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 . دراین میان، مدل شناختی - رفتاری مارلات(۱) مورد استقبال فراوان قرارگرفته 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 منجربه 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 پر مخاطره 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 تـوان بـه یقین اظهار داشت که همه راهبردها و مداخلات مربوط هدفی جز ایجاد تغییر در رفتار ندارنـد، امـا از کوشـش هـای کـاهش تقاضـا گرفتـه تاعملیات کاهش عرضه، همگی در پی پدید آوردن تغییراتی در رفتار هستند، یکی در پی تغییر رفتار مصرف مواد و دیگری به دنبـال تغییـر رفتار تولید و توزیع آن؛ برخی به دنبال پیشگیری اند و برخی به سازوکار درمان مجهزند. از برنامه های پیشگیری و نیز برنامه هـای کـاهش 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 هریک 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 ومواد 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. 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 درحیطه درمان وابستگی دارویی[۲] روی داده است، از یک سو، درمنوط به کاوش برای تعریف پدیده ومفهومی است کـه امـروزه درفرهنـگ اصـطلاحات روانپزشـکی وروانشناسی برابرکلمه «Relapse » نهاده شده است.از سوی دیگر، دوتعریف شایع ازاین پدیده وجود دارند کـه هرکـدام بـه جـای خود دلالت های ضمنی و کاربردی خاصی درزمینه مفهوم سازی، پیشگیری ودرمان آن خواهند داشت .

۱-Disease model

۲-Social learning model

۳-Populic health model

۱- Prevention

۲- Drug Dependency

درتعریف نخست، از این پدیده به عنوان « باز پدیدایی علایم[۳] بیماری بعداز یک دوره بهبود ی» یاد می شود . چنین تعریفی که بویژه با درک روانپزشکی سنتّی از مفهوم بیماری سازگار است، برخی را (بویژه روانپزشکانی را که تمایل به حفظ نگرشهای سنّتی 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 دراین صورت علائمی نیز دارد، یا عود نکرده است و علایمی نشان نمی دهد .

درتعریف دوم، این پدیده« مرحله ای از سیر قهقرایی، بدتر شدن یا نزول تدریجی» قلمدادمی 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 وآنچه محور موضع گیری دوم قلمداد می شود « فرایند » .

دردیدگاه فرایندی، بازگشت رویدادی مجزا نیست. بازگشت فرایند ناتوانی درغلبه بر مشکلات زندگی در مدت پاکی[۵] است. ممکن است این فرایند به مصرف مجدّد مواد، فروپاشی جسمی یا هیجانی و حتی خودکشی منجر شود . در این دیدگاه، بازگشت از طریق نشانه هایی هشدار دهنده [۶] قابل تشخیص است که از مدتّی قبل از مصرف مجدّد مواد پیشبینی می شود. درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت به افراد می آموزد که این نشانه های 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 نمی کنند. تقریباً یک سوم آنها به دنبال اولین کوشش جدی زندگیشان به ترک پایداری می رسند. یک سوم دیگر دوره ای از باز گشتهای گذرا دارند، اما نهایتاً به ترک بلند مدت دست پیدا نمی کنند . یک سوم باقیمانده نیز بازگشتهای مزمنی دارند که به مرگ ناشی از اعتیاد ختم می شود . این آمارها ، سازگار با میزان های بهبودی هر بیماری مزمن مربوط به سبک زندگی[۷] است . درحدود نیمی از همه افراد مستعد به بازگشت نهایتاً به ترک پایدار می رسند.بسیاری دیگر نیز به رغم بازگشت های دوره ای به زندگی سالم وپایدارتر دست می یابند .

طبقه بندی سابقه بهبودی / بازگشت

براساس درمان مبتنی بر پیشگیری از بازگشت ،می توان 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 می توانند به سه زیر گروه متمایز تقسیم شوند .

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

۳- Recureence
٤- Dichotomous
٥- Soberity
٦- Warning Signs
۷- Life Style

* از همین روست که نگارنده واژه بازگشت را به واژه عود ترجیح می دهد

۱- Recovery - Prone
۲- Brifly Relapse - Prone
۳- Chronically Relapse - Prone
٤- Transite

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 ومصرف مواد را برای بیماران فراهم نکرده و، درنتیجه، آنان از دنبال کردن برنامه بهبودی ونیز 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 دردیگر 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 درمدت 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 وآنها را کنترل کنند . تمرکز اصلی این روش بر بیمارانی است که به رغم درمان اولیه ، از حفظ ترک ناتوانند . معیار بهبودی دراین مدل درمانی ترک مصرف موادبه علاوه بازگشت کامل به کارکردهای زیستی – روانی – اجتماعی است. بازگشت، فرایند کژکاری تدریجی درزمینه مذکور است که سرانجام به مصرف مجدد مواد ختم می شود.

برای فهم پیشرفت نشانه های هشدار دهنده ، درنظر گرفتن تعامل پویای بین فرایند ها و مراحل بهبودی و بازگشت حائز اهمیت است . بهبودی و بازگشت را می توان فرایند های مرتبطی توصیف کرد که درشش مرحله بازنمایی می شوند :

۱- پرهیز ازمصرف مواد ؛

۲- فاصله گرفتن از افراد، مکان ها و اموری که استفاده از الکل یا دارو را افزایش می دهند، برقرار کردن شبکه اجتماعی که از بهبودی حمایت می کند ؛

۳- متوقف کردن رفتارهای خودـ مخرّب[۱] که آگاهی از احساس های دردناک وافکار غیر منطقی را پیشگیری می کند ؛

۴- یادگیری چگونگی کنترل مسؤولانه احساس ها وهیجانها بدون توسل به رفتارهای اجباری[۲] جهت استفاده از مواد؛

۵- یادگیری تغییر الگوهای تفکر اعتیادی که احساس های دردناک و رفتارهای خود – مخرب ایجاد می کند؛

۶- تشخیص و تغییر دادن باورهای اشتباه درباره خویشتن، دیگران و جهان که به تفکر غیر منطقی دامن می زنند؛

وقتی افرادی که بهبودی باثباتی داشته اند شروع به بازگشت می کنند، این فرایند را در جهت معکوس انجام خواهند داد . به عبارت دیگر، در فرایند بازگشت آخرین مرحله آغاز قرار می گیرد؛

۱- باورهای اشتباهی که سبب افکار غیر منطقی می شود؛

۲-شروع به بازگشت به الگوهای تفکر اعتیادی که سبب احساسهای دردناک می شود؛

۳-به عنوان راهی برای اجتناب از احساسها، درگیر شدن رفتارهای اجباری و خود مخرب؛

۴- موقعیتهای درگیر با افراد مصرف کننده، جستجومی شود؛

۵- خود را در درد بیشتر و تفکری که کمتر منطقی است می یابند و غیر مسؤولانه رفتار می کنند؛

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

۵- Unstablized Relapse - Prone

۶-Dysfunction

۷- Stablized Relapse – Prone

۸- Narcotic Anonymous (NA)

۹- Twelve Steps

۱- Self-Defeating Behaviour

۲- Compulsory Behaviours

معرفی مدل مارلات درپیشگیری از بازگشت

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

مارلات که، درواقع، یک فرایند نگر است، بازگشت را نیز پدیده ای فرایند ی می داند وبرای ارائه این پدیده به تنویر نقش پدیده ای با نام « لغزش [1]» 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 برآن که نقش عوامل محیطی را برجسته می سازد دلالت برآن نیز دارد که « عمل تصحیح کننده » کارایی دارد و بازگشت امری کاملاً غیر قابل اجتناب نیست. چنین برداشتی، افق دید تازه ای را در درمانگیری اعتیاد می گشاید واین نگاه تازه، نگاهی پیشگیرانه است - پیشگیری از بازگشت .

مارلات به دنبال استفاده از روشهای رفتاری دردرمان اعتیاد (ازجمله درمان آزارنده [2] و پاره ای از پژوهش ها که نقش عوامل شناختی دراعتیاد را تأیید می کردند) با پی بردن به نا کارامدی روش های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری ـ شناختی از فرایند بازگشت و، به تبع آن، مداخلات رفتاری وشناختی برای پیشگیری از بازگشت پرداخت. او، براساس 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، دراینجا، به مهمترین آنها اشاره می کنیم:

عوامل فردی

۱- حالات هیجانی منفی[3] : فشار روانی (استرس)، افسردگی، اضطراب و دیگر حالات هیجانی منفی نزدیک به۳۰ درصد بازگشتها را توجیه می کند .

۲- انگیزه ناکافی : به نظر می رسد همه افرادی که آماده پذیرش تغییر هستند ، انگیخته نیز هستند. اما این انگیختگی درجاتی دارد. کم نیستند مواردی که « فرایند تغییر» را با فورانی از میل به تغییر آغاز می کنند، بدون آنکه به درک اهمیت کوششهای بلند مدّت در این زمینه نائل آمده باشند. چنین فورانی از انگیختگی بسرعت فروکش می کند. درمواردی نیز انگیزه بیش ازآن 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 — غربال گری انگیزه ، اگر درمان به سمت افرادی هدف گیری شده که شانس موفقیت دارند؛

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

۳- پاسخ دهی به درمان[4]، چگونگی پاسخ دهی درمان جویان به برنامه درمانی از عوامل فردی است که بر بازگشت اثر می گذارد. دراین زمینه، پژوهش های متعددی صورت گرفته است؛ برای مثال، از دست دادن وزن درسه هفته اول برنامه درمانی با موفقیّت بعدی رابطه دارد و یا سیگاری هایی که قادر به متوقف کردن مصرف سیگار در زمان تعیین شده نیستند، پیش آگاهی ضعیفی نشان می دهند .

۴- *مهارت های مقابله ای*[1] : درنظر گرفتن مهارت های مقابله ای درارزیابی خطر بازگشت حا ئز اهمیت بسیار است.

انواع مهارت های مقابله ای عبارتند از :

۱-مهارت های رفتاری ؛

۲-مهارت های شناختی؛

۳-مهارت های عاطفی ؛

این مهارت ها درسه سطح و مرحله قابل ارزیابی هستند :

۱- *مهارت های پیش بینی*[2]: که به شخص اجازه می دهد فشارها و موقعیت های پر خطر را پیش بینی و برنامه مقابله با آن را طرح ریزی کند .

۱-Lapse

۲- Aversive

۳- Negative Emotional States

٤- Response to Treatment

۱- Coping Skills

۲- *مهارت های مقابله ای بلافصل*[۳] : شامل مهارت های مورد نیازی است که برای مواقع درگیر شدن با بحران بازگشت ومقابله 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 واحتمال تبدیل لغزش به بازگشت را به حداقل برسانند .

عوامل فیزیولوژیکی

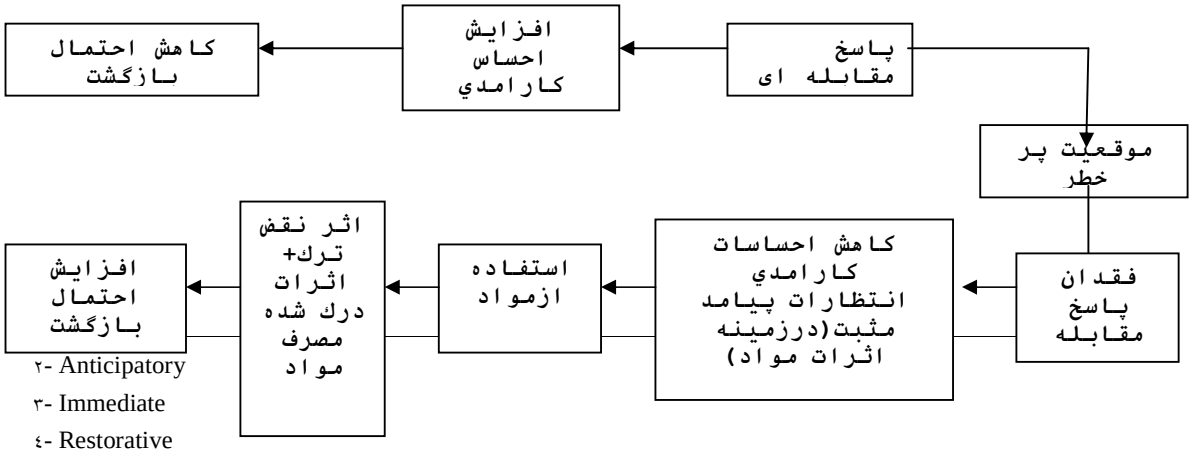
این امکان وجوددارد که تعیین کننده اصلی بازگشت عوامل فیزیولوژیکی باشند. به نظر می رسد که عوامل ژنتیکی درالکلیسم، سیگار کشیدن و فربهی مؤثر باشند. درمورد الکل وکشیدن سیگار، اثرات دیگر فیزیولوژیکی به محرومیت و خصایص الکل یا نیکوتین و یا به تداعیهای شرطی بین نشانه های خاص و پاسخ های فیزیولوژیک مربوط می شوند. 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 مهارتهای لازم جهت پیشگیری از بازگشت را با مشکل مواجه می کند .

عوامل محیطی واجتماعی

شواهدی وجود دارند که نشان می دهند عوامل محیطی و اجتماعی نقش مهمی دررفتاراعتیادی ایفامی کند. این عوامل شامل تعامل های بین افراد (حمایت اجتماعی در مقابل تعارضهای بین فردی) ورویدادهای 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، برروید‌اد هایی که منجر به مصرف مواد بعد از یک دوره ترک می شوند، تأکید دارد. نقطه حساس وبحرانی زمانی است که درمانجو با موقعیت پر خطری مواجه می شود که تهدیدی برای بازگشت به حساب می آید . وجود ترکیبی از عوامل محرک وپیشایندهای لغزش وبازگشت که درفوق ذکرشد (برای مثال، دردسترس نبودن مهارتهای مقابله ای لازم یا عدم استفاده از آنها به هر دلیل ، ویا درمعرض 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 دوجزء است : نخست آنکه لغزش، تصویر خویشتن درمانجو رابه عنوان فردی متعهد به ترک مخدوش می سازد ومنجر به بروز نوعی« نا هماهنگی 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 کارامدی 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 پاسخ های مقابله ای مناسب، احساس کارامدی او افزایش می یابد واین وضعیت، به نوبه خود « احتمال بازگشت » را کاهش می دهد. اما درصورت فقدان پاسخ های مقابله ای، احساس کارامدی 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.



۲- Anticipatory

۳- Immediate

٤- Restorative

۱-AbstinenceViolation Effect

۲- Cognitive Dissonance

تصویر ۱: الگوی مارلات از فرایند بازگشت

طبقه بندی مارلات از تعیین کننده های بازگشت

مارلات درتقسیم بندی تعیین کننده های بازگشت دوطبقه کلی ۱) تعیین کننده های فردی – محیطی[۱] و ۲) تعیین کننده های بین فردی[۲] را شناسایی ومتمایز 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 ازشروع 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 وناخوشایند، که خود شامل ۴مقوله 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 درجمع، وغیره)، استخدام و مشکلات مالی، بداقبالی شخصی یا تصادف است.

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 فایدگی (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 ونگرانی است واگر مواد برای کاهش مهار جنسی مورد استفاده قرار می گیرد درهمین بخش طبقه بندی می شود.

۴- *مقابله با سایر حالات هیجانی منفی :* این تعیین کنند ه ها شامل مقابله با حالاتی هستند که بسادگی در مقوله های عصبانیت، افسردگی واضطراب نمی گنجند. این مقوله حالاتی است چون احساس کسالت، گیجی، درماندگی، سر افکندگی، آزردگی، تحریک شدگی، عدم آسایش ودلخوری ورنجش را در بر می گیرد . این طبقه همچنین حالت هیجانی منفی نامشخصی چون نا خرسند ی عمومی یا احساس بد را شامل می گردد.

ب- مقابله با حالات جسمی وفیزیولوژیکی منفی : تعیین کنند ه های این طبقه شامل مقابله با واکنشهای ناخوشایند یا درد آور جسمی وفیزیولوژیکی 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 ا ز:

مقابله با لرزش دستها ، زبان یا پلک زدن ؛

مقابله با تهوع واستفراغ ؛

مقابله با تپش قلب ، تعریق ، فشار خون بالا؛

مقابله با توهمات وخطاهای ادراکی گذرا ؛

مقابله با سردرد ؛

مقابله با بی خوابی.

۲- *مقابله با سایر حالات جسمی منفی :* مقابله با درد ، بیماری ،جراحت ،خستگی واختلالات خاص(مثال سردرد، گرفتگی عضلات وغیره) که با مصرف قبلی مواد همراه نیست .

ج-افزایش حالات هیجانی مثبت : استفاده از مواد به منظور افزایش احساس های لذت ، شادمانی، رهایی ،شنگولی وغیره (چه درسفر چه درتعطیلات). شامل استفاد ه 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 یکبارامتحان می کنم ببینم چه می شود» ؛ یا درمواردی که اثرات درمان یا تعهد به ترک آزمایش می شود (برای مثال آزمایش قدرت اراده).

۱-Enviornmental–Intrapersonal Determenats

۲- Intrapersonal Determenats

هـ - ظهور وسوسه ومیل مصرف : استفاده از مواد در پاسخ به وسوسه های درونی ، امیال وسایر تمـایلات ؛شـامل وسوسـه یـا تمـایلات شدید ذهنی درهنگامی که عوامل بین فردی وجود ندارند (وسوسه ای که با مصرف قبلی دارویا محرومیت همراه مـی شـود در قسـمت ب۱ طبقه بندی می شود).ظهور وسوسه ها در دوحالت روی می دهد :

۱- درحضور نشانه های مواد : استفاده در این حالت مجدد در حضور نشانه های همراه با مصرف مـواد رخ مـی دهـد (ماننـد دیـدن وسـایل مصرف) [توجه :جایی که افراد دیگر درحال استفاد ه از مواد هستند به طبقه ب۲ برمی گردد]. هر ذکری ازنشانه های مواد (عام یا خاص) یا استفاده واقعی از یک ماده شامل این مقوله است . نشانه های مواد شامل فعالیت ها ومحیط ها (بجز آنها که ماهیت بین فـردی دارنـد) هـم می شود .

۲-درعدم حضور نشانه ها ی موا د: این حالت باتلاش فرد برای تهیه مواد دنبال می شود.

تعیین کننده ها ی بین فردی

تعیین کننده های بین فردی شامل تعیین کننده هایی هستند که اساساًبا عوامل بین فردی همراه می شـوند. منبـع وسرچشـمه ایـن تعیین کننده ها حضور و نفوذ افراد دیگر، به عنوان بخشی از رویداد آشکارساز، است. این موضوع بـه طورضـمنی دلالـت بـرآن دارد کـه تماس فعلی یا اخیر(اززمان بیدارشدن) با شخص یا اشخاص دیگر ، اثراتی را بر مصـرف کننـده مـی گـذارد (واکـنش بـه رویـداد هـایی کـه درگذشته نسبتاًدور« قبل از شروع آخرین خواب» رخ داده اند درمقوله ۱ طبقه بندی مـی شـود). صـرف درکنـار دیگـران بـودن درلحظـه 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 درتعامل 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 ماننـد ازدواج ، الگوهـای خـانوادگی، روابط کارفرماوکارمند. این حیطه شامل مواردی چون بحثها عدم هماهنگیهـا، دعواهـا، حسـادت، مشـاجرات، دردسـر وفشـارروانی ناشـی از ارزشیابی که به شخص یا گروهی دیگر گوشزد می شود(احساس اضطراب دربارۀ شغل بین فردی) خواهد بود. حوزه مقابلـه بـا تعـرض بـین فردی خود به ۴ زیر گروه تقسیم می شود:

۱- مقابله با ناکامی یا خشم : شامل ناکامی (واکنش متوقف شدن فعالیت معطوف به هدف) ویا خشم (خصـومت، پرخاشـگری) کـه از یـک منبع بین فردی سرچشمه بگیرد. در اینجا تأکید بر موقعیتی است که شخص درآن با کسی احسـاس ناکـامی یـا خشـم مـی کنـد ودرگیـر مباحثات ومنازعات، دعوا، حسادت، مشاجرات، دردسر، احساس گناه وغیره می شود.

۲-مقابله با افسردگی : شامل منابع غمگینی، اندوه، فقدان واحساس تهی بودن، احساس سقوط، احسـاس شـبیه بـه کسـی کـه چیـزی را از دست داده است ، واحساس بی فایدگی را که از منبعی بین فردی سرچشمه گیرد (احساس تنهایی درقسمت ۴ الف کد گـذاری مـی شـود) شامل می گردد.

۳-مقابله با اضطراب : شامل منابع مولد اضطراب ، تشویش . عصبی بودن ، ترس ، نیاز به آرامـش «خونسـردی» تـنش ونگرانـی مـی شـود. مصرف مواد برای کاهش مهار جنسی درهمین بخش طبقه بندی می شود.

۴-مقابله با سایر حالات هیجانی منفی: این تعیین کننده شامل مقابله با حالاتی اسـت کـه بسـادگی در مقولـه هـای عصـبانیت، افسـردگی واضطراب نمی گنجد. این مقوله شامل حالاتی چون احساس کسالت، گیجی، درماندگی،سرافکندگی، آزردگی، تحریک شدگی، عدم آسـایش ودلخوری ورنجش 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 اسـتفاده از مـواد تحـت فشار قرار می دهند (دوست دارم مثل دیگران باشم).

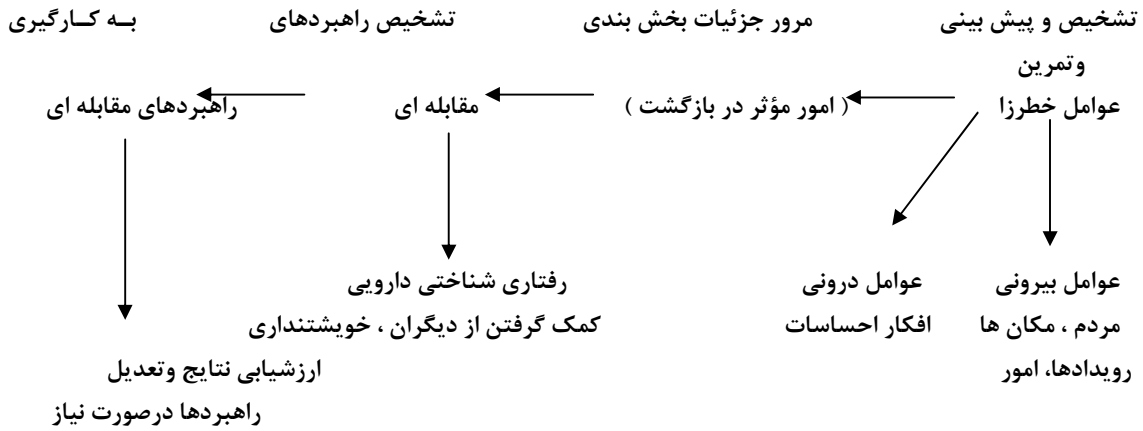
۱- فشار اجتماعی مستقیم : تماس مستقیم (معمولاًتعامل کلامی) با شخص یا گروه دیگری که مصرف کننده را تحت فشار قرار مـی دهنـد یا مواد را برای اوتهیه می کنند (تعارف مواد توسط شخص، یا وسوسه شدن به مصرف مواد توسط دیگری). این وضعیت را از موقعیـت هـایی که درآن مواد به خواست مصرف کننده از شخص دیکری تهیه می شود(کسی که قبلاًتصمیم به مصرف گرفته است) متمایز کنید .

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

ج- افزایش حالات هیجانی مثبت : استفاده ازمواد درموقعیت بین فردی برای افزایش احساسهای لذت، شادمانی، تهییج جنسـی، رهـایی وغیره. این وضعیت را از موقعیت هایی که درآن شخص (یا اشخاص دیگر) پیش از اولین استفاده فرد مشغول مصرف مواد هسـتند ، متمـایز کنید.

راهبردهایی برای مداخلات شناختی و رفتاری

۱-به بیماران کمک کنید تا عوامل خطر زای بازگشت را تشخیص دهندوراهبردهای لازم برای مقابله با آن را اتخاذ کنند. از عوامل مهّم دخیل در فرایند بهبودی، تشخیص عوامل خطر زا ودوره های بحرانی هستند. همانگونه که پیشتر بیان گردید، این عوامل دردوبخش بین فردی وفردی (درون فردی)می گنجند. 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 ومقابله ای به همراه پایش[1] مداوم وضعیت موجود وتعدیل راهبردهای به کاررفته، عنصراصلی حلقه مرکزی پیشگیری از بازگشت را تشکیل می دهند.این فرایند به وضوح در شکل ۲مشاهده می شود.

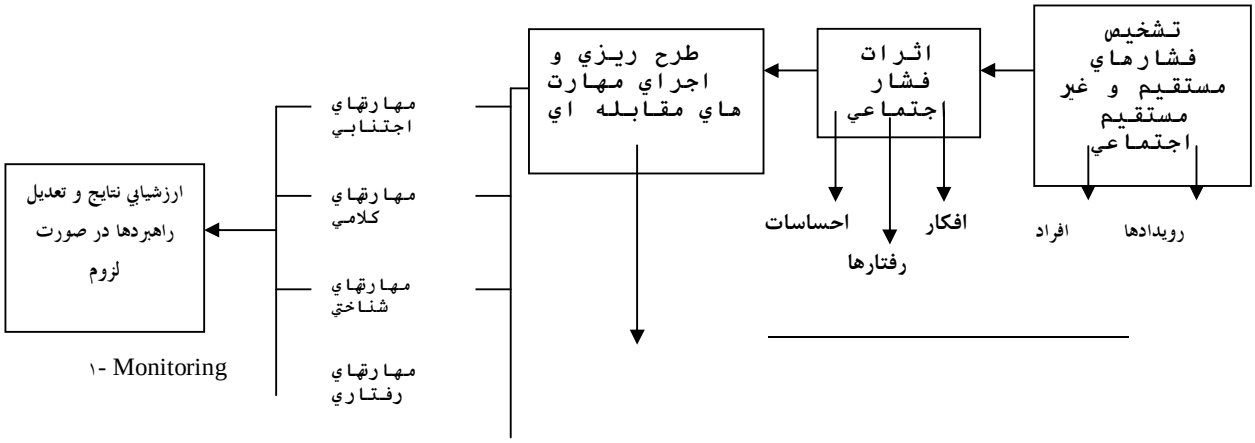


شکل ۲- فرایند تشخیص نشانه های هشدار دهنده ، مقابله با آن و ارزشیابی نتایج

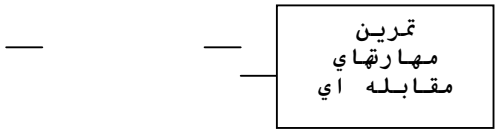
۲-به درمانجویان کمک کنید تا بازگشت را یک فرایند و رویداد تلقی کنند. هرچند ممکن است بازگشت ومصرف مواد مخدر به عنوان نتیجه یک عمل ناگهانی قلمداد شود، اما قبل از مصرف سلسله ای از تغییرات رفتاری، شناختی، عاطفی بروزمی کند. هنگامی که به درمانجوآموزش داده شود که این تغییرات رابه مثابه فرایندی (فرایند بازگشت) 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 تابا نشانه های مصرف. مانند نشانه های وسوسه های واقعی برخورد کنند. پژوهشها نشان می دهند که قرار گرفتن درمعرض 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 ازمحیط 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 راتسریع کند . شکل ۳ روش کمک به بیماران برای درک وغلبه بر فشارهای اجتماعی مذکور را ترسیم می کند.



۱- Monitoring



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 ورفتارهای درمانجو است . برنامه ریزی ، به کارگیری وتمرین راهبردهای مقابله ای از قدمهای بعدی هستند . این راهبردهای مقابله ای شامل اجتناب و به کارگیری مهارتهای کلامی، شناختی ورفتاری هستند. آخرین قدم این فرایند شامل فنونی است که درمانجو با استفاده از آنها به ارزیابی پیامدهای راهبردهای مقابله ای اجرا شده می پردازد و درصورت لزوم آن را اصلاح می کند.

۵- به بیمارکمک کنید تا یک شبکه حمایتی پیشگیری از بازگشت ایجاد کند. مطالعات بسیاری نشان داده اند که بین وجود حمایتهای خانوادگی واجتماعی با ترک مصرف مواد رابطه مثبت قابل ملاحظه ای وجود دارد. خانواده این افراد، درصورت مشارکت درجریان بهبودی بیمار، فرایند بهبودی را بیشترمورد حمایت قرار خواهند داد وفرصت بهتری برای خلاصی از آشفتگی هیجانی که به آنان دست می دهد ، 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 برخانواده داشته است بهبود بخشد .

علاوه بر مشارکت دادن، خانواده معتادان به برقراری ارتباط با برنامه های دوازده گامی (نظیر NA) تشویق می شوند . حمایت کننده گان در گروه دوازده گام وسایر هواخواهان این گروه ها ، دوستان شخصی (غیر معتاد) وحتی 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 روش های مقابله با حالات هیجانی منفی را یاد بگیرند: حالات هیجانی منفی ارتباط زیادی با بازگشت دارد. در مطالعات زیادی گزارش شده است که افسردگی واضطراب از عوامل عمده بازگشت هستند . سایرحالات عاطفی منفی که از سرواژه های «HALT»* قابل استنباط هستند ودر گروه های خودیاری ای چون NA نیز از آن یادمی شوند، عبارتند از: احساس گرسنگی، احساس عصبانیت ،احساس تنهایی و احساس خستگی . مهارتهای لازم برای مقابله با این حالات هیجانی ، بسته به علت ، نحوه بروز وپیامد این حالات، فرق می کند. همچنین انواع مختلف این حالات هیجانی به مهارتهای مقابله ای متفاوتی نیاز دارد .

۷- به بیماران، روشهای مقابله با تحریف های شناختی از جمله مسائل مطرح در بهداشت روانی آدمی است. تحریفهای شناختی نقش مؤثری در بازگشت به مصرف مواد دارند. تفکر سیاه وسفید، تعمیم بیش ازحد و...از جمله این تحریفها هستند. آموزش چگونگی تشخیص این قبیل تحریف ها وخطاهای شناختی مربوط به آن، گام اول در تعدیل آنهاست. همچنین باید به درمانجو آموخت که چگونه افکارمقابله با آنها را جایگزین کنند.ازجمله خطاهای شناختی که درافراد مبتلابه اعتیاد شایع اند، این خطاها رامی توان نام برد:

- من دیگر بازگشت نخواهم کرد ؛
- مشکل من حل شد ه 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 منظورادامه مقاومت دربرابر عوامل خطر زا، نیاز به ایجاد تغییر ات کلی درسبک زندگی دارند . الگوی فعالیتهای روزانه ، روش های مقابله با عوامل استرس زا ، مسائل بهداشتی ، فعالیتهای بین فردی ، نوع عادت و...ازجمله 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 ا ی گرفتار لغزش یا بازگشت خواهند کرد. بنابر این، جداً توصیه می شود که بیماران برای زمانی که لغزش اتفاق می افتد طرحی فوریتی داشته باشند که، با توجه به آن از بازگشت کامل آنها جلوگیری شود. مارلات عقد یک قرارداد پیشگیری از بازگشت به بیماررا توصیه می کند: قرار دادی که گامهای خاص لازم درمورد بازگشت بعدی را بروشنی ترسیم می کند. هدف این قرارداد فرمول بندی یا تقویت تعهد بیمار به تغییر است .

---

* HALT؛ مشتمل بر سر واژه هاي Hungry، Angry، Lonely، Tired

پی نوشتها:

(۱) آلن مارلات (Marlatt) استاد روانشناسی دانشگاه واشنگتن در سیاتل است که سابقاً در دانشگاه هـای ویسکانسـین و بـریتیش کلمبیـا تدریس می کرد . او در سال ۱۹۶۸ به اخذ درجه دکتری (Ph.D) در روانشناسی نایل آمد. از جمله فعالیت های او کمک به ویراسـتاری دو کتاب در زمینه رویکرد های رفتارهای به مشکلات الکلیسم، نگارش سه کتاب درباره رویکرد شناختی- رفتاری در انواع رفتارهای اعتیـادی ، سردبیری مجله تخصصی رفتاری اعتیادی و نگارش و انتشار مقالات متعدد علمی در زمینه اعتیاد است. او هم اکنون درحال انجـام پـژوهش 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) ; ***"Replase : 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.Lewinsone & 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.