

فهرست

۷.....	تقدیر و تشکر
۹.....	پیشگفتار
۱۹.....	بخش اول: هدایت برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی
۳۹.....	بخش دوم: راهنمای تسهیلگر
۴۲.....	جلسه اول: وضعیت خودکار و عود مصرف
۶۴.....	جلسه دوم: آگاهی از راه اندازها و وسوسه ها
۹۰.....	جلسه سوم: توجه آگاهی در زندگی روزمره
۱۰۹.....	جلسه چهارم: توجه آگاهی در موقعیت های پرخطر
۱۲۶.....	جلسه پنجم: پذیرش و عمل هوشمندانه
۱۴۵.....	جلسه ششم: افکار ما چیزی جز فکر نیستند
۱۶۲.....	جلسه هفتم: مراقبت از خود و ایجاد تعادل در سبک زندگی
۱۷۴.....	جلسه هشتم: حمایت اجتماعی و تمرین مستمر
۱۸۷.....	منابع
۱۹۱.....	واژه نامه انگلیسی به فارسی
۱۹۳.....	واژه نامه فارسی به انگلیسی
۱۹۵.....	درباره نویسندگان
۱۹۷.....	معرفی کتاب

تقدیر و تشکر

از تمامی افرادی که در مسیر طراحی برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی و کتاب راهنمای آن به ما کمک کرده‌اند، بی‌اندازه ممنونیم. این آموزگاران، همکاران و دوستان با همکاری، حمایت، استعداد و هوش خود به خلق این برنامه کمک کرده‌اند.

ساختار و محتوای این برنامه بیش از هر چیز از فعالیت‌های جان کابات- زین و همکارانش در «مرکز کاربست توجه آگاهی در پزشکی، مراقبت از سلامت و جامعه» در دانشکده پزشکی دانشگاه ماساچوست و برنامه کاهش استرس بر مبنای توجه آگاهی که از کارهای برجسته او بوده، الهام و تأثیر گرفته است؛ او در کتاب «زندگی غنی به‌رغم فاجعه‌ها» (۱۹۹۰) به این تلاش‌ها اشاره کرده است. علاوه بر این، تعدادی از تمرین‌ها از کتاب «ساخت درمانی بر مبنای توجه آگاهی برای افسردگی»، تألیف زیندل سیگل، مارک ویلیامز و جان تیزدیل (۲۰۰۲) انتخاب یا اقتباس شده است.

موهبت مشاوره و بازخوردهای جان کابات- زین، زیندل سیگل، راجر نولن، جادسن بروئر، لیزا دیل- میلر، کوین گریفین و جامپا شانمن نیز مایه خوشبختی ما بوده است. از جودیت گوردون، مدلن بولینگ، سندرا کافمن، انیل کومار و استیون ونوی که سرپرست آزمایش‌های بالینی بودند و زمان و تخصص خود را بدون چشم‌داشت به این فعالیت اختصاص دادند، بی‌نهایت متشکریم. از کیتی وانکیویتز، مری لاریمر، برایان استیفین، جوئل گرو، شرون سو، سیما کلیفاسفی، سوزان کالینز، اسکات هانت، جورج پارکز، آن داگلاس و میشل گارنر برای نقش آنها در طراحی این برنامه سپاسگزاریم. از کیتی مور و کمک‌های او در زمینه ویراستاری کتاب تشکر می‌کنیم. همچنین از تمامی اعضای خانواده، همسران و دوستان‌مان که با حمایت و الهام‌بخشی خود، بی‌قید و شرط ما را همراهی کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. تشکر خالصانه ما نثار تمامی مربیانی که با خرد و قلب مشفق خود، الهام‌بخش ما بودند و تجربه و ادراک ما از توجه آگاهی را عمیق‌تر کردند. در پایان، از ایمان، تعهد و تمرین تمامی افرادی که در برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی شرکت کرده‌اند، بی‌اندازه متشکریم.

مرکز ملی سوءمصرف مواد، تأمین‌کننده بودجه پروژه طراحی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی در مرکز پژوهش رفتارهای اعتیادآور به سرپرستی دکتر آلن مارلات بوده است.

پیشگفتار

در برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی، مراقبه‌های توجه آگاهی با مدل متداول برنامه پیشگیری از عود ادغام می‌شوند. مدل مرسوم برنامه پیشگیری از عود نوعی مداخله شناختی رفتاری است که برای کمک به پیشگیری از عود یا مدیریت آن طراحی شده و مخصوص مراجعانی است که برای رهایی از رفتارهای اعتیادآور خود تحت درمان هستند. برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی نیز یک برنامه مراقبتی پس از ترخیص است که به ثبات نتایج درمان و پرورش سبک زندگی پایدار در افرادی که دوره بهبود را می‌گذرانند، کمک می‌کند. در این کتاب قصد داریم راهبردهای بالینی برای درمان مشکلات مربوط به مصرف الکل و مواد مخدر را به شما معرفی کنیم. همچنین برای مقابله با ولع و وسوسه مصرف که ممکن است منجر به عود اشکال مختلف رفتارهای اعتیادآور شود، روش‌های مقابله‌ای متفاوتی را ارائه خواهیم کرد. در این پیشگفتار به پژوهش‌های قبلی و تجاربی که منجر به طراحی برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی شده نگاهی می‌اندازیم تا فضا را برای ارائه مطالب بعدی آماده‌تر کنیم.

بخش عمده‌ای از پژوهش‌های موجود تحت تأثیر جست‌وجوی «راه میانه» بوده، یعنی تعادل میان لذت‌طلبی زیان‌آور و پرهیز مطلق یا تعادل بین خویش‌تن‌داری و خودشفقت‌ورزی. کار من با ارزیابی اثربخشی انزجاردرمانی با شوک الکتریکی بر وابستگی به الکل آغاز شد. انزجاردرمانی یک فرایند تنبیهی است که وسوسه را به یک پاسخ انزجارآور تبدیل می‌کند و با میل به اجتناب یا فرار از درد همراه است تا از وسوسه نوشیدن الکل یا مصرف مواد پیشگیری کند. با بررسی نتایج رویکرد انزجاردرمانی متوجه شدیم که حتی اگر در کوتاه‌مدت اثربخش باشد، میزان عود افراد در بلندمدت بیشتر خواهد بود.

با انجام پژوهش‌های بیشتر، من و همکارانم به سمت رویکردهایی متعادل‌تر تغییر جهت دادیم. از آن زمان مسیری طولانی را پشت سر گذاشته‌ایم و دریافته‌ایم که استفاده از مهارت‌های توجه آگاهی که مبتنی بر اصول خودشفقت‌ورزی و پذیرش تمامی تجارب از جمله ولع و وسوسه است، موفقیت بیشتری در کاهش احتمال عود دارد. توجه آگاهی روشی اثربخش و ماهرانه برای ایجاد تغییرهای مداوم و ارادی در رفتار است و بر مهربانی و انعطاف‌پذیری تأکید می‌کند.

بسیاری از افراد (از جمله افرادی که خود را «معتاد» می‌دانند) معتقدند اعتیاد یک مشکل اخلاقی و سزاوار مجازات است. در برنامه «مبارزه با مواد مخدر»، مصرف‌کنندگان غیرقانونی به دلیل رفتار غیراخلاقی و غیرقانونی خود زندانی می‌شوند؛ مداخله‌ای که یکی دیگر از اشکال رویکرد انزجارآور است. در اکثر مواقع، فرد معتاد مسئول «عادت بد» خود یعنی ادامه به سوءمصرف شناخته می‌شود. این افراد با سوءمصرف الکل یا سایر مواد، گناه و شرم بسیاری را تجربه می‌کنند و از ترس طرد شدن و

مجازات، به ندرت به شکل داوطلبانه برای درمان مراجعه می‌کنند. بسیاری از این افراد در نهایت یا به دلیل فشار اعضای خانواده و همکاران خود یا پس از زندانی شدن به دلیل جرایم مربوط به مواد مخدر، مجبور به طی کردن مراحل درمان می‌شوند. این پیامدها احساس ننگ و شرم را در این افراد افزایش می‌دهد. جست‌وجو برای یافتن راه میانه باعث شد به این فکر کنم که آیا دیدگاه مثبت‌تری برای بررسی ماهیت و منشأ اعتیاد وجود دارد؟ روان‌شناسی بودایی مسیری امیدبخش برای بهبود معرفی می‌کند که روشی جایگزین و شاید مکمل برای غلبه بر رفتار اعتیادآور است. بر اساس «چهار حقیقت جلیل» که بودا بیان کرده، زندگی آکنده از رنج است (اولین حقیقت جلیل) و دلیل این رنج، دل‌بستگی یا وسوسه است (دومین حقیقت جلیل) که به اشکال مختلفی تجربه می‌شود، برای مثال وسوسه لذت‌های حسی، میل به تغییر آنکه هستیم، دستیابی به هدف بعدی، انزجار، اجتناب یا جنگیدن با «آنچه هست». خبر خوب این است که راهی برای رهایی از این رنج وجود دارد (سومین حقیقت جلیل) که «مسیر هشت‌گانه» نامیده می‌شود (چهارمین حقیقت جلیل).

در مسیر هشت‌گانه به هشت رفتار مطلوب (که در مکتب بودایی، رفتار «درست» خوانده می‌شود) و وضعیت‌های ذهنی وابسته به آنها اشاره می‌شود، مانند «توجه‌آگاهی درست» که با تمرین مراقبه حاصل می‌شود (سایر گام‌های این مسیر که شامل شناخت درست، هدف درست، گفتار درست، کردار درست، زیست درست، کوشش درست و تمرکز درست است، با بسیاری از اهداف درمان شناختی رفتاری همخوانی دارد). به‌طور کلی، مسیر هشت‌گانه و روان‌شناسی بودایی با همان مسائلی سروکار دارند که اغلب در درمان اعتیاد با آن مواجه می‌شویم، از این رو نه تنها بنیانی برای درک رفتار اعتیادآور در اختیاریان قرار می‌دهند، بلکه مداخلاتی ویژه نیز برای حل مشکلاتی که روند بهبود را به تأخیر می‌اندازند، ارائه می‌کنند.

اما توجه‌آگاهی چه عنصر ویژه‌ای را به حوزه رفتارهای اعتیادآور اضافه می‌کند؟ بر اساس تعریف جان کابات-زین (۱۹۹۴) «توجه‌آگاهی نوعی توجه کردن است: تعمّدی، متمرکز بر لحظه حال و به دور از داوری». هدف از کاربست بالینی توجه‌آگاهی این است که به افراد مبتلا به رفتارهای اعتیادآور کمک کنیم «پدیده‌ها را همان‌طور که هستند ببینند» و بر آینده و یافتن «لذت بعدی» تمرکز نکنند. روان‌شناسی بودایی بر اذعان کردن، احساس کردن و پذیرفتن ناخوشی در لحظه‌ای که پدیدار می‌شود تأکید می‌کند: درک صمیمانه تجربه به‌جای تلاش مستمر برای اجتناب و فرار از آن. این دیدگاه با رویکردی مشفقانه به پدیده‌ها نگاه می‌کند و به‌جای احساس گناه، شرم و سرزنش رفتار خود، به پذیرش و گشاده‌نظری اهمیت می‌دهد. به‌علاوه، توجه‌آگاهی به ما کمک می‌کند از ماهیت متغیر پدیده‌ها آگاه‌تر شویم؛ ذهن، بدن و محیط اطراف ما همیشه در حال تغییر است. برای مثال، یک فرد سیگاری را در نظر بگیرید که تصور می‌کند هر ۴۵ دقیقه باید سیگار بکشد، اما نمی‌داند که اگر این میل به‌ظاهر شدید را تحمل کند و تسلیم آن نشود، ممکن است این میل فروکش کند. توجه‌آگاهی «روشی ماهرانه» برای مقابله با وسوسه‌ها و وسوسه‌ها معرفی می‌کند. در این روش، بدون اینکه اجازه دهید این امیال زیر پایتان را خالی کنند یا شما را در هم بکوبند، آنها را مشاهده می‌کنید. حتی اگر فرد سیگاری احساس کند نیاز به مصرف سیگار در

نهایت به اندازه‌های زیاد خواهد شد که مجبور به روشن کردن آن می‌شود، ولع و وسوسه مصرف سیگار به خودی خود پس از گذشت مدتی ناپدید خواهد شد.

توجه آگاهی با آگاهی فراشناختی همراه است و فرد در این وضعیت می‌تواند به جای تسلیم شدن در برابر رفتارهای شرطی و عادت‌های معمول خود، از «چشم‌اندازی وسیع‌تر» به شرایط نگاه کند. این آگاهی منجر به تقویت احساس آزادی و انتخاب در فرد می‌شود. همان‌طور که ویکتور فرانکل (۱۹۴۶) عنوان کرده، «میان محرک و پاسخ، فاصله‌ای وجود دارد. توانایی ما برای انتخاب پاسخ در همین فاصله قرار گرفته است. پیشرفت و آزادی ما نیز به این پاسخ وابسته است». تمرین‌های توجه آگاهی، آگاهی ما از این فاصله را ارتقا می‌دهند و فرصت‌هایی برای پاسخ‌دهی ماهرانه به جای واکنش‌های خودکار و عادت‌وار ایجاد می‌کنند. به این ترتیب، وقتی فرد با تلنگری برای مصرف مواد مواجه می‌شود، با انتخاب آگاهانه خود احتمال عود را کاهش می‌دهد. در نهایت، رویکرد مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند میل ذهن به تشدید کردن هیجان‌های منفی را کاهش دهد و ننگ، شرم، سرزنش و احساس گناهی را که اغلب افراد مبتلا به رفتارهای اعتیادآور تجربه می‌کنند، کم‌رنگ‌تر کند.

در گذر از انزجاردرمانی به توجه آگاهی، مسیرهای متعددی مرا به سمت این پیوندگاه هدایت کردند. اولین مسیر، تلاش من برای کشف عواملی بود که باعث عود مصرف می‌شد. یکی از اولین بیماران بالینی من، مرد میانسالی بود که با تشخیص وابستگی به الکل به من ارجاع داده شد. سرپرست بالینی بیمارستان دولتی ناپا- جایی که دوره کارآموزی دکتر را در آن می‌گذراندم- به من توصیه کرد از رویکرد بینش‌پرور استفاده کنم؛ رویکردی که در ظاهر به مراجع کمک می‌کند تا درک کند چرا به یک فرد وابسته به الکل تبدیل شده، چرا باید در تمام طول زندگی خود از مصرف آن پرهیز کند، چرا باید در گروه الکی‌های گمنام شرکت کند و برای درمان بستری شود. بعد از اینکه به او کمک کردم متوجه شود که چرا باید تا آخر عمر خود نوشیدن الکل را کنار بگذارد، کاملاً مطمئن بودم که میزان انگیزش او برای بهبود بسیار بالا و پایدار است. در روز ترخیص او را دیدم که سوار اتوبوس شد و به سمت خانه خود در سانفرانسیسکو حرکت کرد.

کمتر از سه روز بعد، در حالی که شدیداً مسموم شده بود، دوباره به بیمارستان ناپا برگشت و در بخش ترک اعتیاد بستری شد. وقتی از او پرسیدم بعد از ترخیص چه اتفاقی برایش افتاده، به من گفت اولین ایستگاهی که اتوبوس در آن توقف کرده، درست روبه‌روی کافه‌ای بوده که اغلب در آن الکل می‌نوشیده است. او گفت با خود فکر کرده که شاید یکی از دوستان قدیمی‌اش داخل کافه باشد، به همین دلیل از اتوبوس پیاده شده و وارد کافه شده است. دوستش آنجا نبوده اما صاحب کافه او را شناخته و برای خوشامدگویی به او برایش یک لیوان ویسکی ریخته است. او گفت که کنترل خود را از دست داده و آن‌قدر به نوشیدن ادامه داده تا بیهوش شده است. یکی از دوستانش روز بعد او را به بیمارستان رسانده بود. بعد از اینکه این ماجرا را برایم تعریف کرد، به من گفت: «دکتر مارلات، شما به‌خوبی به من کمک کردید تا متوجه شوم که چرا به الکل معتاد شده‌ام، چرا باید دست از نوشیدن الکل بردارم و چرا تنها راه بهبود من، خودداری از مصرف الکل است، اما هیچ‌وقت کوچک‌ترین اشاره‌ای به این نکردید که **چطور**

باید این کار را انجام بدهم!»

بعد از این مصاحبه، با مدیر مرکز درمان اختلال مصرف الکل صحبت کردم و از او پرسیدم که چرا با توجه به میزان بالای عود بیماران که در برنامه درمانی شرکت کرده‌اند، اطلاعاتی درباره نحوه مقابله با عود به آنها نمی‌دهیم. نگاهی عاقل‌اندر سلفیه به من کرد و پاسخ داد: «ما به هیچ وجه درباره عود صحبت نمی‌کنیم چون با صحبت کردن درباره عود، به مراجعان مجوز می‌دهیم این کار را انجام دهند.» از او پرسیدم که به نظر شما چرا تمرین‌های فرار از آتش را انجام می‌دهیم؛ قطعاً این فرایند به افراد اجازه نمی‌دهد که مکانی را به آتش بکشند، اما اگر چنین اتفاقی بیفتد، آنها را زنده و ایمن نگه می‌دارد. او پاسخ داد: «عود یک مسئله بسیار حساس است و نباید به هیچ شکلی افراد را به آن ترغیب کرد.» در همین زمان بود که مدل اخلاق‌مدار اعتیاد را در عمل مشاهده کردم و متوجه شدم که اثربخش نیست. اما چه مدلی باید جایگزین آن می‌شد؟ تصمیم گرفتم دلایل عود را با دقت بیشتری بررسی کنم. به علاوه، با توجه به اینکه آموزش مقطع دکترای من بر رفتاردرمانی متمرکز بود، به آزمایش مداخله‌های رفتاری مختلفی علاقه‌مند شدم که ممکن بود در طراحی یک برنامه پیشگیری از عود بر مبنای مدل شناختی رفتاری سودمند باشند.

پس از اتمام دوره کارورزی در بیمارستان دولتی ناپا و اقامتی کوتاه در دانشگاه بریتیش کلمبیا، پیشنهاد استادیاری در دانشگاه ویسکانسین را پذیرفتم و در بخش درمان اختلال مصرف الکل در بیمارستان دولتی مندوتا مشغول کار شدم. در اواخر دهه شصت میلادی، اکثر رویکردهای رفتاردرمانی برای درمان اختلال مصرف الکل بر انزجاردرمانی متمرکز بود. همان‌طور که پیش از این عنوان شد، هدف این درمان تغییر ولع و وسوسه نوشیدن و تبدیل آن به یک پاسخ بی‌زاری آور است که از مصرف بیشتر پیشگیری می‌کند. این درمان مبتنی بر اصول شرطی‌سازی کلاسیک است و به شکلی طراحی شده که بیمار در مواجهه با نوشیدنی‌های الکلی و سایر نشانه‌های مربوط به آن، پاسخی شرطی شده صادر کند.

برای بررسی بیشتر کاربرد انزجاردرمانی در درمان معتادان، کمک‌هزینه‌ای به من داده شد تا یک کافه کوچک در زیرزمین بیمارستان بسازم. تعدادی از بیماران که برای برنامه یک ماهه درمان مراجعه کرده بودند، داوطلب شدند تا به صورت تصادفی به دو گروه انزجاردرمانی و درمان معمول بیمارستان تقسیم شوند. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش مرد بودند و اغلب آنها سابقه‌ای طولانی از وابستگی به الکل داشتند. در فرایند ایجاد انزجار به وسیله شوک الکتریکی، هر یک از بیماران میزانی از شوک را انتخاب می‌کرد که دردناک بود اما آسیب جسمانی به همراه نداشت. بیماران هفته‌ای دو بار به کافه (که کارکنان بیمارستان آن را «کافه مارلات» می‌نامیدند) می‌آمدند، نوشیدنی الکلی مورد علاقه آنها در لیوان ریخته می‌شد و از آنها خواسته می‌شد که لیوان نوشیدنی را بردارند، به آن نگاه کنند، آن را بو کنند اما به هیچ وجه به آن لب نزنند. در این زمان شوک الکتریکی به آنها داده می‌شد تا پاسخ بی‌زاری آور به نوشیدنی الکلی در آنها شکل بگیرد (اوکولچ و مارلات، ۱۹۷۲).

سه ماه پس از مرخص شدن بیماران و همچنین یک سال بعد از آن (پانزده ماه پس از اتمام درمان) وضعیت آنها پیگیری شد. در پیگیری سه‌ماهه، بیماران که در برنامه انزجاردرمانی شرکت کرده بودند

بیشتر از گروه دیگر از مصرف الکل خودداری کرده بودند و میزان مصرف الکل نیز در آنها نسبت به گروه کنترل کمتر بود. به رغم نتایج اولیه که امیدوارکننده بود، افراد گروه انزجاردرمانی پس از یک سال با شدت بیشتری مصرف را از سر گرفتند و میزان مصرف آنها به طرز معناداری بالاتری از گروه کنترل بود. تأثیر انزجاردرمانی نه تنها به مرور زمان محو شده بود، بلکه میزان مصرف بیماران هم نسبت به افرادی که در برنامه معمول بیمارستان شرکت کرده بودند، بیشتر شده بود.

مقاله‌ها و مطالبی که درباره تأثیر کوتاه‌مدت و بلندمدت تنبیه و شرطی‌سازی بیزاری‌آور تألیف شده، این نتایج را تأیید می‌کرد. پژوهش‌ها حاکی از این بود که تنبیه به طور موقت رفتار مورد نظر را سرکوب می‌کند اما با گذشت زمان و فقدان یک پاسخ رفتاری جایگزین، رفتارهای سرکوب‌شده دوباره ظاهر می‌شوند. به این ترتیب متوجه شدیم که باید رفتارهای مقابله‌ای جایگزین را به بیماران آموزش دهیم. با در نظر گرفتن این مسئله، ارزیابی موقعیت‌هایی که منجر به نخستین لغزش پس از یک دوره پرهیز شده بود، با اهمیت به نظر رسید. چه عواملی منجر به نوشیدن نخستین جرعه شده است؟ در روزی که فرد برای اولین بار میزان زیادی الکل مصرف کرده، چه اتفاق‌هایی روی داده است؟ حدس من این بود که اگر اطلاعات بیشتری درباره شرایطی که منجر به عود شده به دست آوریم، شاید بتوانیم راهکارهای مقابله‌ای جدید و اثربخشی به بیماران آموزش دهیم و از عود پیشگیری کنیم.

قصد داشتیم با بررسی تأثیر انزجاردرمانی متوجه شوم که آیا بیماران نخستین نوشیدنی خود را در محیطی متفاوت با محیط درمان (کافه شبیه‌سازی‌شده بیمارستان) مصرف کرده‌اند یا خیر. اگر تأثیر انزجاردرمانی به نوع نوشیدنی و محیطی که درمان اولیه در آن اعمال می‌شود منحصر شود، کاربرد کم و محدودی خواهد داشت. در نتیجه با انجام مصاحبه‌های پیگیری، اطلاعاتی دقیق درباره رویدادهایی که منجر به عود شده بود جمع‌آوری کردیم. در نخستین روزهای عود این بیماران با آنها مصاحبه کردیم و درباره اولین لغزش و اطلاعات مربوط به آن مانند مکان وقوع، افرادی که حاضر یا غایب بودند، رویدادهای بیرونی یا درونی دیگری که پیش از لغزش اتفاق افتاده و هر هیجان یا احساسی که تجربه کرده بودند، پرس‌وجو کردیم. توصیف افراد از رویدادهای مربوط به عود را کدگذاری کردیم و در طبقه‌هایی با تعریف عملیاتی جای دادیم.

اکثر موارد عود در چند طبقه معدود جای می‌گرفت. دو طبقه اول که دربرگیرنده بیش از نیمی از موارد بود، با تعامل‌های بین فردی مرتبط بود. در بیش از یک سوم موارد عود، فرد در حین انجام یک فعالیت هدف‌محور، ناامید و خشمگین شده و به جای ابراز خشم خود به شکلی سازنده، به مصرف الکل پناه برده بود. طبقه دوم دربرگیرنده تأثیر اجتماعی بود؛ بیماران عنوان کرده بودند نتوانسته‌اند در برابر فشار مستقیم یا غیرمستقیم افراد دیگر، از نوشیدن خودداری کنند. سایر طبقه‌ها به عوامل درون‌فردی اختصاص داشت، مانند تسلیم شدن در برابر ولع یا وسوسه که اغلب به دنبال یک محرک محیطی روی داده بود (مانند بیمار من در بیمارستان ناپا که به محض ورود به محیط کافه، تسلیم وسوسه مصرف شده بود). در پژوهش‌های بعدی، در مورد سایر رفتارهای اعتیادآور مانند مصرف سیگار یا هروئین نیز الگوهایی یافتیم که نشان می‌داد محیط‌های پرخطر و عود با هم ارتباط دارند. روی هم‌رفته به نظر می‌رسید در تمامی این

موقعیت‌ها، یک عامل مشترک منجر به عود مصرف می‌شود: وقتی فرد هیجان‌های منفی شدیدی مانند خشم، اضطراب، افسردگی و مشکلات بین فردی را تجربه می‌کند، نیاز به مصرف بر او مسلط می‌شد تا شدت این تجارب را کاهش دهد.

در تلاش برای شناسایی موقعیت‌های پرخطر، متوجه شدیم با وجود اینکه عوامل غیرمستقیم و پنهان بسیاری در عود مصرف اثرگذار هستند، ادراک ذهنی فرد از «خطر» مهم‌تر از تمامی عوامل دیگر است. موقعیت پرخطر موقعیتی است که حس کنترل فرد (خودکارآمدی) را تهدید می‌کند و احتمال عود را افزایش می‌دهد. اگر نوشیدن الکل یا مصرف سیگار و سایر مواد مخدر (پیش از تعهد به پرهیز) در موقعیت‌های مشابهی روی دهد، اکثر مصرف‌کنندگان به شکل مثبت و پایداری (میل) انتظار خواهند داشت که مصرف مانند یک راهکار مقابله‌ای عمل کند. آنها به این نتیجه می‌رسند که اگر به رفتار اعتیادآور خود تکیه نکنند، نمی‌توانند با موقعیت‌های استرس‌زایی مانند احساس خشم، معاشرت با دوستان مصرف‌کننده یا شنیدن ارزیابی منفی دیگران مقابله کنند.

مهم‌ترین عامل کاهش‌دهنده احتمال عود در یک موقعیت پرخطر، دستیابی به پاسخ‌های مقابله‌ای جایگزین بود؛ این عامل اساسی‌ترین بخش مدل پیشگیری از عود است. فرض ما این بود که اگر فرد شیوه‌هایی جدید برای مقابله با موقعیت‌های پرسترس بیاموزد، خودکارآمدی او ارتقا می‌یابد و احتمال عود کمتر می‌شود. پس از انتشار کتاب «پیشگیری از عود» (مارلات و گوردن، ۱۹۸۵)، بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی بالینی برنامه پیشگیری از عود پرداختند که نتایج بسیاری از آنها در ویرایش دوم کتاب خلاصه شده است (مارلات و داناون، ۲۰۰۵). در مجموع، نتایج نشان می‌داد پیشگیری از عود میزان خودداری از مصرف پس از درمان را افزایش نمی‌دهد، اما تعداد دفعات و شدت موارد عود را به طرز معناداری کاهش می‌دهد و به افراد کمک می‌کند پس از لغزش و مصرف مجدد، خیلی سریع‌تر به مسیر درست بازگردند.

در طول ۲۵ سال اخیر تلاش کرده‌ایم مهارت‌های مقابله‌ای اثربخش و آسانی را در برنامه پیشگیری از عود آموزش دهیم. بدون شک، یکی از مؤثرترین و دست‌یافتنی‌ترین روش‌های مقابله‌ای که در اختیار داشته‌ایم، مراقبه توجه‌آگاهی بوده است. در فصل «اصلاح سبک زندگی» در نخستین ویرایش کتاب «پیشگیری از عود»، مراقبه را یک راهبرد مقابله‌ای شناختی دانسته‌اند که با ایجاد تعادل، خطر عود در نتیجه سبک زندگی پرسترس را کاهش می‌دهد.

یکی از مهم‌ترین اثرهای مراقبه منظم، پرورش توجه‌آگاهی است: توانایی مشاهده فرایند مستمر تجربه، بدون اینکه به محتوای افکار، احساس‌ها یا تصاویر «دلبسته» شوید یا خود را با آنها یکی بدانید. توجه‌آگاهی یک مهارت شناختی بسیار مؤثر در پیشگیری از عود است. اگر مراجعان با تمرین مستمر مراقبه، توجه‌آگاهی را در خود پرورش دهند، می‌توانند از دام ولع‌ها، وسوسه‌ها یا توجیه‌های شناختی که منجر به لغزش می‌شود، «رها» شوند (مارلات و گوردن، ۱۹۸۵).

از اوایل دهه هفتاد میلادی و زمانی که به دانشگاه واشنگتن در سیاتل نقل مکان کردم، به مراقبه علاقه‌مند شدم. فشارهای کار دانشگاهی و استرس «یا مقاله چاپ کن یا با شغلت خداحافظی کن»، فشار

خونم را بالا برده بود. پزشکم پیشنهاد کرد برای آرام شدن از مراقبه کمک بگیرم. با حالتی تدافعی گفتم که من یک رفتار درمانگر و هیچ علاقه‌ای به انجام تمرین‌های «شرقی» مکاتب هندو یا بودایی ندارم. او مقاله‌ای به من داد که در آن نوشته شده بود تمرین مستمر مراقبه‌ی تعالی‌بخش، فشار خون دیاستولیک بیماران مبتلا به فشار خون بالا را کاهش می‌دهد. او گفت: «از آنجا که شما پژوهشگرید، فکر کردم شاید دیدن این نتایج برایتان جالب باشد.» او به من توصیه کرد در کلاس مراقبه‌ی تعالی‌بخش ثبت نام و برای سه ماه آن را آزمایش کنم و گفت که اگر فشار خونم در این مدت پایین نیاید، دارو تجویز خواهد کرد. «می‌توانید هر روز فشار خون خود را اندازه بگیرید و در یک نمودار ثبت کنید و ببینید که اثربخش بوده است یا خیر. هدف این پژوهش شخصی همین خواهد بود.» پیشنهاد او را پذیرفتم و در کلاس مراقبه‌ی تعالی‌بخش ثبت نام کردم.

مراقبه‌ی تعالی‌بخش نوعی «مراقبه‌ی تمرکز» است و فرد مراقبه‌کننده بر ذکر (مانترا) یا کلمه‌ای که مربی به او می‌گوید، متمرکز می‌شود. باید هر روز بیست دقیقه در سکوت و با چشمان بسته می‌نشستم و ذکر را با هر دم و بازدم تکرار می‌کردم. به من گفته شد که هر زمان افکار یا تصاویر دیگری ذهنم را به خود معطوف کردند، با آرامش توجه خودم را به ذکر معطوف کنم و به نشستن در سکوت ادامه دهم. پس از اینکه با شک و تردید بسیار تمرین را شروع کردم، متوجه شدم که بسیار آرامش‌بخش است. هر روز صبح پیش از شروع کار و هر شب پس از اتمام کار، مراقبه را انجام می‌دادم. با خوشحالی متوجه شدم که فشار خونم پس از دو هفته تمرین روزانه به‌طرز معناداری کاهش یافته است. پزشک هم از این نتیجه راضی بود و مرا تشویق کرد که مراقبه‌ی تعالی‌بخش را در آینده ادامه دهم. همچنین به من توصیه کرد کتاب «پاسخ آرامش‌بخش» هربرت بنسن (۱۹۷۵) را نیز مطالعه کنم. بنسن در کتاب خود یک مراقبه‌ی ساده معرفی کرده بود که منجر به آرامش عضلانی و کاهش فشار و تنش می‌شد. شواهد پزشکی به‌وضوح نشان می‌داد که مراقبه برای کاهش تنش مفید است. با توجه به اینکه رفتارهای اعتیادآور و احتمال عود با افزایش تنش و استرس جسمانی و روان‌شناختی بیشتر می‌شود، واضح به نظر می‌رسید که مراقبه می‌تواند یک مهارت مقابله‌ای مؤثر در درمان اعتیاد باشد. در نتیجه تجربه‌ی شخصی و حرفه‌ای در زمینه مراقبه، من و همکارانم تصمیم گرفتیم با انجام چند پژوهش، تأثیر انجام مراقبه، آموزش آرام‌سازی عضله‌ها و ورزش را بر مردانی که در میان جمع، الکل زیادی مصرف می‌کنند بسنجیم. افرادی را انتخاب کردیم که به شکلی افراطی الکل مصرف می‌کردند زیرا قصد داشتیم مشخص کنیم که تمرین روزانه (هر فردی به‌صورت تصادفی در یکی از گروه‌های مراقبه، آرام‌سازی عضله‌ها یا ورزش قرار می‌گرفت) بر میزان مصرف الکل تأثیری می‌گذارد یا خیر. از افرادی که وابسته به الکل بودند استفاده نکردیم زیرا به‌طور معمول، تنها هدف قابل قبول در درمان این افراد خودداری از مصرف است. نتایج پژوهش نشان داد که در طول دوره‌ی شانزده هفته‌ای مداخله، هر سه تمرین روزانه تأثیری معنادار بر کاهش مصرف الکل داشته است. به‌طور میانگین، میزان مصرف نسبت به قبل از انجام مداخله ۵۰ درصد کاهش یافته بود (مارلات و مارکز، ۱۹۷۷؛ مارلات، پگنو، رز و مارکز، ۱۹۸۴). به‌علاوه، شرکت‌کننده‌ها به خواست خود تمرین را در دوره‌ی پیگیری ادامه دادند: ۶۲ درصد از افراد کلاس ورزش ایروبیک (تمرین دو) و ۵۷ درصد از اعضای

گروه مراقبه، تمرین را به صورت منظم انجام دادند.

از آنجا که مطالب نظری محدودی درباره تأثیر مراقبه تعالی بخش بر تغییر عملکرد شناختی و سطح استرس فردی وجود داشت، علاقه من به مراقبه تعالی بخش در حاشیه قرار گرفت. از اوایل دهه هشتاد میلادی، گرایش من به مراقبه منجر به مطالعه روان‌شناسی بودایی شد (مارلات، ۲۰۰۲). نوشته‌های بودایی از بسیاری از ابعاد به درمان شناختی رفتاری شبیه بود. در این زمان در حضور مربی‌های بودایی مختلفی به خلوت‌نشینی پرداختم، از جمله گوینکا، مربی سرشناس و *ویپاسانا* (ویپاسانا یک اصطلاح سانسکریت، به معنای «مشاهده ماهیت واقعی پدیده‌ها» است). در پایان خلوت‌نشینی ده روزه، درباره تعریف بودایی اعتیاد از او سؤال کردم. ابتدا به او توضیح دادم که اغلب متخصصان امریکایی اعتیاد را یک «بیماری مغزی» می‌دانند و از او پرسیدم که «مکتب بودایی اعتیاد را چگونه تعریف می‌کند؟» او پاسخ داد: «بله، اعتیاد یک بیماری است، بیماری ذهن.» با شنیدن پاسخ او متوجه شدم که مراقبه توجه آگاهی می‌تواند به افرادی که از رفتارهای اعتیادآور رنج می‌برند کمک کند تا با ولع‌ها و وسوسه‌های خود مقابله کنند، چه افرادی که به دنبال اعتدال در مصرف هستند و چه افرادی که قصد دارند کاملاً از مصرف پرهیز کنند.

چند سال بعد، روان‌شناسی از زندان سیاتل با من تماس گرفت و از دوره‌های خلوت‌نشینی ده روزه‌ای خبر داد که بر اساس آموزه‌های گوینکا و برای زندانیانی که تمایل به شرکت در آن دارند، تشکیل می‌شد. این دوره‌ها از سال ۱۹۹۷ آغاز شده بود و برای زندانیانی که علاقه‌مند به شرکت در این دوره‌های ده روزه و *ویپاسانا* بودند، ادامه یافته بود. این دوره‌ها به طور معمول در سکوت برگزار می‌شود و به جز راهنمایی‌های مربی مراقبه، پرسش‌های مراقبه‌کنندگان و «خطابه‌های آیینی» برای توضیح اصول مکتب بودایی در مورد مراقبه توجه آگاهی، صدای دیگری این سکوت را نمی‌شکند.

روان‌شناس زندان با بررسی سوابق زندانیان متوجه شده بود میزان تکرار جرم در افرادی که در خلوت‌نشینی و *ویپاسانا* شرکت کرده‌اند، در مقایسه با زندانیانی که تمایلی به شرکت در خلوت‌نشینی نداشته‌اند، کاهش یافته است. او به من پیشنهاد کرد با اجرای یک پژوهش بالینی، تأثیر دوره و *ویپاسانا* را به‌ویژه بر استفاده از الکل و مواد مخدر و احتمال تکرار جرم ارزیابی کنیم. از بنیاد خیریه رابرت وود جانسن کمک‌هزینه پژوهشی دریافت کردیم تا زندانیانی را که در این دوره شرکت کرده بودند، مورد مطالعه قرار دهیم و با افرادی که در آن شرکت نکرده بودند، مقایسه کنیم. اطلاعاتی که بعد از سه ماه از آزادی زندانیان جمع‌آوری شد، نشان‌دهنده کاهش معنادار مصرف الکل (و آسیب‌های مرتبط با آن)، کوکائین و ماریجوانا و بهبود نشانگان روان‌پزشکی و خوش‌بینی بیشتر در مقایسه با گروه کنترل بود (بوئن و همکاران، ۲۰۰۶).

چگونه می‌توانستیم این تجربه را به یک رویکرد درمانی جامع‌تر تبدیل کنیم؟ با وجود اینکه شرکت در یک خلوت‌نشینی ده روزه و *ویپاسانا* تأثیر مثبتی بر سلامت روان افراد و مشکل‌های مربوط به رفتارهای اعتیادآور داشت، می‌دانستیم که شرکت در خلوت‌نشینی ده روزه سکوت برای بسیاری از افراد بسیار دشوار است. علاوه بر این، مطمئن بودیم که برخی از افراد با شرکت در دوره‌ای که مبتنی بر آموزه‌های بودایی است مخالفت خواهند کرد. این مسائل در طراحی برنامه‌های درمانی مبتنی بر توجه آگاهی برای

سایر اختلال‌ها از جمله کمردرد و استرس (برنامه کاهش استرس بر مبنای توجه‌آگاهی، بیش از سی سال پیش توسط جان کابات-زین در دانشکده پزشکی دانشگاه ماساچوست طراحی شد؛ کابات-زین، ۱۹۹۰) و عود افسردگی (شناخت‌درمانی بر مبنای توجه‌آگاهی توسط زیندل سیگل در دانشگاه تورنتو طراحی شد؛ سیگل، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲) مورد توجه قرار گرفته است. هر دو برنامه کاهش استرس و شناخت‌درمانی بر مبنای توجه‌آگاهی به شکل گروهی، در هشت جلسه و بدون بستری شدن بیماران اجرا می‌شوند. در هر دو برنامه، تمرین‌های مراقبه توجه‌آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای فراشناختی بدون اشاره به ریشه‌های مذهب بودایی آموزش داده می‌شوند تا بیماران حس‌های جسمانی دردناک و اضطراب ناشی از آن را مدیریت کنند (کاهش استرس بر مبنای توجه‌آگاهی) یا با عواملی که پس از درمان اولیه، منجر به تسریع عود افسردگی می‌شوند مقابله کنند (شناخت‌درمانی بر مبنای توجه‌آگاهی). اثربخشی هر دو برنامه در پژوهش‌هایی که به بررسی نتایج درمان پرداخته‌اند، تأیید شده است (برای مثال، کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲؛ راث و کریزر، ۱۹۹۷؛ تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰).

ما نیز تصمیم گرفتیم بر اساس ساختار و قالب این دو برنامه، برنامه مشابهی برای درمان رفتارهای اعتیادآور طراحی کنیم: برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه‌آگاهی که اولین بار توسط ویتکیویتز، مارلات و واکر (۲۰۰۵) معرفی شد. همان‌گونه که در راهنمای درمان مشخص شده، پیشگیری از عود مبتنی بر توجه‌آگاهی شامل هشت جلسه هفتگی است که آنها را به شکل گروه‌درمانی اجرا می‌کنیم و مهارت‌های مدل شناختی رفتاری پیشگیری از عود را همراه با تمرین‌های توجه‌آگاهی آموزش می‌دهیم. هدف از انجام این تمرین‌ها، افزایش آگاهی از راه‌اندازها و واکنش‌های عادت‌وار، برقراری روابط جدید با این تجارب و یادگیری و به‌کارگیری مهارت‌های مشخص در موقعیت‌های پرخطر است.

درست بر خلاف انزجاردرمانی که برای تنبیه و سوسه‌های فرد طراحی شده، توجه‌آگاهی طرفدار اکتشاف و پذیرش ولع‌ها و سوسه‌هاست. تمرین توجه‌آگاهی به فرد کمک می‌کند به‌جای تسلیم شدن در برابر میل به کسب لذت آنی، اوج گرفتن موج و سوسه‌های خود را مشاهده کند؛ بدون اینکه اجازه دهد این موج زیر پای او را خالی کند. بر اساس گفته یکی از مراجعانم، واژه‌های «اعتیاد» و «امر و نهی» از یک ریشه لاتین مشتق شده‌اند: گفتن (اعمال نفوذ یا دستور دادن با اقتدار). او می‌گفت: «هنوز هم وقتی افسرده می‌شوم، فکر می‌کنم که دوست دارم مقدار زیادی الکل بنوشم. اما از وقتی که دوره مراقبه را تمام کرده‌ام، می‌دانم که لازم نیست به دستورهای افکارم گوش دهم. آنها را می‌پذیرم و اجازه می‌دهم عبور کنند.» اگر برای مقابله با سوسه، به‌جای انزجار بر پذیرش تأکید کنیم، بهبود بر مبنای یک رویکرد مشفقانه جدید تسهیل می‌شود. در برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه‌آگاهی نیز امید داریم که چنین رویکردی را ارائه دهیم.

آلن مارلات

هدایت برنامه‌پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی

تا به حال متوجه شده‌اید که در برنامه‌پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی، فنون مدل شناختی رفتاری پیشگیری از عود با مراقبه‌های توجه آگاهی تلفیق می‌شود. در نتیجه، برنامه آموزشی شامل شناسایی راه‌اندازها و موقعیت‌هایی است که فرد در برابر آنها ضعف بیشتری دارد و مهارت‌های عملی برای مواجهه با چنین موقعیت‌هایی را نیز دربرمی‌گیرد. در کنار این مهارت‌ها، آموزش تمرین‌های توجه آگاهی نیز باعث می‌شود که آگاهی افراد ارتقا یابد، ارتباط آنها با تجربه درونی (هیجان‌ها، افکار، حس‌ها) و بیرونی (علائم محیطی) خود تغییر کند و حس آزادی انتخاب، شفقت‌ورزی و رهایی در آنها تقویت شود. این برنامه از برنامه‌های کاهش استرس بر مبنای توجه آگاهی (کابات-زین، ۱۹۹۰)، شناخت‌درمانی بر مبنای توجه آگاهی (سیگل، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲) و برنامه اولیه پیشگیری از عود دلیلی و مارلات (۲۰۰۶) الهام گرفته است. پس از انجام اصلاح‌های بسیار در محتوا، ساختار و روش، برنامه‌ای طراحی کردیم که با نیازها و تجارب افراد شرکت‌کننده هماهنگ است. پیشرفت و رشد این برنامه هیچ‌گاه متوقف نمی‌شود و با استفاده از تجارب هر گروه جدید، کامل‌تر خواهد شد. بنابراین با وجود اینکه در حال حاضر توصیف کنونی خود از این برنامه را به شما ارائه می‌کنیم، امیدواریم که جامعه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی کار ما را ادامه دهد و آن را به برنامه‌ای اثربخش‌تر تبدیل کند.

در صفحه‌های پیش رو، به‌طور خلاصه از تجارب‌مان در زمینه تسهیلگری صحبت می‌کنیم و برخی از چالش‌های پیش رو و آنچه را که در این مسیر آموخته‌ایم، با شما در میان می‌گذاریم. همچنین برخی از تجارب و ایده‌هایمان در مورد انتخاب و آموزش تسهیلگر، هدایت گروه و نحوه مقابله با برخی از مسائل نظری، بالینی و تدارکاتی را که ممکن است در ادامه مسیر با آنها مواجه شوید، مطرح خواهیم کرد. امیدواریم همان‌طور که تجارب و راهنمایی‌های مربی‌های برنامه کاهش استرس و شناخت‌درمانی بر مبنای توجه آگاهی به ما کمک کرده، تجارب ما نیز برای افرادی که قدم در این مسیر می‌گذارند، مفید باشد.

تسهیلگری گروه‌های پیشگیری از عود مبتنی بر توجه‌آگاهی

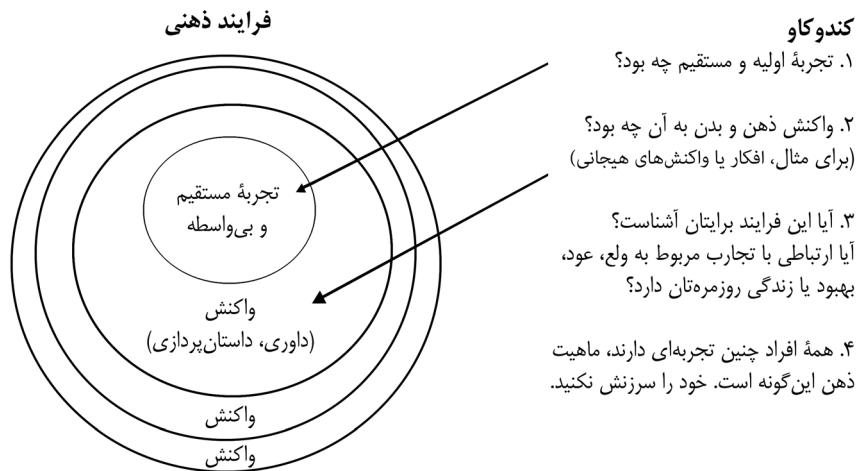
روش و ساختار

در پروتکل ساختاریافته این برنامه، برای هر جلسه تمرین‌ها و کاربرگ‌های مشخصی در نظر گرفته شده که بر اساس اصول درمان شناختی-رفتاری و آموزه‌های سنتی توجه‌آگاهی طراحی شده‌اند. تشویق اعضای گروه به خلاقیت و کنجکاوی، این برنامه را از برنامه‌های دیگر متمایز می‌کند. از آنجا که مربی‌های مراقبه توجه‌آگاهی افراد را به بررسی تجارب خود و اعتماد به آن تشویق می‌کنند، اصول اساسی این برنامه نیز از تجارب افراد شرکت‌کننده تأثیر گرفته و با تمرین و کندوکاو، بررسی شده است. این مسئله به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند با عادت‌های ذهنی و الگوهای رفتاری خود آشنا شوند و با مشاهده تجربه خود، حقیقت را کشف کنند.

کندوکاو

شکل و ساختار گروه به شکلی تنظیم شده که نشان‌دهنده تأکید برنامه بر تجربه مستقیم است. به‌طور معمول، جلسه‌ها با تمرین‌های تجربی آغاز می‌شود و با کندوکاو و گفت‌وگو درباره این تجارب ادامه می‌یابد (سیگل و همکاران، ۲۰۰۲). هدف اصلی این است که این گفت‌وگوها بر تجربه کنونی فرد متمرکز باشند و در مواقع مناسب، درباره ارتباط میان این تجارب و عود، بهبود، وسوسه یا عوامل مربوط به سبک زندگی صحبت شود. تمرکز بر کندوکاو تجربه مستقیم، هدف اصلی تمرین‌های توجه‌آگاهی است: توجه کردن به آنچه به‌راستی در این لحظه پدیدار می‌شود، به‌جای اینکه غرق در تفسیرها و داستان‌ها شویم. با وجود این، افراد در اکثر مواقع عادت دارند که داستان‌هایی درباره تجربه خود بیان کنند. تسهیلگران نیز عادت دارند که درگیر محتوای تجارب افراد شوند یا راه‌حل‌های مختلفی پیشنهاد کنند، اما در این برنامه فرایند متفاوتی حاکم است. تسهیلگران این برنامه باید به شکلی مستمر، هر تعامل را به سمت توصیفی از تجربه‌ای که در حال حاضر روی می‌دهد (حس‌های بدنی، افکار یا هیجان‌ها) هدایت کنند و افراد را از تفسیر و تحلیل تجربه یا داستان‌گویی درباره آن بازدارند. زمانی که یکی از اعضای گروه درباره داستان یا مفهومی حرف می‌زند یا تجربه خود را ارزیابی می‌کند، تسهیلگر با هدایت مجدد فرد به تجربه کنونی، او را به «رها کردن و شروع دوباره» تشویق می‌کند؛ همان هدفی که در تمرین مراقبه دنبال می‌شود. فرایند کندوکاو، نمونه‌ای از گرایش ذهن برای تغییر جهت به سمت افکار و داستان‌هاست و به توجه مجدد به تجربه کنونی کمک می‌کند.

همان‌طور که در شکل ۱-۱ می‌بینید (برگرفته از شناخت‌درمانی بر مبنای توجه‌آگاهی)، فرایند کندوکاو بر تمایز قائل شدن میان تجربه بی‌واسطه (در اکثر موارد، حس یا هیجان) و تکثیر تجربه یا واکنش به آن (داستان‌ها یا داوری‌ها) متمرکز است. هدف اصلی، مشاهده تجربه مستقیم و بی‌واسطه است. تمایز قائل شدن میان تجربه اولیه و واکنش‌های صادر شده در مقابل آن به ما کمک می‌کند بفهمیم که چه زمانی توجه ما منحرف شده است. این واکنش‌ها یا «ضمایم» به شکل جسمانی (مانند فشار یا



شکل ۱-۱ فرایند کندوکاو. اقتباس با اجازه رسمی از زیندل سیگل (۲۰۱۰)

مقاومت)، شناختی (مانند افکار یا داستان‌ها) یا هیجانی (مانند سردرگمی یا میل شدید) تجربه می‌شوند و واکنش‌های بعدی را به همراه دارند. برای مثال، شاید یک تجربه اولیه مانند یک حس جسمانی شدید، با فکری درباره این حس همراه شود، مانند «نمی‌توانم این کار را انجام دهم» و بعد، یک واکنش هیجانی مانند احساس ناکامی با این فکر همراه شود. ممکن است این تکثیر با فکر دیگری مانند «می‌دانستم که نباید در این برنامه شرکت کنم» ادامه پیدا کند.

در فرایند کندوکاو، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند که دوباره و دوباره بر آنچه در لحظه حال رخ می‌دهد تمرکز کنند و به این شکل می‌آموزند که میان تجربه اولیه (برای مثال، حس جسمانی) و افکار یا واکنش‌هایی که پس از آن ظاهر می‌شوند، تفاوت قائل شوند. آنها با تمرین یاد می‌گیرند که تشخیص دهند چه زمانی اسیر داستان‌ها یا تکثیر ذهنی شده‌اند و متوجه می‌شوند که می‌توانند مکث کنند و دوباره به تجربه کنونی خود بازگردند. با تمرین تشخیص و بازگشت به حال، بذر آگاهی و دوری از واکنش‌پذیری را می‌کاریم و برخی از رنج‌های غیرضروری را که محصول فعالیت‌های ذهن ما هستند، تسکین می‌دهیم.

به علاوه، در فرایند کندوکاو به آشنا یا ناآشنا بودن تجاربی که در زمان انجام مراقبه ظاهر می‌شوند (هم تجربه بی‌واسطه و هم واکنش ما به آن) توجه می‌کنیم. برای مثال، ممکن است یک تسهیلگر سؤال کند که «این تجربه چه تفاوت یا شباهتی با فعالیت معمول ذهن شما دارد؟» یا «آیا پیش از این متوجه این ویژگی ذهن خود شده بودید؟» همچنین تسهیلگر می‌تواند درباره ارتباط این تجربه با زندگی شرکت‌کننده‌ها

پرسش کند (برای مثال، «آنچه در این لحظه تجربه کردید، چه ارتباطی با استفاده از مواد مخدر یا عود مصرف دارد؟»). ارتباط میان تجربه‌های مربوط به مراقبه و الگوها و رفتارهای عادت‌وار، همیشه آشکار نیست اما نقشی حیاتی در دستیابی به هدف اصلی برنامه دارد.

نکته آخر این است که کندوکاو باید به بررسی گرایش‌های معمول ذهن بپردازد، نه داستان‌های فردی. زمانی که آگاهی فرد از عادت‌های ذهنی بیشتر می‌شود، شاید احساس کند که آنها خیلی «شخصی» یا منحصر به فرد هستند و در نتیجه، احساس ناامیدی یا ناقص بودن کند. تأکید بر اینکه همه ذهن‌ها چنین ویژگی‌هایی دارند و این خصوصیات نشان‌دهنده «مشکل دار بودن فرد» نیست، به افراد کمک می‌کند با شفقت و رزوی بیشتری با خود ارتباط برقرار کنند و با صمیمیت بیشتری به دنبال شناخت ذهن خود باشند. تسهیلگر با پرسش‌هایی مانند «آیا فرد دیگری هم چنین تجربه‌ای دارد؟» یا «به نظر شما این عادت‌های ذهن جالب نیست؟» دوباره تأکید می‌کند که این تجارب منحصر به فرد نیستند و تمامی انسان‌ها با آنها مواجه می‌شوند. این گرایش ذهنی و نقش کندوکاو بر آگاه شدن از این فرایندها در شکل ۱-۱ نشان داده شده است.

تمرین خانگی

هر هفته تمرین‌های خانگی تعیین می‌شود و تمرین‌های هفته قبل در جلسه مرور می‌شود. باید میان تشویق و تأکید بر اهمیت تمرین روزانه و سرزنش و داوری تعادل ایجاد کرد. صحبت درباره دشواری‌های تمرین باید با ملایمت، شفقت و رزوی و کنجکاوی همراه باشد؛ چالش‌های تمرین روزانه توجه‌آگاهی نشان‌دهنده تلاش ناموفق برای تغییر نیست، بلکه فرصتی برای مشاهده گرایش‌های ذهن است. گفت‌وگو درباره این چالش‌ها با رویکردی پذیرا، کنجکاوانه و عملی باعث می‌شود که چالش‌های معمول، عادی به نظر برسند و شرکت‌کننده‌ها نیز این دشواری‌ها را نه یک مشکل یا شکست، بلکه بخشی از تمرین روزانه بدانند و دلگرم شوند. تسهیلگران می‌توانند با طرح پرسش‌های مناسب، الگویی برای این نگرش باشند: «آیا کسی در زمان انجام تمرین به مشکل برخورده است؟» یا «وقتی به یاد می‌آوردید که تمرین نکرده‌اید، چه افکار یا احساساتی را تجربه می‌کنید؟»

شاید تسهیلگران وسوسه شوند و تلاش کنند افراد را متقاعد کنند که انجام تمرین، کاری ارزشمند و مفید است. در اغلب موارد، تلاش برای متقاعد کردن افراد منجر به تردید، احساس گناه یا مقاومت می‌شود. در عوض، گفت‌وگوهای هدایت‌شده و صبورانه‌ای که با پرسش‌های باز پاسخ همراه است به اعضای گروه کمک می‌کند دلایل و انگیزه‌هایی شخصی برای انجام تمرین پیدا کنند. این گفت‌وگوها منجر به افزایش مشارکت و کاهش مقاومت افراد می‌شود (برای مثال، «فکر می‌کنید این تمرین‌ها چه تأثیری در پیشگیری از عود دارند؟» یا «چگونه می‌توانید تمرین‌های خود را به شکلی منظم انجام دهید؟»). به نظر می‌رسد چنین گفت‌وگوهایی اثربخش‌ترین رویکرد موجود است و فضایی مشارکتی پدید می‌آورد که در آن به نیازهای مراجع احترام گذاشته می‌شود.

تسهیلگر همیار

کمک و حمایت یک تسهیلگر همیار، ابزاری ارزشمند در هدایت پویایی و چالش‌های فرایند تسهیلگری است. متأسفانه ممکن است روش‌های قدیمی یا «آموزش» و «تدریس»، به‌سادگی جایگزین توجه کردن به موضوع‌های مطرح‌شده توسط اعضا شود. یک تسهیلگر همیار می‌تواند با یادآوری یا ارائه یک رویکرد یا نگرش جدید، از این اتفاق جلوگیری کند. به‌ویژه در مراحل ابتدایی برنامه، تسهیلگران همیار از یکدیگر می‌آموزند، دو سبک و نظر متفاوت ارائه می‌دهند، توجه یکدیگر را به موضوع‌های اصلی و ذهنیت گروه جلب می‌کنند، از یکدیگر حمایت می‌کنند و میان مهارت‌ها، دیدگاه‌ها و تجارب یکدیگر، تعادل ایجاد می‌کنند.

تسهیلگران: انتخاب، آموزش و تمرین شخصی

تسهیلگر برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی چگونه فردی است؟

تسهیلگر در شرایطی می‌تواند به‌خوبی ابعاد مختلف برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی را هدایت کند که در زمینه درمان سوءمصرف و تسهیلگری گروه تجربه داشته باشد. گرچه همان‌طور که پیش از این عنوان شد، شاید مهم‌ترین عامل در این فرایند، درک تمرین توجه آگاهی و تجربه آن باشد. یکی از نکته‌های مهمی که در طراحی برنامه و آموزش تسهیلگران اهمیت داشته، تمایز قائل شدن میان این برنامه و برنامه پیشگیری از عود بر مبنای مدل شناختی رفتاری رایج بوده است. از آغاز مراقب بودیم که برنامه ما به مدلی از درمان شناختی رفتاری که تمرین‌های توجه آگاهی به آن اضافه شده، تبدیل نشود. هدف این بود که این برنامه بر اساس تمرین توجه آگاهی باشد و مهارت‌های مقابله با عود به نحوی معرفی و تمرین شوند که با رویکرد مبتنی بر توجه آگاهی هماهنگ باشند. در ابتدای کار، در زمان آموزش و همچنین هنگام هدایت گروه‌ها، همواره تأکید می‌کردیم که انجام تمرین توسط تسهیلگر، عاملی اساسی در درمان است. از نظر ما آنچه این برنامه را به گزینه‌ای منحصربه‌فرد برای جامعه درمانی تبدیل کرده، تأکید آن بر تمرین شخصی تسهیلگر است. در ادامه کتاب، نقش تمرین شخصی تسهیلگر را با دقت بیشتری بررسی خواهیم کرد (به بخش «اهمیت تمرین شخصی» مراجعه کنید).

آموزش

هدف ما این است که آموزش اجرای این برنامه نیز مانند تسهیلگری آن، نشان‌دهنده ویژگی‌هایی مانند حضور در لحظه حال، پذیرش و پرهیز از داوری باشد. ویژگی‌هایی که در نتیجه تمرین توجه آگاهی پرورش می‌یابند. هدف اصلی این است که افراد - چه تسهیلگران و چه مراجعان - با کنجکاوی، شکیبایی، شفقت‌ورزی و تمرکز بر لحظه حال و به شکلی تجربی با هر آنچه پدیدار می‌شود، روبه‌رو شوند. بر اساس تجارب ما، این رویکرد نه تنها منجر به خلق فضایی می‌شود که از اکتشاف و پیشرفت پشتیبانی می‌کند، بلکه با این رویکرد پذیرا و بازیگوشانه، صمیمیت و انعطاف‌پذیری نیز به برنامه افزوده می‌شود.

نظریه اصلی پیشگیری از عود و مراقبه توجه‌آگاهی و ترکیب این دو، نقش مهمی در آموزش تسهیلگران این برنامه دارد؛ گرچه، یادگیری تجربی بیش از هر عنصر دیگری در این برنامه مورد توجه است. آموزش به اشکال مختلفی انجام می‌شود. برای مثال، بسیاری از تسهیلگران در یک کارگاه آموزشی سه روزه شرکت می‌کنند. در روز اول، نظریه و فلسفه برنامه و در دو روز بعدی، هشت جلسه برنامه و تمرین‌ها و تکالیفی که تا جای ممکن به شکل واقعی اجرا می‌شوند، آموزش داده می‌شود. پس از آموزش اولیه، تسهیلگران برای دو ماه به صورت هفتگی با هم ملاقات می‌کنند و با راهنمایی و نظارت مربی‌ها، هدایت جلسه‌ها را به نوبت به دست می‌گیرند. تمرین‌ها و تکالیف بر گفت‌وگوها اولویت دارند و در هر جلسه، بخش عمده‌ای از زمان به مراقبه و تمرین‌ها اختصاص داده می‌شود. هدف اصلی این است که گفت‌وگوها و ایده‌پردازی‌ها تا حد ممکن ساده نگه داشته شود و در صورتی به آنها پرداخته شود که منجر به تسهیل و ارتقای تمرین‌ها شود. کارآموزان درباره تجارب و پرسش‌های خود در مورد تمرین با هم صحبت می‌کنند، از جمله سردرگمی‌ها و موانعی مانند در نظر گرفتن زمانی برای تمرین منظم در زندگی پرمشغله خود، سرگردانی همیشگی ذهن، کمبود اعتماد به نفس، بی‌قراری و خواب‌آلودگی. هم تسهیلگران و هم مربی‌ها با این چالش‌ها روبه‌رو هستند، به همین دلیل خوب است که به صورت مستقیم درباره آنها صحبت کنند.

در شکل دیگری از آموزش، کارآموزان در یک برنامه پنج روزه شبانه‌روزی به روش خلوت‌نشینی شرکت می‌کنند تا برنامه را به شکلی عمیق‌تر و غنی‌تر تجربه کنند. این روش که از مدل آموزشی شناخت‌درمانی بر مبنای توجه‌آگاهی الهام گرفته، مربی‌ها و تسهیلگران را ترغیب می‌کند که در این پنج روز به خواسته‌های زندگی روزمره اهمیت ندهند و در کنار یکدیگر، توجه خود را کاملاً بر تمرین متمرکز کنند. در دو روز اول، تمرین‌ها و تکالیف برنامه به کارآموزان آموزش داده می‌شود. روز سوم به تمرین سکوت اختصاص دارد و بعد از آن نیز هر کارآموز گروه تمرینی کوچکی را هدایت می‌کند و بازخوردهای مربی‌ها و سایر کارآموزان را می‌شنود.

پس از اتمام کارگاه‌ها، کارآموزان می‌توانند هشت جلسه این برنامه را با تسهیلگری یک مربی باتجربه مشاهده کنند و آموزش خود را تکمیل کنند. اکیداً توصیه می‌کنیم که هر زمان توانستید از این فرصت استفاده کنید.

با وجود اینکه شرکت در چنین کارگاه‌هایی همیشه امکان‌پذیر نیست، توصیه می‌کنیم که تسهیلگران حتماً از یادگیری تجربی بهره‌مند شوند و پیش از هدایت گروه، در این زمینه تجربه کسب کنند. این کتاب طرحی کلی از برنامه ارائه می‌دهد اما به هیچ وجه قادر نیست شناختی را که از طریق تجربه مستقیم، مشاهده سایر تسهیلگران و نظارت بر کار شما ایجاد می‌شود، در اختیارتان بگذارد.

اهمیت تمرین شخصی

همان‌طور که پیش از این عنوان شد، شاید مهم‌ترین عامل در تسهیلگری این برنامه، انجام مراقبه

توجه آگاهی توسط شخص تسهیلگر باشد. تسهیلگر زمانی می تواند از اعضای گروه حمایت کند که خود با چالش های تمرین روبه رو شده و آنها را تجربه کرده باشد؛ صرف «آشنایی» با درمان یا شرکت در یک کارگاه آموزشی، چنین شناختی به دنبال نخواهد داشت.

بسیاری از درمانگران در ابتدای آموزش تسهیلگری انجام مراقبه را آغاز می کنند. اما هر مراقبه کننده ای می داند که تمرین منظم و مستمر یک چالش است و اغلب به ماه ها یا حتی سال ها نیاز دارد. تسهیلگرانی که به تازگی با مراقبه آشنا شده اند، دچار مشکلاتی مانند محدودیت زمانی (تعیین زمانی برای تمرین منظم)، انتظارات و تصورات غلط در مورد توجه آگاهی و ناراحتی، تردید و انتقاد از خود می شوند. این چالش ها بر سر راه تمامی افرادی که به انجام مراقبه می پردازند، قرار می گیرند اما شاید برای مراقبه کنندگانی که خلوت نشینی فشرده را تجربه نکرده اند یا از حمایت های یک مربی یا گروه مراقبه بهره مند نبوده اند، دلسردکننده باشد و این افراد نتوانند به راحتی با چالش ها مواجه شوند. در نتیجه، به افراد تازه کار پیشنهاد می کنیم که از کتاب ها و مراقبه های صوتی که در جلسه هشتم برنامه معرفی شده اند استفاده کنند و حداقل در یک دوره هفت روزه خلوت نشینی بر مبنای بینش یا ویپاسانا شرکت کنند. افراد با انجام تمرین، روشی متفاوت برای برقراری ارتباط با تجربه خود کشف می کنند که با توجه به مشاهده های ما، می تواند منجر به تغییر و دگرگونی آنها شود.

با توجه به ماهیت درونی فرایند مراقبه، ارزیابی تجارب و شناخت آن برای تسهیلگران باتجربه نیز کاری دشوار است. افرادی که درک ناقصی از ظرافت های تمرین دارند، در پاسخ دهی ماهرانه به پرسش ها، تردیدها و سوء تفاهم هایی که توسط اعضای گروه مطرح می شود، توانایی محدودی خواهند داشت. برای مثال، یکی از شایع ترین نگرانی هایی که در چند جلسه اول ابراز می شود، این است که اعضا به اشتباه فکر می کنند تمرین منجر به احساس آرامش و راحتی در آنها می شود، پس اگر ذهن آنها با افکار، هیجان ها یا تجارب جسمانی شدید منحرف شود، حتماً مراقبه را اشتباه انجام داده اند یا تمرین آنها اثربخش نبوده است. تسهیلگرانی که به انجام تمرین متعهد هستند، از تجارب خود برای پاسخ گویی به چنین نگرانی هایی کمک می گیرند و حتی در مواقعی که اعضای گروه نمی توانند به روشنی درباره این موضوع ها صحبت کنند، این چالش ها را پیش بینی و بررسی می کنند. همان طور که در مثال زیر نشان داده شده، این تسهیلگران متوجه نکات ظریفی می شوند که شناسایی آنها تنها با تمرین شخصی ممکن است (این مثال و تمامی گفت و گوهای بعدی از جلسه های پیشگیری از عود مبتنی بر توجه آگاهی انتخاب شده و نام و اطلاعات جزئی از آنها حذف شده است).

عضو گروه: من با لوح فشرده ای که به ما دادید تمرین کردم اما هر روز فقط برای ده دقیقه توانستم تمرین را انجام دهم.

{تسهیلگر می تواند فرد را برای تمرین روزانه تشویق کند، اما اگر از واکنش های خود در زمان مراقبه آگاه باشد، ممکن است یک مرحله فراتر برود و در مورد تجربه عضو در پایان تمرین سؤال کند.}

تسهیلگر: پس توانستید هر روز به مدت ده دقیقه تمرین کنید؛ کار راحتی نیست که زمانی را برای انجام

یک کار جدید در برنامه روزانه خود در نظر بگیرید. کنجکاو که بدانم پیش از خاموش کردن ضبط صوت چه تجربه ای داشتید.

عضو گروه: فقط دوست داشتم از جایم بلند شوم و کار دیگری انجام دهم.
تسهیلگر: احساس بی‌قراری داشتید؟ {فرد را به اولین گام کندوکاو دعوت می‌کند: آگاهی از تجربه جسمانی، هیجانی یا شناختی جاری در لحظه.}
عضو گروه: بله، دقیقاً.

تسهیلگر: بی‌قراری را چطور تجربه کردید؟
عضو گروه: نوعی احساس ناآرامی. ثابت نشستن و تمرکز روی تنفس و صدای مربی دشوار شده بود.
تسهیلگر: در نقطه خاصی از بدن خود این بی‌قراری را احساس می‌کردید؟ {به کندوکاو تجربه فرد در آن لحظه ادامه می‌دهد.}

عضو گروه: مطمئنم که در دست‌هایم آن را احساس می‌کردم و به نوعی در دیگر اعضای بدنم.
تسهیلگر: متوجهم. به یاد دارید حسی که در دست‌هایتان تجربه می‌کردید، چگونه بود؟
عضو گروه: شبیه به قفلک و لرزش بود.

تسهیلگر: و به یاد دارید که چه واکنشی به این بی‌قراری نشان دادید؟ آیا افکار خاصی درباره آن داشتید؟
{درباره واکنش‌های فرد به تجربه خود کندوکاو می‌کند.}

عضو گروه: بله، تا حدودی. از اینکه نمی‌توانم بیشتر از ده دقیقه تمرین کنم، کمی احساس شرم کردم.
تسهیلگر: متوجه شدم، شما کمی شرم‌منده بودید. افکار چطور؟ فکر خاصی را به یاد دارید؟ {افکار را از هیجان‌ها متمایز می‌کند.}

عضو گروه: فکر می‌کنم فکر این بود که دیگر نمی‌توانم تحمل کنم و باید بلند شوم.
تسهیلگر: بسیار خوب، احساس بی‌قراری در دست‌ها و سایر اعضای بدن، میل به بلند شدن و انجام کاری دیگر و شاید فکری مثل اینکه «نمی‌توانم این کار را انجام دهم. باید بلند شوم». به نظر می‌رسد کمی هم احساس شرم کرده‌اید. {واکنش‌های جسمانی، هیجانی و شناختی را برجسته می‌کند.}
عضو گروه: بله، احساس کردم که باید بتوانم بیشتر از ده دقیقه بنشینم.

تسهیلگر: پس یک فکر دیگر این بود که «باید بیشتر بنشینم». {میان فکر و احساس تفاوت قائل می‌شود.}
عضو گروه: بله، همه اینها را در آن لحظه تجربه کردم.

تسهیلگر: فکر می‌کنید اگر همان‌طور که به تنفس خود توجه می‌کنیم، به این تجربه هم توجه کنیم و با همان کنجکاو و دقت آن را مشاهده کنیم، چه می‌شود؟ توجه به احساس واقعی خود نسبت به بی‌قراری و توجه به واکنش‌های خود به آن. شاید بتوانید کمی آرام‌تر شوید و اجازه دهید که این احساس حضور داشته باشد و تنها آن را مشاهده کنید، حتی برای یک لحظه و بعد تصمیم بگیرید که می‌خواهید از جا بلند شوید یا خیر.

تسهیلگر در این گفت‌وگو عضو را از عناصر جسمانی، هیجانی و شناختی تجارب خود و میل‌هایی که پدیدار می‌شوند، آگاه می‌کند. او به عضو گروه کمک می‌کند تجربه اولیه و واکنش‌های خود به آن را تشخیص دهد. همچنین با نگرش کنجکاوانه، پذیرا و به دور از داوری خود، به اعضا یاد می‌دهد که