

برنامه پیشنهادی مبتنی بر الگوی رفتاری - شناختی مارلات جهت پیشگیری از بازگشت مصرف در معتادان تحت دارو درمانی

فاطمه دهقانی آرانی^۱، هادی بهرامی احسان^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۰۱

چکیده

مسئله بازگشت بیماران وابسته به مواد بزرگترین واقعه طی فرایند درمان است که عامل اساسی بیشتر شکست‌ها در درمان بیماری اعتیاد و ازدیاد شمار این بیماران در جامعه محسوب می‌شود. بر این اساس برنامه‌ریزی و تلاش جهت کاهش این مسئله باید به عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در جامعه مورد توجه قرار گیرد. این تلاش‌ها در حوزه پیشگیری از نوع ثالث محسوب شده و بر بهبود بیماران و کاهش آسیب‌های جانبی ناشی از بیماری در آنها متمرکز است. از سوی دیگر در کشور ما به‌ویژه در سال‌های اخیر با وجود گسترش انواع برنامه‌های درمانی و تلاش جهت کاهش شمار مبتلایان به اعتیاد از طریق بازگرداندن بیماران به زندگی سالم، همچنان شاهد آمار روزافزون بیماران و نیز اخبار ناگوار مربوط به عوارض و صدمات ناشی از این بیماری در جامعه هستیم. کارشناسان علت اصلی شکست اغلب این برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب در بیماران را فراوانی آمار بازگشت بیماران در کشور دانسته‌اند. لذا پرداختن به موضوع بازگشت در درمان اعتیاد الزامی و از نیازهای عمده در فرایند کنترل معضل اعتیاد در کشور به نظر می‌رسد. آنچه در این مبحث ارائه می‌شود مرتبط است با برنامه‌ریزی مورد نیاز در جهت پیشگیری از بازگشت بیماران وابسته به مواد که تحت درمان قرار گرفته‌اند. به این منظور با توجه به پیشینه اقدامات انجام گرفته در حوزه پیشگیری، با پیش‌رو قرار دادن الگوی رفتاری - شناختی مارلات سعی شده است تا برنامه‌ای جهت پیشگیری از بازگشت مجدد بیماران وابسته به مواد که تحت درمان‌های دارویی اعتیاد قرار گرفته‌اند، ارائه شود.

واژگان کلیدی: اعتیاد، پیشگیری از بازگشت، الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، پست الکترونیک: f.dehghani.a@ut.ac.ir

۲. استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

مقدمه

اختلال وابستگی به مواد را الگوی تکرارشونده و بازگشت کننده‌ای از مصرف، همراه با مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی که منجر به بروز علائم تحمل^۱، ترک^۲ و اعمال اجباری^۳ می‌شود، در نظر می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). با توجه به آمار بالای شیوع این اختلال و بار سنگین روانی، اجتماعی، پزشکی، اقتصادی و خانوادگی آن بر جامعه، درمان و پیشگیری از این بیماری، به‌عنوان مؤثرترین و انسانی‌ترین راه کاهش آسیب در جامعه، نیاز به تقویت و گسترش دارد (دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل^۴، ۲۰۰۵؛ مارگولین و همکاران، ۲۰۰۶). در این میان میزان بالای بازگشت^۵، به معنای بازگشت بیماران به مصرف مواد پس از درمان موفق اولیه، مشکل شایعی است که در بیشتر رویکردهای درمان وابستگی دارویی رخ می‌دهد. بررسی‌ها نشان‌دهنده آمار بازگشت ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادان تحت درمان است (مکری، ۲۰۰۲). پژوهش‌های گذشته نشان داده است اثربخشی درمان‌های نگه‌دارنده دارویی بدون مداخله‌های روانی- اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۶ پایین و ریزش^۷ بالا، ضعیف است (روزن و همکاران، ۲۰۰۶). این واقعیت به پیدایش انواع راهبردهای پیشگیری از بازگشت منجر شده است.

به‌طور کلی در مواجهه با اختلالات مختلف از جمله اعتیاد مهم‌ترین شیوه‌های پیشگیری علمی عبارتند از: پیشگیری اولیه (پیشگیری از ابتلا به اعتیاد و گرایش افراد به مصرف مواد)، پیشگیری ثانویه (شناسایی و درمان و رسیدگی زودهنگام به افراد مبتلا) و پیشگیری ثالث (بازپروری بیمار جهت بازگشت به زندگی عادی و جلوگیری از بازگشت اعتیاد) (شارون، واسرمن و هاداسی، ۱۹۹۱). در سال‌های اخیر، متخصصان پیشگیری با در نظر گرفتن ابعاد مختلف بیماری اعتیاد، به تعریف مجدد رویکردهای پیشگیری و تدوین سه نوع رویکرد پیشگیری پرداخته‌اند:

- | | | |
|--|---------------|-------------------------|
| 1. Tolerance | 2. Withdrawal | 3. compulsive behaviors |
| 4. United Nation Office for Drug Control | | 5. relapse |
| 6. compliance | 7. dropout | |

پیشگیری جامع یا کلی^۱: این نوع پیشگیری دربرگیرنده راهبردهایی برای پیشگیری از نشانه‌های اولیه مصرف مواد یا شروع مصرف مواد در جمعیت عمومی است؛ مانند همه دانش‌آموزان مدارس؛

پیشگیری برگزیده^۲: راهبردهای پیشگیری که برای گروه‌های هدف یا زیرمجموعه‌هایی از جمعیت عمومی طراحی شده است؛ مانند بچه‌های والدین مصرف‌کننده مواد یا تحصیل‌کنندگان بی‌بضاعت مدارس؛

پیشگیری الزامی^۳: راهبردهای ایجادشده در این نوع پیشگیری برای آن دسته از شرکت‌کنندگان برنامه پیشگیری است که قبلاً سوءمصرف مواد را شروع کرده‌اند و در حال حاضر دارای شواهدی از شروع مصرف مواد یا نشانه‌های مصرف مواد هستند؛ مانند بیماران وابسته به مواد همراه با اختلالات رفتاری (نیتزین و اسمیت، ۲۰۰۴).

در رویکرد دیگری، مبارزه با اعتیاد در جهان بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت‌های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار است که هر یک در مرحله‌ای از انواع پیشگیری اولیه، ثانویه و یا ثالث در پیشگیری از مشکل سوءمصرف مواد قرار می‌گیرند (کازمن و کاتالینیک، ۲۰۰۹).

برخی پژوهش‌های (رابینسون و والش، ۱۹۹۴؛ برسلین، کیفی، بارل، راتلیف - کراین و باوم، ۱۹۹۵؛ لوینسون، گوتلیب و سیلی، ۱۹۹۸) نیز پیشگیری از اعتیاد را شامل: مداخله در مراحل مختلف و حتی پس از ابتلاء بیماران به اعتیاد و در مرحله درمان می‌دانند. این رویکردها به موضوع پیشگیری، دارای بخش‌هایی همچون تحلیل کارکردی، مهارت‌آموزی و پیشگیری از بازگشت هستند. در تحلیل کارکردی، فرد عوامل برانگیزاننده وسوسه و بازگشت را شناسایی می‌کند و با پرهیز از این عوامل، احتمال بازگشت را کاهش می‌دهد.

در مهارت‌آموزی به فرد کمک می‌شود تا عادات گذشته مربوط به سوءمصرف مواد

را ترک کرده و مهارت‌ها و عادت‌های سالم‌تری را فرا گیرد. برای پیشگیری از بازگشت به مراجع در زمینه شناسایی و برنامه‌ریزی مقابله با موقعیت‌های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد، کمک می‌شود و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد کلی و مهارت‌های ویژه برای پرهیز از وسوسه به وی آموزش داده می‌شود. چنین آموزش‌هایی بهبود احساس خودکارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موقعیت‌های پرخطر را در پی دارند و سبب کاهش بازگشت می‌شوند (عاشوری، ملازاده و محمدی، ۱۳۸۷).

به طور کلی رویکردهای سنتی درمان اعتیاد، اغلب بازگشت را وضعیتی پایانی یا نتیجه‌ای منفی برابر با شکست در درمان می‌دانند، اما در مقابل الگوهای بازگشت مبتنی بر نظریه‌های شناختی- اجتماعی- رفتاری بر بازگشت به عنوان «فرایندی گذرا که مجموعه‌ای از مشکلات را آشکار می‌کند» تأکید دارند (آنیس، ۱۹۸۶؛ مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). در این الگوها فرایند بازگشت پس از اولین درمان مصرف مواد و تا مصرف بعدی اتفاق می‌افتد. این مفهوم‌سازی، چارچوب مفهومی گسترده‌ای برای مداخله در فرایند بازگشت از طریق پیشگیری یا کاهش بروز این اتفاق فراهم کرده و به بهبود نتایج درمان کمک می‌کند. در واقع رویکردهای درمانی مبتنی بر الگوی پیشگیری از بازگشت، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌های پرخطری که بالقوه با بازگشت همراه هستند، شروع می‌شوند. درمانگر بعد از شناسایی این ویژگی‌ها، روی تحلیل پاسخ‌های فرد به موقعیت پرخطر^۱ در آینده کار می‌کند و موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف مجدد را افزایش می‌دهند شناسایی می‌کند. براساس بررسی دقیق فرایند بازگشت، درمانگر درباره نقاط ضعف راهبردهایی که بر ظرفیت رفتاری شناختی مراجع متمرکز است، می‌اندیشد و از این طریق، خطر بازگشت اعتیاد را کاهش می‌دهد (قربانی، ۱۳۸۷).

الگوی رفتاری - شناختی مارلات

از میان رویکردهای درمانی مبتنی بر پیشگیری از بازگشت، الگوی شناختی- رفتاری مارلات مورد استقبال فراوان قرار گرفته است. این الگو مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت چگونگی درک بیمار از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر می‌تواند منجر به لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش بیمار به این لغزش اولیه است. از آنجا که آموزش رسمی مشاوران اعتیاد بیشتر شامل آموزش‌هایی در زمینه طبقه‌بندی مارلات در رابطه با بازگشت است، راهبردهای مداخله‌ای بر مبنای نظام طبقه‌بندی او از محرک‌های پرخطر طرح شده است. بنابراین آشنایی مشاوران اعتیاد با این طبقه‌بندی امری ضروری است (نعمتی، ۱۳۸۱). الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات و گوردون (۱۹۸۵) مبتنی بر روان‌شناسی شناختی- اجتماعی است و از ترکیب الگوی مفهومی بازگشت و مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری، برای پیشگیری یا محدود کردن فرایند بازگشت به وجود آمده است. یک جنبه اصلی این الگو، طبقه‌بندی دقیق عوامل یا موقعیت‌هایی است که در خطرناک شدن یا کمک به بروز بازگشت دخیل هستند. این عوامل در مجموع در دو طبقه کلی تقسیم‌بندی شده است:

- تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه همانند موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های سازگاری، انتظارات و اثر پرهیز از تحلف.
- پیشایندهای پنهان مانند نامتعادل‌کننده‌های سبک زندگی، تجارب رشد، ولع‌ها و اشتیاق‌ها.

موقعیت‌های پرخطر: فردی که اولین تغییر رفتار (پرهیز مصرف) را داشته است با خطر عدم احساس خودکارآمدی و تسلط بر رفتار خود، که عوامل اساسی در تداوم و حفظ این تغییر هستند، مواجه است و موقعیت‌ها و رویدادهای مشخص می‌توانند تهدیدی برای کنترل احساس فرد بوده و بحران بازگشت اعتیاد را برای فرد به همراه داشته باشند. از جمله این موقعیت‌های پرخطر می‌توان موارد زیر را نام برد:

- حالات هیجانی منفی فرد مانند خشم، ناکامی، افسردگی و ... که در اثر ادراکات اولیه بین فردی درباره موقعیت‌های مشخص و یا از طریق واکنش به رویدادهای محیطی به وجود می‌آید؛

- موقعیت‌های بین فردی دارای بار هیجانی منفی مانند تعارض‌ها و تضادهای بین فردی؛

- فشار اجتماعی شامل قانع‌سازی^۱ کلامی و غیر کلامی و فشار غیرمستقیم؛

- حالات هیجانی مثبت، قرار گرفتن در معرض نشانه‌های مرتبط با مواد، آزمایش کنترل شخصی.

مهارت‌های کنار آمدن: رفتار کنار آمدن فرد با یک موقعیت پرخطر تعیین‌کننده بحرانی مانند بازگشت است. کسی که می‌تواند راهبردهای کنار آمدن را به خوبی اجرا کند به نسبت فردی که فاقد این مهارت‌ها است، کمتر در معرض خطر بازگشت قرار می‌گیرد. همچنین کسانی که به خوبی با موقعیت‌های پرخطر کنار می‌آیند تجربه حس خودکارآمدی بالاتری خواهند داشت و برعکس افراد با خودکارآمدی پایین خود را فاقد انگیزه و توان لازم برای مقاومت در برابر موقعیت‌های پرخطر مصرف مواد می‌بینند (مارلات و همکاران، ۱۹۹۹).

پیامد انتظارات: بیمارانی که انتظارات بالاتری از اثرات مثبت مواد دارند و تنها به اثرات فوری مثبت آن توجه می‌کنند و پیامدهای منفی بالقوه مصرف مواد را نادیده می‌گیرند در معرض خطر سوء مصرف و بازگشت بیشتری قرار دارند. این انتظارات به‌ویژه در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر برجسته شده و در این شرایط بیمار نمی‌تواند به چیزی جز مصرف مواد و دستیابی فوری به خوشنودسازی^۲ خود متمرکز باشد (کری، ۱۹۹۵).

اثر پرهیز از تخلف: پژوهش‌ها نشان داده است لغزش^۳ به‌طور گسترده‌ای با افزایش خطر بازگشت مرتبط است. مارلات و گوردون (۱۹۸۰) نوع واکنش بیمار به لغزش را

توصیف کرده و آن را اثر تخلف از پرهیز^۱ نامیده و عامل مهم گرایش به بازگشت معرفی کرده است. این واکنش بر پاسخ هیجانی بیمار به لغزش و علل آن دلالت دارد. افرادی که معمولاً لغزش خود را به شکست فردی نسبت می‌دهند با تجربه احساس مقصر بودن و هیجان‌ات منفی و جهت‌رهایی از این احساسات برای کاهش مصرف تلاش می‌کنند. کسانی که لغزش را به عوامل درونی خارج از کنترل و همیشگی بودن مشکل نسبت می‌دهند بیشتر به سمت تجربه بازگشت بیشتر و ترک پرهیز حرکت می‌کنند تا کسانی که لغزش را به ناتوانی خود در مقابله مؤثر با موقعیت پرخطر ربط می‌دهند. گروه دیگری که به درس گرفتن از اشتباهات‌شان می‌اندیشند قادر هستند در آینده روش‌های مؤثر برای مقابله با موقعیت‌های برانگیزاننده را در خود پرورش دهند.

پیشایندهای پنهان: علاوه بر تعیین‌کننده‌های فوری مربوط به موقعیت‌های پرخطر، عوامل مربوط به تجارب فرایند رشد و شخصیت فرد هم هستند که کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. این موارد شامل عوامل مربوط به سبک زندگی، تمایل به کسب لذت فوری، اشتیاق شدید، فشار روانی و شناخت و نگرش فرد است (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵).

درمجموع الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات شامل تکنیک‌های رفتاری و شناختی است که براساس هر مرحله از فرایند بازگشت و با تمرکز بر مهارت‌ها، بازسازی شناختی و متعادل‌سازی سبک زندگی در قالب دو دسته راهبردهای خاص و جهانی، طراحی شده است. هدف این راهبردهای مداخله‌ای خاص آموزش به بیماران برای پیش‌بینی احتمال بازگشت، بازشناسی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر بوده و اغلب بر افزایش آگاهی شناختی، هیجانی و واکنش‌های رفتاری متمرکز هستند. مهم‌ترین این راهبردها شناسایی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر، افزایش خودکارآمدی، حذف اسطوره‌ها، توهمات و اثرات دارونماها، مدیریت لغزش و بازسازی شناختی هستند. هرچند راهبردهای مداخله‌ای خاص می‌توانند بر تعیین‌کننده‌های فوری بازگشت دلالت داشته باشند، اما

تغییر عوامل مربوط به سبک زندگی و سوابق پنهان فرد که منجر به افزایش خطر بازگشت می‌شوند یا مقاومت او را در موقعیت‌های پرخطر کاهش می‌دهند، نیز از اهمیت بالایی برخوردار هستند. راهبردهای خودکنترلی جهانی با این هدف طراحی شده‌اند تا تعادل سبک زندگی بیمار را تغییر دهند و این فرایند از طریق شناسایی سوابق پنهان بازگشت مانند نشانه‌های هشداردهنده اخیر، تحریفات شناختی و مراحل بازگشت و در ادامه آموزش چگونگی کنار آمدن با این سوابق محقق می‌شود. از جمله راهبردهای جهانی متعادل سازی سبک زندگی بیمار، فنون مهار محرک و فن نقشه‌های جاده بازگشت هستند.

حمایت‌های نظری و عملی

در دو دهه اخیر پژوهش‌های بسیاری، الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات را ارزیابی کرده‌اند. مهم‌ترین این پژوهش‌های «طرح تداوم و تکرار بازگشت» توسط مؤسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف مواد (لاومن و همکاران، ۱۹۹۶) بوده است که اثربخشی این الگو را در کاهش میزان بازگشت بیماران سودمند نشان داده است.

برخی مقالات مروری و فراتحلیلی (کارول، ۱۹۹۶؛ دیمف و مارلات، ۱۹۹۸) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتایج قابل توجهی در سودمندی این الگو ارائه کرده‌اند. این نتایج در قالب موارد زیر قابل توجه هستند:

- اثربخشی این الگو بر کاهش فراوانی دوره‌های بازگشت و لغزش‌ها در مقایسه قبل و بعد از درمان و با گروه کنترل؛
- اثربخشی درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت مارلات بر کاهش میزان مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن؛
- اثرات طولانی مدت این رویکرد در مقایسه با سایر رویکردها در پیگیری‌های بعدی یک ساله یا بیشتر؛

- اثربخشی وسیع تری در الکلیسم یا وابستگی چندگانه به مواد، درعین امکان، کاربرد الگو در انواع اعتیادها؛

- اثربخشی قوی تر در ترکیب این الگو با سایر درمان‌ها (به ویژه دارودرمانی).
این نتایج در پژوهش‌های داخلی نیز مورد تأیید بوده است (جعفری، اسکندری، سهرابی، و دلاور، ۱۳۹۲).

برنامه پیشنهادی پیشگیری از بازگشت براساس الگوی مارلات

پس از طرح مقدمات مذکور و با در نظر داشتن ویژگی‌های اصلی الگوی شناختی- رفتاری پیشگیری از بازگشت مارلات، در ادامه به معرفی و طرح محورهای اساسی برنامه پیشنهادی براساس الگوی یادشده برای پیشگیری از بازگشت در بیماران وابسته به مواد تحت دارودرمانی (درمان نگه‌دارنده با متادون) می‌پردازیم.

الف: زمان

پیش‌بینی می‌شود این برنامه پیشگیری از بازگشت در یک مقطع زمانی شش ماهه همزمان با آغاز دوره دارودرمانی بیماران قابل اجرا باشد. لازم است جلساتی در قالب برنامه‌های گروهی هفتگی با حضور درمانگر و بیماران وابسته به مواد تحت دارودرمانی یا سم‌زدایی شده و در برخی جلسات با حضور عضوی از خانواده بیماران تشکیل شود. طول مدت این جلسات ۲ ساعت و هفته‌ای یک جلسه است.

ب: مکان

برنامه قابل اجرا در کلیه کلینیک‌ها و بیمارستان‌های ویژه دارودرمانی اعتیاد است و جامعه مورد هدف تنها بیمارانی هستند که پس از ابتلا به یکی از انواع اعتیاد، وارد دوره درمان دارویی شده‌اند. بیمارانی که در مراکز درمانی ترک اعتیاد تشکیل پرونده داده و دوره درمان خود را آغاز کرده‌اند، همزمان با دریافت دارو و درمان‌های پزشکی ویژه خود، هفته‌ای یک بار در جلسات گروه‌درمانی شرکت می‌کنند.

ج: جزئیات محتوایی برنامه

به طور کلی برنامه های مداخلاتی مورد توجه در برنامه های پیشگیرانه متمرکز بر چهار بُعد هستند:

- تغییر انگیزش ها به عنوان پیش تعیین کننده های مصرف مانند نگرش ها، عقاید، تعهد، هنجارها و ارزش ها؛
- تقویت و پرورش صلاحیت های شخصی مانند؛ مهارت های تحصیلی، تصمیم گیری، خودتنظیمی هیجانی، تنظیم اهداف و حرمت خود؛
- پرورش مهارت های اجتماعی و بین فردی مانند مهارت های ارتباطی، ابراز احساسات، عزت نفس، نه گفتن و ارتباط با گروه همسالان؛
- تغییر عوامل اجتماعی و محیطی مانند در دسترس بودن مواد، جایگزین ها، مدیریت خانواده، حمایت و تعلق (هنسن، دوزنبوری، بیشاپ و درزون، ۲۰۰۷).

با در نظر گرفتن پیش فرض اساسی نظریه مارلات مبنی بر مداخله خاص و عمومی در پیشایندهای مستقیم و پنهان بروز لغزش و مصرف مجدد در بیماران که در بخش قبل ارائه شد، محتوای برنامه حاضر به نوعی در خلال جلسات گروه درمانی مورد نظر هر چهار بعد یادشده را در بر می گیرد. همچنین براساس الگوی مارلات هر یک از دو نوع مداخلات خاص و عمومی، دارای سه جنبه کار بر روی مهارت ها، بازسازی شناختی و فعال سازی سبک زندگی هستند.

در مجموع محتوای هر جلسه درمانی در قالب چارچوب نظری الگوی مارلات شامل دو بخش است: اول، گفتگو و بحث هایی که با مدیریت درمانگر در جلسه مطرح می شود و بیشتر به منظور اصلاح بعد شناختی بیماران است و دوم، تکالیف و برنامه هایی که باید توسط مراجعان و گاه حتی با کمک والدین و با راهنمایی درمانگر انجام شود، که این بخش نیز بیشتر جهت کار بر روی مهارت های بیماران و نیز اصلاح سبک زندگی بیماران است. البته این سه بعد در تمام طول جلسات و در واقع در هر دو

بخش به شکل در هم آمیخته‌ای در جهت اصلاح و بهبود حرکت می‌کنند. به شکل کلی در هر جلسه ابتدا آخرین وضعیت و مشکلات بیمار و تکلیف جلسه گذشته بررسی می‌شوند و با سخنرانی آموزشی، تمرین و بحث گروهی و تکلیف برای هفته آینده جلسه ادامه می‌یابد. موضوع مباحث مطرح در جلسه بیشتر شامل شناسایی موقعیت‌های پرخطر، علامت‌های هشداردهنده بازگشت، برانگیزاننده‌ها و رویارویی با آنها در زمینه مدیریت هیجان‌های منفی و مثبت، مقابله با وسوسه، مدیریت لغزش، چالش با پیامدهای مصرف مواد، افکار منفی و تحلیل رفتار مصرف مواد و الگوها و اصول ارتباطی است.

مهم‌ترین تکنیک‌هایی که در خلال جلسات کار می‌شوند شامل موارد زیر می‌شوند:

- بازسازی شناختی: مانند در نظر گرفتن لغزش به عنوان یک اشتباه و نه نتیجه شکست فرد؛

۱۹

- حذف اثرات توهمات و دارونماها: انتظار مثبت از نتیجه مصرف؛
- آموزش مهارت‌های کنار آمدن: مثل آموزش آرامش‌بخشی، مدیریت استرس، آموزش جرأت‌ورزی، تمرین و ایفای نقش در نمایش مدیریت موقعیت بازگشت؛
- تحلیل تخیلات مربوط به بازگشت و توصیف‌های مربوط به بعد از بازگشت از طریق روش‌هایی مانند تهیه و تنظیم جدول افکار، احساسات و واکنش‌های رفتاری؛
- آموزش راهبردهای اجتناب از مواد مانند شناسایی محرک‌های پرخطر و ترک موقعیت؛
- آموزش در زمینه علائم هشداردهنده بازگشت از قبیل تصمیمات نامربوط به انتظارات مثبت مانند دلیل تراشی و انکار، نامتعادلی سبک زندگی؛
- مدیریت اشتیاق و کنار آمدن با تصوراتی همچون افت و خیزهای مربوط به مصرف؛

- افزایش تعادل سبک زندگی، گسترش اعتیادهای مثبت مانند پیاده‌روی، مراقبه و ورزش، جانشینی زیاده‌روی‌ها مانند فعالیت‌های تفریحی و ماساژ؛
- خودنظارتی و ارزیابی رفتار؛
- مدیریت لغزش از راه‌هایی همچون قرارداد بستن برای مصرف؛
- قراردادهای رفتاری جهت اصلاح الگوهای رفتاری و ارتباطی با خانواده و دوستان و اجتماع؛
- تنظیم قراردادهایی جهت برنامه کاری و شغل.

این تکنیک‌ها ابتدا توسط درمانگر به شکل دقیق توضیح و تبیین می‌شود. سپس زمانی از جلسه به تمرین روی تکنیک اختصاص داده می‌شود و در نهایت قراری جهت اجرای برنامه در روزهای هفته در منزل و خارج از جلسات مشخص می‌شود. برخی از تکالیف مستلزم همکاری حداقل یکی از اعضای خانواده است. به این منظور همراهی یکی از نزدیک‌ترین اعضای خانواده با بیمار در جلسه ارزیابی الزامی است تا به این ترتیب خانواده نیز وارد فرایند مداخلات شود.

به طور کلی به غیر از جلسه اول که به توضیح چگونگی تشکیل جلسات، برنامه‌ها، آشنایی متقابل اعضا با یکدیگر و نیز با درمانگر و با ساختار جلسات طی می‌شود، سایر جلسات ساختار ثابتی دارد. به این ترتیب که زمان ۹۰ دقیقه‌ای جلسه بین برنامه‌های مختلف تقسیم شده و بر روال برنامه عمل می‌شود.

۱۵ دقیقه ابتدایی جلسات به مرور آنچه روزهای گذشته بر مراجعان گذشته و نحوه عملکرد آنها می‌گذرد. سپس به مدت ۳۰ دقیقه گفتگویی براساس موضوعی که درمانگر مشخص می‌کند شکل می‌گیرد. این موضوع براساس صلاح‌دید درمانگر می‌تواند با توجه به صحبت‌های اولیه مراجعان از رویدادهای هفتگی‌شان شکل گیرد. به عنوان نمونه چنان‌چه درمانگر مشاهده کند اخبار ابتدای جلسه مراجعان بیشتر حول محور لغزش و نگرانی از موقعیت‌های هوس برانگیز است، می‌تواند بحث ۳۰ دقیقه‌ای

ادامه جلسه را به این موضوع اختصاص دهد.

در این بخش مراجعان بیشتر درباره احساسات، افکار، عقاید و باورهای خود به گفتگو پرداخته و درمانگر با نقش هدایتگری اش در صورت لزوم در خلال صحبت‌ها، مطالب مرتبط با موضوع را مطرح کرده و در نهایت جمع‌بندی از بخش به عمل می‌آورد. پس از آن درمانگر به ارائه و توضیح تکنیک‌های لازم به عنوان تکالیف جلسه آینده می‌پردازد. این تکالیف نیز می‌توانند براساس موضوع صحبت‌های ۴۵ دقیقه گذشته تعیین شوند که به نظر درمانگر منوط است. پس از اطمینان از تفهیم تکلیف به مراجعان، ۳۰ دقیقه پایانی جلسه به تمرین تکالیف مطرح در قالب ایفای نقش و بازیگری اختصاص داده می‌شود. نیمی از این زمان می‌تواند به تمرین و بازی نقش دو به دوی بین مراجعان و نیم دیگر زمان به تمرین دسته‌جمعی زیر نظر درمانگر پرداخته شود.

۲۱

همچنان که از روند جلسات و تکنیک‌های مورد استفاده در جلسات مشخص است برنامه حاضر هم ناظر بر فرد است و هم بر روابط و ساختارها. به این معنا که برنامه حاضر در نظر دارد تا تغییراتی را در دو سطح فردی و اجتماعی (برای نمونه روابط بین فردی به ویژه در ساختار خانواده، روابط کاری و اشتغال بیمار) ایجاد کند. از سوی دیگر برنامه تدوین شده بر این فرض استوار است که فقط متمرکز بر گروه خاص بیماران و فقط بیماران تحت درمان‌های دارویی و سم‌زدایی، بوده و در حقیقت درصدد طراحی نوعی برنامه برای افزایش شانس درمان و کاهش خطر بازگشت بیماران و در راستای پیشگیری ثالث و کم کردن خطرات و عوارض جانبی بیماری اعتیاد است.

نکته قابل ذکر دیگر این است که برنامه حاضر به منظور دستیابی به اهداف خود نیازمند کمک گرفتن از کلیه منابع فردی و اجتماعی بیماران است. بنابراین علاوه بر خود فرد، یکی از نزدیک‌ترین اعضای خانواده وی هم به عنوان یک عنصر اجتماعی مهم وارد

فرایند برنامه شده و در اجرای برنامه‌ها مشارکت لازم را دارد. همچنین در این برنامه از امکانات روابط اجتماعی، شغلی و دوستان بیمار نیز کمک گرفته می‌شود. تغییر و اصلاح شبکه روابط اجتماعی، تغییر محیط و دوستان، تغییرات احتمالی در شرایط کاری و استفاده از امکانات اجتماعی مانند ورزشگاه‌ها و مراکز تفریحی نمونه‌هایی از بهره‌گیری امکانات اجتماعی در این برنامه هستند. در نهایت با در نظر گرفتن تلاش‌ها و توجه روزافزون به بعد درمان در سیاست‌گذاری‌های مربوط به مبارزه با اعتیاد در کشور، این برنامه می‌تواند هم‌راستا با این سیاست‌های کلان‌تلاشی باشد در جهت افزایش کارآیی آن فعالیت‌ها و اثربخشی همزمان این برنامه بر ابعاد پیشگیری و درمان در سیاست‌های مبارزه با اعتیاد در کشور.

د: ارزیابی و سنجش در برنامه

جهت ارزیابی نتایج برنامه از دو ابزار سنجش استفاده می‌شود. پرسشنامه سنجش شدت اعتیاد¹ (ASI) و آزمایش ادرار بیماران. کلیه بیماران قبل و بعد از دوره درمانی به وسیله پرسشنامه ASI مورد ارزیابی قرار می‌گیرند تا شدت سوءمصرف و اعتیاد آنها قبل از دریافت مداخله ارزیابی شود. همچنین جهت سنجش میزان لغزش‌های بیماران آزمایش ادرار به صورت هفتگی انجام می‌گیرد.

قراردادن یک گروه از بیماران در فهرست انتظار گروه‌درمانی که تنها دارودرمانی را دریافت کنند به عنوان گروه کنترل و ارزیابی آنها قبل و بعد از دوره گروه‌درمانی گروه آزمایش می‌تواند میزان لغزش‌ها و شدت اعتیاد هر دو گروه بیماران را با هم مقایسه و میزان اثربخشی برنامه پیشگیری و مداخله مورد نظر را نشان دهد. همچنین کلیه بیماران در یک مقطع زمانی ۳ و ۶ ماهه و نیز یک‌ساله، از لحاظ میزان پرهیز و عدم لغزش و شدت اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفته و با هم مقایسه می‌شوند.

نتیجه گیری

آنچه به عنوان برنامه پیشگیری از بازگشت مصرف در بالا مورد بحث قرار گرفت، از لحاظ چارچوب و ساختار کلی، برگرفته از الگوی رفتاری-شناختی مارلات در درمان بیماران وابسته به الکل بود. اما در مقاله حاضر سعی بر آن بود تا با پیش رو قراردادن مبانی الگوی یادشده، طرحی به عنوان برنامه پیشگیری تدوین و از درون مبانی نظری الگوی مارلات استنباط شود. بنابراین برنامه حاضر نه فقط نسخه برداری و صد در صد مشابه الگوی درمانی مارلات، و نه یک نوع ابداع و نوآوری خالص؛ بلکه می توان آن را برنامه پیشنهادی مرکب از اصول اساسی الگوی دل رفتاری-شناختی مارلات و تلویحات و استنتاج های ناشی از آن، که در امر پیشگیری قابل کاربرد هستند، در نظر گرفت.

از سوی دیگر با در نظر داشتن استنباطی بودن بخش زیادی از ماهیت الگوی مداخله پیشنهادی حاضر و استنتاج آن از یک الگوی درمانی غیربومی برای جامعه ایران، بومی ساختن آن در جامعه ایران یک ضرورت قابل توجه است. به نظر می رسد اجرای آن به شکل یک مطالعه مقدماتی در میان نمونه ای از بیماران و پیگیری نتایج، بتواند راهگشای مناسبی جهت اصلاحات لازم برای افزایش اعتبار برنامه در جامعه ایران باشد. در این راستا نظرات تخصصی روان شناسان، آسیب شناسان اجتماعی و متخصصان علوم حقوقی، انسانی و اجتماعی ایرانی، عامل عمده یاری بخش خواهد بود. به ویژه بخش هایی که در بحث بومی سازی این برنامه نیاز به توجه خاص خواهد داشت، در حوزه تغییر انگیزش ها، نگرش ها، عقاید، هنجارها و ارزش ها و نیز آموزش مهارت های اجتماعی و بین فردی است. توجه به فرهنگ، اعتقادات، باورهای دینی و روابط و مناسبات اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی خاص جاری در جامعه ایرانی، اصول و قوانین اساسی مدنی و حقوقی و جزایی و حتی در نظر گرفتن آداب و رسوم و سنت های فرهنگ و جامعه ایرانی از عوامل اثرگذار بر این برنامه خواهد بود که لازم

است در تدوین جزئیات تکنیک‌های مداخله‌ای، تربیت درمانگر، اجرای برنامه و برنامه‌ریزی‌های اجرایی آن، مورد دقت ویژه قرار گیرد. برای مثال تقویت اعتقادات دینی، روحیه توسل و توکل بیماران و تأکید بر تکالیف دینی می‌تواند از جمله تکنیک‌هایی باشد که در اجرای برنامه، با در نظر گرفتن فرهنگ غالب جامعه ایرانی کاربرد می‌یابد. همچنین در سطح تعیین نیازها، در این برنامه، لازم است براساس مطالعه دقیق شرایط اجتماعی و به‌ویژه آسیب‌شناختی جامعه ایرانی، حوزه‌ای از مداخله را که لازم است در طول اجرای برنامه مورد موشکافی و حساسیت بیشتری قرار بگیرد تعیین و راهبردهای اجرایی برنامه در آن حوزه‌ها پررنگ‌تر شود. به‌عنوان مثال چنان‌چه پژوهش‌های در ایران حاکی از سنگینی بحران بیماران وابسته به مواد تحت درمان در حوزه روابط خانوادگی است، برنامه در مرحله تدوین و اجرا، این نقطه حساس بیماران ایرانی را در نظر گرفته و با دقت بیشتری بر آن متمرکز شود. در مجموع، مقاله حاضر به‌عنوان برنامه‌ای پیشنهادی بوده و به‌منظور عملیاتی شدن در سطح جامعه و کاربرد آن در امر خطیر پیشگیری از بازگشت بیماران وابسته به مواد، نیازمند پژوهش‌های مقدماتی متعدد خواهد بود.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۰). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. ترجمه محمدرضا نیکخو و اوادیس یانس (۱۳۹۲). تهران: انتشارات فروزش.
- جعفری، عیسی؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از بازگشت و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱(۳)، ص ۸۷-۷۷.
- عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ محمدی، نورالله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت در افراد معتاد، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ص ۲۸۸-۲۸۱.

- قربانی، مجید (۱۳۸۷). پیشگیری از بازگشت: مروری بر مدل رفتاری - شناختی مارلات. *اعتیاد پژوهی*، ۲ (۷)، ص ۹۱-۱۱۴.
- نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). پیشگیری از بازگشت: معرفی مدل رفتاری - شناختی مارلات. *اعتیاد پژوهی*، ۱ (۱)، ص ۸۹-۱۰۰.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and physiological procedures*. New York: Guilford Press.
- Breslin, F. C; Keeffe, M. K; Burrell, L; Ratliff-Crain, J; & Baum, A. (1995). The effects of stress and coping on daily alcohol use in women. *Addictive Behaviors*, 20: 141-147.
- Carey, K. B. (1995). Alcohol related expectancies predict quantity and frequency of heavy drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9 (4): 236-241.
- Carrol, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4: 46-54.
- Dimeff, L. A; Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5(4): 513-525.
- Hansen, W. B; Dusenbury, Linda; Bishop, D. (2007). Substance abuse prevention program content: systematizing the classification of what programs target for change. *Health Education Research*, 22(3): 351-360.
- Lewinsohn, P. M; Gotlib, I. H; & Seeley, J. R. (1998). Adolescent psychopathology: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 1221-1229.
- Lowman, C; Allen, J; Stout, R. L; & The Relapse Research Group. (1996). Replication and extension of marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedure and results. *Addiction*, 9: 51-72.
- Margolin, A; Beitel, M; Oliver, Z. S; & Avants, K. (2006). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *AIDS education and prevention*, 18(44): 311-322.
- Marlatt, G. A; & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds), *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A; Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilfords Press.
- Marlatt, G. A; Barret, K.; & Daley, D. C. (1999). Relapse prevention. *The American psychology press textbook of substance abuse treatment (2d ed)*, 393-407.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5: 184-190.
- Nitzkin, J. L; Smith, S. A. (2004). *Clinical preventive services in substance abuse and mental health updates*. U.S department of health and human.
- Kuzman, M; & Katalinic. D. (2009). *Development of the guidelines on the pharmacotherapy of addiction*. Croatian National Institute of Public Health.

- Roozen, H. G; Waart, R. D; Windth, D; Brink, W; Yong, C. A; & Kerkbof, A. F. M. (2006). A systematic review of effectiveness of naltrexon in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16: 311-323.
- Sharon, M. H; Wasserman, D. A; & Havassy, B. E. (1991). *Relapse prevention*. In the: Pickens, R. W; Leukefeld, C. G; Schuster, C. R. Improving drug abuse treatment. Department of Health and Human Service, Public Health Service: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration & National Institute on Drug Abuse.
- Robinson, S. M; & Walsh, J. (1994). Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers. *Psychological Reports*, 75: 579-589.
- United Nation Office for Drug Control and Crime Prevention. (2005). *Global illicit drug trends*. New York: United Nation.