

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ذهن آگاهی

پیشگیری از عود اعتیاد

ذهن آگاهی

پیشگیری از عود اعتیاد

سارا بوئن، نیها چاولا، ج. آلن مارلات

ترجمه

دکتر سعید ایمانی

دکتر شهریار شهیدی

دکتر مریم زارع



۶۶۵

مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی

ذهن‌آگاهی پیشگیری از عود/اعتیاد/ سارا بوئن، نیها چاولا، ج. آلن مارلات
ترجمه دکتر سعید ایمانی - دکتر شهریار شهیدی - دکتر مریم زارع
S. Bowen, N. Chawla, G. Alan Marlatt, *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors:
A Clinician's Guide*, NY: The Guilford Press, 2011.

ویراستار: علیه جاری
حروف‌نگار و صفحه‌آرا: سمیرا دهقان
طراح جلد: امیرشاهرخ فریوسفی
ناظر چاپ: صفر ممیزاد
چاپ اول: ۱۳۹۶
شمارگان: ۵۰۰
قیمت: ۱۸۰.۰۰۰ ریال

کلیه حقوق برای دانشگاه شهید بهشتی محفوظ است.

سرشناسه:	بوئن، سارا؛ Bowen, Sarah
عنوان و نام پدیدآور:	ذهن‌آگاهی پیشگیری از عود اعتیاد/ سارا بوئن، نیها چاولا، ج. آلن مارلات؛ ترجمه سعید ایمانی، شهریار شهیدی، مریم زارع.
مشخصات نشر:	تهران: دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری:	بیست‌ودو، ۲۳۰ ص.
فروست:	مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی؛ ۶۶۵
شابک:	۹۷۸ ۹۶۴ ۴۵۷ ۳۹۹ ۶
وضعیت فهرست‌نویسی:	فیبیا
یادداشت:	عنوان اصلی: Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide, c2011.
یادداشت:	واژه‌نامه؛ کتابنامه؛ نمایه.
عنوان دیگر:	پیشگیری عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای رفتارهای اعتیادآور؛ راهنمای درمانگر بالینی.
موضوع:	سوء مصرف مواد -- عود -- پیشگیری؛ Substance abuse -- Relapse -- Prevention؛ رفتار بیمارگونه -- عود -- پیشگیری؛ Compulsive behavior -- Relapse -- Prevention؛ سوء مصرف مواد -- درمان؛ Substance abuse -- Treatment؛ رفتار بیمارگونه -- درمان؛ Compulsive behavior -- Treatment؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ Mindfulness - based cognitive therapy
شناسه افزوده:	چاولا، نهاریکا؛ Chawla, Neharika؛ مارلت، آلن؛ Marlatt, G. Alan
شناسه افزوده:	ایمانی، سعید، ۱۳۵۸-، مترجم
شناسه افزوده:	شهیدی، شهریار، ۱۳۴۳-، مترجم
شناسه افزوده:	زارع، مریم، ۱۳۶۴-، مترجم
شناسه افزوده:	دانشگاه شهید بهشتی
رده‌بندی کنگره:	۱۳۹۶ پ۹ پ۹/ب۹/RC۵۶۴
رده‌بندی دبویی:	۶۱۶/۸۹۱۴۲۵
شماره کتابشناسی ملی:	۴۹۴۱۳۶۰

کد ناشر ۱۰۰۱۷۳۴

www.pub.sbu.ac.ir
unipress@mail.sbu.ac.ir

فهرست مطالب

پیشگفتار مترجمان	هفت
پیشگفتار	یازده
مقدمه	۱
بخش اول: اجرای ذهن آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود	۵
بخش دوم: راهنمای تسهیل گر	۲۷
جلسه اول: هدایت خودکار و عود	۳۱
جلسه دوم: آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق	۵۷
جلسه سوم: ذهن آگاهی زندگی روزمره	۸۹
جلسه چهارم: ذهن آگاهی در موقعیت‌های پرخطر	۱۱۳
جلسه پنجم: پذیرش و عملکرد ماهرانه	۱۳۵
جلسه ششم: مشاهده افکار به مثابه افکار	۱۵۹
جلسه هفتم: تعادل میان زندگی و مراقبت از خود	۱۷۹
جلسه هشتم: حمایت اجتماعی و ادامه دادن تمرین	۱۹۵
منابع	۲۰۹
واژه‌نامه توصیفی	۲۱۳
واژه‌نامه فارسی-انگلیسی	۲۱۹
واژه‌نامه انگلیسی-فارسی	۲۲۳
نمایه	۲۲۷

پیشگفتار مترجمان

در حال حاضر پدیده اعتیاد به مثابه یکی از معضلات اجتماعی، به خصوص در سنین پایین و به ویژه میان جوانان بسیار شایع است. این موضوع می‌تواند آسیب‌های گوناگون اجتماعی و بهداشتی را در زمینه اقتصاد فردی، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی در پی داشته باشد. بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد در مرحله درمان، سبب عود و ترک دوره درمانی می‌شود. بدین سبب، اعتیاد یک مشکل حاد برگشت‌پذیر معرفی شده است. اختلالات وابستگی به مواد و پیامدهای وخیم و ناخوشایند ناشی از آن از مهم‌ترین خطرات سلامت روانی و جسمانی در سراسر دنیا به‌شمار می‌آید. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارند و نه فقط باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شوند، بلکه بار و آسیب فراوانی نیز بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند.

نگرانی عمده‌ای که در زمینه مصرف مواد وجود دارد، کاهش سن مصرف به چهارده سال یا پایین‌تر است. احتمال اعتیاد در این رده سنی بیشتر از افرادی است که مصرف مواد را در سن بالاتری آغاز کرده‌اند. سوءمصرف مواد پس از «هراس اجتماعی» دومین اختلال شایع روانپزشکی در امریکاست. این اختلال بیشتر با دیگر اختلالات روان‌شناختی (از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی و اضطراب) همراه است که درمان آن را پیچیده می‌کند.

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت‌ناپذیر، رفتارهای جست‌وجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. مصرف مواد و تداوم آن طی زمان و آثار سمی بلندمدت ناشی از مصرف آن تأثیرات منفی زیادی بر عملکرد مغز می‌گذارد، که این امر به طیف گسترده‌ای از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی منجر شده و مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کار و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود.

بررسی‌ها نشان می‌دهند بیشتر معتادان تحت درمان احتمال دارد دچار عود شوند. با توجه به این امر، در حال حاضر، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اصلی درمانگران و بیماران در خصوص درمان مصرف مواد، شناسایی عوامل خطر منجر به مصرف دوباره مواد و کاهش مصرف آن است. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های گوناگون درمان وابستگی به مواد،

مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی، طول مدت درمان و آثار متفاوت درمان‌ها انجام شده است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دورهٔ پاکی طولانی‌مدت، میزان بالای عود آنهاست. همچنین ترک مراحل درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی تری ارتباط دارد مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد گوناگون، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی.

رویکردهای مداخلاتی متفاوتی در حوزهٔ درمان‌های فردی و گروهی اعتیاد مانند گروه‌درمانی حمایتی، روان‌درمانی‌های شناختی و بین‌فردی به‌کار رفته است. با توجه به اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی به‌نظر می‌رسد این روش در درمان کاهش برخی از نشانگان عود مصرف مواد افیونی مؤثر باشد. درمان‌های نوینی به‌خصوص در زمینهٔ درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه درمان اعتیاد با تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبهٔ تفکر نظاره‌ای^۱ (ذهن‌آگاهی) با رفتاردرمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق با نام موج سوم رفتار درمانی یاد می‌شود. نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارت‌اند از: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود اعتیاد (MBRP)^۲ (بوئن، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)^۳ که برای پیشگیری از عود افسردگی و درمان اعتیاد است (ویتکوویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵).

«ذهن‌آگاهی» توجه‌کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۲۰۰۳)، یعنی بدون قضاوت و اظهار نظر دربارهٔ آنچه اتفاق می‌افتد، فرد، بودن در لحظه و واقعیت محض را بدون توضیح تجربه کند (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲). اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبهٔ بودیسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی مستمر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود. ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، هر چند در انجام آن روش‌ها و فنون گوناگون بسیاری به‌کار رفته است. ذهن‌آگاهی را می‌توان یک شیوهٔ «بودن» یا یک شیوهٔ «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است (بائر، ۲۰۰۳).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته، اختلال استرس پس

-
1. mindfulness meditation
 2. Mindfulness-Based Relapse Prevention
 3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

از سانحه و دیگر اختلال‌ها مؤثرند (ویتکویتز و همکاران، ۲۰۰۵). در سال‌های اخیر، به مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وابستگی به مواد نیز توجه شده است. (لیچ، بوئن و مارلات، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش تفکر نظاره‌ای به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش نشانه‌ها و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش دهد و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک کند (ویتکویتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ بریسلین، زاک و مک ماین، ۲۰۰۲).

اینک امیدواریم با انتشار این کتاب، که جای آن در برنامه آموزشی دانشجویان، درمانگران و مراکز آموزشی درمانی کشور خالی بود، به جامعه دلسوز درمانگران کشور و خانواده‌های بیماران مبتلا خدمت جدید ارائه کرده باشیم.

کتاب ویژگی‌های مهمی دارد که می‌تواند درمانگران را از ابتدا به بهره‌گیری مسئولانه از آن تشویق کند. این کتاب با روشی ساده، شیوا، کاربردی، قدم به قدم و مبتنی بر شواهد جلسات درمان ارائه شده است که قابلیت به‌کارگیری در درمان فردی و گروهی را نیز دارد. پس جای خوشحالی و امیدواری است که هر درمانگری که این کتاب را برای راهنمای درمان انتخاب کند، امید موفقیت وی در درمان مراجعان به فراوانی افزایش یافته یا دست‌کم در فهرست درمانگران غافل از نقش پویایی گروهی قرار نمی‌گیرد.

با توجه به تکرار برخی واژه‌ها و اصطلاحات در همه بخش‌های کتاب، به این عبارتها یک‌بار در پانویست اشاره شده است. برخی واژه‌ها مانند «مشروب‌فروشی» از نظر فرهنگی با جامعه ایرانی سازگاری ندارند؛ اما از آنجاکه موضوع این کتاب اختلالات اعتیاد و روش‌های درمانی آن است، چاره‌ای جز به‌کار بردن این واژه‌ها نبود چراکه تغییر واژه‌های یادشده چه‌بسا سبب گمراهی ذهن خوانندگان می‌شد.

دکتر سعید ایمانی، دکتر شهریار شهیدی

دکتر مریم زارع

پیشگفتار

روش «پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی»: برنامه‌ای است که مراقبه‌های ذهن آگاهی را با روش سنتی پیشگیری از عود (RP)، ادغام کرده است. برنامه پیشگیری از عود، مداخله‌ای شناختی-رفتاری است که برای جلوگیری از عود و کنترل آن در بیماران مبتلا به مشکلات اعتیاد طراحی شده بود. به بیان دیگر، MBRP برنامه مراقبتی پس از درمان برای بیماران سرپایی است که دستاوردهای درمان را حفظ می‌کند و بیماران را در به دست آوردن زندگی پایدار در دوره بازتوانی یاری می‌کند. ما در این کتاب روش‌های درمانی بالینی را برای بیماران الکلی و مصرف‌کنندگان دیگر مواد ارائه می‌کنیم و روش‌های کنار آمدن با امیال و وسوسه‌های برانگیزاننده عود رفتارهای اعتیادی را مورد بحث قرار می‌دهیم. این مقدمه مجموعه‌ای است از گزارش‌ها و تحقیقات اولیه و همچنین تجربیاتی که ضرورت اجرای برنامه MBRP را نشان می‌دهد.

بسیاری از تحقیقات موجود به راه‌حل متعادل «حدوسط» یا توازن میان خواسته مضر و خواسته‌های واقعی، مانند خودغمخواری و خویشنداری اشاره دارند. من کارم را با مطالعه و ارزیابی وابستگی‌های الکلی، با استفاده از روش بی‌زاری الکتریکی آغاز کردم. انزجاردرمانی روشی تنبیهی است که برای تبدیل وسوسه مصرف به یک پاسخ بی‌زاری طراحی شده، به این طریق که اجتناب یا فرار از درد، به پیشگیری از میل به نوشیدن یا مصرف داروها منجر می‌شود. طبق یافته‌های پژوهش به این نتیجه رسیدیم که اثربخشی این درمان احتمالاً کوتاه‌مدت است و افراد تحت درمان، اغلب پتانسیل بیشتری برای عود دارند.

با ادامه تحقیقات، من و همکارانم به سمت رویکردی متعادل‌تر حرکت کردیم. پس از طی مسیری طولانی، متوجه شدیم ترکیب مهارت‌های ذهنی، بر اساس اصول خودغمخواری و پذیرش تمام تجربیات، که شامل امیال و وسوسه‌هاست، می‌تواند موفق‌تر از رویکردهای انزجاری در مدیریت عود عمل کند. تمرین‌های ذهن آگاهی، روشی مؤثر و ماهرانه برای تغییر نیات رفتاری، در عین تأکید بر مهربانی و انعطاف‌پذیری است.

بسیاری از افراد اعتیاد به مواد مخدر را (از جمله آن‌هایی که خود را معتاد به مواد مخدر می‌دانند) دارای مشکل اخلاقی مستحق مجازات در نظر می‌گیرند. در فرایند مبارزه با مواد مخدر، مصرف‌کنندگان غیرقانونی مواد به دلیل رفتارهای غیراخلاقی و غیرقانونی برای تنبیه به زندان فرستاده می‌شوند، که این هم، یکی دیگر از شکل‌های انزجاردرمانی است. افراد معتاد

به دلیل عادت به مصرف بی‌رویه مواد و نوشیدنی‌ها، بی‌مسئولیت به نظر می‌رسند. آن‌ها اغلب به سبب سوءمصرف الکل و مواد دیگر خجالت می‌کشند و احساس گناه دارند، علاوه بر آن، به دلیل ترس از طردشدن و تنبیه، نمی‌توانند به صورت داوطلبانه برای درمان خود اقدام کنند. در نهایت، فقط تعدادی از این افراد، آن‌هم با دخالت اعضای خانواده و همسالان یا پس از زندانی‌شدن به جرم مرتبط با مواد، مجبور به درمان می‌شوند که این اجبار فقط بر شرم آن‌ها می‌افزاید.

تحقیقات برای یافتن راه‌حلی متعادل‌تر مرا به سمت پاسخ به این سؤال پیش برد، آیا راهی دیگر با چشم‌اندازی مثبت‌تر برای مصرف‌کننده مواد وجود دارد؟ روان‌شناسی بودایی راهی امیدوارکننده برای بهبودی سراغ دارد. این رویکرد، روشی جایگزین یا مکمل برای رفتار اعتیادآور پیشنهاد می‌دهد. بر پایه «چهارحقیقت ناب» بودا، زندگی دارای فراز و نشیب‌هایی همراه با رنج کشیدن است (حقیقت اول) و علت این رنج کشیدن دلبستگی و وسوسه است که می‌تواند شکل‌های گوناگونی داشته باشد، مانند میل برای احساس‌های خوشایند (لذت‌طلبی)، نیاز برای آدمی متفاوت بودن، یا رسیدن به چیزی که بعداً اتفاق می‌افتد. همچنین می‌تواند شکلی از بیزاری یا مبازه برضد «آنچه» هست، بگیرد (حقیقت دوم). خبر خوب این است که راهی برای خروج از این درد و رنج وجود دارد (حقیقت سوم) که با «هشت مسیر برابر» فراهم می‌شود (حقیقت چهارم).

این مسیر هشت‌تایی فهرستی را شامل هشت رفتار شایسته (یا رفتارهایی که در بودیسم «درست» تلقی می‌شوند) پیشنهاد می‌کند و بر حالت‌های روانی مرتبط با «ذهن‌آگاهی درست» برپایه تمرین تأکید می‌کند (مراحل دیگر این روش با تعدادی از اهداف درمان رفتاری-شناختی سازگارند که «مشاهده درست، قصد و نیت، گفتار، حرکت، امرار معاش، تلاش و تمرکز» را شامل می‌شود). این مسیر هشت‌تایی و روان‌شناسی بودایی هم‌سو با مسائل کلی درمان اعتیاد هستند؛ لذا نه تنها پایه‌ای برای درک از رفتار اعتیادی فراهم می‌کنند، بلکه می‌توانند در قالب مداخله‌ای خاص برای مشکلات مربوط به اعتیاد و نیز بهبودی قرار بگیرند.

اما پیشنهاد ذهن‌آگاهی در زمینه رفتارهای اعتیادآور، دقیقاً چیست؟

طبق تعریف جان کابت-زین^۱ (۱۹۹۴)، ذهن‌آگاهی عبارت است از «روشی از توجه کردن آگاهانه، متمرکز بر لحظه و غیرقضاوتی» (ص ۴). در این کتاب، هدف ما تمرکز بر کاربرد بالینی

1. Kabat-Zinn

ذهن آگاهی در رفتارهای اعتیادی است. به بیان دیگر، براساس ذهن آگاهی «به جای اینکه بر آینده و حل مشکل بعدی تمرکز کنی، مسائل را به صورت واقعی ببین». روان‌شناسی بودایی به جای تلاش بی‌وقفه برای فرار از تجربه، بر تصدیق احساس، پذیرش ناراحتی ناشی از آن و درک بلاواسطه تجربه تأکید می‌کند. این رویکرد دلسوزانه، به جای احساس گناه، سرزنش و خجالت، بر پذیرش تأکید دارد. ذهن آگاهی همچنین موجب آگاهی از ماهیت متغیر مسائلی چون ذهن و جسم و محیط است که در حال تغییر مداوم‌اند. برای نمونه، فردی سیگاری را در نظر بگیرید که نمی‌تواند تصور کند ۴۵ دقیقه را بدون سیگار بگذراند، اما مسلماً نمی‌داند اگر این میل را از ذهن خود دور کند، وسوسه‌های شدیدش کاسته می‌شود.

ذهن آگاهی عبارت است از «مهارت‌هایی» برای کنار آمدن با وسوسه‌ها و امیال، مشاهده آن‌ها بدون تلاش برای پاک کردن یا حذفشان. فرد سیگاری، ممکن است احساس کند حتی اگر سیگاری هم روشن نکند میلش به مصرف سیگار زیاد می‌شود، اما میل و هوس سیگاری‌ها، اگر کمی به آن زمان بدهند، کاهش پیدا می‌کند.

در مجموع، ذهن آگاهی، شامل حالتی از آگاهی فراشناختی است که شخص با استفاده از آن، به جای رفتار شرطی شده معمولی و عادت‌ها، می‌تواند دید وسیع‌تری پیدا کند. این آگاهی حس بزرگ‌تری از آزادی و انتخاب را به وجود می‌آورد. طبق گفته ویکتور فرانکل^۱ (۱۹۴۶) «بین محرک‌ها و پاسخ یک فضا وجود دارد». این فضا قدرت و نوع پاسخ ما را انتخاب می‌کند. رشد و آزادی ما در پاسخ‌هایمان نهفته است. تمرین‌های ذهن آگاهی، آگاهی‌مان را در این فضا افزایش می‌دهد و فرصتی برای انتخاب واکنش ماهرانه، در مقابل واکنش خودکار و از سر عادت ایجاد می‌کند. بنابراین، هنگامی که فرد با عامل تحریک‌کننده مصرف مواد روبه‌رو می‌شود، می‌تواند با یک انتخاب ذهنی، موجب کاهش احتمال عود شود. در نهایت، رویکرد ذهنی می‌تواند به کاهش تمایلات و حالت‌های هیجانی منفی شدید در ذهن کمک کند؛ مثل کم کردن احساس ننگ، خجالت، سرزنش و گناه که به‌طور متداول در کسانی که با رفتارهای اعتیادیشان مبارزه می‌کنند، تجربه می‌شود.

در حین تحقیقات، بسیاری از یافته‌ها ما را، از انزجار درمانی به ذهن آگاهی، هدایت کرد. اولین نتیجه برای من طی بررسی پی‌بردن به دلایل عود بود. یکی از اولین بیماران من، مرد میان‌سالی با تشخیص وابستگی به الکل بود. ناظر (سوپروایزر) بالینی من در بیمارستان ایالتی

1. Viktor Frankl

ناپا، جایی که من کارآموزی‌ام را می‌گذراندم، رویکردی رشدی-بینشی را برای کمک به بیمار توصیه کرد. با استفاده از این رویکرد، متوجه شدم به چه دلیل، بیمار مشکل اعتیاد به نوشیدن پیدا کرده است، چرا باید یک هدف مداوم برای پرهیز داشته باشد، چرا باید به گروه الکلی‌های گمنام بپیوندد و چرا او به یک برنامه بستری شدن در بیمارستان نیاز دارد. هدف درمانی من تسهیل درک او از این مطلب بود که چرا باید نوشیدن را برای مابقی زندگی‌اش متوقف کند. زمانی که انگیزه بهبودی او در سطح بالایی قرار گرفت، از کامل شدن برنامه درمانی مطمئن شدم. روزی که مرخص شد، او را در اتوبوس «گری هاوند»^۱ در مسیر سانفرانسیسکو^۲ به سمت خانه‌اش دیدم.

کمتر از ۳ روز بعد، به بیمارستان ایالت ناپا برگشت. به شدت مسموم شده بود و یکی از دوستانش او را در بخش سم‌زدایی بستری کرد. زمانی که از او پرسیدم پس از مرخص شدن چه اتفاقی برایت افتاد، جواب داد، اولین ایستگاه اتوبوس در ناحیه تندرلین در سان فرانسیسکو قرار داشت، دقیقاً روبه‌روی مشروب‌فروشی که زیاد به آن رفت‌وآمد داشت. او گفت زمانی که اتوبوس آنجا توقف کرد من فکر کردم شاید یکی از دوستان صمیمی‌ام آنجا باشد، پس پیاده شدم و به داخل مشروب‌فروشی رفتم. پس از ورود متوجه شدم دوستانم آنجا نیست، اما مسئول مشروب‌فروشی تا مرا دید، شناخت و برای اینکه پس از مدت‌ها به آنجا برگشته بودم برای خوشامدگویی نوشیدنی مجانی برایم ریخت. او چطور «از دست دادن کنترلش»، در طول یک ساعت و ادامه‌دادن به نوشیدن تا زمان بیهوش شدنش را توضیح داد (بستری یک روز پس از این مسئله اتفاق افتاده بود). بعد از اتمام داستانش از من پرسید: «دکتر مارلات، شما با تلاش زیاد کمک کردید تا متوجه شوم چرا تبدیل به یک دائم‌الخمر شده‌ام چرا باید ترک کنم و چرا پرهیز تنها راه بهبودیافتن من است، اما شما هرگز به من نگفتید چطور می‌توانم در این راه موفق شوم».

بعد از این مصاحبه، با مدیر مرکز درمان معتادان به مصرف الکل در ناپا ملاقات کردم و از او پرسیدم چرا میزان عود در بیماران به‌رغم شرکت در درمان بسیار بالاست و اینکه چرا به بیماران هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد چگونگی مقابله با عود داده نمی‌شود. او به من نگاهی کرد و گفت: «ما قطعاً نباید درباره عود با آن‌ها صحبت کنیم، اگر صحبت کنیم، به آن‌ها اجازه داده‌ایم انجامش بدهند». من مصرانه ادامه دادم، چرا ما به تمرین‌های فرار از حریق نیاز داریم؟ این

1. Grey Hound

2. San Francisco

برنامه‌ها طراحی نشده‌اند تا به مردم اجازه آتش روشن کردن بدهند، بلکه برای این طراحی شده‌اند که آن‌ها را در موقع خطر و آتش‌سوزی امن و زنده نگه دارند. او جواب داد که عود مسئله حساسی است و نباید به هیچ وجه تشویق شود. این جمله مرا متوجه کرد که این روش، در اینجا کاربردی ندارد. اما چه راه حل دیگری می‌توانستیم پیشنهاد دهیم؟ من ترغیب شدم بیشتر تحقیق کنم و بینم چه علتی به عود منجر می‌شود. علاوه بر این، آموخته‌های من در پزشکی، بر درمان رفتاری متمرکز بود، لذا به مجموعه‌ای از اقدامات رفتاری توسعه‌دهنده برنامه رفتاری-شناختی در پیشگیری از عود علاقه‌مند شدم.

بعد از کارآموزی در بیمارستان ایالتی ناپا و دوره‌ای کوتاه‌مدت در دانشگاه کلمبیای بریتانیا، در سمت یک دستیار جدید در دانشگاه ویسکانسین پذیرفته شدم. من کار بالینی‌ام را با بیماران الکلی بستری در بخش بیمارستان ایالت مندوتا شروع کردم. در اواخر دهه ۱۹۶۰ رویکردهای رفتاری آموزشی در درمان اعتیاد به الکل، بیشتر متمایل به انزجاردرمانی بود تا درمان‌های دیگر. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، هدف انزجاردرمانی آن است که برای جلوگیری از دفعات بعدی مصرف، وسوسه و میل برای نوشیدن، به پاسخی آزارنده تبدیل شود. این درمان، بر اصول شرطی‌سازی کلاسیک مبتنی است؛ به‌صورت فراخواندن پاسخ شرطی، زمانی که بیمار با مشروبات الکلی و نشانه‌های آشامیدنی روبه‌رو می‌شود.

برای انجام تحقیقات بیشتر در زمینه استفاده از انزجاردرمانی در درمان سوءمصرف مواد، برای ساخت مشروب‌فروشی کوچک تحقیقاتی، در زیرزمین بیمارستان پژوهانه (گران) دریافت کردم. بیماران درمان‌های طولانی‌مدت داوطلب شدند که به‌صورت تصادفی یا در گروه درمان بیزاری یا در گروه کنترل با درمان‌های معمول قرار بگیرند. بیماران مورد مطالعه ما، مردانی بودند که اکثراً یک دوره طولانی‌مدت وابستگی به الکل داشتند. در انزجاردرمانی با شوک الکتریکی، هر بیمار گروه آزمایشی، یک شوک برقی با ولتاژ پایین دریافت می‌کرد که کمی دردآور بود، اما آسیب جسمی نداشت. در طول دوره‌های دوهفته‌ای در مشروب‌فروشی بیمارستان (کارکنان بیمارستان آن را به اسم مارلات، بار و گریل می‌خواندند)، به بیماران نوشیدنی الکلی مورد علاقه‌شان را داده و از آن‌ها خواسته می‌شد یک لیوان از نوشیدنی را بردارند، بویش را احساس کنند و در عین حال چیزی از آن را مصرف نکنند. در همان زمان شوک خفیفی به‌منظور شرطی‌سازی بیزاری از نوشیدنی الکلی مورد نظر، به آن‌ها وارد می‌شد (اوکولیچ^۱ و مارلات^۲، ۱۹۷۲).

1. Okulitch

2. Marlatt

بعد از ترخیص بیماران، جلسات پیگیری یک سال و سه ماه بعد از اتمام دوره درمانی (۱۵ ماه بعد از درمان) برگزار شد. در جلسات پیگیری سه ماهه، بیمارانی که در انزجاردرمانی شرکت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل دوران پاک‌ی طولانی‌تر و میزان نوشیدن الکل کمتری داشتند. به‌رغم این نتایج اولیه امیدبخش، جلسات پیگیری یک‌ساله نشان داد بیماران گروه آزمایشی، بازگشت قوی‌تری داشتند و بیشتر از گروه کنترل می‌نوشیدند. بنابراین، نه‌تنها شرطی‌سازی بیزاری با گذشت زمان بی‌اثر می‌شد، حتی میزان مرگ‌ومیر بر اثر نوشیدن الکل در آزمودنی‌هایی که تحت این درمان قرار گرفته بودند، نسبت به آزمودنی‌هایی که در برنامه‌های عادی بیمارستان‌ها شرکت می‌کردند نیز بیشتر بود.

پیشینه پژوهش درباره آثار کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تنبیه و شرطی‌سازی بیزاری نیز این نتایج را تأیید می‌کرد. پژوهش‌ها نشان داد که تنبیه در سرکوبی موقت رفتار مؤثر است، اما با گذشت زمان و در صورت نبود پاسخ رفتاری جایگزین، رفتار هدف دوباره ظاهر می‌شود. بنابراین، آموزش رفتارهای مقابله‌ای جایگزین ضروری است. همان‌طور که درباره ارزیابی موقعیت‌هایی که در اولین لغزش بیماران پس از یک دوره پاک‌ی نقش دارند، فکر می‌کردم، این سؤال‌ها به ذهنم رسید: برانگیزاننده‌های مرتبط با نوشیدن یک لیوان الکل کدام است؟ در اولین روزی که واکن بیماران از خط خارج می‌شود، چه روی می‌دهد؟ و به این نتیجه رسیدم، اگر اطلاعات بیشتری درباره این رویدادهای برانگیزاننده داشته باشیم، ممکن است بتوانیم مهارت‌های جدید و مؤثری، به‌منظور جلوگیری از عود، به بیماران آموزش دهیم.

در مطالعه انزجاردرمانی، سؤال ذهنی‌ام این بود که آیا عود در بیماران و نوشیدن اولین لیوان الکل پس از یک دوره پاک‌ی در محیطی صورت می‌گیرد که با محیط درمان (طی درمان از مشروب‌فروشی به‌عنوان محرک استفاده شده بود) تفاوت دارد؟ (انزجاردرمانی از آن جهت محدودیت دارد که ممکن است آثار آن معطوف به نوشیدنی و محیطی خاص باشد که در درمان اولیه مورد استفاده قرار گرفته است). در نتیجه، ما دوره‌های عود این بیماران را در جلسات پیگیری به‌دقت بررسی کردیم. با بیمارانی که عود داشتند، به‌مدت چند روز مصاحبه شد. برای به‌دست‌آوردن اطلاعات دقیق در مورد عودشان، از جمله وضعیت جسمانی، حضور یا عدم‌حضور دیگران، رویدادهای بیرونی و درونی خاصی که می‌توانست عود را رقم بزند و احساسات و عواطفشان در آن لحظه، توصیف‌ها در مورد دوره‌های عود، کدگذاری و طبقه‌بندی شد.

یکی از دو حیطة مهم که بیش از نیمی از موارد عود در آن قرار می‌گرفتند، تعاملات بین‌فردی بود. نزدیک به یک‌سوم از دوره‌های عود زمانی رخ می‌داد که بیمار از دستیابی به اهدافش خسته و ناتوان شده و خشمگین بود و در این مواقع به‌جای ابراز جرئت‌مندانة خشم، این هیجان به‌صورت نوشیدن الکل نشان داده می‌شد. حیطة دوم، تأثیرات اجتماعی را شامل می‌شد، اغلب بیماران این گروه گزارش می‌دادند که در مقابل فشار اجتماعی مستقیم و غیرمستقیم برای نوشیدن الکل نمی‌توانند مقاومت کنند. حیطة‌های دیگر، حیطة‌های درون‌فردی است، مانند درگیر شدن در وسوسه. اغلب به‌دلیل محرک‌های محیطی (همانند موردی که در بیمارستان ایالت ناپا داشتم، این فرد به‌محض وارد شدن به محیط مشروب‌فروشی، شروع به نوشیدن می‌کرد). در مطالعه‌ای دیگر، به الگوهای مشابه موجود (مصرف سیگار و هروئین) در موقعیت‌های پرخطر مربوط به عود دیگر رفتارهای اعتیادی پی بردیم. به‌نظر می‌رسید وضعیت مشابهی در همه‌ی این الگوها وجود دارد که آن‌ها را به برانگیزاننده‌ی بالقوه‌ی مصرف الکل تبدیل می‌کند و این وضعیت مشابه عبارت است از: نیاز برای «خوددرمانی»، زمانی که فرد حالت‌های هیجانی منفی شدید مثل خشم، اضطراب، افسردگی و تعارض بین‌فردی را تجربه می‌کند.

در تلاش برای یافتن موقعیت‌های پرخطر به این نتیجه رسیدیم، هرچند عوامل میانجی زیربنایی زیادی درگیرند، درک شخصی فرد از «خطر» بیشترین اهمیت را دارد. بنابراین، موقعیت پرخطر موقعیتی است که برای احساس کنترل فرد (خودکارآمدی) تهدید محسوب شود و خطر عود را بیفزاید. رفتارهای متنوعی همچون نوشیدن الکل، سیگار کشیدن و انواع وابستگی به مواد (به‌رغم تعهد فرد بر پاک‌ماندن)، اغلب در شرایط مشابهی رخ می‌دهد. بیشتر مصرف‌کنندگان انتظارات مثبت نیرومندی (وسوسه) در مورد مصرف مواد به‌مثابه یک راهبرد مقابله دارند. مصرف‌کنندگان باور دارند نمی‌توانند در موقعیت‌های تنش‌زای خاص، مثل خشم، رفت‌وآمد با همسن و سالان مصرف‌کننده‌ی مواد یا رویارویی با ارزیابی منفی، مقابله کنند، مگر اینکه از رفتارهای اعتیادی همچون چوب زیربغل و تکیه‌گاه استفاده کنند.

مهم‌ترین عامل کاهنده‌ی خطر عود در موقعیت‌های پرخطر، به‌عبارتی هسته‌ی مدل RP، دسترسی به پاسخ‌های مقابله‌ای جایگزین است. اگر شخص روش‌های جدید مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا را بیاموزد، خودکارآمدی او افزایش و احتمال عود در او کاهش می‌یابد. تمرکز RP بر شناسایی موقعیت‌های پرخطر و افزایش مهارت‌های مقابله به‌منظور افزایش

خودکارآمدی و کاهش احتمال عود است. پس از انتشار کتاب پیشگیری از عود (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵)، مطالعات درمانی زیادی به منظور ارزیابی بالینی اثربخشی RP انجام گرفت که مختصری از آنها در ویرایش دوم این کتاب (مارلات و گوردون، ۲۰۰۵) ذکر شده است. یافته‌ها در کل نشان داد، هرچند RP به طول مدت و میزان پاکی بالاتر پس از درمان منجر نمی‌شود، اما به‌نحوی معنادار، شدت و تعداد دفعات عود را می‌کاهد و اگر واکن این بیماران از ریل پاکی و درمان خارج شود، به آنها کمک می‌کند هرچه سریع‌تر، دوباره به مسیر بازگردند.

طی ربع قرن گذشته تلاش کردیم مهارت‌های مقابله‌ای ساده و نیرومندی در برنامه RP بگنجانیم. یکی از مؤثرترین و در دسترس‌ترین سازوکارهایی که در این برنامه قرار دادیم، مراقبه ذهن‌آگاهی بود. در ویرایش کتاب پیشگیری از عود، در فصلی با عنوان «اصلاح سبک زندگی»، مراقبه راهبردی مقابله‌ای شناختی معرفی می‌شود که در برقراری تعادل افراد در موقعیت‌های توأم با خطر عود و مرتبط با سبک زندگی پرتنش نقش دارد.

یکی از مهم‌ترین آثار تمرین منظم مراقبه، ایجاد ذهن‌آگاهی است. قابلیت مشاهده فرایند جاری تجربه‌کردن، بدون درگیر شدن با آن یا بررسی و شناسایی محتوای افکار، احساسات و تصورات است. ذهن‌آگاهی مهارت شناختی مؤثر، به‌ویژه برای تمرین RP است. اگر مراجعان بتوانند از طریق تمرین منظم مراقبه این مهارت را به‌دست آورند، می‌توانند خود را از گیرایی اشتیاق، وسوسه و دلیل تراشی‌های شناختی که به‌نحوی به عود می‌انجامد، رها کنند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵، ص ۳۱۹).

علاقه شخصی من به مراقبه در اوایل دهه ۱۹۷۰، پس از انتقال به دانشگاه واشینگتن در سیاتل آغاز شد. در آن زمان در مورد زندگی شغلی‌ام اضطراب داشتم. در زمان آغاز دوره‌های اضطراب، فشارخونم هم افزایش پیدا می‌کرد. درمان‌گرم مراقبه را همانند روشی برای ایجاد آرامش به من توصیه کرد. در مقابل این توصیه، موضع من دفاعی بود. به‌عنوان یک رفتار درمانگر، توضیح دادم علاقه‌ای به انجام درمان‌های شرقی و تمرین‌های مربوط به آیین‌های هندی و بودایی ندارم. او مقاله‌ای در مورد اثربخشی تمرین منظم «مراقبه متعالی»^۱ بر کاهش فشارخون دیاستولیک بیماران مبتلا به فشارخون به دستم داد و گفت: «از آنجا که شما پژوهشگرید، به‌نظرم این نتایج شما را تحت‌تأثیر قرار خواهد داد» و در ادامه شرکت در جلسات

1. Transcendental Meditation (TM)

TM را به مدت سه ماه توصیه و اضافه کرد، چنانچه شرکت در این جلسات، فشارخون مرا کاهش ندهد، آن گاه دارو را برایم تجویز خواهد کرد: «شما می‌توانید فشارخون پایه خود را ثبت و پس از آن از اندازه‌گیری فشارخون روزانه‌تان نموداری تهیه کنید. چه درمان مؤثر باشد و چه نباشد، شما در هر حال یک پژوهش شخصی انجام داده‌اید». من پس از شنیدن این توضیحات با شرکت در کلاس‌های TM موافقت و در آن‌ها ثبت نام کردم.

TM یک فن «مراقبه متمرکز»^۱ است که در آن، فرد بر کلمه (کلمه منحصربه‌فردی که مربی به هر یک از مراجعان می‌دهد) متمرکز می‌شود. دستورالعمل بدین‌گونه است: آرام نشستن با چشم‌های بسته به مدت ۲۰ دقیقه در روز و تکرار کلمه مانترا با هر دم و بازدم. وقتی که فکر یا تصاویری تمرکزتان را به هم می‌زند، به آرامی به کلمه مانترا توجه کنید و به نشستن در سکوت و آرامش ادامه دهید.

به‌رغم شک و تردید اولیه، زمانی که تمرین را آغاز کردم، بسیار آرام شدم. هر صبح قبل از سر کار رفتن و هر غروب بعد از کار به مراقبه می‌پرداختم. در کمال خوشحالی، فشارخون دیاستولیک من پس از ۲ هفته از آغاز تمرین، کاهش چشمگیری یافت. درمان‌گرم هم خوشحال بود و ادامه شرکت در جلسات TM و نیز مطالعه کتاب پاسخ آرامش^۲ نوشته هربرت بنسون^۳ را پیشنهاد کرد. بنسون در کتاب خود برای افزایش آرام‌سازی عضلات و کاهش تنش، از نوعی مراقبه پایه بهره گرفته بود. شواهد پزشکی به‌وضوح از فواید مراقبه به‌مثابه یک تمرین کاهش تنش حمایت می‌کند. از آنجا که هم رفتارهای اعتیادی و هم خطر عود، هر دو با افزایش تنش و اضطراب، چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی مرتبطند، بدیهی است که مراقبه می‌تواند به‌منزله یک مهارت مقابله‌ای مفید در برنامه‌های درمانی اعتیاد گنجانده شود.

در نتیجه تجربه‌های شخصی و حرفه‌ای‌ام در حوزه مراقبه، به‌اتفاق همکاران تصمیم گرفتیم بررسی کنیم که چگونه مراقبه، تن‌آرامی و ورزش می‌تواند بر رفتارهای اعتیادی خاصی همچون نوشیدن الکل در مردان اثر بگذارد. هدف از پژوهش این بود که آیا تمرین روزانه (مراقبه، تن‌آرامی عضلانی و ورزش بر مبنای انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل) میزان الکل مصرفی آزمودنی‌ها را تغییر می‌دهد یا خیر؟ به‌جای افراد مصرف‌کننده الکل، افرادی را مدنظر قرار دادیم که معتاد نبودند، اما مصرف الکل آنها بسیار بالا بود. به همین دلیل از سوءمصرف‌کنندگان الکل استفاده نکردیم، چون هدف اساسی درمانی آن‌ها پرهیز از مصرف و

1. concentration meditation

2. *The Relaxation Response*

3. Herbert Benson

رسیدن به پاکی بود که در صورت شرکت در این آزمایش از بین می‌رفت. نتایج نشان داد هر سه تمرین روزانه به‌نحوی معنادار در کاهش میزان مصرف آزمودنی‌های گروه آزمایشی، نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل، در دوره ۱۶ هفته‌ای مداخله مؤثر بوده است. به‌طور متوسط میزان مصرف پس از مداخله، نسبت به میزان پایه قبل از مداخله، ۵۰ درصد کمتر بود (مارلات و مارکز^۱، ۱۹۷۷؛ مارلات، پاگانو، رز^۲ و مارکز، ۱۹۸۴). به‌علاوه در جلسات پیگیری، مشخص شد بسیاری از آزمودنی‌ها به‌میل خود تمرین‌ها را ادامه می‌دهند: ۶۲ درصد از آزمودنی‌های گروه ورزش‌های هوازی (تمرین دویدن) و ۵۷ درصد از آزمودنی‌های گروه مراقبه، به‌نحوی منظم تمرین‌های خود را ادامه می‌دادند.

علاقه من به TM از آن جهت محدود می‌شد که مبانی نظری اندکی در مورد نحوه عملکرد TM بر فرایندهای شناختی و سطوح اضطراب فردی وجود داشت. در اوایل دهه ۱۹۸۰ علاقه من به مراقبه با وارد کردن روان‌شناسی بودایی^۳ کامل شد (مارلات، ۲۰۰۲). متون مربوط به روان‌شناسی بودایی از بسیاری جهت‌ها به درمان رفتاری-شناختی شباهت دارد. در آن زمان مراقبه را زیر نظر اساتید بودایی مختلفی همچون اس.ان. جنکا^۴، استاد معروف ویپاسانا^۵ (یک اصطلاح سانسکریت به معنای «دیدن چیزها به‌همان نحو که واقعاً هستند») آموزش می‌دیدم. پس از ۱۰ روز آموزش، از او در مورد توصیف بودایی اعتیاد پرسیدم. پس از توضیح اینکه بسیاری از متخصصان در ایالات متحد آن را حالتی از «بیماری مغزی» توصیف می‌کنند، این سؤال را مطرح کردم: «بودایی‌ها چگونه اعتیاد را تعریف می‌کنند؟» که پاسخ او این بود: «بله، اعتیاد یک بیماری است، بیماری ذهن». اینجا بود که پی بردم مراقبه می‌تواند برای مبتلایان به رفتارهای اعتیادی، راهبردی برای مقابله با اشتیاق و وسوسه مؤثر باشد، چه این افراد در پی کاهش مصرف باشند و چه در پی رسیدن به پاکی کامل.

چند سال بعد، از روان‌شناس یکی از زندان‌های با حداقل حراست^۶ سیاتل تماسی داشتم که به آموزش مراقبه ۱۰ روزه بر مبنای روش جنکا برای زندانیان داوطلب اشاره می‌کرد، که پس از اولین دوره آن در سال ۱۹۷۷، بنابه درخواست زندانیان این دوره‌های ۱۰ روزه ویپاسانا برای داوطلبان ادامه یافته بود. طبق سنت این دوره آموزشی، زندانیان در سکوت می‌ماندند، مگر در شرایط ارائه دستورالعمل مراقبه توسط استاد یا طرح و پاسخ‌دهی به سؤالات شرکت‌کننده‌ها و مباحث روزانه در توضیح مبانی بودایی ذهن‌آگاهی.

1. Marques
3. Buddhist psychology
5. Vipassana

2. Pagano and Rose
4. S. N. Goenka
6. minimum-security jail

همچنین، این روان‌شناس گفت: بررسی موارد ثبت‌شده در مورد زندانیانی که در جلسات ویپاسانا شرکت می‌کردند، نسبت به زندانیانی که در این کلاس‌ها شرکت نکردند، نشان داد عود و لغزش در این افراد کمتر است. او در ادامه پرسیده بود، آیا دوست دارم یک پژوهش بالینی در مورد ارزیابی اثر دوره‌های آموزشی ویپاسانا بر سوءمصرف الکل و مواد در زندانیان انجام دهم یا خیر. ما برای پیگیری وضعیت زندانیانی که در جلسات درمانی شرکت کرده بودند و مقایسه نتایج آن با کسانی که در آن جلسات شرکت نکرده بودند، از بنیاد رابرت وود جانسون^۱ بودجه دریافت کردیم. نتایج پیگیری آزمودنی‌ها ۳ ماه پس از آزاد شدن از زندان نشان داد، مصرف الکل (و خشونت وابسته به الکل)، کوکائین و ماری‌جوآنا در آن‌ها کاهش چشمگیری داشته و علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی در آن‌ها بهبود و خوش‌بینی نیز در آن‌ها نسبت به گروه کنترلی افزایش یافته است (بوون^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

چگونه می‌توانیم این تجربه را به‌صورت دیدگاهی درمانی درآوریم؟ هرچند شرکت در درمان‌های ۱۰ جلسه‌ای ویپاسانا اثر مفیدی هم بر وضعیت سلامت روان و هم بر مشکلات مربوط به رفتارهای اعتیادی افراد دارد، اما برای بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان، شرکت کردن در جلسات، حتی ۱۰ روزه، بسیار چالش‌برانگیز است. همچنین، می‌دانستیم که بعضی‌ها حتی با شرکت در دوره‌های مبتنی بر تعالیم بودایی مخالفاند. این مسئله در برنامه‌های درمانی ذهن‌آگاهی برای اختلالات دیگری همچون درد مزمن، پریشانی هیجانی (کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (MBSR) که طی ۳۰ سال جان کابات-زین^۴ در دانشگاه پزشکی ماساچوست ایجاد کرد؛ کابات-زین، ۱۹۹۰) و عود افسردگی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ (MBCT)، توسعه‌یافته توسط زیندل سگال^۶ در دانشگاه تورنتو؛ سگال، ویلیامز و تیزدل^۷، ۲۰۰۲) هم دیده می‌شود. هم MBCT و هم MBSR قالب اجرای گروهی دارند و شامل ۸ جلسه درمان هفتگی است. آموزش‌های هر دو نوع درمان، در مدیریت احساسات جسمانی دردناک و اضطراب مرتبط با آن (MBSR) یا مدیریت برانگیزاننده‌های دخیل در عود افسردگی (MBCT) نقش دارند. اثربخشی هر دو نوع درمان از طریق یافته‌های پژوهشی به‌اثبات رسیده است (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲؛ روث و کریسر^۸، ۱۹۹۷؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

1. Robert Wood Johnson

3. mindfulness-based stress reduction(MBSR)

5. mindfulness-based cognitive therapy(MBCT)

7. Williams and Teasdal

2. Bowen

4. John Kabat-Zinn

6. Zindel Segal

8. Rooth and Creaser

بر مبنای دستورالعمل و قالب MBCT و MBSR تصمیم گرفتیم یک برنامه درمانی موازی برای رفتارهای اعتیادی (MBRP) ایجاد کنیم (وینکوویتز، مارلات و واکر^۱، ۲۰۰۵). طرح کلی راهنمای درمانی MBRP شامل ۸ جلسه گروه درمانی هفتگی است که در آن مهارت‌های شناختی-رفتاری RP با فنون ذهن‌آگاهی تلفیق شده است. هدف از این دوره درمانی: (۱) افزایش آگاهی نسبت به برانگیزاننده‌ها و عکس‌العمل‌های عادی، (۲) ایجاد ارتباط جدید با این تجرب، و (۳) یادگیری مهارت‌های عینی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر است. برخلاف انزجار درمانی که به منظور تنبیه رفتارهای مشتاقانه فرد به کار می‌رود، ذهن‌آگاهی نوعی اکتشاف و پذیرش اشتیاق و وسوسه است. به جای تسلیم شدن در مقابل خشنودی لحظه‌ای میل و هوس، ذهن‌آگاهی فرصتی برای مشاهده بالاترین درجه وسوسه، بدون درگیر شدن در آن ایجاد می‌کند. همان‌طور که یکی از مراجعانم به این نتیجه رسیده بود، واژه‌های اعتیاد^۲ و دیکته کردن^۳، ریشه مشترک لاتین دیچیره (تحمیل شدن دستور یا پذیرفتن امری بدون اختیار و اراده) دارند. این فرد می‌گفت: «هنوز هم فکر می‌کنم زمانی که افسرده‌ام، باید زیاد بنوشم، اما پس از تمام کردن دوره مراقبه، دیگر این افکار به من دیکته نمی‌شود. اکنون دیگر این افکار را می‌پذیرم و به‌سادگی اجازه می‌دهم که بگذرند. با حرکت از انزجار به پذیرش، به‌مثابه راهبرد مقابله با وسوسه، بهبودی بر مبنای دیدگاهی دلسوزانه‌تر و از طریق برنامه درمانی MBRP تسهیل می‌شود.

ج. آلن. مارلات

1. Witkeiwitz and Walker
3. dictation

2. addiction

مقدمه

ذهن‌آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود (MBRP)، برنامه‌ای متشکل از مهارت‌های شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی است. طبق تجربه ما، این برنامه برای افرادی مناسب است که دوره درمان بستری یا سرپایی را تمام کرده‌اند؛ برای حفظ و تداوم اهداف درمانی انگیزه دارند و خواهان تغییر سبک زندگی خود به سمتی هستند که حمایت و پشتوانه‌ای برای بهبودی آن‌ها باشد.

گمان می‌کنیم درمانگرانی که این برنامه درمانی را به کار می‌گیرند، یا درباره تمرین ذهن‌آگاهی و درمان اختلال‌های سوءمصرف مواد تجربه دارند، یا به‌طور درخور توجهی به آن علاقه دارند. شاید، مانند برخی مراجعان خود، شما نیز به دنبال رویکردی متفاوت و جایگزین یا دیدگاهی تازه درباره درک و حل اختلالات سوءمصرف مواد و لغزش باشید و شاید شما در جستجوی شیوه دیگری برای کمک به مراجعان خود و رها کردن آن‌ها از این دور باطل یا دیگر رفتارهای مخرب باشید. ما نیز در نتیجه چنین جستجویی، به سمت تدوین برنامه MBRP حرکت کردیم.

برنامه MBRP به این منظور طراحی شده است که تمرین‌هایی از هشیاری ذهن‌آگاه را به افرادی که از تله‌های اعتیادی ذهن رنج می‌برند، ارائه دهد. تمرین‌های این برنامه برای افزایش آگاهی از برانگیزاننده‌ها (افکار و موقعیت‌هایی که به عود منجر می‌شود)، الگوهای عاداتی و واکنش‌های خودکار است که زندگی بسیاری از ما را کنترل می‌کنند. این تمرین‌ها توانایی مکث کردن و مشاهده تجربه حال حاضر را بالا می‌برد، هشیاری ما را نسبت به انتخاب‌های گوناگون در هر لحظه افزایش و در نهایت ما را در مسیر آزادی از الگوهای عاداتی فاجعه‌بار افکار و رفتارمان حرکت می‌دهد.

برنامه MBRP آخرین تجربه ما در ترکیب درمان‌های اختلالات سوءمصرف مواد است. این برنامه شامل سفرهای شخصی ما در یادگیری و به‌کارگیری تمرین مراقبه و ارائه آن چیزی است که در زندگی ما ارزشمند به‌شمار می‌رود، با این امید که بعضی از دردها و رنج‌های بیماران را کاهش دهد. همچنین، جا دارد اشاره کنیم به دلیل توجه و حمایت پیشگامان برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این برنامه موفق شده و به ثمر رسیده است. اینها افرادی بوده‌اند که راه را برای گنجاندن این تمرین‌ها و سنت‌های گرانبها، در علوم غربی، روان‌شناسی و پزشکی باز کرده‌اند.

ما بیش از این نمی‌توانیم بر اهمیت تمرین مراقبه به‌مثابه اساس و پایه آموزش و آمادگی تأکید کنیم. اگرچه MBRP به‌وسیله اصول روان‌شناسی رفتاری و شناختی شکل گرفته است، اما این تمرین ذهن‌آگاهی است که این برنامه را از بسیاری از برنامه‌های درمانی دیگر در زمینه سوءمصرف مواد متمایز می‌کند. امید ما این است که در سنت کاهش اضطراب مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این برنامه بر پایه مراقبه ذهن‌آگاهی باقی بماند. تجربه درمان‌شناختی و آشنایی با گروه‌های تسهیل‌کننده و کار با معتادان پسندیده است، ولی شاید دومین پایه و اساس، تمرین ذهن‌آگاهی فردی است. خود تمرینات که به تسهیل‌کنندگان MBRP اجازه می‌دهد نگرش‌ها و رفتارها را از طریق دعوت شرکت‌کنندگان به آن‌ها انتقال دهند، قلب این برنامه است. بر اساس تجربه ما، هیچ میان‌بری وجود ندارد، فقط از طریق تمرین فردی و تجربه حاصل از چالش‌ها و کسب بینش‌های همراه با آن است که ما به‌عنوان تسهیل‌کنندگان می‌توانیم به‌درستی شروع به تجسم و ارتقای MBRP کنیم.

برای کسانی که شاید تازه به تمرین ذهن‌آگاهی روی آورده‌اند، قویاً اکتشافات شخصی مراقبه ذهن‌آگاهی را پیش از شروع به ارائه این درمان پیشنهاد می‌کنیم، برای نقطه شروع، شاید بهتر باشد که فهرستی از منابع مراقبه موجود در جلسه آخر برنامه استخراج کنید. علاوه بر کتاب‌ها و نوارهایی که در آنجا فهرست شده است، توصیه اکید می‌کنیم که راهنمایی مستقیمی از آموزگار با تجربه یا عضوی که حداقل در یک دوره درمانی فشرده مراقبه شرکت کرده است، بگیرید. این آموزش‌ها در نقاط مختلف کشور ارائه می‌شود و آنهایی که آموزش بینش یا مراقبه ویپاسانا را دیده‌اند، بیشتر همخوان با تمریناتی است که در این برنامه وجود دارد.

قسمت اول این کتاب درباره پیشینه و اساس توسعه MBRP است و توضیحاتی درباره تجربه ما و توصیه‌هایی برای آموزش و درمان ارائه داده است. این قسمت شامل مثال‌هایی از چالش‌های روبه‌رو، فصل‌های یادگرفته‌شده و موضوعاتی است که نیازمند ملاحظه بیشترند. همچنین، نگاهی کوتاه به یک تحقیق اولیه درباره ارزیابی اثربخشی MBRP انداخته‌ایم.

بقیه این کتاب طوری طراحی شده است که توصیه‌های درمانی به خوانندگان را در هشت فصل ارائه کند. این فصل‌ها بحث‌هایی جزئی درباره مضمون‌ها و تمرین‌های هر جلسه، علاوه بر توصیف تجارب رایج شرکت‌کنندگان در برنامه MBRP و فایده‌های آمدن بر مشکلات احتمالی ارائه می‌کنند. همچنین، فهرست مواد لازم، ساختار و جزئیات، شامل برگه‌های تمرین، دست‌نوشته‌ها

و مثال هایی دربارهٔ راهنمایی مراقبه است. سه جلسهٔ اول بر تمرینات ذهن آگاهی و ترکیب تمرین های ذهن آگاهی با زندگی روزمره و سه جلسهٔ دوم بر پذیرش تجربهٔ زمان حال و تمرینات ذهن آگاهی برای پیشگیری از عود تمرکز دارد. دو جلسهٔ آخر نیز شامل توضیحات بیشتری دربارهٔ خودمراقبتی، شبکه های حمایتی و سبک زندگی متعادل است. هر جلسه براساس جلسهٔ قبلی طراحی شده است و بناست به ترتیبی که ما در اینجا توضیح می دهیم تمرین شود. ساختار ارائه شده در این برنامه، در ترکیب با تمرین ذهن آگاهی روزانهٔ شخص تسهیل گر طراحی شده است تا به مراجعان، دیدگاه ها و مهارت های جدید، نه فقط در چالش های روزانهٔ فرایند بهبودی، بلکه در هشیاری لحظه به لحظه، دلسوزی و آزادی ای که تمرین ذهن آگاهی می تواند به ارمغان بیاورد، ارائه دهد.

بخش اول

اجرای ذهن آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود

MBRP ترکیبی از درمان شناختی- رفتاری استاندارد مبتنی بر پیشگیری از عود به همراه تمرین های مراقبه ذهن آگاهی است. بنابراین، برنامه MBRP علاوه بر شناسایی راه اندازها و موقعیت هایی که شرکت کنندگان در آن آسیب پذیرند، شامل آموزش مهارت های عملی برای استفاده از آنها در چنین موقعیت هایی نیز بود. در کنار این مهارت ها، شرکت کنندگان در مورد تمرین های ذهن آگاهی هم آموزش می بینند. این تمرین ها باعث افزایش آگاهی و تغییر در نحوه ارتباط فرد با همه تجارب درونی (حس های بدنی، افکار، هیجانات) و بیرونی (سرنخ های محیطی) می شود. همچنین، فرد احساس می کند از حق انتخاب، دلسوزی (شفقت) و آزادی بیشتری برخوردار است.

این برنامه بر اساس کاهش اضطراب مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات- زین ۱۹۹۰، MBSR)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT، سیگال، ویلیامز، تیزدل ۲۰۰۲) و پروتکل جلوگیری از عود دالی و مارلات (۲۰۰۶) شکل گرفته است. پس از اصلاحات متعدد در محتوا، ساختار و سبک به برنامه ای دست پیدا کرده ایم که هماهنگی زیادی با تجربیات و نیازهای شرکت کنندگان MBRP داشت. MBRP همیشه در حال پیشرفت خواهد بود و همراه با هر گروه جدید از شرکت کنندگان به رشد خود ادامه می دهد. بنابراین، در اینجا یک دوره آشنایی با MBRP را ارائه می دهیم و امیدواریم جامعه در حال توسعه MBRP نیز به رشد خود در جهت برنامه ای بسیار مؤثر ادامه دهد.

در ادامه، ضمن ارائه توصیفی کوتاه از تجربه خودمان، مثابه تسهیل گر MBRP، به بحث درباره مسائل گوناگونی که با آن روبه رو شده ایم و درس هایی که در طول مسیر آموخته ایم نیز می پردازیم. ما تجربه مدون خود را درباره انتخاب و آموزش تسهیل گرها و هدایت گروه های