

پیشگیری از بازگشت : معرفی مدل رفتاری - شناختی مارلات

فرشاد نعمتی

کارشناس ارشد روان شناسی

مرکز مطالعات، پژوهش و آموزش

چکیده:

میزان بالای بازگشت پس از درمان به ظاهر موفق، مشکل شایعی است که به بیشتر رویکردها درمانی وابستگی دارویی رخ می نماید. این واقعیت به پدید آیی انواع راهبردهای پیشگیری از بازگشت منجر شده است. در این میان، مدل شناختی - رفتاری مارلات^(۱) مورد استقبال فراوان قرار گرفته است. این مدل مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه های هشداردهنده و ایجاد مهارت های ضروری برای مقابله با موقعیت های پرخطر. در حقیقت چگونگی درک مراجع از توانایی هایش برای مقابله با موقعیت های پرمخاطره می تواند منجر به لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمانجو به این لغزش اولیه است. از آنجایی که، آموزش رسمی مشاوران اعتیاد نوعاً شامل آموزش هایی در زمینه طبقه بندی مارلات در رابطه با بازگشت است، و راهبردهای مداخله ای برمبنای نظام طبقه بندی او از محرک های پرمخاطره طرح شده است. آشنایی مشاوران اعتیاد با این طبقه بندی امری ضروری است. این مقاله مروری کلی است بر طبقه بندی مارلات از موقعیت های پرمخاطره و رویکرد او به پیشگیری از بازگشت. تعریف بازگشت، مراحل آن و راهبردهای پیشگیری از بازگشت نیز مورد توجه ویژه قرار خواهد گرفت.

کلید واژگان: پیشگیری از بازگشت، مدل رفتاری - شناختی، مهارت های تطبیقی، بازگشت و وابستگی به مواد

مقدمه:

پدیده به غایت پیچیده ای چون اعتیاد را تنها از یک منظر نمی توان نگریست و با یک روش نمی توان مهار کرد. اگرچه می توان به یقین اظهار داشت که همه راهبردها و مداخلات مربوط هدفی جز ایجاد تغییر در رفتار ندارند، اما از کوشش های کاهش تقاضا گرفته تا عملیات کاهش عرضه، همگی در پی پدید آوردن تغییراتی در رفتار هستند، یکی در پی تغییر رفتار مصرف مواد و دیگری به دنبال تغییر رفتار تولید و توزیع آن؛ برخی به دنبال پیشگیری اند و برخی به سازوکار درمان مجهزند. از برنامه های پیشگیری و نیز برنامه های کاهش عرضه که در گذریم و بر ادبیات علمی برنامه های درمانی نظر افکنیم، در خواهیم یافت که ۳ الگوی بیماری^۱، یادگیری اجتماعی^۲ و بهداشت جمعی^۳ مورد استقبال فراوان قرار گرفته اند، که هر یک بر جنبه های متفاوتی چون آسیب شناسی روانی، عوامل اجتماعی، زمینه های ارثی و یادگیری اجتماعی تأکید می کنند. در الگوی بیماری، وابستگی به عنوان بیماری تلقی می شود و منبع آن درون فردی است. به این ترتیب، عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی عواملی محسوب می شوند که فرد را مستعد بیماری اعتیاد می سازد.

الگوی یادگیری اجتماعی برای فهم پیچیدگی مصرف مواد و مشکلات وابسته بر تعامل بین محیط، فرد و مواد تمرکز می کند. دو محور اصلی در این الگو عبارت از آن است که مصرف مواد آموختنی است و نیز جنبه های انطباقی دارد. مداخلات مبتنی بر این الگو ناظر بر تعدیل رابطه فرد با محیط اند و مهارت های مقابله ای فرد نقش مهم و کلیدی در آن بازی می کند. الگوی بهداشت جمعی نیز ضمن تصدیق اهمیت هر ۳ عنصر فرد، محیط و مواد اعتیاد آور، برخلاف الگوی بیماری و یادگیری اجتماعی که بر یک جزء تأکید می ورزند، بر اهمیت مداخله در هر سه جنبه پا می فشارد. نمی توان تصور کرد که هدف برنامه های درمانی اعتیاد، گذشته از نقاط متفاوتی که هر کدام بر آن تأکید می کنند، تنها فراهم آوردن امکاناتی برای قطع مصرف مواد توسط مراجع باشد. عدم مصرف مجدد مواد با توجه به ماهیت مستعد به بازگشت به اعتیاد (وابستگی دارویی) امری بسیار حیاتی در طرح ریزی یک برنامه بسامان درمانی محسوب می شود.

!-Disease model

!-Social learning model

!-Populic health model

سهل انگاری در این امر بشدت از قوت و کارایی برنامه می کاهد و، بویژه هنگامی که مایل به ارزشیابی برنامه از لحاظ صرفه سنجی^(۲) باشیم، برنامه مورد نظر شواهد قابل قبولی از صرفه را برای تصمیم گیرندگان و اختصاص دهندگان بودجه فراهم نخواهد آورد. به همین دلیل، که پدیده بازگشت محل بحثها و پژوهش های بسیاری از جانب دانشمندان علوم رفتاری بوده است.

بازگشت

درک عمیق و برداشت صحیح تر از برنامه هایی که امروزه به منظور پیشگیری^۱ از مصرف مجدد مواد دارویی در حیطه درمان وابستگی دارویی^۲ روی داده است، از یک سو، درمنوط به کاوش برای تعریف پدیده و مفهومی است که امروزه در فرهنگ اصطلاحات روانپزشکی و روانشناسی برابر کلمه «Relapse» نهاده شده است. از سوی دیگر، دو تعریف شایع از این پدیده وجود دارند که هر کدام به جای خود دلالت های ضمنی و کاربردی خاصی در زمینه مفهوم سازی، پیشگیری و درمان آن خواهند داشت.

در تعریف نخست، از این پدیده به عنوان «باز پدیدایی علایم^۳ بیماری بعد از یک دوره بهبودی» یاد می شود. چنین تعریفی که بویژه با درک روانپزشکی سنتی از مفهوم بیماری سازگار است، برخی را (بویژه روانپزشکانی را که تمایل به حفظ نگرشهای سنتی دارند) ترغیب می کند که از همان واژه «عود» برابر «Relapse» نیز استفاده کنند. برحسب چنین تعریفی، یک دیدگاه دومقوله ای^۴ قابل پیشبینی و توجیه است، زیرا یا بیماری فرد مورد نظر عود کرده است که در این صورت علایمی نیز دارد، یا عود نکرده است و علایمی نشان نمی دهد.

در تعریف دوم، این پدیده «مرحله ای از سیر قهقرایی، بدتر شدن یا نزول تدریجی» قلمداد می شود. تعریفی که بیانگر موضعی «فرایند نگر» است* و این پدیده را امری نه چندان وخیم و، در واقع، شاید نوعی اشتباه کاری می انگارند. بنابراین، آنچه در تعریف نخست مورد نظر است «پیامد» است و آنچه محور موضع گیری دوم قلمداد می شود «فرایند».

در دیدگاه فرایندی، بازگشت رویدادی مجزا نیست. بازگشت فرایند ناتوانی در غلبه بر مشکلات زندگی در مدت پاک^۵ است. ممکن است این فرایند به مصرف مجدد مواد، فروپاشی جسمی یا

! - Prevention

! - Drug Dependency

! - Recurrence

! - Dichotomous

! - Sobriety

هیجانی و حتی خودکشی منجر شود. در این دیدگاه، بازگشت از طریق نشانه‌هایی هشدار دهنده^۶ قابل تشخیص است که از مدتی قبل از مصرف مجدد مواد پیشبینی می‌شود. درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت به افراد می‌آموزد که این نشانه‌های هشدار دهنده را باز شناسی و کنترل کنند تا بتوانند پیشرفت آن را در مراحل اولیه متوقف سازند و فرایند بهبودی راتسهیل نمایند. مطالعات طولانی مدت بهبودی و بازگشت دلالت بر آن دارند که همه بیماران بازگشت نمی‌کنند. تقریباً یک سوم آنها به دنبال اولین کوشش جدی زندگیشان به ترک پایداری می‌رسند. یک سوم دیگر دوره‌ای از بازگشتهای گذرا دارند، اما نهایتاً به ترک بلند مدت دست پیدا نمی‌کنند. یک سوم باقیمانده نیز بازگشتهای مزمنی دارند که به مرگ ناشی از اعتیاد ختم می‌شود. این آمارها، سازگار با میزان های بهبودی هر بیماری مزمن مربوط به سبک زندگی^۷ است. در حدود نیمی از همه افراد مستعد به بازگشت نهایتاً به ترک پایدار می‌رسند. بسیاری دیگر نیز به رغم بازگشت های دوره ای به زندگی سالم و پایدارتر دست می‌یابند.

طبقه بندی سابقه بهبودی / بازگشت

براساس درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت، می‌توان افراد وابسته به مواد را برطبق سابقه بهبودی - بازگشت طبقه بندی کرد. این طبقات عبارتند از:

۱. مستعد به بهبودی^۱
 ۲. مستعد به بازگشت گذرا^۲
 ۳. مستعد به بازگشت مزمن^۳
- این مقوله با طبقه بندی پرهیز مداوم، بازگشت گذرا و بازگشت مزمن که پیش از این توصیف شد، مطابقت دارد. افراد مستعد به بازگشت می‌توانند به سه زیر گروه متمایز تقسیم شوند.

! - Warning Signs
! - Life Style

!!

! - Recovery - Prone
! - Briefly Relapse - Prone
! - Chronically Relapse - Prone

بیماران انتقالی

بیماران انتقالی^۴ به بیمارانی اطلاق می شود که به رغم گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، اعتیاد خود را نمی پذیرند. این نقص معمولاً از ناتوانی بیمار برای درک دقیق واقعیت، که ناشی از اختلال شیمیایی و یا باورهای غلط اوست، ریشه می گیرد .

بیماران مستعد به بازگشت بی ثبات

بیماران مستعد به بازگشت بی ثبات^۵ بیمارانی گفته می شود که به آنان آموزش تشخیص و کنترل علایم محرومیت پس از ترک و مشغله های ذهنی مربوط به اعتیاد داده نشده است. درمان های ارائه شده، مهارت های لازم جهت متوقف کردن پیشرفت بیماری و مصرف مواد را برای بیماران فراهم نکرده و، در نتیجه، آنان از دنبال کردن برنامه بهبودی و نیز تغییر سبک زندگی ناتوان هستند و، بنابراین، به رغم همه کوششهایشان، بزودی علایم کژکاری^۶ نشان می دهند که نهایتاً آنها را به مصرف مجدد مواد سوق می دهد .

بیماران مستعد به بازگشت با ثبات

در مقابل، بیماران مستعد به بازگشت با ثبات^۷، می پذیرند که وابسته به مواد هستند و مایلند برای دستیابی به بهبودی و پاک ماندن، برنامه ای درمانی را دنبال کنند. آنان معمولاً در جلسات معتادان گمنام^۸ و یا در دیگر برنامه های دوازده گامی^۹ حضور پیدا می کنند و، علاوه برآن، درمان تخصصی نیز دریافت می کنند. این افراد همچنین کوشش های بلندمدتی در بازپروری روانشناختی، جسمی و تغییرات سبک زندگی در مدت ترک صورت می دهند. این بیماران نیز، به رغم کوشش هایشان، نهایتاً علایم کژکاری را نشان خواهند داد که ممکن است بالاخره ایشان را به سمت بازگشت سوق دهد .

درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت

پیشگیری از بازگشت روش نظام مند (سیستماتیک) آموزش به بیماران بهبود یافته است تا آنان بتوانند نشانه های هشدار دهنده بازگشت را شناسایی و آنها را کنترل کنند . تمرکز اصلی این

! - Transite

! - Unstablized Relapse - Prone

! - Dysfunction

! - Stablized Relapse - Prone

! - Narcotic Anonymous(NA)

روش بر بیماری‌رانی است که به رغم درمان اولیه، از حفظ ترک ناتوانند. معیار بهبودی در این مدل درمانی ترک مصرف مواد به علاوه بازگشت کامل به کارکردهای زیستی - روانی - اجتماعی است. بازگشت، فرایند کژکاری تدریجی در زمینه مذکور است که سرانجام به مصرف مجدد مواد ختم می‌شود.

برای فهم پیشرفت نشانه‌های هشدار دهنده، در نظر گرفتن تعامل پویای بین فرایندها و مراحل بهبودی و بازگشت حائز اهمیت است. بهبودی و بازگشت را می‌توان فرایندهای مرتبطی توصیف کرد که در شش مرحله بازنمایی می‌شوند:

- ۱- پرهیز از مصرف مواد؛
 - ۲- فاصله گرفتن از افراد، مکان‌ها و اموری که استفاده از الکل یا دارو را افزایش می‌دهند، برقرار کردن شبکه اجتماعی که از بهبودی حمایت می‌کند؛
 - ۳- متوقف کردن رفتارهای خود-مخرب^۱ که آگاهی از احساس‌های دردناک و افکار غیر منطقی را پیشگیری می‌کند؛
 - ۴- یادگیری چگونگی کنترل مسئولانه احساس‌ها و هیجانها بدون توسل به رفتارهای اجباری^۲ جهت استفاده از مواد؛
 - ۵- یادگیری تغییر الگوهای تفکر اعتیادی که احساس‌های دردناک و رفتارهای خود-مخرب ایجاد می‌کند؛
 - ۶- تشخیص و تغییر دادن باورهای اشتباه درباره خویشتن، دیگران و جهان که به تفکر غیر منطقی دامن می‌زنند؛
- وقتی افرادی که بهبودی باثباتی داشته‌اند شروع به بازگشت می‌کنند، این فرایند را در جهت معکوس انجام خواهند داد. به عبارت دیگر، در فرایند بازگشت آخرین مرحله آغاز قرار می‌گیرد؛
- ۱- باورهای اشتباهی که سبب افکار غیر منطقی می‌شود؛
 - ۲- شروع به بازگشت به الگوهای تفکر اعتیادی که سبب احساس‌های دردناک می‌شود؛
 - ۳- به عنوان راهی برای اجتناب از احساس‌ها، درگیر شدن رفتارهای اجباری و خود مخرب؛
 - ۴- موقعیتهای درگیر با افراد مصرف کننده، جستجویی شود؛
 - ۵- خود را در درد بیشتر و تفکری که کمتر منطقی است می‌یابند و غیر مسئولانه رفتار می‌کنند؛

! - Twelve Steps

! - Self-Defeating Behaviour

! - Compulsory Behaviours

۶- خود را در موقعیتی می یابند که در آن مصرف مواد راهی منطقی برای گریز از درد جلوه می کند و، در نتیجه، به مصرف مواد مبادرت می ورزند.

معرفی مدل مارلات در پیشگیری از بازگشت

آلن مارلات - استاد برجسته روانشناسی دانشگاه واشنگتن در سیاتل امریکا - با طرح نظریه خویش درباره فرایند بازگشت، نافذترین و موثکافانه ترین مدل در این زمینه را عرضه داشت. این مدل در ابتدا به منظور توجیه فرایند بازگشت در الکی ها طرح شد، اما اصول آن قابل تعمیم به سایر رفتارهای اعتیادی نیز هست.

مارلات که، در واقع، یک فرایند نگر است، بازگشت را نیز پدیده ای فرایندی می داند و برای ارائه این پدیده به تنویر نقش پدیده ای با نام « لغزش^۱ » می پردازد و بر تمایز آن از مفهوم « بازگشت » پای می فشارد و از طرح مفهوم لغزش در توضیح برداشت خود از فرایند بازگشت سود می جوید. او از لغزش به عنوان یک رویداد منفرد و بروز مجدد عادت قبلی یاد می کند، رویدادی که ممکن است به بازگشت منجر بشود یا نشود. چنین طرز تلقی از لغزش، آنگاه که با واژه هایی چون اشتباه کاری و خطا توضیح داده می شود، علاوه بر آن که نقش عوامل محیطی را برجسته می سازد دلالت بر آن نیز دارد که « عمل تصحیح کننده » کارایی دارد و بازگشت امری کاملاً غیر قابل اجتناب نیست. چنین برداشتی، افق دید تازه ای را در درمانگری اعتیاد می گشاید و این نگاه تازه، نگاهی پیشگیرانه است - پیشگیری از بازگشت.

مارلات به دنبال استفاده از روشهای رفتاری در درمان اعتیاد (از جمله درمان آزارنده^۲ و پاره ای از پژوهش ها که نقش عوامل شناختی در اعتیاد را تأیید می کردند) با پی بردن به نا کارآمدی روش های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری - شناختی از فرایند بازگشت و، به تبع آن، مداخلات رفتاری و شناختی برای پیشگیری از بازگشت پرداخت. او، بر اساس پژوهشهایی، نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر بازگشت را تعیین می کند. در هر گروه از این عوامل، مؤلفه های چندی نقش ایفا می کنند که، در اینجا، به مهمترین آنها اشاره می کنیم:

!-Lapse

!- Aversive

عوامل فردی

۱- حالات هیجانی منفی^۳ : فشار روانی (استرس)، افسردگی، اضطراب و دیگر حالات هیجانی منفی نزدیک به ۳۰ درصد بازگشته‌ها را توجیه می‌کند .

۲- انگیزه ناکافی : به نظر می‌رسد همه افرادی که آماده پذیرش تغییر هستند، انگیزه نیز هستند. اما این انگیزه درجانی دارد. کم نیستند مواردی که «فرایند تغییر» را با فورانی از میل به تغییر آغاز می‌کنند، بدون آنکه به درک اهمیت کوششهای بلند مدت در این زمینه نائل آمده باشند. چنین فورانی از انگیزه با سرعت فروکش می‌کند. در مواردی نیز انگیزه بیش از آن که منبع درونی داشته باشد، حاصل منبعی بیرونی است. به این ترتیب، سه جنبه مربوط به انگیزه قابل تشخیص اند:

الف- ارزیابی انگیزه به منظور شناسایی بیماران پر مخاطره؛

ب - غربالگری انگیزه، اگر درمان به سمت افرادی هدف‌گیری شده که شانس موفقیت دارند؛

ج - افزایش انگیزه به منظور تقویت آمادگی شخص برای تغییر .

۳- پاسخ دهی به درمان^۴، چگونگی پاسخ دهی درمان جویان به برنامه درمانی از عوامل فردی است که

بر بازگشت اثر می‌گذارد. در این زمینه، پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است؛ برای مثال، از دست

دادن وزن درسه هفته اول برنامه درمانی با موفقیت بعدی رابطه دارد و یا سیگاری‌هایی که قادر به متوقف کردن مصرف سیگار در زمان تعیین شده نیستند، پیش‌آگاهی ضعیفی نشان می‌دهند .

۴- مهارت‌های مقابله‌ای^۱ : در نظر گرفتن مهارت‌های مقابله‌ای در ارزیابی خطر بازگشت حائز اهمیت بسیار است.

انواع مهارت‌های مقابله‌ای عبارتند از :

۱-مهارت‌های رفتاری؛

۲-مهارت‌های شناختی؛

! - Negative Emotional States

! - Response to Treatment

! - Coping Skills

۳- مهارت های عاطفی ؛

این مهارت ها درسه سطح و مرحله قابل ارزیابی هستند :

- ۱- مهارت های پیش بینی^۲ : که به شخص اجازه می دهد فشارها و موقعیت های پر خطر را پیش بینی و برنامه مقابله با آن را طرح ریزی کند .
- ۲- مهارت های مقابله ای بلافصل^۳ : شامل مهارت های مورد نیازی است که برای مواقع درگیر شدن با بحران بازگشت و مقابله با جنبه های اختصاصی تر پر خطر و وسوسه مصرف لازم هستند.
- ۳- مهارت های ترمیم کننده^۴ : شامل آن دسته از مهارت هایی است که ممکن است بعد از لغزش مورد استفاده قرار گیرند و احتمال تبدیل لغزش به بازگشت را به حداقل برسانند .

عوامل فیزیولوژیکی

این امکان وجود دارد که تعیین کننده اصلی بازگشت عوامل فیزیولوژیکی باشند. به نظر می رسد که عوامل ژنتیکی در الکلیسم، سیگار کشیدن و فربهی مؤثر باشند. در مورد الکل و کشیدن سیگار، اثرات دیگر فیزیولوژیکی به محرومیت و خصایص الکل یا نیکوتین و یا به تداعیهای شرطی بین نشانه های خاص و پاسخ های فیزیولوژیک مربوط می شوند. استفاده بیماران از اصطلاحاتی چون هوس یا وسوسه، بعضی از این فشارها را منعکس می کند. همچنین مصرف مزمن مواد منجر به آسیب های شناختی می شود که کسب مهارت های لازم جهت پیشگیری از بازگشت را با مشکل مواجه می کند .

عوامل محیطی و اجتماعی

شواهدی وجود دارند که نشان می دهند عوامل محیطی و اجتماعی نقش مهمی در رفتار اعتیادی ایفای می کند. این عوامل شامل تعامل های بین افراد (حمایت اجتماعی در مقابل تعارضهای بین فردی) و رویدادهای محیطی (فشار اجتماعی مستقیم یا غیر مستقیم از جانب دیگران و نشانه های موقعیت هایی که قبلاً با رفتار اعتیادی همراه بوده) هستند .

مارلات، به جای تمرکز بر سابقه جرم، شدت اعتیاد یا دیگر ویژگی های شخصی برای پیش بینی بازگشت، بر رویداد هایی که منجر به مصرف مواد بعد از یک دوره ترک می شوند، تأکید دارد. نقطه حساس و بحرانی زمانی است که درمانجو با موقعیت پر خطری مواجه می شود که تهدیدی

! - Anticipatory

! - Immediate

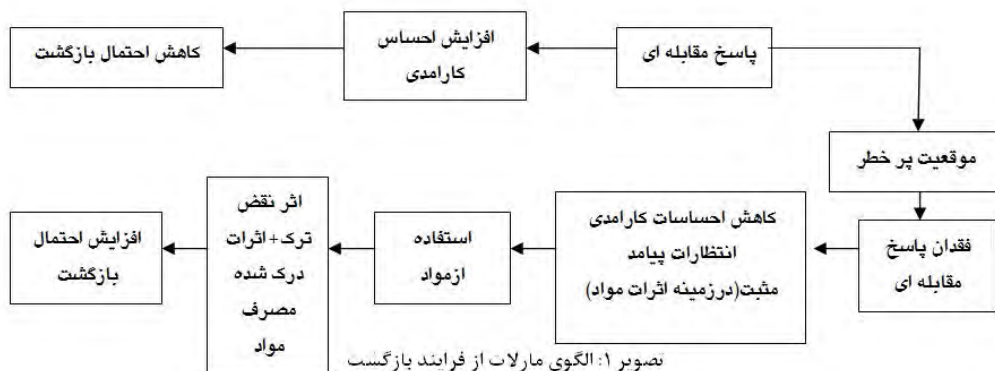
برای بازگشت به حساب می آید. وجود ترکیبی از عوامل محرک و پیشایندهای لغزش و بازگشت که در فوق ذکر شد (برای مثال، دردسترس نبودن مهارت‌های مقابله‌ای لازم یا عدم استفاده از آنها به هر دلیل، و یا در معرض فشار بودن برای مصرف) احتمال لغزش را افزایش می دهد و ممکن است این لغزش نهایتاً از طریق فرایندی که مارلات آن را «اثر نقض ترک»^۱ (AVE) می نامد، به بازگشت منجر شود. اثر نقض ترک شامل دو جزء است: نخست آنکه لغزش، تصویر خویشتن درمانجو را به عنوان فردی متعهد به ترک مخدوش می سازد و منجر به بروز نوعی «ناهماهنگی شناختی»^۲ در درمانجو می شود که به صورت احساس گناه، شرم و یک آشفتگی عمومی تجربه می شود. دوم آنکه هنگامی جریان بازگشت تسهیل می شود که درمانجو لغزش خود را به عاملی درونی، پایا و کلی ربط دهد (مانند ربط دادن لغزش به فقدان اراده) و، بنابراین، آن را غیر قابل کنترل ارزیابی کند. تبیین لغزش بدین طریق، منجر به سرزنش خویشتن و کارآمدی اندک برای پیشگیری از بازگشت می شود.

به این ترتیب، مارلات بر حسب چنین برداشتهایی، فرایند کلی بازگشت و پیشگیری از آن را در قالب یک شکل دوسویه توضیح می دهد (تصویر ۱) بر حسب این مدل، هنگامی که درمانجو در موقعیتی پر خطر قرار می گیرد، به شرط وجود پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس کارآمدی او افزایش می یابد و این وضعیت، به نوبه خود «احتمال بازگشت» را کاهش می دهد. اما در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای، احساس کارآمدی کاهش پیدا می کند و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پر مخاطره شکل می گیرد که این وضعیت منجر به مصرف مواد (لغزش) می شود. پس از لغزش، وجود اثر نقض ترک - که پیش از این مورد اشاره قرار گرفت - مضاف بر اثرات مواد مصرف شده، احتمال بازگشت را افزایش می دهند.

! - Restorative

! - Abstinence Violation Effect

! - Cognitive Dissonance



طبقه بندی مارلات از تعیین کننده های بازگشت

مارلات در تقسیم بندی تعیین کننده های بازگشت دو طبقه کلی (۱) تعیین کننده های فردی - محیطی^۱ و (۲) تعیین کننده های بین فردی^۲ را شناسایی و متمایز می کند.

تعیین کننده های فردی - محیطی

تعیین کننده های فردی و محیطی شامل همه تعیین کننده هایی است که با عوامل فردی (درون فرد) ویا واکنش فرد به رویدادهای نسبتاً دور (که قبل از شروع آخرین خواب رخ داده) همراه می شود. عمده ترین تعیین کننده های فردی - محیطی عبارت هستند از:

الف: مقابله با حالات هیجانی منفی: حالت، خلق یا احساس هیجانی منفی و ناخوشایند، که خود شامل^۴ مقوله است:

۱- **مقابله با ناکامی یا عصبانیت:** تجربه ناکامی شامل واکنش به یک فعالیت معطوف به هدف که متوقف شده است یا خشم (خصومت و پرخاشگری) ناشی از رویدادهای شخصی یا محیطی که شامل همه منابع محیطی (دردسرها) یا تقاضاهایی می شود که از درون فرد ریشه می گیرند و احتمالاً احساس خشم ایجاد می کنند. این حالات دربر گیرنده فشار روانی ناشی از ارزشیابی (امتحانات، ترفیع ها، صحبت کردن در جمع، و غیره)، استخدام و مشکلات مالی، بداقبالی شخصی یا تصادف است.

! - Environmental-Intrapersonal Determinants

! - Intrapersonal Determinants

۲- **مقابله با افسردگی**: این مقوله دربرگیرنده مقابله با غم، اندوه احساس فقدان، احساس تهی بودن، احساس سقوط، احساس کسی که چیزی را از دست داده، و احساس بی فایده‌گی (احساس تنهایی در قسمت ۴ الف کد گذاری می شود) است.

۳- **مقابله با اضطراب**: شامل مقابله با منابع مولد اضطراب، تشویش، عصبی بودن، ترس، تنش و نگرانی است و اگر مواد برای کاهش مهار جنسی مورد استفاده قرار می گیرد در همین بخش طبقه بندی می شود.

۴- **مقابله با سایر حالات هیجانی منفی**: این تعیین کننده ها شامل مقابله با حالاتی هستند که بسادگی در مقوله های عصبانیت، افسردگی و اضطراب نمی گنجند. این مقوله حالاتی است چون احساس کسالت، گیجی، درماندگی، سرفکندگی، آزدگی، تحریک شدگی، عدم آسایش و دلخوری ورنجش را در بر می گیرد. این طبقه همچنین حالت هیجانی منفی نامشخصی چون ناخردندی عمومی یا احساس بد را شامل می گردد.

ب- مقابله با حالات جسمی و فیزیولوژیکی منفی: تعیین کننده های این طبقه شامل مقابله با واکنشهای ناخوشایند یا درد آور جسمی و فیزیولوژیکی هستند؛ از آن جمله:

۱- **مقابله با حالات جسمی مربوط به مصرف قبلی مواد**، شامل درد ترک یا وسوسه مصرف مواد همراه با ترک. سایر موارد عبارتند از:

مقابله با لرزش دستها، زبان یا پلک زدن؛

مقابله با تهوع و استفراغ؛

مقابله با تپش قلب، تعریق، فشار خون بالا؛

مقابله با توهمات و خطاهای ادراکی گذرا؛

مقابله با سردرد؛

مقابله با بی خوابی.

۲- **مقابله با سایر حالات جسمی منفی**: مقابله با درد، بیماری، جراحت، خستگی

و اختلالات خاص (مثال سردرد، گرفتگی عضلات و غیره) که با مصرف قبلی مواد همراه

نیست.

ج- افزایش حالات هیجانی مثبت: استفاده از مواد به منظور افزایش احساس های لذت،

شادمانی، رهایی، شنگولی و غیره (چه درسفر چه در تعطیلات). شامل استفاده از مواد برای استفاده

از اثرات مثبت اولیه آن، زیاد شدن «سر حال آمدن» یا تجربه اثرات نیروبخش دارو.

د- امتحان کنترل شخصی: استفاده از مواد به منظور سنجیدن توانایی شخص جهت استفاده کنترل شده یا تعدیل شده «همین یکبار امتحان می کنم ببینم چه می شود»؛ یا درموردی که اثرات درمان یا تعهد به ترک آزمایش می شود (برای مثال آزمایش قدرت اراده).

ه- ظهور وسوسه و میل مصرف: استفاده از مواد در پاسخ به وسوسه های درونی، امیال و سایر تمایلات؛ شامل وسوسه یا تمایلات شدید ذهنی در هنگامی که عوامل بین فردی وجود ندارند (وسوسه ای که با مصرف قبلی دارو یا محرومیت همراه می شود در قسمت ب ۱ طبقه بندی می شود). ظهور وسوسه ها در دو حالت روی می دهد:

۱- در حضور نشانه های مواد: استفاده در این حالت مجدد در حضور نشانه های همراه با مصرف مواد رخ می دهد (مانند دیدن وسایل مصرف) [توجه: جایی که افراد دیگر در حال استفاده از مواد هستند به طبقه ب ۲ برمی گردد]. هر ذکری از نشانه های مواد (عام یا خاص) یا استفاده واقعی از یک ماده شامل این مقوله است. نشانه های مواد شامل فعالیت ها و محیط ها (بجز آنها که ماهیت بین فردی دارند) هم می شود.

۲- در عدم حضور نشانه های مواد: این حالت با تلاش فرد برای تهیه مواد دنبال می شود.

تعیین کننده های بین فردی

تعیین کننده های بین فردی شامل تعیین کننده هایی هستند که اساساً عوامل بین فردی همراه می شوند. منبع و سرچشمه این تعیین کننده ها حضور و نفوذ افراد دیگر، به عنوان بخشی از رویداد آشکار ساز، است. این موضوع به طور ضمنی دلالت بر آن دارد که تماس فعلی یا اخیر (از زمان بیدار شدن) با شخص یا اشخاص دیگر، اثراتی را بر مصرف کننده می گذارد (واکنش به رویداد هایی که در گذشته نسبتاً دور «قبل از شروع آخرین خواب» رخ داده اند در مقوله ۱ طبقه بندی می شود). صرف در کنار دیگران بودن در لحظه بازگشت، توجیهی برای طبقه بندی بین فردی نیست، مگر آنکه دلالت بر این داشته باشد که حضور افراد دیگر اثری بر واقعه بگذارد یا فرد را درگیر رویداد بکند. به عبارت دیگر، شخص مجبور نیست که در تعامل بین فردی (مثلاً یک بحث) درگیر شود.

تعیین کننده های بین فردی نیز به طبقاتی تقسیم شده اند:

الف- مقابله با تعارض بین فردی: مقابله با تعارض کنونی یا نسبتاً تازه همراه با یک رابطه بین فردی مانند ازدواج، الگوهای خانوادگی، روابط کارفرما و کارمند. این حیطه شامل مواردی چون بحثها عدم هماهنگیها، دعواها، حسادت، مشاجرات، دردسر و فشار روانی ناشی از ارزشیابی که به شخص یا

گروهی دیگر گوشزد می شود (احساس اضطراب درباره شغل بین فردی) خواهد بود. حوزه مقابله با تعرض بین فردی خود به ۴ زیر گروه تقسیم می شود:

۱- **مقابله با ناکامی یا خشم**: شامل ناکامی (واکنش متوقف شدن فعالیت معطوف به هدف) و یا خشم (خصوصت، پرخاشگری) که از یک منبع بین فردی سرچشمه بگیرد. در اینجا تأکید بر موقعیتی است که شخص در آن با کسی احساس ناکامی یا خشم می کند و درگیر مباحثات و منازعات، دعوا، حسادت، مشاجرات، در دسر، احساس گناه و غیره می شود.

۲- **مقابله با افسردگی**: شامل منابع غمگینی، اندوه، فقدان و احساس تهی بودن، احساس سقوط، احساس شبیه به کسی که چیزی را از دست داده است، و احساس بی فایده‌گی را که از منبعی بین فردی سرچشمه گیرد (احساس تنهایی در قسمت ۴ الف کد گذاری می شود) شامل می گردد.

۳- **مقابله با اضطراب**: شامل منابع مولد اضطراب، تشویش، عصبی بودن، ترس، نیاز به آرامش «خونسردی» تنش و نگرانی می شود. مصرف مواد برای کاهش مهار جنسی در همین بخش طبقه بندی می شود.

۴- **مقابله با سایر حالات هیجانی منفی**: این تعیین کننده شامل مقابله با حالاتی است که بسادگی در مقوله های عصبانیت، افسردگی و اضطراب نمی گنجد. این مقوله شامل حالاتی چون احساس کسالت، گیجی، درماندگی، سرافکندگی، آزدگی، تحریک شدگی، عدم آسایش و دلخوری و رنجش است. همچنین، این طبقه شامل حالات هیجانی منفی نا مشخص چون نا خرسندی عمومی یا احساس بد می شود.

ب- فشار اجتماعی: شامل پاسخ به تأثیر (مستقیم یا غیر مستقیم) فردی یا گروهی از افراد است که فرد را برای استفاده از مواد تحت فشار قرار می دهند (دوست دارم مثل دیگران باشم).

۱- **فشار اجتماعی مستقیم**: تماس مستقیم (معمولاً تعامل کلامی) با شخص یا گروه دیگری که مصرف کننده را تحت فشار قرار می دهند یا مواد را برای او تهیه می کنند (تعارف مواد توسط شخص، یا وسوسه شدن به مصرف مواد توسط دیگری). این وضعیت را از موقعیت هایی که در آن مواد به خواست مصرف کننده از شخص دیگری تهیه می شود (کسی که قبلاً تصمیم به مصرف گرفته است) متمایز کنید.

۲- **فشار اجتماعی غیر مستقیم**: در این حالت، فرد در پاسخ به مشاهده شخص دیگری که در حال مصرف مواد هست یا برای مصرف کننده همچون الگوی مصرف مواد عمل می کند، به مصرف مجدد آن روی می آورد. اگر فرد شرم ناشی از عدم مصرف در حضور کسانی را که مواد را مصرف می کنند گزارش می دهد، در همین بخش کدگذاری می شود.

ج- افزایش حالات هیجانی مثبت : استفاده از مواد در موقعیت بین فردی برای افزایش احساسهای لذت، شادمانی، تهییج جنسی، رهایی وغیره. این وضعیت را از موقعیت هایی که در آن شخص (یا اشخاص دیگر) پیش از اولین استفاده فرد مشغول مصرف مواد هستند ، متمایز کنید.

راهبردهایی برای مداخلات شناختی و رفتاری

۱- به بیماران کمک کنید تا عوامل خطر زای بازگشت را تشخیص دهند و راهبردهای لازم برای مقابله با آن را اتخاذ کنند. از عوامل مهم دخیل در فرایند بهبودی، تشخیص عوامل خطر زا و دوره های بحرانی هستند. همانگونه که پیشتر بیان گردید، این عوامل در دو بخش بین فردی و فردی (درون فردی) می گنجد. ضمن آموزش به درمانجویان برای تشخیص این عوامل ، آموزش مهارتهای مقابله ای، چون آرام سازی، مراقبت، ابراز وجود وسایر روشها از اهمیت بسیاری برخوردار است. این مهارتهای تشخیصی و مقابله ای به همراه پایش^۱ مداوم وضعیت موجود و تعدیل راهبردهای به کاررفته، عناصر اصلی حلقه مرکزی پیشگیری از بازگشت را تشکیل می دهند. این فرایند به وضوح در شکل ۲ مشاهده می شود.



شکل ۲- فرایند تشخیص نشانه های هشدار دهنده ، مقابله با آن و ارزشیابی نتایج

۲- به درمانجویان کمک کنید تا بازگشت را یک فرایند و رویداد تلقی کنند. هرچند ممکن است بازگشت و مصرف مواد مخدر به عنوان نتیجه یک عمل ناگهانی قلمداد شود، اما قبل از مصرف سلسله ای از تغییرات رفتاری، شناختی، عاطفی بروزمی کند. هنگامی که به درمانجو آموزش داده

شود که این تغییرات رابه مثابه فرایندی (فرایند بازگشت) تلقی کنند که آخرین مرحله آن مصرف مواد است، آمادگی بیشتری برای به کارگیری مهارتهای مقابله ای مربوط ، پیش از وقوع مصرف مواد پیدا می کنند.

۳- به بیماران کمک کنید تا با نشانه های مصرف. مانند نشانه های وسوسه های واقعی برخورد کنند. پژوهشها نشان می دهند که قرار گرفتن در معرض نشانه های مواد (بوی مواد، وسایل مصرف ، وغیره) و وسوسه مصرف رابطه مثبتی دارند. دو رویکرد عمده برای مقابله با این مشکل پیشنهاد شده اند. رویکرد نخست، بیمار تشویق به دور کردن نشانه های مصرف از محیط زندگی واجتناب از این نشانه ها است . در روش دوم، با توجه به این فرض که نمی توان درمانجو را از همه نشانه های برانگیزنده وسوسه مصرف دور نگهداشت، بر تقویت مهارت های مقابله به نشانه های (رفتاری، شناختی وعاطفی) هشدار دهنده وسوسه تأکید می شود.

۴- به بیماران کمک کنید تا فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد را تشخیص دهند وبا آن مقابله کنند: فشار های مستقیم یا غیر مستقیم اجتماعی برای مصرف مواد می تواند فرایند بازگشت را تسریع کند . شکل ۳ روش کمک به بیماران برای درک وغلبه بر فشارهای اجتماعی مذکور را ترسیم می کند.



شکل ۳- فرایند کمک به بیماران برای درک وغلبه بر فشارهای اجتماعی

شکل ۳- فرایند کمک به بیماران برای درک وغلبه بر فشارهای اجتماعی

اولین قدم تشخیص ارتباطهای خطر آفرین است . این ارتباط ها شامل مواردی هستند چون زندگی کردن یا گذاشتن قرار ملاقات با یک فرد معتاد ویا هر موقعیتی که ممکن است درمانجو را

در معرض مواد مخدر قرار دهد. مرحله بعدی ارزشیابی اثرات این فشار اجتماعی بر افکار، احساسات و رفتارهای درمانجو است. برنامه ریزی، به کارگیری و تمرین راهبردهای مقابله‌ای از قدمهای بعدی هستند. این راهبردهای مقابله‌ای شامل اجتناب و به کارگیری مهارتهای کلامی، شناختی و رفتاری هستند. آخرین قدم این فرایند شامل فنونی است که درمانجو با استفاده از آنها به ارزیابی پیامدهای راهبردهای مقابله‌ای اجرا شده می‌پردازد و در صورت لزوم آن را اصلاح می‌کند.

۵- به بیمار کمک کنید تا یک شبکه حمایتی پیشگیری از بازگشت ایجاد کند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که بین وجود حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی با ترک مصرف مواد رابطه مثبت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. خانواده این افراد، در صورت مشارکت در جریان بهبودی بیمار، فرایند بهبودی را بیشتر مورد حمایت قرار خواهند داد و فرصت بهتری برای خلاصی از آشفتگی هیجانی که به آنان دست می‌دهد، خواهند داشت؛ بویژه در هنگامی که به فرد معتاد اثری که اعتیاد وی بر خانواده گذاشته است آگاهی داده شود تا او بتواند برخی اثرات گوناگونی را که اعتیاد بر خانواده داشته است بهبود بخشد.

علاوه بر مشارکت دادن، خانواده معتادان به برقراری ارتباط با برنامه‌های دوازده گامی (نظیر NA) تشویق می‌شوند. حمایت‌کننده‌گان در گروه دوازده گام و سایر هواخواهان این گروه‌ها، دوستان شخصی (غیر معتاد) و حتی کارفرمایان ممکن است بخشی از بازگشت فردی شوند. بیماران معتاد نباید سعی کنند که در تنهایی بهبود پیدا کنند.

۶- به مراجعان کمک کنید تا روش‌های مقابله با حالات هیجانی منفی را یاد بگیرند: حالات هیجانی منفی ارتباط زیادی با بازگشت دارد. در مطالعات زیادی گزارش شده است که افسردگی و اضطراب از عوامل عمده بازگشت هستند. سایر حالات عاطفی منفی که از سرواژه‌های «HALT»* قابل استنباط هستند و در گروه‌های خودیاری‌ای چون NA نیز از آن یاد می‌شوند، عبارتند از: احساس گرسنگی، احساس عصبانیت، احساس تنهایی و احساس خستگی. مهارتهای لازم برای مقابله با این حالات هیجانی، بسته به علت، نحوه بروز و پیامد این حالات، فرق می‌کند. همچنین انواع مختلف این حالات هیجانی به مهارتهای مقابله‌ای متفاوتی نیاز دارد.

۷- به بیماران، روشهای مقابله با تحریف‌های شناختی از جمله مسائل مطرح در بهداشت روانی آدمی است. تحریفهای شناختی نقش مؤثری در بازگشت به مصرف مواد دارند. تفکر سیاه و سفید، تعمیم بیش از حد و... از جمله این تحریفها هستند. آموزش چگونگی تشخیص این قبیل تحریف‌ها و خطاهای شناختی مربوط به آن، گام اول در تعدیل آنهاست. همچنین باید به درمانجو آموخت که

چگونه افکارمقابله با آنها را جایگزین کنند. از جمله خطاهای شناختی که در افراد مبتلابه اعتیاد شایع اند، این خطاها را می توان نام برد:

- من دیگر بازگشت نخواهم کرد؛
- مشکل من حل شده است؛
- مصرف تفریحی ضرری نمی رساند؛
- می توانم مقدار مصرفم را کنترل کنم؛
- باید کمی مصرف کنم تا سر حال باشم.

۸- به مراجعان کمک کنید تا سبک زندگی متعادلی را بنا نهند. درمانجو، به منظور ادامه مقاومت در برابر عوامل خطر زا، نیاز به ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی دارند. الگوی فعالیتهای روزانه، روش های مقابله با عوامل استرس زا، مسائل بهداشتی، فعالیتهای بین فردی، نوع عادت و... از جمله شاخص های این سبک زندگی هستند. با ایجاد تعدیل در سبک زندگی (برای مثال، جایگزین کردن اموری دیگر نظیر پیاده روی، تفریحات سالم یا تکالیف خلاق و... به جای مصرف مواد) امکان ادامه پاکی را فراهم می گردد.

۹- به بیماران کمک کنید تا برای گسیختن لغزش یا بازگشت طرحی بریزند. منابع موجود در پژوهشهای پیامد درمان نشان می دهند که اکثر بیماران مبتلا به اعتیاد بالاخره در دوره ای گرفتار لغزش یا بازگشت خواهند کرد. بنابر این، جداً توصیه می شود که بیماران برای زمانی که لغزش اتفاق می افتد طرحی فوری داشته باشند که، با توجه به آن از بازگشت کامل آنها جلوگیری شود. مارات عقد یک قرارداد پیشگیری از بازگشت به بیمار را توصیه می کند: قرار دادی که گامهای خاص لازم در مورد بازگشت بعدی را بروشنی ترسیم می کند. هدف این قرارداد فرمول بندی یا تقویت تعهد بیمار به تغییر است.

پی نوشتها:

(۱) آلن مارلات (Marlatt) استاد روانشناسی دانشگاه واشنگتن در سیاتل است که سابقاً در دانشگاه های ویسکانسین و بریتیش کلمبیا تدریس می کرد. او در سال ۱۹۶۸ به اخذ درجه دکتری (Ph.D) در روانشناسی نایل آمد. از جمله فعالیت های او کمک به ویراستاری دو کتاب در زمینه رویکرد های رفتارهای به مشکلات الکلیسم، نگارش سه کتاب درباره رویکرد شناختی- رفتاری در انواع رفتارهای اعتیادی، سردبیری مجله تخصصی رفتاری اعتیادی و نگارش و انتشار

مقالات متعدد علمی در زمینه اعتیاد است. او هم اکنون در حال انجام پژوهش های رفتاری درباره رویکرد شناختی - رفتاری در انواع رفتارهای اعتیادی است .

(۲) Cost effectiveness = صرفه سنجی، اصطلاحی است که آقایان دکتر حسن رفیعی و دکتر علی فیض زاده بکار برده اند.



منابع :

- Cumming, C .,Gordon, J.R .,Marlatt, G.A (۱۹۷۹) ; **“Relapse : Prevention and Prediction”** ; in W.Kmiller (Eds);The addictive behaviour Treatment of alcoholism ,Drug abuse smoking and obesity;Oxford : Pergamon Preese .
- Daley D.C., Marlatt, G.A; **“Relapse prevention”** ; In J.H.Lewinsonne & R.P. Langrond ,R.B Millman.
- J.G, Longrond.Eds.(۱۹۹۷); **“Substance abuse : A Comprehensive Textbook”**; Baltimore: Williams &Wilking.
- Darke.R.E,Noordsy. D.L(۱۹۹۷); **“Treatment of Comorbidity disorders With Couse Managment approach”** ; In -N.S . Miller (Ed) ; the Principal and practice of addictions psychiatry ; philadelphia : W.B sauners company.
- Marlatt , G.A, Barrett, k(۱۹۹۴); **“Relapse Prevetion”** ; In H.P kleber (Ed) the text book of substance abuse ; - washing ton D.C ., American psychiatvic press Inc
- Marlatt , G.A , Robert , L.S, Zywiak , W.H & the velapsr research group ; Marlatt’s taxonomy and Scoring rules as amended for use In the relapse replication and extention project » ; Addiction,۹۱,۱۹۹۶,۲۴۱-۲۴.
- Milborn H.T (۱۹۹۴); **“Drug and alcohol abuse”** : the alterrative guide for parents , trachers and counselors, New york : plenum press.
- Miller , N.S (۱۹۹۵); **“Addiction psychiatry: Currents diagnosis and treatment”** ; New york, Wiely -Liss ,۱۹۹۵.
- Zackon F, Ncauliffe W.E , chien J.M.N ۱۹۹۳; Recovery training and self -help ; **“Relapse prevention and aftercare for drug addicts”**; Washington .DC ; National institute , on drug abuse.