

پیشگیری از عود

مروری بر مدل رفتاری - شناختی مارلات*

مجید قربانی^۱

چکیده

پیشگیری از عود^۲، جزء مهمی از درمان الکلیسم است. این مدل به وسیله مارلات و گوردون^۳ پیشنهاد شده است. آنها معتقدند که تعیین‌کننده‌های بی واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پر خطر، مهارت‌های کنار آمدن^۴، پیامد انتظارات و تاثیر پرهیز از تخلف) و پیشایندهای پنهان (برای مثال، عوامل سبک زندگی و اشتیاق‌ها^۵ و ولع‌ها^۶)، می‌توانند در عود اعتیاد سهیم باشند. همچنین، مدل پیشگیری از عود، راهبردهای مداخله‌ای جهان و خاص بی شماری را که درمانگر و مراجع، در هر قدم از فرایند عود، با آن مواجه می‌شوند، یکپارچه می‌سازد. مداخلات خاص، شامل شناسایی موقعیت‌های پر خطر برای هر مراجع و افزایش مهارت‌های آنان برای کنار آمدن با این موقعیت‌ها، افزایش خودکارآمدی^۷ مراجع، از بین بردن باورهای غلط درباره اثرات الکل، مدیریت لغزش‌ها و بازسازی ادراکات مراجع، از فرایند عود است. راهبردهای جهانی، از جمله، ایجاد تعادل در سبک زندگی مراجع و کمک به آنها در جهت ایجاد علائق مثبت، باعث به کارگیری فنون کنترل محرک‌ها و فنون مدیریت اشتیاق به مصرف مواد و بسط دادن نقشه‌های مسیر عود می‌شود. در این چارچوب، مطالعات چندی، از مدل پیشگیری از عود حمایت نظری و عملی کرده است.

کلید واژه‌ها: وابستگی به الکل و دیگر مواد، عود و پیشگیری از آن، مدل درمانی شناختی و رفتاری، عوامل خطر، مهارت‌های کنار آمدن، خودکارآمدی، انتظار از مواد، پرهیز، سبک زندگی، ولع مصرف

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۹/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۳/۲

مقدمه

عود اعتیاد یا بازگشت به مصرف سنگین الکل، شامل دوره‌ای از پرهیز، یا مصرف متوسط می‌شود که در بین الکی‌های در حال درمان الکلیسم اتفاق می‌افتد. رویکردهای سنتی درمان الکلیسم، اغلب عود را وضعیتی پایانی یا نتیجه‌ای منفی، برابر

* این مقاله برگرفته از کتاب درمان‌های روانی - اجتماعی سوءمصرف مواد (مطالعات کلیدی در روانپزشکی اعتیاد)، ویراستاری شده توسط الی نوری اف، مک کانسی، کاتز و اچ، وستلی کلارک از آکادمی روانپزشکی اعتیاد آمریکا است. این بخش ترجمه آزاد از متن دکتر ماری ای، لاریمر، ربه کا اس، پالمر و دکتر جی آلن مارلات است.

۱- کارشناس ارشد علوم تربیتی و کارشناس تحقیقات مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر- ریاست جمهوری majidgh46@yahoo.com

2. relapse prevention(RP)
3. Marlatt & Gordon
4. coping
5. urges
6. cravings
7. self- efficacy

با شکست در درمان، مفهوم سازی می‌کنند. بنابراین، دیدگاه حاضر، پیامد درمانی را در حالتی مورد مطالعه قرار می‌دهد که در آن، فرد هم در پرهیز است و هم اعتیادش عود می‌کند. در مقابل، چندین الگوی عود بر نظریه‌های شناختی-اجتماعی و رفتاری مبتنی هستند و بر عود به عنوان فرایندی گذرا که مجموعه‌ای از مشکلات را یک دفعه آشکار می‌کنند، تأکید دارند (آنیس^۱، ۱۹۸۶؛ لیتمن^۲ و همکاران، ۱۹۷۹؛ مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). در این مدل‌ها ثبت شده که فرایند عود پس از اولین درمان مصرف الکل و تا مصرف بعدی اتفاق می‌افتد. این مفهوم سازی، چارچوب مفهومی گسترده‌ای برای مداخله در فرایند عود، از طریق پیشگیری یا کاهش بروز این اتفاق فراهم می‌آورد و از این طریق به بهبود نتیجه درمان کمک می‌کند.

این مقاله، مدلی تأثیرگذار بر مقدمات عود و ارزیابی‌های درمان آن را ارائه می‌کند که می‌تواند به پیشگیری یا کمتر اتفاق افتادن آن بعد از کامل شدن درمان منجر شود. این مدل پیشگیری از عود را که مارلات و گوردون (۱۹۸۵) بسط داده‌اند، در سال‌های اخیر به طور گسترده استفاده شده و بر تحقیقات متنابهی استوار است.

این بخش از کتاب، مقالات بلافصل متنوع و برانگیزاننده‌های پنهانی عود را که توسط مدل پیشگیری از عود پیشنهاد شده است، همانند تعدادی از راهبردهای مداخله‌ای عمومی و خاص که به بیماران می‌تواند در اجتناب و کنار آمدن با موقعیت‌های شناخته شده عود کمک کند، مرور می‌کند. همچنین، این مقاله، بررسی‌هایی را که از اعتبار مدل پیشگیری از عود حمایت می‌کند، ارائه کرده است.

مروری بر مدل پیشگیری از عود^۳ در علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مدل پیشگیری از عود مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، مبتنی بر روان‌شناسی شناختی-اجتماعی بوده و از ترکیب مدل مفهومی عود و مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری، برای پیشگیری یا محدود کردن فرایند عود به وجود آمده است. (برای توصیف جزئیات رشد، زیر ساخت‌های نظریه‌ای و مؤلفه‌های درمان مدل پیشگیری از عود، به دایمف^۳ و مارلات، ۱۹۹۸؛ مارلات، ۱۹۹۶؛ مارلات و گوردون، ۱۹۸۵ مراجعه کنید).

1. Annis
2. Litman
3. Dimeff

یک جنبه اصلی این مدل، طبقه‌بندی دقیق عوامل یا موقعیت‌هایی است که می‌توانند در خطرناک شدن، یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند. در مجموع، عواملی که در مدل پیشگیری از عود شناسایی شده، در دو طبقه کلی تقسیم‌بندی شده است:

- ۱- تعیین کننده‌های بی‌واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنارآمدن شخص، پیامد انتظارات و اثر پرهیز از تخلف).
- ۲- پیشایندهای پنهان (برای مثال، نامتعادلی‌های سبک زندگی، ولع‌ها و اشتیاق‌ها).

رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌هایی که بالقوه با عود همراه می‌شوند (موقعیت‌های پرخطر)، شروع می‌شود. در واقع، بعد از شناسایی این ویژگی‌ها، درمانگر همانند بررسی عوامل مربوط به سبک زندگی فرد الکلی در گذشته، روی تحلیل پاسخ‌های وی به موقعیت پرخطر در آینده کار می‌کند و موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف الکل را بالا می‌برد، شناسایی می‌کند. براساس آزمایش دقیق فرایند عود، درمانگر درباره نقاط ضعف راهبردهایی که بر ظرفیت رفتاری و شناختی مراجع متمرکز است می‌اندیشد و از این طریق خطر عود اعتیاد را کاهش می‌دهد.

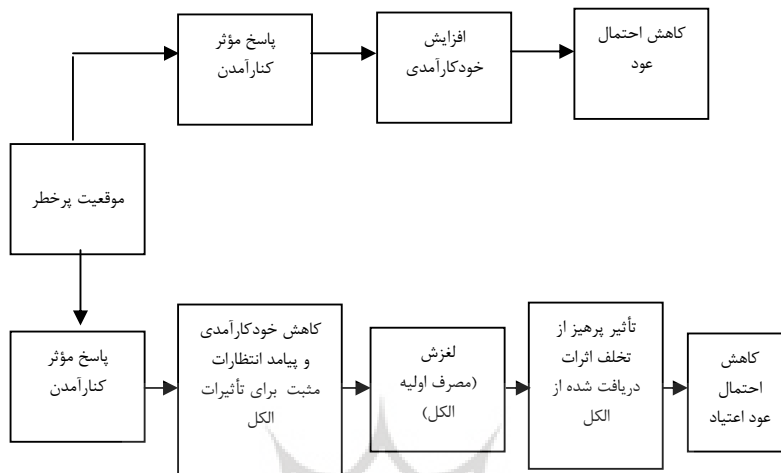
تعیین کننده‌های بی‌واسطه عود اعتیاد:

موقعیت‌های پرخطر

یکی از مفاهیم اصلی مدل پیشگیری از عود که به طور مرتب و بلافاصله بعد از اولین ترک مصرف الکل بروز می‌کند، موقعیت‌های پرخطر است (شکل را ببینید). در این مدل، فردی که اولین تغییر رفتار (پرهیز از مصرف الکل) را داشته است، افزایش خودکارآمدی یا تسلط بر رفتار خود را که می‌تواند به رشد تداوم حفظ این تغییر منجر شود، تجربه می‌کند. به هر حال، موقعیت‌ها یا رویدادهای مشخص می‌توانند برای کنترل احساس فرد تهدید به حساب آیند و در نتیجه، بحران عود اعتیاد را به همراه داشته باشند. بر اساس تحقیقات مختلف عود در بین الکلی‌هایی که درمان سرپایی دریافت داشته‌اند، مارلات (۱۹۹۶) ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین‌فردی مربوط به عود را که

شامل معرفی موقعیت‌های توصیف شده توسط مطالعات مختلف می‌شود، طبقه‌بندی کرده است. در این طبقه‌بندی، انواع موقعیت‌ها می‌توانند در فرایند عود، به شکل زیر نقش داشته باشند:

- حالت‌های هیجانی منفی، مانند عصبانیت، اضطراب، افسردگی، ناکامی و ملال که اغلب به موقعیت‌های پرخطر بین فردی منتسب می‌شوند و با نرخ بالای عود، مرتبط‌اند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). این حالت‌های هیجانی ممکن است به وسیله ادراکات اولیه بین فردی، از موقعیت‌های مشخص (احساس دلتنگی یا تنهایی بعد از اینکه به خانه‌ای که کسی در آن نیست وارد می‌شوید)، یا از طریق واکنش به رویدادهای محیطی (مانند احساس عصبانیت درباره تهدید ناشی از دست دادن کار)، به وجود آید.
- موقعیت‌های دیگری که فرد یا گروهی از افراد را در بر می‌گیرد (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر بین فردی)، بویژه تضادهای بین فردی (بحث با اعضای خانواده)، اغلب در نتیجه هیجانات منفی است و می‌تواند باعث بروز عود اعتیاد شود. در واقع، حالت‌های هیجانی منفی بین فردی و موقعیت‌های متضاد بین فردی، به عنوان برانگیزاننده‌ها، برای بیش از یک‌دوم همه عود اعتیادهایی است که در تحلیل مارلات (۱۹۹۶) مطرح هستند.
- فشار اجتماعی که قانع‌سازی^۱ مستقیم کلامی و غیرکلامی و فشار غیرمستقیم (برای مثال، افرادی که در اطراف فرد الکلی هستند) را در بر دارد، بیش از ۲۰ درصد فرایند عود را در بررسی مارلات (۱۹۹۶)، شامل می‌شود.
- اغلب حالت‌های هیجانی مثبت (برای مثال، جشن‌ها)، در معرض محرک‌ها یا نشانه‌های مرتبط با الکل قرار گرفتن (برای مثال، دیدن یک آگهی مشروب الکلی یا رد شدن از کنار مشروب فروشی مورد علاقه فرد)، آزمایش کنترل شخصی (مثلاً استفاده از قدرت اراده برای مصرف محدود) و ولع‌های نامشخص، به عنوان موقعیت‌های پرخطر شناسایی شده‌اند که می‌توانند باعث عود اعتیاد شوند.



شکل ۱- مدل رفتاری - شناختی فرایند عود، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ الکی‌ها به این موقعیت را مورد تایید قرار می‌دهد. مردم با دادن پاسخ‌های مؤثر کنارآمدن، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند (افزایش خودکارآمدی) و به این وسیله احتمال عود کاهش می‌یابد. در مقابل، مردمی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنارآمدن را تجربه می‌کنند، خودکارآمدیشان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف الکل اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات) همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود. این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود. تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد.

نکته: همچنین، این مدل در سایر مصرف‌کنندگان مواد نیز مانند الکل کاربرد دارد.

کنارآمدن! هر چند مدل پیشگیری از عود، به برانگیزاننده فوری عود در یک موقعیت پرخطر توجه دارد، ولی هر کس می‌تواند عود را تجربه کند (برای مثال، شیوع مصرف الکل). رفتار کنارآمدن فرد با یک موقعیت پرخطر، به طور خاص تعیین کننده نوعی بحران شبیه به عود است. بنابراین، کسی که می‌تواند به طور مؤثر، راهبردهای کنارآمدن را (برای مثال، راهبرد رفتاری، مانند ترک موقعیت یا یک راهبرد شناختی مانند گفتگوی مثبت با خود) اجرا کند، به نسبت فردی که فاقد این مهارت‌ها است، کمتر در خطر عود قرار می‌گیرد. علاوه بر این، افرادی که به طور موفقیت آمیزی با موقعیت‌های پرخطر کنار می‌آیند از تجربه حس خودکارآمدی^۲ بالاتری (به عنوان مثال، درک شخصی تسلط بر موقعیت پرخطر خاص) برخوردارند (بندورا^۳، ۱۹۷۷؛ مارلات و همکاران، ۱۹۹۵ و ۱۹۹۹؛ مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). برعکس، افراد با خودکارآمدی پایین، خود را فاقد

1 . coping
2 . self-efficacy
3 . Bandura

انگیزه یا توانایی لازم برای مقاومت در برابر یک موقعیت پرخطر مصرف الکل احساس می‌کنند.

پیامد انتظارات: تحقیق درمیان دانشجویان نشان داد، آنهایی که الکل می‌نوشند، اغلب به انتظارات بالاتری از اثرات مثبت الکل تمایل دارند (پیامد انتظارات را ببینید) و ممکن است تنها به اثرات مثبت فوری آن توجه کنند، درحالی که پیامدهای منفی بالقوه مصرف افراطی الکل را یا نادیده می‌گیرند یا به حساب نمی‌آورند (کری^۱، ۱۹۹۵). چنین پیامد مثبتی از انتظارات، ممکن است بویژه در موقعیت‌های پرخطر و زمانی که فرد از مصرف الکل انتظار دارد در کنار آمدن با هیجانات یا تعارضات منفی به او کمک کند، برجسته شود (مثلاً زمانی که از مصرف الکل به عنوان خوددرمانی^۲ استفاده می‌شود). در چنین موقعیت‌هایی، تمرکز اولیه مصرف‌کننده الکل بر رسیدن فوری به خشنودسازی^۳ خود (مانند کاهش استرس و امکان نادیده گرفتن امکان تأخیر پیامدهای منفی) است.

اثر پرهیز از تخلف: یک تفاوت بحرانی، بین اولین تخلف از هدف پرهیز (برای مثال، اولین عود) و بازگشت به مصرف کنترل نشده الکل یا ترک هدف پرهیز (برای مثال، یک عود کامل^۴) وجود دارد. تحقیق در زمینه رفتارهای اعتیادی مختلف نشان داده که لغزش^۵، به طور گسترده‌ای خطر عود واقعی را افزایش می‌دهد و پیشرفت آن از لغزش به عود اجتناب‌ناپذیر نیست. مارلات و گوردون (۱۹۸۵ و ۱۹۸۰)، نوع واکنش مصرف‌کننده الکل به لغزش را توصیف کرده و آن را اثر تخلف از پرهیز نامیده که به نحوی بر هدایت لغزش به سمت عود تأثیرگذار است. این واکنش بر پاسخ هیجانی مصرف‌کننده الکل به لغزش اولیه و عللی که بر لغزش فرد دلالت دارد، متمرکز است. افرادی که لغزش خود را به شکست شخصی نسبت می‌دهند، احتمالاً احساس مقصر بودن و هیجانات منفی را تجربه می‌کنند که در جای خود می‌تواند به کاهش مصرف الکل (به عنوان تلاشی در جهت اجتناب یا رهایی از احساس مقصر بودن یا شکست)، منجر شود. علاوه بر این، کسانی که لغزش را به همیشگی بودن، همه‌گیر بودن و عوامل درونی و خارج از کنترل خود (برای مثال، من اراده ندارم و به هیچ‌وجه قادر به ترک الکل نیستم) نسبت می‌دهند، بیشتر به تلاش برای کنار گذاشتن پرهیز (و تجربه عود کامل) شبیه است، تا افرادی که لغزش را به ناتوانی خود برای مقابله مؤثر با یک موقعیت پرخطر خاص ربط می‌دهند. در مقابل، گروه دیگری فهمیدند که نیاز دارند از اشتباهاتشان درس بگیرند، بنابراین، می‌توانند در آینده، روش‌های مؤثرتر را برای مقابله با موقعیت‌های برانگیزاننده توسعه دهند.

- 1 . Carey
- 2 . self- medication
- 3 . gratification
- 4 . full- blown relapse
- 5 . lapse

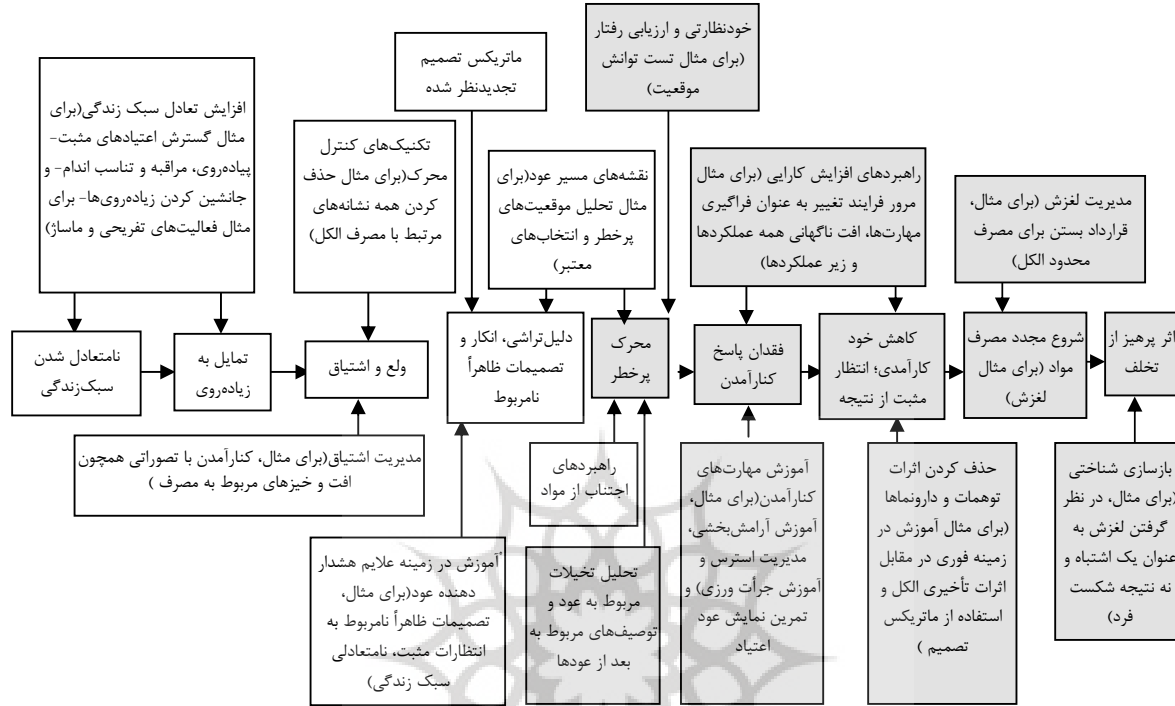
پیشایندهای پنهان موقعیت‌های پرخطر

گرچه موقعیت‌های پرخطر، به عنوان تعیین کننده‌های فوری دوره‌های عود مفهوم‌سازی شده، اما برخی از عوامل مؤثر بر فرایند رشد، کمتر آشکار شده است. این موارد پنهان شامل عوامل مربوط به سبک زندگی، نظیر فراگیری سطح فشار روانی و همانند عوامل شناختی است که امکان دارد به رهایی^۱ از عود از طریق دلیل تراشی، انکار و تمایل به کسب لذت فوری (برای مثال ولع‌ها و اشتیاق‌ها) کمک کند (شکل ۲). این عوامل می‌توانند آسیب‌شناسی عود اعتیاد فرد را از طریق کاهش مواجهه با موقعیت‌های پرخطر و کم کردن انگیزه مقاومت در مصرف الکل، در موقعیت‌های پرخطر کاهش دهند. در برخی موارد، نخستین لغزش‌هایی که در موقعیت‌های پرخطر اتفاق می‌افتد، کاملاً پیش‌بینی نشده و اغلب برای مصرف‌کننده الکل ناآگاهانه است. در هر حال، رهایی از عود ممکن است مجموعه‌ای از تصمیمات یا انتخاب‌های پنهان تلقی شده و هر یک از آنها بی اهمیت به نظر رسد، ولی فرد را در ترکیبی از موقعیت‌های پرخطر درهم شکننده قرار می‌دهند. این انتخاب‌ها، "تصمیمات ظاهراً نامربوط"^۲ نامیده شده است. با وجود این که، بازشناسی کاملاً روشن آنها در ارتباط با عود ممکن نیست، اما به فرد برای حرکت به سمت محدود کردن احتمال عود کمک می‌کند.

برای مثال، شخصی را با چنین تصمیمات ظاهراً نامربوط در نظر بگیرید که می‌گوید، یک پرهیز کننده مصرف الکل یک بطری لیکور^۳ می‌خرد و با خود می‌گوید: "فقط در این مهمانی مصرف می‌کنم و بعد از آن مصرف را کنار می‌گذارم". مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، فرض کرده‌اند که چنین تصمیماتی نمی‌تواند جلوی تجربه اثرات مثبت فوری مصرف الکل را در حالی که شخص الکلی مسؤولیت برای دوره‌های لغزش را رد می‌کند، بگیرد ("چطور می‌توان از کسی که در خانه یک بطری لیکور دارد انتظار داشت که آن را ننوشد؟").

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1 . set up
2 . Apparently Irrelevant Decisions(AIDs)
3 . Liquor



شکل ۲- پنهان کاری‌های قبلی، تعیین کننده‌های فوری عود و راهبردهای مداخله‌ای، برای شناسایی و پیشگیری یا اجتناب از این تعیین کننده‌ها قابل ملاحظه است. تعادل سبک زندگی یک جنبه مهم پیشگیری از عود است. اگر فشار آورهای روانی، از طریق راهبردهای خوب، مدیریت فشار روانی متعادل نشده باشند، مراجع برای رسیدن به تسکین و رهایی از فشار روانی با احتمال بیشتری الکل مصرف می‌کند. این واکنش، منحصرأ به میل افراطی که اغلب رشد اشتیاق و ولع‌ها را در بر می‌گیرد، منجر می‌شود. دو سازوکار شناختی دلیل تراشی و انکار، دوره‌های عود را به طور ناآشکار برنامه‌ریزی می‌کنند، همانند تصمیمات ظاهراً نامربوط می‌توانند به تسریع موقعیت‌های پرخطر کمک کنند که آنها نیز به نوبه خود تعیین کننده اصلی عود هستند. افرادی که فاقد مهارت‌های کنار آمدن مناسب برای اداره کردن این موقعیت‌ها هستند، اعتماد پایینی را برای توانایی خود در کنار آمدن (برای مثال کاهش خودکارآمدی) تجربه می‌کنند. به هر حال، این افراد اغلب انتظارات مثبتی نسبت به اثرات الکل دارند. این عوامل می‌توانند به شروع مصرف الکل (برای مثال نوعی لغزش) منجر شود که اثر تخلف از پرهیز را برعکس تأثیرات خطر پیشرونده برای عود کامل، کاهش دهد. خودنظارتی، ارزیابی رفتار، تحلیل تخیلات مربوط به عود و تشریح عودهای گذشته می‌توانند به شناسایی موقعیت پرخطر فرد کمک کنند. راهبردهای مداخله‌ای خاص (برای مثال، تعلیم مهارت‌ها، عود مجدد، آموزش و بازسازی شناختی) و راهبردهای عمومی (برای مثال تعلیم آرامش بخشی، مدیریت فشار روانی، تصویرسازی، کارایی‌افزایی، قرار داد محدود کردن مصرف الکل و کارت‌های یادآوری کننده) می‌توانند برخورد با تعیین کننده‌های عود را کاهش دهند. کادریهای سایه‌دار، مراحل فرایند عود و اندازه‌گیری مداخله را نشان می‌دهد که برای هر مراجع و توان او برای کنار آمدن با موقعیت‌های مرتبط با مصرف الکل خاص هستند. کادریهای سفید نیز مراحل فرایند عود و راهبردهای مداخله‌ای را که با سبک زندگی معمول مراجع و مهارت‌های کنار آمدن وی مرتبط است، نشان می‌دهد. موقعیت پرخطر، هم با سبک زندگی معمول مراجع و هم با توانایی‌های کنار آمدن وی مرتبط است.

عوامل سبک زندگی: مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، معتقد بودند که رازهای گذشته زندگی فرد، به شدت با خطر عود که متضمن درجه‌ای از تعادل بین تقاضای خارجی ادراک شده (مثلاً بایدها) و فعالیت‌های لذتبخش یا ارضا کننده درونی (مثلاً خواسته‌ها) است، در ارتباط است. شخصی که زندگیش مملو از تقاضاهای متنوع است، فشار روانی دایمی را تجربه می‌کند و نه تنها می‌تواند حالات هیجانی منفی (و به موجب آن موقعیت‌های پرخطر به وجود می‌آید) به وجود آورد، بلکه میل او برای لذت بردن و عقلایی‌سازی اینکه حق دارد در مصرف زیاده روی کند (مدیون مصرف الکل هستم)، افزایش می‌یابد. در غیاب فعالیت‌های لذتبخش مربوط به مصرف الکل، فرد نوشیدن را فقط به عنوان کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند.

ولع‌ها و اشتیاق‌ها: تمایل برای کسب لذت فوری، می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود گیرد. برخی از مردم ممکن است آن را به عنوان ولع یا اشتیاق مصرف الکل تجربه کنند. اگرچه بعضی از محققان و متخصصان حالت‌های اولیه ولع و اشتیاق را مورد توجه قرار داده‌اند، اما مدل پیشگیری از عود، فرض می‌کند که ولع‌ها و اشتیاق‌ها از طریق محرک‌های محیطی یا روانشناختی، به یکباره اتفاق می‌افتد. ولع مداوم مراجع، ممکن است برعکس، تعهد وی را به ماندن در ترک از بین ببرد و تمایل او را برای لذت بردن فوری افزایش دهد. این فرایند، ممکن است به عود، یا افزایش آسیب‌پذیری مراجع، در عدم پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر منجر شود.

محققان و متخصصان، اغلب از اصطلاحات ولع و اشتیاق، به جای یکدیگر استفاده می‌کنند، اما آنها می‌توانند معانی مجزایی داشته باشند. مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، اشتیاق را نوعی تکانه نسبتاً ناگهانی در انتخاب و انجام یک عمل، مانند مصرف الکل تعریف کرده‌اند؛ در حالی که ولع، نوعی میل درونی (ذهنی)، برای تجربه اثرات یا پیامدهای چنین عملی تعریف شده است. با وجود این، بعضی فرایندها ممکن است در حد فاصل ولع‌ها و اشتیاق‌ها قرار گیرند. در این چارچوب، دو فرایند فرض شده است:

- ۱) شرطی‌سازی از طریق فراخوانی محرک مرتبط با خشنودی قبلی.
- ۲) فرایند شناختی مرتبط با خشنودی پیش‌بینی شده (برای مثال، انتظارات فرد برای اثرات لذت‌بخش فوری الکل).

راهبردهای مداخله‌ای پیشگیری از عود

مدل پیشگیری از عود، شامل رویکردهای رفتاری و شناختی متنوعی می‌شود که براساس هر مرحله از فرایند عود طراحی شده است (شکل ۲). این رویکردها، شامل راهبردهای مداخله‌ای خاص می‌شود که همچون راهبردهای جهانی مدیریت خود که بر سابقه پنهان عود متمرکز است، بر تعیین‌کننده‌های فوری عود تمرکز دارد. بنابراین، هر

دو راهبر جهانی و خاص در سه طبقه اصلی قرار می‌گیرند: مهارت‌ها، بازسازی شناختی و متعادل‌سازی سبک زندگی.

راهبردهای مداخله‌ای خاص

هدف راهبردهای مداخله‌ای خاص (شناسایی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر، افزایش خودکارآمدی، حذف اسطوره‌ها و اثرات دارونماها^۱، مدیریت لغزش و بازسازی شناختی)، آموزش به مراجعان برای پیش‌بینی احتمال عود، بازشناسی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر است. این راهبردها، اغلب بر افزایش آگاهی شناختی، هیجانی و واکنش‌های رفتاری که در زمرهٔ جلوگیری لغزش از سلسله مراتب عود قرار می‌گیرند، متمرکز است. اولین مرحله در این فرایند، آموزش مدل پیشگیری از عود به مراجعان و ارائهٔ یک تصویر کامل^۲ از مرور فرایند عود به آنهاست. برای مثال، درمانگر می‌تواند از استعاره^۳ سفر^۴، به عنوان استعارهٔ تغییر رفتار استفاده کند که شامل مسیرهای راحت و سخت بزرگراه می‌شود و برای هر یک از "نشانه‌های جاده"^۵ (برای مثال، علائم هشدار دهنده) راهنمای قابل اطمینانی فراهم می‌آورد. طبق این استعاره، یادگیری، پیش‌بینی و طرح‌ریزی برای موقعیت‌های پرخطر، طی زمان بهبودی یک فرد الکلی، برابر است با داشتن یک نقشهٔ خوب از جاده، آماده کردن یک جعبه ابزار کامل، یک باک پر از سوخت (بنزین، گاز،...)، لاستیک زاپاس و شرایط خوب برای سفر.

شناسایی موقعیت‌های پرخطر و کنار آمدن با آنها: برای پیش‌بینی و طرح‌ریزی منطبق بر موقعیت‌های پرخطر، ابتدا فرد باید موقعیت‌هایی را که تجربهٔ سختی برای کنار آمدن با آنها داشته یا میل به مصرف را در وی افزایش داده است، شناسایی کند. این موقعیت‌ها می‌تواند برای شناسایی راهبردهای مختلف سنجش نیز استفاده شوند. برای مثال، یک درمانگر می‌تواند با مراجع، دربارهٔ لغزش‌های گذشته یا دوره‌های عود، مصاحبه کند و رویاها یا تخیلات مربوط به عود را برای شناسایی موقعیت‌هایی که مراجع با آنها مشکل دارد، یا به سختی می‌تواند با آنها کنار آید، در دستور کار خود قرار دهد. چند پرسشنامهٔ خود گزارشی، می‌تواند به سنجش موقعیت‌هایی که مراجعان قبلاً به سمت مصرف سنگین‌تر الکل کشیده شده‌اند و به تبع آن مانع از خودکارآمدی آنان در مواجههٔ بعدی با این موقعیت‌ها شده، کمک کند (آنیس و دیویس^۶، ۱۹۸۸؛ آنیس، ۱۹۸۲ الف). از این گذشته، مراجعانی که هنوز پرهیز را شروع نکرده‌اند نیز به خود نظارتی رفتار مصرف مواد (برای مثال، بازداری فرد از طریق ثبت مداوم موقعیت‌ها، هیجان‌ها و عوامل بین‌فردی

1. placebo
2. Big picture
3. metaphor
4. journey
5. road signs
6. Annis & Davis

مرتبط با مصرف الکل یا اشتیاق‌های مصرف)، تشویق می‌شوند. با ثبت این موارد، مراجعان با آگاهی بیشتری، جدا شدن سریع از مصرف الکل را می‌پذیرند. حتی مراجعانی که برای پرهیز آمادگی دارند، باز هم می‌توانند از خود نظارتی برای سنجش موقعیت‌هایی که اشتیاق به آنها متداول‌تر است، استفاده کنند.

چنانچه فردی فقط یک بار موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کرده باشد، می‌تواند از دو نوع راهبرد مداخله‌ای، برای کمتر کردن خطرات ایجاد شده توسط این موقعیت‌ها استفاده کند.

راهبرد اول، متضمن آموزش مراجع برای بازشناسی نشانه‌های هشدار دهنده مرتبط با خطر قریب‌الوقوع (که نشان دهنده احتمال ورود مراجع به یک موقعیت پرخطر است) است. چنین نشانه‌های هشدار دهنده‌ای ممکن است با مثال‌هایی نظیر ایدز، فشارروانی، فقدان سبک زندگی متعادل و انتظارات مثبت قوی درباره مصرف الکل شناخته شوند. به عنوان نتیجه شناسایی نشانه‌های هشدار دهنده، یک مراجع ممکن است قادر به انجام بعضی از اعمال، طفره رفتن (برای مثال فرار از یک موقعیت)، یا احتمال اجتناب از ورود به یک موقعیت پرخطر باشد.

راهبرد دوم، که جنبه مهم‌تری از پیشگیری از عود است، متضمن ارزشیابی انگیزش موجود مراجع و توانایی وی در کنارآمدن با موقعیت‌های پرخطر خاص و سپس کمک به مراجع برای یادگیری مؤثرتر مهارت‌های کنارآمدن است.

مهارت‌های کنارآمدن مناسب، می‌تواند ماهیتی رفتاری یا شناختی داشته باشد و هر دو راهبرد کنارآمدن با موقعیت‌های پرخطر خاص (برای مثال رد کردن تعارف مصرف الکل در موقعیت‌های اجتماعی و مهارت‌های برقراری ارتباط جرأت‌مندانه) و راهبردهای عمومی راکه می‌تواند کنارآمدن با موقعیت‌های مختلف (برای مثال آرامش‌بخشی^۱، مدیریت خشم و گفتگو مثبت با خود) باشد، در برگیرد.

سنجش مهارت‌های کنارآمدن در مراجع، می‌تواند یک وظیفه چالش‌برانگیز باشد. پرسشنامه‌هایی همچون تست اطمینان موقعیتی^۲ (آنیس، ۱۹۸۲ب)، می‌تواند میزان خودکارآمدی فرد را در کنارآمدن با موقعیت‌های پرخطر مصرف الکل بسنجد. به هر حال، این سنجیدن‌ها ضرورتاً نمی‌تواند نشان دهد که آیا واقعاً مراجع می‌تواند یا می‌خواهد وقتی که نیازهای اوج می‌گیرد از مهارت‌هایش استفاده کند و به درمانگر کمک می‌کند تا از رویکردهایی همچون ایفای نقش، مدل‌سازی و گسترش طرح‌های کنارآمدن خاص، برای مدیریت موقعیت‌های پرخطر بالقوه استفاده کند.

1 . meditation

2 . situational confidence test

افزایش خودکارآمدی: رویکرد دیگری که برای پیشگیری از عود و ترویج روش تغییر رفتار استفاده می‌شود، روش افزایش کارآمدی است (که راهبردی طراحی شده برای افزایش احساس تسلط^۱ مراجع و قادر شدن وی برای مواجهه با موقعیت‌های سخت بدون لغزش است). یکی از مهم‌ترین راهبردهای افزایش کارآمدی استفاده شده در پیشگیری از عود، تأکید بر همکاری بین مراجع و درمانگر به جای افتادن^۲ در یک رابطه خاص تر بیمار و دکتر است. در مدل پیشگیری از عود، مراجع برای منطبق کردن نقش خود به عنوان یک همکار و مشاهده کننده عینی رفتار خود، تشویق می‌شود. در رشد احساس عینیتی، مراجع بهتر می‌تواند مصرف الکل‌اش را به عنوان یک رفتار اعتیادی بررسی کند و ممکن است بیشتر بتواند مسؤولیت رفتار مصرف الکل و تلاش برای تغییر رفتار را بپذیرد. مراجعان یادگرفته‌اند که تغییر عادت، یک فرایند استفاده از مهارت، نسبت به تست اراده فرد است. همچنین، کسب مهارت‌های جدید مراجع و احساس ناشی از انجام دادن موفقیت‌آمیز آنها، می‌تواند نشان دهد که فرایند تغییر، در شرایط مشابه و دیگر موقعیت‌ها، نیاز به فراگیری مهارت‌های جدید دارد.

دیگر راهبرد افزایش کارآمدی، دربرگیرنده تقسیم تمامی وظایف مرتبط به تغییر رفتار به وظایف کوچک‌تر و کنترل‌پذیرتر است که می‌توان در یک مقطع زمانی به همه آنها پرداخت. (بندورا، ۱۹۷۷). بنابراین، مراجع به جای تمرکز بر هدف نهایی طولانی مدت (برای مثال پاک ماندن طولانی مدت در زندگی)، به مجموعه‌ای کوچک‌تر از وظایف، اهداف کنترل‌پذیرتر همچون کنارآمدن با یک موقعیت پرخطر قریب‌الوقوع یا ایجاد آن از طریق داشتن یک روز بدون لغزش تشویق می‌شود. از آنجا که افزایش خودکارآمدی ارتباطی تنگاتنگ با دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده دارد، تسلط موفقیت‌آمیز بر این وظایف کوچک‌تر فردی، بهترین راهبرد برای افزایش احساس تسلط بر خود است. درمانگران، اغلب می‌توانند از طریق ارائه بازخورد مرتبط با عملکرد مراجعان، در دیگر وظایف جدید، حتی اگر این عملکردها در ارتباط مستقیم با مصرف الکل بروز نکرده باشد، خودکارآمدی آنان را افزایش دهند. به طور معمول، موفقیت در انجام حتی وظایف ساده (برای مثال، به موقع حاضر شدن سر قرار ملاقات)، می‌تواند به شکل وسیعی احساس خودکارآمدی مراجعان را افزایش دهد. این موفقیت، می‌تواند به مراجع که برای تغییر الگوی مصرف الکل‌اش تلاش می‌کند، اطمینان دهد که به طور موفقیت‌آمیزی قادر خواهد بود بر مهارت‌های نیازمند تغییر مسلط شود.

حذف کردن اثرات توهمات و دارونماها: بی اثر کردن درک ناقص فرد الکلی از اثرات الکل، بخش مهم پیشگیری از عود است. برای رسیدن به این هدف، ابتدا درمانگر باید

1 . mastery
2 . top down

انتظارات مثبت مراجع را دربارهٔ اثرات مصرف الکل که اغلب مبتنی بر اثر توهمات یا دارونماهای الکل (برای مثال، اثراتی که به خاطر انتظار از الکل اتفاق می‌افتد، نه اینکه از علل مربوط به تغییرات فیزیولوژیکی الکل ناشی شده باشد) هستند، مورد بررسی قرار دهد. بویژه، بررسی‌ها نشان داده است که اثرات مثبت ادراک شده در رفتار اجتماعی، اغلب تحت تاثیر دارونماهای غیرمستقیمی همچون تأثیر انتظارات (برای مثال گرایش‌ها) و محیط (برای مثال زمینه) هستند که نتیجهٔ آن پیدا کردن مکانی برای مصرف الکل است (مارلات و راهسنو، ۱۹۸۱). متعاقباً، درمانگر می‌تواند براساس هر انتظار، از بازسازی‌شناختی (که بعداً در این بخش مورد بحث قرار می‌گیرد) و آموزش در زمینهٔ بررسی یافته‌ها استفاده کند. همچنین، درمانگر می‌تواند از تجربهٔ مراجع، برای از بین بردن توهمات استفاده کند و او را برای توجه کردن به پیامدهای فوری و تأخیری مصرف الکل تشویق کند.

حتی وقتی اثرات مثبت درک شده از الکل بر اثرات واقعی مواد مبتنی هستند، اغلب اثرات فوری مصرف الکل (برای مثال سرخوشی ناشی از آن) است که مثبت به نظر می‌رسد، در حالی که اثرات منفی آن (برای مثال، سستی^۱ ناشی از آن)، بویژه وقتی که میزان زیادی الکل مصرف شده باشد، تأخیری هستند. در این چارچوب، پرسیدن سؤالات طراحی شده در سنجش انتظارات، برای پیامدهای فوری و تأخیری مصرف الکل در مقابل مصرف نکردن آن توسط مراجع (برای مثال، استفاده از ماتریکس تصمیم‌گیری جدول ۱-۱)، می‌تواند در استخراج و تغییر انتظارات سودمند باشند. با چنین ماتریکسی، مراجع می‌تواند فهرست پیامدهای منفی تأخیری خود را با اثرات انتظار مثبت از مصرف، در کنار هم قرار دهد.

مدیریت لغزش به رغم احتیاط‌ها و مقدمات، بسیاری از مراجعان که خود را متعهد به امساک می‌دانند، بلافاصله پس از امساک، لغزش را تجربه می‌کنند. راهبردهای مدیریت عود، بر جلوگیری از عود و مقابله با نقض امساک، جهت پیشگیری از عودهای کنترل‌ناپذیر تأکید می‌کنند. مدیریت لغزش شامل قول گرفتن از مراجع برای محدود کردن مقدار مصرفش، تماس گرفتن با درمانگر بلافاصله بعد از لغزش و ارزیابی وضعیت سرخ‌های آن دسته از عواملی که موجب لغزش می‌شوند، است. اغلب، درمانگر با نوشتن دستورالعمل‌های ساده برای مواجهه ساختن مراجع با رویدادهایی که به لغزش منجر می‌شود، وی را آماده می‌سازد. تصریح^۲ این دستورالعمل‌ها در متوقف کردن مصرف الکل و ترک صحیح‌تر موقعیت لغزش^۳، اهمیت بسزایی دارد. مدیریت لغزش ارابه شده به مراجعان، به عنوان ابزار ضروری، آمادگی برای سفر آنها به سمت پاکي، یا پرهیز کامل است. برخی از مراجعان ممکن است هیچگاه به طرح مدیریت لغزششان نیاز پیدا نکنند،

1 . sleepiness

2 . reiterate

3 . lapse- inducing

اما آمادگی کافی می‌تواند در حد وسیعی، خطر لغزش را در زمانی که در شرف وقوع است، کاهش دهد.

جدول شماره ۱-۱) نمونه‌ای از ماتریکس تصمیم‌گیری برای مصرف یا پرهیز از مصرف الکل*

پیامدهای تأخیری		پیامدهای فوری		
منفی	مثبت	منفی	مثبت	
قادر نیست از مصرف مشروب لذت ببرد در زمانی که بازی‌های ورزشی را نگاه می‌کند، خسته شدن و افسرده شدن، قادر نیست دوستانی را که با آنها مصرف سنگین داشته است را به یاد آورد	کنترل بیشتر بر زندگی شخص، سلامتی و طول عمر بیشتر، درباره خود و دیگران دانستن بدون مست شدن، انتظار بیشتر از دیگران	ناکامی و اضطراب، انکار کردن لذا لذت مصرف الکل، ناتوان شدن در رفتن به مغازه مشروب‌فروشی، عصبانیت به خاطر اینکه قادر نیست بدون دادن بهای چیزی که می‌خواهد آن را به دست آورد	بهبودبخشیدن خودکار آمدی و عزت نفس، تأیید خانواده، سلامتی بهتر، انرژی بیشتر، پس‌انداز کردن پول و وقت، موفقیت بیشتر در کار	ماندن در پرهیز
احتمال از دست دادن خانواده و شغل، زوال سلامتی و مرگ زودرس، از دست دادن کنترل مصرف نکردن یا مصرف ملایم با دوستان، مسخره شدن توسط دیگران و پایین آمدن عزت‌نفس	نگه‌داشتن دوستی‌های مصرف الکل، توان مصرف الکل هنگام دیدن بازی‌های ورزشی، سازگاری نداشتن با همسر و خانواده به خاطر نگه‌داشتن مصرف الکل	احساس ضعف ناشی از مصرف الکل، خطر علائم بد مریضی و خجالت، عصبانیت همسر و خانواده، تأخیر یا ترک کار، حالت‌های خماری، هدر دادن پول	لذت بردن خودکار، کاهش استرس و اضطراب، نداشتن احساس درد، نداشتن نگرانی درباره مشکلات فردی، توان لذت بردن از بازی‌های ورزشی و نوشیدن به اتفاق دوستان	ادامه دادن مصرف‌الکل

بازسازی شناختی: بازسازی شناختی^۱ یا چارچوب‌بندی مجدد^۲، کاملاً در فرایند درمان پیشگیری از عود، برای کمک به مراجعانی که اسنادهایشان را برای ادراک فرایند عود تغییر می‌دهند، استفاده می‌شود. بازسازی شناختی، بویژه یک مؤلفه شاخص برای مداخلات کاهش اثر تخلف از پرهیز است. بنابراین، مراجعان به چارچوب‌بندی مجدد ادراکشان از لغزش (آنها را به عنوان شکست یا شاخص‌های فقدان قدرت اراده مرور نمی‌کنند، بلکه به عنوان اشتباهات یا خطاهایی در یادگیری که نشانه نیاز به افزایش برنامه‌ریزی برای کنار آمدن مؤثرتر با موقعیت‌های مشابه در آینده است، نگاه می‌کنند) فکر می‌کنند. این دیدگاه (مورد توجه قرار دادن لغزش‌ها)، کلید درک فرصت‌های ناشی از تعامل، بین کنار آمدن و تعیین‌کننده‌های موقعیتی است که هر دو می‌توانند در شرایط بعدی اصلاح شوند. چارچوب‌بندی دوباره دوره‌های لغزش نیز می‌تواند به تمایل

* مراجع در چنین ماتریکسی فهرست پیامدهای تأخیری و فوری مثبت و منفی ماندن در پرهیز را در مقابل ادامه دادن مصرف الکل می‌نویسد. این فهرست می‌تواند فرایند تصمیم‌گیری مراجع را برای مصرف آبی الکل وی تسهیل کند.

1 . cognitive restructuring
2 . reframing

مراجع، برای مرور لغزش‌ها به عنوان شکست فردی یا ضعف اخلاقی کمک کند و پیشگویی خودکامروابخش^۱ را که لغزش حتماً به عود منجر خواهد شد، برطرف کند.

راهبردهای خود کنترلی در سبک زندگی جهانی

هرچند راهبردهای مداخله‌ای خاص می‌توانند بر تعیین‌کننده‌های فوری عود دلالت داشته باشند، اما تغییر عوامل مربوط به سبک زندگی و سوابق پنهان فرد که می‌تواند خطرپذیری وی را افزایش، یا مقاومت او را در موقعیت‌های پرخطر کاهش دهد نیز حایز اهمیت است. راهبردهای خود کنترلی جهانی، با این هدف طراحی شده است تا تعادل سبک زندگی مراجع را همچون شناسایی سوابق پنهان عود و کنار آمدن با آن (برای مثال نشانه‌های هشدار دهنده اخیر، تحریفات شناختی و مراحل عود^۲) را تغییر دهند.

متعادل‌سازی سبک زندگی و اعتیاد مثبت: سنجیدن عوامل سبک زندگی مرتبط با افزایش فشار روانی و کاهش تعادل سبک زندگی، اولین گام مهم در آموزش راهبردهای خود مدیریتی جهانی^۳ است. این ارزیابی می‌تواند از طریق رویکردهایی محقق شود که در آنها، مراجعان خود اقدام به نظارت بر فعالیت‌های روزانه خویش می‌کنند و «خواسته‌ها» و «بایدها» یا ترکیبی از هر دو را شناسایی می‌کنند. همچنین، مراجعان می‌توانند آزمون‌های سنجش استاندارد شده‌ای مانند ارزیابی مشاجرات روزانه^۴ و مقیاس تعالی‌سازی^۵ (دلونگیس^۶ و همکاران، ۱۹۸۲) را برای ارزیابی میزان دریافت فشارآورهای زندگیشان در متعادل شدن توسط رویدادهای لذتبخش زندگی کامل کنند.

بعضی از مراجعان گزارش کرده‌اند، فعالیت‌هایی که در گذشته برای آنها لذتبخش بوده (برای مثال، سرگرمی‌های مورد علاقه و تعاملات اجتماعی با خانواده و دوستان)، تدریجاً با مصرف الکل، به عنوان منبع سرگرمی^۷ و کامرواسازی^۸ جابه‌جا شده است. بنابراین، یک راهبرد خود مدیریتی جهانی متضمن تشویق مراجعان برای پیگیری مجدد رضایتمندی‌های قبلی و فعالیت‌های تفریحی بدون مصرف الکل است. به علاوه، رویکردهای آموزشی مهارت‌های رفتاری- شناختی خاص، مانند آموزش آرامش‌بخشی، مدیریت استرس و مدیریت زمان، می‌توانند به مراجعان برای رسیدن به سبک زندگی متعادل‌تر کمک کنند.

- 1 . self- fulfilling prophecy
- 2 . relapse setups
- 3 . self- management
- 4 . daily hassles
- 5 . uplifts scale
- 6 . DeLongis
- 7 . entertainment
- 8 . gratification

کممک به مراجع برای توسعهٔ عادات مثبت^۱ (گلاسر، ۱۹۷۶) - که شامل فعالیت‌هایی (مانند مراقبه، ورزش یا یوگا) می‌شود که اثرات مثبت بلند مدت روی خلق، سلامتی و کنار آمدن دارد - روش دیگری برای افزایش تعادل در سبک زندگی است. خودکارآمدی اغلب به عنوان نتیجهٔ رشد عادات مثبت افزایش می‌یابد و در حد وسیعی باعث تجربهٔ موفقیت‌آمیز کسب مهارت‌های جدید، از طریق انجام دادن آن فعالیت‌ها می‌شود.

فنون مهار محرک: هر چند ممکن است رسیدن به سبک زندگی متعادل‌تر، خطر ولع‌ها و اشتیاق‌های مصرف الکل را کاهش دهد، اما ولع‌ها و اشتیاق‌ها می‌توانند ناشی از رو به رو شدن با محرک شرطی شدهٔ قبلی مرتبط با مصرف الکل باشد. فنون مهار محرک، راهبردهای نسبتاً ساده اما مؤثری هستند که می‌توانند برای کاهش ولع‌ها و اشتیاق‌ها در پاسخ به چنین محرکی، بویژه طی مدت دورهٔ اولیهٔ پرهیز استفاده شوند. به سادگی تشریح شده است که این فنون، مراجع را برای حذف تمام مواردی که به طور مستقیم با مصرف الکل مرتبط هستند، از خانه گرفته تا دفتر کار و خودرو، تشویق می‌کند. این موارد، در کمترین زمان ممکن، به حذف تمام فرآورده‌های الکلی که به طور خاص برای مهمانان نگه‌داشته شده، همچون شراب یا شیشه‌های مشروب کنار گذاشته شده، در بطری بازکن‌ها و موارد مشابه تعمیم داده می‌شود. مراجعانی که مشروبات الکلی را انبار یا جایی پنهان می‌کنند، می‌تواند باعث تلاش هم‌زمان یادآوری و حذف کردن الکل، از تمام جاهایی که ممکن است آنها را پنهان کرده باشد، شود؛ چراکه این تلاش برای پنهان نگه‌داشتن یا فراموش کردن بطری‌ها، می‌تواند به شکل یک وسوسهٔ قوی، وقتی که به طور ناگهانی، مراجع بعد از یک دروهٔ پرهیز، آنها را پیدا می‌کند یا به یاد بطری‌ها می‌افتد، فعال شود.

موارد دقیق‌تری که ممکن است به عنوان نشانه‌های شرطی شده برای مصرف مشروبات الکلی فعال شوند، شامل نشستن روی صندلی راحتی اتاق نشیمن مورد علاقه، یا موزیکی که مراجع به طور خاص در یک بعدازظهر که سرحال^۲ نبوده، با مشروب مورد علاقه‌اش به آن گوش داده، می‌شود. در این موارد، ممکن است نوعی تغییر موقت در عادات‌های اتاق نشیمن، یا شنیدن موسیقی سودمند باشد، درحالی که آن مراجع لازم است راهبردهای کنارآمدن جایگزین را نیز توسعه دهد. به طور مشابه، رویدادهای اجتماعی اخیر یا موقعیت‌های پرخطر دیگر می‌تواند با مصرف افراطی الکل، مانند آن مقداری که مراجعان ممکن بود به طور کلاسیک ولع‌ها و اشتیاق‌های شرطی شدهٔ مصرف را بویژه در مراحل اولیهٔ پرهیز کاهش دهند، مرتبط شده باشد. در نتیجه، رویکردهایی که دامنه‌ای از راهبردهای اجتنابی برای برگشت مراجع از عود را وعده

1 . positive addictions

2 .unwinding

می‌دهند، فراهم می‌آورد و موقعیت‌های خطرناک، ترک می‌شود یا در غیر این صورت، از مکان‌ها یا رویدادهای مساله‌دار اجتناب می‌شود، همچنین می‌تواند به عنوان ارزیابی‌های کنترل محرک که ممکن است در پیشگیری از لغزش مفید باشد، فعال شوند.

فنون مدیریت اشتیاق: حتی با وجود به کار گرفتن روش‌های کنترل محرک مؤثر و متعادل‌تر کردن سبک زندگی، مراجعان به طور کامل نمی‌توانند از تجربه ولع‌ها یا اشتیاق‌ها، برای مصرف الکل اجتناب کنند. بنابراین، یک جنبه مهم مدل پیشگیری از عود، آموزش پیش‌بینی واکنش‌ها و پذیرش آنها به عنوان پاسخ شرطی شده طبیعی^۱، به یک محرک خارجی به مراجعان است. براساس این رویکرد، مراجع با وجود اشتیاق مصرف یا مرور آن، نمی‌تواند تمایلش به مصرف الکل را شناسایی کند. در واقع، مراجع یاد گرفته است که اشتیاق را به عنوان پاسخ هیجانی یا فیزیولوژیکی به یک محرک خارجی در محیطش که قبلاً با مصرف سنگین الکل او مرتبط بوده، مانند سگ پاولف که بزاق دهانش نسبت به صدای زنگ که قبلاً با غذا همراه بود و نشانی از آن داشت، ادامه یافته، طبقه‌بندی و شرطی می‌شود.

در یک مداخله بالینی مبتنی بر این رویکرد، مراجع آموخته است که تصاویری از ولع‌ها و اشتیاق‌ها را به صورت امواجی تصور کند و به عنوان یک مشاهده‌گر، افت و خیز آن تصاویر را نگاه کند، نه آن که سعی در پاک کردن آنها از ذهنش را داشته باشد. این فن تصویر سازی به عنوان "اشتیاق موج"^۲ شناخته شده و به مفهوم سازی اشتیاق یا ولع و به عنوان امواجی که به بالاترین نقطه رسیده و سپس با افتادن در داخل ساحل، پاک می‌شود، برمی‌گردد. با این کار، مراجع یاد می‌گیرد که به جای فرض کردن آن تصاویر، در آنها غوطه‌ور شود و به شکل نسبتاً سریعی، فراز و نشیب ولع‌ها و اشتیاق‌ها را هرچند که عملاً اتفاق نمی‌افتد، تصور کند. این مراجع یاد نگرفته است که در برابر این تصور یا در خود پذیرفتن آن دست و پا زند، در نتیجه "پاک شدن مسیر"^۳ یا "غرق شدن در آن"^۴ به وسیله احساس بوده است، اما تصور سوار بر موج بودن^۵ روی تخته مخصوص اسکی روی آب است. همانند مفهوم سازی ولع‌ها و اشتیاق‌ها مربوط به یک محرک خارجی، این تصویر سازی به طور مجزا از ولع‌ها و اشتیاق‌ها و تقویت‌های آنی و ماهیت خارجی این پدیده‌ها به وجود می‌آیند.

نقشه‌های جاده عود: در نهایت، درمانگران می‌توانند به مراجعان از طریق آموزش توسعه نقشه‌های جاده عود (که شامل تحلیل شناختی- رفتاری موقعیت‌های پرخطری می‌شود

- 1 . normal
- 2 . urge surfing
- 3 . swept away
- 4 . drowned
- 5 . riding the wave

که بر انتخاب‌های مختلف و معتبر مراجعان برای اجتناب یا کنار آمدن با پیامدهای این موقعیت‌ها تاکید دارد)، یاری رسانند. اینچنین نقشه‌سازی^۱ احتمالاً با پیامد انتخاب‌های مختلف که می‌تواند تنها روش سودمند در شناسایی ایدز باشد، مرتبط است. برای مثال، مشاجرات با همسر قبلی، یک موقعیت پرخطر است که درمانگر می‌تواند به مراجع برای نقشه‌سازی، چندین سناریوی احتمالی را برای تعامل با همسر جدید^۲ (مانند تدوین یک بحث ناگهانی در هر سناریو) طراحی کند. همچنین، درمانگر می‌تواند در شناسایی پاسخ‌های کنار آمدن، که می‌تواند در اجتناب از لغزش در هر نقطه تعامل مفید باشد، کمک کند.

حمایت نظری و عملی از مدل پیشگیری از عود

طی دو دهه گذشته، مطالعات بسیاری که از پایایی^۳ و اعتبار پیش‌بین^۴ برخوردار بودند، مدل پیشگیری از عود را همچون کارایی فنون درمان مبتنی بر این الگو، مورد ارزیابی قرار داده است. یک تحقیق در مقیاس بزرگ که سعی بر سنجش مدل پیشگیری از عود دارد "پروژه تدوین و تکرار عود/اعتیاد"^۵ نام دارد که توسط مؤسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف الکل (لاومن^۶ و همکاران، ۱۹۹۶) سرمایه‌گذاری شده است. این پروژه تحقیقی به طور مشترک، هم پایایی درجه‌بندی کننده‌های طبقه‌بندی موقعیت‌های پرخطر در طبقه‌بندی مورد استفاده مارلات و هم این که آیا موقعیت قبلی می‌تواند لغزش دوره‌ای آینده را پیش‌گویی کند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

همان‌طور که در ابتدای این مقاله توصیف شده، طبقه‌بندی عود در محرک‌های هیجانی یا محیطی مرتبط با برگشت مجدد به مصرف الکل، در طبقه افزایش بلند مدت اثربخشی بیزاری درمانی^۷ طبقه‌بندی می‌شود. در نتیجه، این طبقه‌بندی، سه سطح از موقعیت‌های پرخطر را برای کمک به افزایش کسب اطلاعات جزئی‌تر در زمینه علل تاثیر دوره عود ارایه می‌کند. محققان در پروژه تداوم و تکرار عود، سه مجموعه مطالعه مرتبط به هم را در دوره‌های عود رمزگذاری کردند و از این طریق کلید رمزگذاری یا خط پایه تاثیر دوره‌های عود را از طریق مطالعه تاثیر درمان بررسی کردند. این بررسی بر سه مورد اصلی زیر مبتنی بوده است:

- 1 . mapping out
- 2 . ex- spouse
- 3 . reliability
- 4 . predictive validity
- 5 . Relapse Replication and Extension Project(RREP)
- 6 . Lowman
- 7 . aversion therapy

- تعیین پایایی درونی^۱ رمزگذاری دوره عود- اینکه آیا محققان مختلف یک دوره عود را به یک شکل یا با شیوه یکسان رمزگذاری کرده‌اند یا نه.
 - ارزیابی- اینکه آیا انواع دوره‌های عودی که سه مطالعه فوق گزارش کردند، بعد از اضافه شدن درمان، با همان رمز دوره‌های عود پیش‌بینی شده بود یا نه (مایستو^۲ و همکاران، ۱۹۹۶؛ استات^۳ و همکاران، ۱۹۹۶).
 - همانند ارزیابی سهم نسبی اثر منفی کنارآمدن، اثر تخلف از پرهیز و انتظار احتمال عود، از طریق ارزیابی روش‌های جایگزین سنجش موقعیت‌های پرخطر، تحقیق گسترده‌ای روی طبقه‌بندی مدل پیشگیری از عود، انجام شده است.
- نتایج حاصل از بررسی پروژه تداوم و تکرار عود، نشان داده که طبقه‌بندی عود اصلی، فقط سطح بالایی از اختصاصی بودن پایایی درونی متعادل را در الگوی پیشگیری از عود دارد، هرچندکه پایایی طبقه‌بندی‌های عمومی‌تر (برای مثال اثر منفی و فشار اجتماعی)، بهتر بوده است. همچنین، الگوهای اعتبار پیش‌بین، معتدل‌تر بودند. به هر حال، تعریف استفاده شده از رمز دوره‌های عود در این مطالعات، برای روشن کردن این‌که آیا این دوره‌های تغییر، ارادی یا داوطلبانه بوده یا یک عود ساده بعد از سرگیری مصرف الکل در یک دوره کوتاه پرهیز که تلاش جدی برای خارج شدن از اعتیاد به الکل نبوده، با شکست مواجه شده است. بنابراین، مطالعات پروژه تداوم و تکرار عود، به عنوان یک آزمون خوب پایایی پیش‌بین، برای این طبقه‌بندی به حساب نیامد.
- با این وجود، بررسی یاد شده، دیگر جنبه‌های مدل پیشگیری از عود را به طور نسبی تأیید می‌کند. برای مثال، میلر^۴ و همکارانش (۱۹۹۶) متوجه شدند که هرچند، تنها قرار گرفتن در معرض موقعیت‌های پرخطر خاص نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده عود باشد، اما این وضعیتی است که در آن افرادی که با آن مقابله می‌کنند قویاً عود آتی یا پرهیز مستمر را پیش‌بینی می‌کنند.
- بنابراین، در مطالعه مذکور، اکثر دوره‌های عود، بعد از درمان و در هنگام موقعیت‌های درگیر با حالت‌های هیجانی منفی اتفاق می‌افتد، که این یافته در دیگر مطالعات نیز انعکاس یافته است (کانی^۵ و همکاران، ۱۹۹۷؛ مک‌کی^۶، ۱۹۹۹؛ شیفمن^۷، ۱۹۹۲).

1. inter- rater reliability

2. Maisto

3. Stout

4. Miller

5. Cooney

6. Mckay

7. Shiffman

در نهایت، یافته‌های میلر و همکارانش (۱۹۹۶)، از نقش اثرتخلف از پرهیز در جلوگیری، عوامل مشترکی هستند که نوعی عقیده محکم‌تر در این مدل بیماری الکلیسم و تعهد بیشتر به پرهیز کامل (که اغلب به تجربه احساس گناه ناشی از لغزششان شبیه بود) داشته و به تجربه عود در آن مطالعه شبیه‌تر بوده است. همچنین، دیمف^۱ و مارلات (۱۹۹۸) در یک مرور مطالعاتی روی عوامل مشترک در عود، که اخیراً به پایان رساندند، حمایت قابل ملاحظه‌ای از این اندیشه که یک اثر تخلف از پرهیز می‌تواند بر عود مؤثر باشد، داشته‌اند.

چندین مقاله^۲ مروری^۳ و فراتحلیلی^۴ جدید نیز اثربخشی درمان مبتنی بر مدل پیشگیری از عود را بر پیشگیری از بازگشت، مورد بررسی قرار داده‌اند (دیمف و مارلات، ۱۹۹۸؛ راوسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ کارول^۵، ۱۹۹۶؛ آبروین^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). این درمان‌های مبتنی بر پیشگیری از عود، شامل تحلیل‌هایی می‌شدند که هم به عنوان درمان‌های مشخص- پایدار^۷ برای شروع پرهیز و هم به عنوان الحاقاتی به دیگر برنامه‌های درمانی ارائه شده بودند. این بررسی‌ها به روش‌شناسی و معیارهایشان برای ورود و خروج از درمان‌های قطعی مربوط می‌شود و نتایج مشابه و قابل ملاحظه فراگیری از اثربخشی رویکرد پیشگیری از عود، به دست آمده است. این نتایج می‌توانند در قالب موارد زیر خلاصه شوند:

- مطالعات انجام شده، اثربخشی رویکردهای شناختی- رفتاری مبتنی بر پیشگیری از عود، بر کاهش فراوانی دوره‌های عود، همچون شدت لغزش‌ها یا دوره‌های عود در بین افرادی که بعد از درمان دوباره مصرف الکل را از سر گرفته‌اند، حمایت می‌کند (آبروین و همکاران، ۱۹۹۹). این اثربخشی بویژه در مطالعات بسیاری که میزان عود را در معتادان قبل و بعد از درمان مقایسه کرده یا مقایسه بیماران که درمان پیشگیری از عود دریافت کرده بودند، با گروه کنترلی که این نوع درمان را استفاده نکرده بودند، مورد بررسی قرار گرفته است.
- علیرغم این منابع، درمان مبتنی بر پیشگیری از عود، در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی معتبر، از میزان پرهیز بالایی برخوردار نیست (کارول، ۱۹۹۶؛ آبروین و همکاران، ۱۹۹۹). به هر حال، درمان مبتنی بر پیشگیری از عود، اغلب با میزان

1 . Dimeff
 2 . review articles
 3 . meta- analyses
 4 . Rawson
 5 . Carroll
 6 .Irvin
 7 . stand- alone

پایین مصرف الکل و مشکلات کمتر ناشی از آن، در بین معتادانی که تجربه عود داشته‌اند (برای مثال، کانی و همکاران، ۱۹۷۸) همراه است.

- پیشگیری از عود، با "اثرات آشکار شده تأخیری" مرتبط است و اثرات معنی‌دار توجه به پیشگیری از عود را با دیگر رویکردهای درمانی مقایسه کرده است که غالباً و تنها در مراحل پیگیری بعدی (برای مثال یک سال یا بیشتر بعد از درمان)، دیده می‌شود (کارول، ۱۹۹۶). این اثربخشی تأخیری، ممکن است حاصل اقدامی باشد که برای زمان یادگیری مهارت‌های جدید صرف شده است و در نتیجه، اثرات پیشگیری از عود، بیشتر در بیمارانی که تمرین اضافی برای به‌دست آوردن آن انجام داده‌اند، آشکار می‌شود.

- هر چند پیشگیری از عود، در برخی از رفتارهای اعتیادی متنوع، کاربرد موفقی داشته است، اما اثرات کاربردی رویکردهای مبتنی بر پیشگیری از عود، در درمان الکلیسم یا مصرف چندگانه مواد در سطح وسیع‌تری دیده می‌شود (آیروین و همکاران، ۱۹۹۹).

- ترکیب مدل پیشگیری از عود، با دیگر درمان‌ها (برای دیسلفیرام^۱ یا نالتکسون^۲)، برای درمان الکلیسم به نتایج بهتری در مقایسه با پیشگیری از عود و درمان دارویی تنها، منجر می‌شود (آیروین و همکاران، ۱۹۹۹).

خلاصه

مدل پیشگیری از عود، بازگشتی است که حول محور طبقه‌بندی دقیق هیجانات، رویدادها و موقعیت‌هایی می‌گردد که می‌تواند هم در لغزش و هم در عودهای مصرف الکل مشارکت داشته باشد. این طبقه‌بندی، هم شامل تعیین‌کننده‌های فوری عود و هم پنهان‌کاری‌های قبلی می‌شود که به طور غیر مستقیم آسیب‌پذیری فرد به عود را افزایش می‌دهد. براساس طبقه‌بندی، تعیین‌کننده‌های عود و موقعیت‌های پرخطر، فرض شده در مدل پیشگیری از عود، مؤلفه‌های درمانی بی‌شماری توسعه یافته است که در کمک به بهبودی، برای کنار آمدن الکی‌ها با موقعیت‌های پرخطر هدف قرار گرفته است. نتایج به دست آمده از تحقیقات، بویژه مطالعه پروژۀ مداوم و تکرار عود، احتمالاً می‌تواند به درمان‌های اصلی مدل پیشگیری از عود، بویژه با توجه به ارزیابی موقعیت‌های پرخطری همچون مفهوم‌سازی تعیین‌کننده‌های فوری و پنهان‌کاری‌های قبلی عود، منجر شود. به هر حال، یافته‌های پژوهشی درمجموع از الگوی همه جانبه فرایند عود و اثربخشی راهبردهای درمانی مبتنی بر این مدل حمایت می‌کنند.

1 . delayed emergence effects
2 . disulfiram
3 . naltrexone

سپاسگزاری

آماده سازی این مقاله تحت حمایت کمک مالی مؤسسه ملی سوءمصرف الکل و افراد الکلی به شماره‌های R3A-AA-05591 به آرن مارلات و 5R02-AA-10772-03 به ماری ای لایمر صورت گرفته است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- Annis, H.M.(1982a). Inventory of Drinking Situations. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M.(1982b). Situational Confidence Questionnaire. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M.(1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors: processes of change (pp.407- 433) New York: Plenum Press.
- Annis, H.M., & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. In D.M.Donovan & G.A.Marlatt (Eds). Assessment of addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and physiological procedures(pp. 198-213). New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1997). Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- 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.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Chaney, E. R., O'Leary, M.R., & Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46, 1092-1104
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P.A., Bauer, L. O., & Guapp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative- mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal psychology*. 106, 243- 250.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus. R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1(2), 119- 136.
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5(4), 513- 525.
- Glaser, W. (1976). Positive addiction. New York: Harper & Row.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse Prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S. B., & Oppenheim, A. N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviours between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 89-94.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Stout, R. L., Zywiak, W. H. & Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. *Addiction*, 91(suppl.), 73- 88.
- Lowman, C., Allen, J., Stout, R. L., & The Relapse Research Group. (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction*, 91 (suppl.), 51- 72.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction*, 91(suppl.), 89- 98.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles (pp. 410- 452). New York: Brunner/ Mazel.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilfords Press.
- Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1981). The think- drink effect. *Psychology Today*, 15, 60-93.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1995). Self- efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self- efficacy in changing societies* (pp. 289- 315). New York: University press.
- Marlatt, G. A., Barrett, K., & Daley, D. C. (1999). Relapse prevention. *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment* (2d ed.), pp. 393- 407.
- Mckay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol. drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*. 60. 566- 576.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(suppl). 155-172.
- Rawson, R. A. Obert, J.L., McCann, M. J., & Marinelli- Casey. P. (1993). Relapse prevention models for substance abuse treatment *Psychotherapy*. 30(2). 284- 298.
- Shiffman, S. (1992). Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *Behavior Therapist*, 9-11.
- Stout, R. L., Longabaugh, R., & Rubin, A. (1996). Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy versus more general relapse code. *Addiction*, 91(suppl). 99-110.