده و نادیده انگاشته شده هر اعتیادزایی، درمانگر اعتیاد است. همان فردی که می‌تواند بیمار را در مسیر صحیح ترک قرار داده و امید را به وی باز گرداند. اما در چه صورت؟

به طور قاطع اگر بیمار گزارش ناصحیح و اجمالی به درمانگر اعتیاد دهد، وی قادر نخواهد شد، بیمار معتاد را در روش صحیح قرار داده و ابزار لازم را به وی ارائه دهد. در کنار این خلاء درمانی، خود درمانگران نیز در صورتی که تسلط کافی بر بحث پیچیده درمان اعتیاد نداشته باشند قادر نخواهند بود، آنچه انتظار می‌رود اجرا کنند.

در وهله اول، روانپزشک، پزشک، روانشناس بالینی و احتمالاً مدد یاران و مددکاران اولویت‌های درمان اعتیاد باشند. اما تمامی عناصر مذکور باید از چارچوب صلاحیت درمان اعتیاد عبور کرد و در صورت احراز صلاحیت درمان، بر مسند آن نشینند. چه بسا با عناصر مذکور روبرو و توان کافی برای درمان بیمار معتاد را نداشته و همین ناتوانی باعث درمان ناصحیح و منجر به عود بیمار شده است.

عدم توافق میان اصناف مختلف فعال در درمان اعتیاد باعث تدفین بیش از پیش بیمار معتاد شده و بیمار به فرع درمان تکیه و از سایر عناصر از جمله عطاری‌ها پناه می‌برد. حتی در گزارش‌های جمع‌آوری شده شاهد آن بوده‌ایم که پزشک درمانگر و همین‌طور سایر درمانگران از رویت و پذیرش روبروی بیمار امتناع و او را به سایر پرسنل که احتمالاً توان برابر با درمانگر اعتیاد ندارند ارجاع داده است.