

A motivációs interjú

A motivációs interjú, ahogy *Miller és Rollnick* (1991) kifejlesztette, részben motiváló technika, részben pedig a szenvedélybetegség, sőt tágabban minden nemkívánatos viselkedés megváltoztatásának „filozófiája”.

Könyvüket a szerzők azzal a kérdéssel vezetik be, hogy mi szükséges a változáshoz? A szerzők szerint a változással a leginkább Carl Rogers foglalkozott és az ő elméletét vizsgálták a legtöbben. Jól ismert elmélete szerint a kliens változásának elősegítéséhez a terapeutának rendelkeznie kell elsősorban empátiával, nem birtokló melegséggel és őszinteséggel (kongruenciával, bár ez nem teljesen fedi az előző kifejezést). Ha ez így van, akkor vajon miért jutott túlsúlyra a szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetekben és terápiás irányzatokban a konfrontáció?

A szerzők szerint a kémiai függők a szakemberek számára mint olyan betegcsoport jelentek meg, akiknek bizonyos énvédő (hárító) működései különlegesen erőteljesek, amit csak erőszakos konfrontációval lehet áttörni. A különlegesen erős énvédő (hárító) működések pedig a pszichodinamikus megközelítésből származnak – így a szerzők –, amely szenvedélybetegek esetén primitív énvédő mechanizmusokat feltételez, pl. elsősorban a tagadást, a projekciót és a racionalizálást. Ez kiegészült azzal a nézettel, hogy az alkoholistának el kell jutni a mélypontra, ahonnan már nem vezet út lefelé, ahonnan már csak felépülni tud – ha nem akar elpusztulni. Ezt akár egy krízis koncepciónak is tekinthetjük: jó esetben a krízis megoldása konstruktív, gyógyulással, felépüléssel végződik. De ahhoz, hogy ez bekövetkezzen, el kell jutni a krízisig.

Miller és Rollnick (1991) több olyan vizsgálatot idéz, mely szerint alkoholisták és nem-alkoholisták tagadásának (mint hárítás) gyakorisága nem különbözött: továbbá az „alkoholista” beteg, mint címke elfogadása nem különbözött a sikeresen gyógyult és a nem-gyógyuló alkoholistáknál (az „alkoholista vagyok”, a „beteg vagyok” elfogadása sok terápia első lépése).

Miller és Rollnick szerint a konfrontáció csak arra jó, hogy a kliens ellenállását fokozza. A tagadás csak a terapeuta – helytelen – intervenciójára adott „ésszerű” válasz. A szerzők azt javasolják, hogy a konfrontáció ne a beavatkozás stílusa legyen, amely dühöt és hatalmat közvetít egyik személytől a másik felé, hanem a célja.

A konfrontáció mint cél azt jelenti, hogy a kliens lássa és fogadja el a realitást, ami alapján aztán meg tud változni. Azért beszélhetünk konfrontációról, mert a realitás elfogadása – éppen a szenvedélybetegek esetében – nem könnyű; valóban konfrontációt jelent.

Miller és Rollnick bizonyos értelemben a motiváció fogalmát is átfogalmazzák. Nem mint egy létező vagy nemlétező (minden vagy semmi) dolgot szemlélik, amivel a kliens a terápiába érkezik, hanem egy állapotnak, ami lehet, hogy nincs, lehet,

hogy kialakul, lehet, hogy elmúlik. Helyzetről-helyzetre, időről-időre fluktuálhat. Szemléletük érzékeltetésére a Prochaska-DiClemente-modellt mutatják be, ahol a motiváció folyamatosan változik a kliens problémaérzékelésével együtt és másra és másra irányul (nem rögtön a szenvedélybetegség abbahagyására, hanem először csak az elszánás alakul ki, aztán a döntés, aztán az akció, aztán a fenntartás, aztán a visszaesés kezelése stb. – lásd ott!).

A szerzők felsorolják azokat a feltűnőbb eseteket, amikor a terapeuta/konzultáns „motiválnak” látja kliensét:

- egyetért a konzultánssal
- elfogadja a konzultáns diagnózisát (elismeri, hogy ő alkoholista)
- kifejezi, hogy segítségre van szüksége
- láthatóan aggódik állapota miatt
- követi a konzultáns tanácsait

Ezután felsorolják, amikor a konzultáns „motiválatlannak”, „tagadásban” vagy „ellenállásban” levőnek látja kliensét:

- nem ért egyet a konzultánssal
- nem fogadja el a konzultáns diagnózisát vagy értékelését
- nem kér segítséget
- nem aggódik az állapota miatt
- nem követi a konzultáns tanácsait

A szerzők a konzultáns-szemponthú motiváció értékelés helyett a motivációt mint *viselkedési valószínűséget* fogják fel; annak valószínűségét, hogy a kliens mennyire lép be és követ egy specifikus változási stratégiát. Nem „motivált” klienseket kell keresnünk, hanem motiválni kell a klienseket. A szerzők szerint nem fogadható el a konzultánsok érvelése, hogy a kliens nem motivált a változásra, tehát ő a felelős a terápia kudarcáért, hanem a konzultánsnak kell motiválnia kliensét. Erre szolgál a motivációs interjú mint technika. A motivációs interjú technika különbözik a tagadást feltételező konfrontációs megközelítéstől, különbözik a készségfejlesztő metodikáktól (amelyek már eleve feltételezik a kliens motivációját; a kliens csak egy bizonyos készség hiánya vagy fejletlensége akadályozza meg a változásban), továbbá különbözik a nondirektív megközelítésektől is (ahol a kliens szabja meg a konzultáció menetét és a konzultáns empátiásan ugyan, de passzívan, nem beavatkozóan vesz részt az üléseken).

A *Miller és Rollnick* (1991) által kifejlesztett technika elsősorban a változás elszánásának (kontempláció) szakaszában alkalmazható, amikor a kliens még nem érzi úgy, hogy alkohol/droghasználata probléma lenne, nem tartja magát „alkoholista-

nak", „kábitószeresnek", „betegnek". A módszer célja, hogy a kliens „rábeszélje" magát alkohol/droghasználó viselkedése megváltoztatására. A kliensnek joga van választani, hogy akar vagy sem változtatni, és ezért a felelősséget ő viseli.

A módszer öt alapelemből áll:

1. *Az empátia kifejezése*: paradox módon, a kliens elfogadása (beleértve alkohol/droghasználatát is) fokozza változással kapcsolatos szándékait. A kliens ambivalenciája normális, hiszen ha már elszánta volna magát a változásra, nem kerülne sor erre a processzusra.

2. *Diszkrepancia kialakítása*: a terapeuta ugyan elfogadja a klienst, azonban a cél mégis az, hogy változás kezdődjön nála. Ezért a jelenlegi, droghasználó viselkedése és a szélesebb értelemben vett céljai közötti össze nem illést ki kell emelni (tehát ezeket a célokat nem érheti el, ha folytatja jelenlegi droghasználatát). A motivációs interjú alapja az, hogy a legtöbb szenvedélybetegben, még akkor is, ha problémamentesnek látja szenvedélyét, az ambivalencia felkelthető, illetve egy későbbi szakaszban magától is megjelenik, és a kliens a „folytassam-abbahagyjam", „jó ez nekem vagy rossz" kétállapottal kerül állandóan szembe. A motivációs interjú ezt az ambivalenciát hozza létre, illetve ezzel „játszik", ezt az ambivalens, állandóan billegő egyensúlyi helyzetet igyekszik a változás elfogadása irányában „felbillenteni".

A klienssel együtt számításba vehetjük droghasználatának előnyeit („mi a jó abban?") és hátrányait („mi a rossz abban?"). Számításba vehetjük, mennyire elégedett a kliens jelenlegi életével, hogyan látta magát a múltban, hogy szeretné látni magát a jövőben. A jelen és a múlt, illetve a jelen és a jövő között diszkrepancia lehet, ami elősegítheti a változás választását. Lényeges, hogy a diszkrepanciát a kliens, és ne a terapeuta fogalmazza meg.

Egy lehetséges döntési helyzetet mutat be a következő táblázat, amit a kliens (vagy a klienssel együtt a konzultáns is) kitölthet:

Döntési egyensúly			
Folytatni az ivást mint eddig		Változtatni az iváson	
Előny	Hátrány	Előny	Hátrány
ellazít	elveszíthetem a házasságom	boldogabb házasság	mit szólnak a barátaim
feldob	rossz példa a gyerekeknek		

(Miller és Rollnick, 1991, 42 o. ca)

3. *A vitatkozás elkerülése*: a vita, a rábeszélés, sokszor maga a diagnózis („alkoholista", „addikt") is ellentétes hatást vált ki: fokozza a kliens ellenállását. Nincs arra szükség, hogy a kliens vállalja a betegszerepet vagy a függőséget (mint címkét). Ez a klienst csak a változtatni tudás érzésétől fosztja meg, illetve ellenállását fokozza.

4. *Játék az ellenállással*: ellenállás jelentkezése esetén el kell kerülni a konfrontációt, stratégiát kell váltani. Bízni kell abban, hogy a felmerülő problémák megoldásának legjobb forrása maga a kliens.

5. *A változtatás képességének támogatása*: a változásba vetett hit önmagában fontos motivációs tényező. A kliens az, aki felelős a választásért és ő az, akinek a személyes változást végre kell hajtania.

Összefoglalva:

1. alapelv: Empátia kifejezése.

Az elfogadás elősegíti a változást.

Alapvető a kliens képzett módon végzett, reflektív meghallgatása.

Az ambivalencia normális.

2. alapelv: Diszkrepancia kifejlesztése.

Fontos a következmények tudatosítása.

A jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia motiválhat a változásra.

A kliensnek mondja ki a változás mellett szóló érveket.

3. alapelv: A vitatkozás elkerülése.

A vitatkozás a várthoz képest ellentétes hatású.

A védekezés védekezést szül.

Az ellenállás annak a jelzése, hogy váltás stratégiát.

Nem szükséges címkézni.

4. alapelv: Játék az ellenállással.

Az ellenállást alakítsd az előnyére.

Változtasd meg az értelmezési kereteket.

Kínálj új értelmezési perspektívákat.

A kliens értékes forrás a problémák megoldásában.

5. alapelv: A kliens önbizalmának támogatása.

A változás lehetőségébe vetett hit fontos motiváló tényező.

A kliens a felelős azért, hogy válasszon és a változást végrehajtsa.

Mindig van remény, hogy van alternatív lehetőség.

A motivációs interjú technikáját a rövid intervencióval folytatjuk, aminek egy formáját szintén Miller és Rollnick (1991) fogalmazta meg.

nak", „kábitószeresnek”, „betegnek”. A módszer célja, hogy a kliens „rábeszélje” magát alkohol/droghasználó viselkedése megváltoztatására. A kliensnek joga van választani, hogy akar vagy sem változtatni, és ezért a felelősséget ő viseli.

A módszer öt alapelemből áll:

1. **Az empátia kifejezése:** paradox módon, a kliens elfogadása (beleértve alkohol/droghasználatát is) fokozza változással kapcsolatos szándékait. A kliens ambivalenciája normális, hiszen ha már elszánta volna magát a változásra, nem kerülne sor erre a processzusra.

2. **Diszkrepancia kialakítása:** a terapeuta ugyan elfogadja a klienst, azonban a cél mégis az, hogy változás kezdődjön nála. Ezért a jelenlegi, droghasználó viselkedése és a szélesebb értelemben vett céljai közötti össze nem illést ki kell emelni (tehát ezeket a célokat nem érheti el, ha folytatja jelenlegi droghasználatát). A motivációs interjú alapja az, hogy a legtöbb szenvedélybetegben, még akkor is, ha problémamentesnek látja szenvedélyét, az ambivalencia felkelthető, illetve egy későbbi szakaszban magától is megjelenik, és a kliens a „folytassam-abbahagyjam”, „jó ez nekem vagy rossz” kétállapottal kerül állandóan szembe. A motivációs interjú ezt az ambivalenciát hozza létre, illetve ezzel „játszik”, ezt az ambivalens, állandóan billegő egyensúlyi helyzetet igyekszik a változás elfogadása irányában „felbillenteni”.

A klienssel együtt számításba vehetjük droghasználatának előnyeit („mi a jó abban?”) és hátrányait („mi a rossz abban?”). Számításba vehetjük, mennyire elégedett a kliens jelenlegi életével, hogyan látta magát a múltban, hogy szeretné látni magát a jövőben. A jelen és a múlt, illetve a jelen és a jövő között diszkrepancia lehet, ami elősegítheti a változás választását. Lényeges, hogy a diszkrepanciát a kliens, és ne a terapeuta fogalmazza meg.

Egy lehetséges döntési helyzetet mutat be a következő táblázat, amit a kliens (vagy a klienssel együtt a konzultáns is) kitölthet:

Döntési egyensúly			
Folytatni az ivást mint eddig		Változtatni az iváson	
Előny	Hátrány	Előny	Hátrány
ellazít	elveszíthetem a házasságom	boldogabb házasság	mit szólnak a barátaim
feldob	rossz példa a gyerekeknek		

(Miller és Rollnick, 1991, 42 o. ca)

3. **A vitatkozás elkerülése:** a vita, a rábeszélés, sokszor maga a diagnózis („alkoholista”, „addikt”) is ellentétes hatást vált ki: fokozza a kliens ellenállását. Nincs arra szükség, hogy a kliens vállalja a betegszerepet vagy a függőséget (mint címkét). Ez a klienst csak a változtatni tudás érzésétől fosztja meg, illetve ellenállását fokozza.

4. **Játék az ellenállással:** ellenállás jelentkezése esetén el kell kerülni a konfrontációt, stratégiát kell váltani. Bízni kell abban, hogy a felmerülő problémák megoldásának legjobb forrása maga a kliens.

5. **A változtatás képességének támogatása:** a változásba vetett hit önmagában fontos motivációs tényező. A kliens az, aki felelős a választásért és ő az, akinek a személyes változást végre kell hajtania.

Összefoglalva:

1. alapelv: Empátia kifejezése.

Az elfogadás elősegíti a változást.

Alapvető a kliens képzett módon végzett, reflektív meghallgatása.

Az ambivalencia normális.

2. alapelv: Diszkrepancia kifejlesztése.

Fontos a következmények tudatosítása.

A jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia motiválhat a változásra.

A kliensnek mondja ki a változás mellett szóló érveket.

3. alapelv: A vitatkozás elkerülése.

A vitatkozás a várthoz képest ellentétes hatású.

A védekezés védekezést szül.

Az ellenállás annak a jelzése, hogy váltás stratégiát.

Nem szükséges címkézni.

4. alapelv: Játék az ellenállással.

Az ellenállást alakítsd az előnyére.

Változtasd meg az értelmezési kereteket.

Kínálj új értelmezési perspektívákat.

A kliens értékes forrás a problémák megoldásában.

5. alapelv: A kliens önbizalmának támogatása.

A változás lehetőségébe vetett hit fontos motiváló tényező.

A kliens a felelős azért, hogy válasszon és a változást végrehajtsa.

Mindig van remény, hogy van alternatív lehetőség.

A motivációs interjú technikáját a rövid intervencióval folytatjuk, aminek egy formáját szintén Miller és Rollnick (1991) fogalmazta meg.

Rövid intervenció

Miller és Rollnick (1991) számos tanulmányt idéz, melyek szerint a rövid intervenció (1-3 ülésben végzett beavatkozás) hatásosabb, mint a nem-beavatkozás, és sokszor hatásosabb, mint az intenzív terápia. A módszer hatékonyságát egy 11 ország-ra kiterjedő WHO kutatás is igazolta (Saunders, 1987).

A módszert elsősorban még nem függő alkoholfogyasztóknál alkalmazták, illetve alkohol-problémával küzdő személyeknél, ahol az alkohol-probléma még nem túl rég jelentkezett. A módszer alkalmazói a háziorvosok voltak, akik sok ilyen, addiktológiai értelemben preklinikai állapotban levő klienssel találkoztak. Az akár csak 10-20 perces intervenció ezekben az esetekben hatásosabb volt, mint egy intenzív terápiás program, nem is beszélve költség-haszon vonzatáról.

Miller és Rollnick a motivációs interjú módszerét adaptálták a rövid intervencióra is. A módszer fő elemei alapján képzett betűszó a FRAMES („keretek”).

F: feedback:

Állapotfelmérést követő visszajelzés a kliens számára: akár laboratóriumi eredmények, akár pszichoszociális állapotának visszajelzése, illetve annak feltárása, hogy ezek az állapotok és jellemzők az alkohol- (drog) fogyasztással állnak összefüggésben.

R: responsibility (felelősség):

A változásban a kliensé a felelősség. Ezt egyértelműen is kifejezhetjük, de implicittebb formában is, ha pl. önszegítő anyagokat adunk a kliensnek, mintegy buzdítva őt, hogy használja a saját előnyére azokat.

A: advice (tanács):

A tanácsadás ebben az esetben egyszerű és konkrét: hagyja abba az ivást, csökkentse a kockázatos ivást, vagy további kivizsgálásra vagy kezelésre van szükség. Mivel a rövid intervenció célcsoportja a még nem függő alkohol/droghasználó, egy egyszerű tanácstól is elképzelhető, hogy a kliensek kis részénél változást fog elindítani. Fontos az is, hogy a tanácsot adó a kutatásokban a háziorvos volt.

M: menü:

Más esetekben nem direkt tanácsot adunk (bár azt nem feltétlenül mondjuk meg ebben az esetben sem, hogyan ne igyon a kliens), hanem menüt kínálunk fel, amiből a kliens választhat. A választás növeli a kliens felelősségérzését és elkötelezettebbé teszi a változás mellett.

E: empátia:

Az empátia itt is kulcsszerepet játszik, még akkor is, ha a klienst alkohol/droghasználata negatív következményeivel „konfrontáljuk” (feedback) vagy ha direkt tanácsot adunk. Mindennek empátiás légkörben kell történnie.

S: self-efficacy (hatékonyság):

A rövid intervenció arra épít, hogy a kliens képes megtenni a változást, a módszer alapja a reménybe és az optimizmusba vetett hit. A self-efficacy is ezt fejezi ki, a személy elhiszi, bízik abban, hogy képes a megadott feladatot elvégezni, képes a változást véghezvinni. A self-efficacy párja a terapeutában van: neki is bíznia kell abban, hogy kliense képes a változásra.

Relapszus prevenció

A korszerű addiktológiában a relapszus prevenció középponti kérdést foglal el. Az addikciók kezelésében a leszokás és a relapszus prevenció kérdésköre a változás-modelljével (Prochaska és DiClemente, 1983, 1986, Prochaska és Mitsui, 1992), a motiváció kérdésének előtérbe kerülésével (Miller és Rollnick, 1991), valamint a szűkebb értelemben vett relapszus prevencióval (Marlatt és Gordon, 1985) jelentősen kibővült és fogalmi-módszertani változáson ment át. A jegyzet korábbi részében foglalkoztam a felépülési-moddellel és a motivációs interjúval, most pedig a relapszus prevenciót tárgyalom.

A módszer olyan viselkedés-kognitív kezelés, mely célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában. A meghatározás valójában kettős célt takar: megelőzni a visszaesést és megbirkózni vele, ha előfordul (Marlatt és Gordon, 1985, Marlatt és Barrett, 1994).

Mivel alapvetően egy fenntartó programról van szó, Marlatt és Barrett (1994) szerint mindenféle irányzatú vagy típusú terápia folytatható a relapszus prevenció módszerével. A módszer ugyanakkor jól használható akkor is, ha a droghasználó viselkedés nem teljes feladásáról, hanem csak mérsékléséről van szó, illetve akkor is, ha a társul negatív következményeket akarjuk csökkenteni (ártalomcsökkentés).

A korábbi, elterjedt meghatározás a relapszus („visszaesés”) alatt bizonyos célviselkedés ismételt megjelenését érti, mely az azt tiltó szabályok ellenében fordul elő. Pl. a kliens megszegi az absztinencia-szabályt, amikor alkoholt iszik. Ez a megfogalmazás fekete-fehér, minden-vagy-semmi elvet követ: ha a kliens akár egyszer is drogot használ, megsérti az absztinencia-szabályt, tehát „visszaesik”.

Marlatt és munkatársai vizsgálatai szerint azonban nem maga a droghasználat a probléma. El kell különíteni a droghasználat jelenségét a teljes, kezelés előtti droghasználó magatartás (beleértve annak minden másodlagos jellemzőjét is) kibomlá-

sától. A kezdeti droghasználat így „megcsúszás” (lapse), míg a teljes, korábbi kontrollálhatatlan viselkedés jelentkezése a „visszaesés” (relapse). A „megcsúszás” így tehát nem kudarc, hanem sokkal inkább a terápia menetében szinte mindig bekövetkező átmeneti fázis. Nem ennek a kiiktatása a cél, hanem az, hogy a kliens felismerje és kezelje azokat a helyzeteket, ahol a „megcsúszás” előfordulhat, illetve megtanulja kezelni magát a „megcsúszást” is – hogy az ne alakuljon „visszaeséssé”.

ABSZTINENCIA

RELAPSZUS

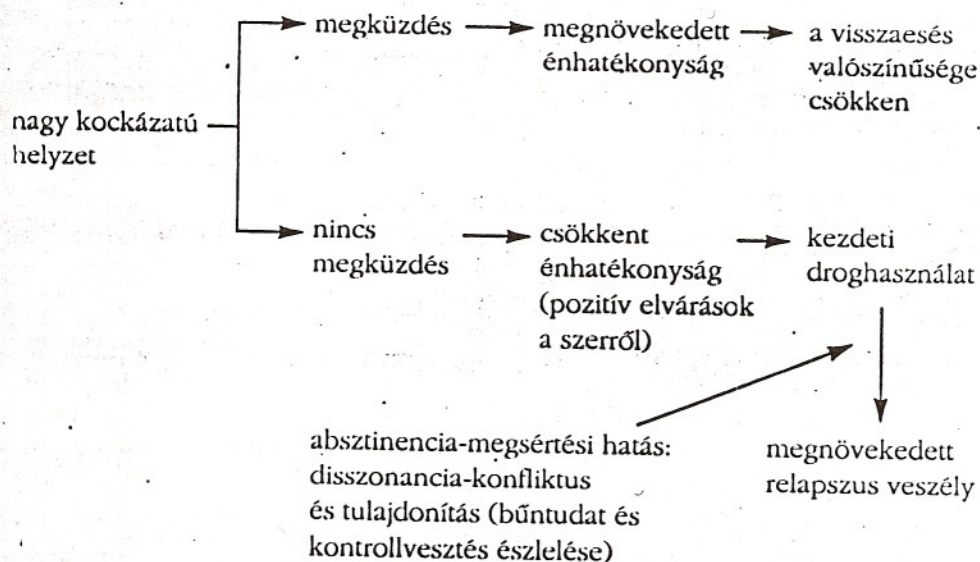
Az absztinencia és a relapszus „fekete-fehér” sémája

ABSZTINENCIA

MEGCSÚSZÁS

VISSZAESÉS

—Az absztinencia, megcsúszás és relapszus „szürke zóna” sémája (Marlatt és Barrett, 1994)



A relapszus folyamatának kognitív-magatartástani modellje (Marlatt és Barrett, 1994)

Relapszusra hajlamosítanak a nagy kockázati helyzetek (1.) és a relapszust bizonyos figyelmeztető jelzések (2.) előzik meg.

1. Nagy kockázati helyzetek:

minden olyan külső vagy belső körülmény, amelyek veszélyeztetik az egyén kontrollérzését és növelik a relapszus lehetőségét. Marlatt és Gordon (1985) ezek három típusát különítette el 311, különféle, kémiai és viselkedéses addikcióban szenvedő kliens relapszusai alapján:

- I. Negatív emocionális állapotok (az összes relapszus 35%-a): frusztráció, düh, szorongás, depresszió, unalom.
- II. Interperszonális konfliktus (az összes relapszus 16%-a): párkapcsolat és házasság, barátság, munkavállaló-munkaadó kapcsolat zavara.
- III. Szociális presszió (az összes relapszus 20%-a): ez lehetett direkt (pl. szóbeli rábeszélés) vagy indirekt (pl. jelen lenni olyanok között, akik drogot használnak).

Az előzőeken kívül előfordulhatnak más nagy kockázati helyzetek is, pl. elvonási tünetek, a személyes kontroll próbára tévése, sóvárgás jelentkezése.

Ha az egyén képes megfelelő *megküzdési*, *megbirkózási* reakcióra, a relapszus valószínűsége csökken, sőt az egyén siker és kontrollérzése megerősödik.

Marlatt és munkatársai vizsgálatai azt is feltárták, hogy a nagy kockázati helyzetbe kerülést sokszor megelőzi egy „*fedett*” *előzmény*. Például látszólag irreleváns döntéseket hoz az egyén (pl. „veszek egy üveg bort, hátha vendégek toppannak be”), melyek mintegy előkészítik a talajt, hogy kockázatos helyzetbe kerüljön, aminek már nem tud ellenállni (otthon, este, egyedül az üveg borral). Ilyen esetekben sajátos kognitív diszorziók, tagadás, racionalizálás is fellép. Mindezek hasonlóak a „hibás gondolkodás”, „negatív gondolatok” vagy „leértékelő belső beszéd” korábban tárgyalt jelenségéhez.

2. Figyelmeztető jelzések:

Idesorolhatjuk a *mindennapos gondolkodási hibákat* (Jarvis és mtsa, 1995, Kamiller, 1994, és Ross, 1994, után), melyek szerhasználatához vezethetnek (megjegyezzük, hogy ezek alapvetően nem különböznek más pszichológiai rendellenességnél fellépő gondolkodási automatizmusoktól, lásd Tringer, 1993). Ezek előrejelezhetik a szerhasználatot és a visszaesést:

1. Minden vagy semmi gondolkodás
„Ha nem lebegek a legjobb, nincs értelme akár egy próbát is tenni.”
2. Túláltalánosítás (ha valami rosszra fordult, mindig úgy marad)
„Visszaestem öt év absztinencia után, ezután már soha nem leszek képes drog nélkül élni.”
3. Mentális szűrő (az egyén csak a negatív dolgokat veszi észre)
„Soha nem felejttem el, ahogy akkor elbántak velem!”

4. A pozitív negatívba fordítása (a pozitív dolgok „nem számítanak” ezért vagy azért):
„Csak azért maradtam józan, mert nem kerültem olyan helyzetbe, hogy igyam.”
5. Eljutni negatív következtetéshez (anélkül, hogy erre megfelelő bizonyíték lenne):
„Gondolatolvasás”: „A barátom kétszer félbeszakított. Biztos, hogy egy unalmas alaknak tart, akire nem érdemes figyelni.”
„Jövendőmondó biba” (biztos lenni abban, hogy a dolgok rosszra fordulnak, amiből elég ennek pusztán tudata): „Úgysem fognak megkedvelni, miért is próbáljak meg közeledni hozzájuk?” „Soha nem leszek képes megváltoztatni az ivásom.”
6. Katasztrófává alakítás (ha valami rosszra fordul, biztos, hogy totális katasztrófa lesz belőle):
„Ha vágyat érzek arra, hogy igyam, biztos, hogy nem bírom ki.”
Fokozás: élénk fantáziával elképzelni egy adott dolog összes negatív lehetőségét.
7. Összetéveszteni az érzelmeket a tényekkel:
„Úgy érzem, kudarcot vallottam – tehát biztos, hogy nem sikerült a dolog.”
8. Megszemélyesítés (minden rossz dologért önmagát hibáztatni):
„A férjem rosszkedvűen jött haza – biztos, hogy valami rosszat tettem.”
9. Önleértékelés (gyakran túlzott reakció egy apró tévedésre):
„Nem érdelek jobbat.” „Komplett idióta vagyok.”
10. „Kell” és „muszáj” megállapítások (ha a személy felé irányul, bűntudat alakul ki, ha más felé, akkor frusztráció, düh és neheztelés):
„Nem lehetek mérges.” „Mindig pontosan kell érkeznie.”
11. Romantikus „képzeltetés” (a világot rózsaszín szemüvegen keresztül nézni, a tényektől függetlenül):
„Ő a legfantasztikusabb ember a világon!” „Ez a legfantasztikusabb lehetőség, amivel valaha is találkoztam!”
12. Kettős kötés (azt hinni, hogy valamit meg kell tenni, de az egyén nem képes rá):
„Józan kell, hogy maradjak, de nem tudok.”
13. „Nem vagyok rá képes” (az egyén meg tudná tenni, de fél a következményektől, vagy egyszerűen nem képes kimondani, hogy visszautasít valamit).
14. „Megpróbálni” szemben a „megtennival” (azt mondani, hogy megpróbálta, de nem tudta megtenni):
„Én tényleg megpróbáltam leállni.” „Én tényleg el akartam menni az NA meetingre.”

Relapszus prevenciós tréning

A relapszus prevenciós tréning célja, hogy a kliensnél megelőzzük a relapszusokat, vagy ha azok mégis bekövetkeznek, hogyan alakíthatók a relapszusok lap-szusokká, megbotlásokká, megcsúszásokká a visszaesés helyett.

Jarvis, Tebutt és Mattick (1995) a tréning következő szakaszait különböztetik meg:

1. növelni a változás iránti elköteleződést
2. azonosítani a magas-kockázatú helyzeteket
3. megtanítani megküzdő (coping) és más hasznos készségeket
4. további ötleteket adni, hogyan lehet elkerülni a kísértést
5. felkészíteni a megcsúszásra
6. más, életvitelbeli kérdéssel foglalkozni a változás fenntartása érdekében

A 2. pontban említett helyzetek azonosítása több módon történhet. Külföldön vannak olyan kérdőívek, melyek specifikus módon kérdeznak rá bizonyos helyzetekre, ahol a visszaesés előfordulhat, így a kliens és konzultánsa azonosítani tudja ezeket a helyzeteket. Hasonló hatású a klienssel folytatott interjú, ahol a konzultánssal közösen próbálják azonosítani a kliens múltjából azokat a helyzeteket, ahol vagy amikor a drog- és alkoholhasználat gyakran előfordult. Alkalmas lehet e helyzetek azonosítására a naplóvezetés is.

Az *ivásnapló* tartalmazza, hogy a kliens mikor, hol, milyen tevékenység közben ivott, az ivás előtt milyen érzései voltak (különös tekintettel az alkohol iránti vágyra), mit tett és gondolt ekkor, mi történt (viselkedésheli, érzésheli következmények), mit és mennyit ivott. A kezelés során vezetett ivásnapló segíthet azonosítani a veszélyes helyzeteket, amit most, a relapszus prevenció idején el kell kerülni vagy speciális készségekkel meg kell oldani. A változás korai stádiumaiban célszerűbb elkerülni a kockázatos helyzeteket.

A 3. pontban említett készség tanítás elsősorban a problémamegoldó készségek megtanítását jelenti: a kliens képessé válik a problémák megoldására, ahelyett hogy az italhoz/droghoz menekülne. Egy egyszerű probléma megoldás a következő lépésekből áll:

1. meghatározni, pontosan mi is a probléma
2. ötletelni, hogyan lehet megoldani
3. a lehetséges megoldások előnyeit és hátrányait megvizsgálva kiválasztani a legjobb megoldást
4. részletes akciótervet készíteni
5. végrehajtani a tervet – esetleg előtte gondolatban kipróbálni, vagy szerepjátékban elpróbálni
6. értékelni az eredményt, hogy vajon a legjobb megoldást választottuk-e

Természetesen más készségek is fontosak lehetnek a magas kockázatú helyzetek elkerülésében vagy a helyzetek megoldásában. Ilyen a szociális befolyással, a szorongással, a depresszióval és a dühvel, a sóvárgással való megbirkózás készsége stb. Kiemelem a kínálással kapcsolatos *visszautasítási készségeket*. Itt csak utalok a különböző készségfejlesztő gyakorlatokra, tréningekre.

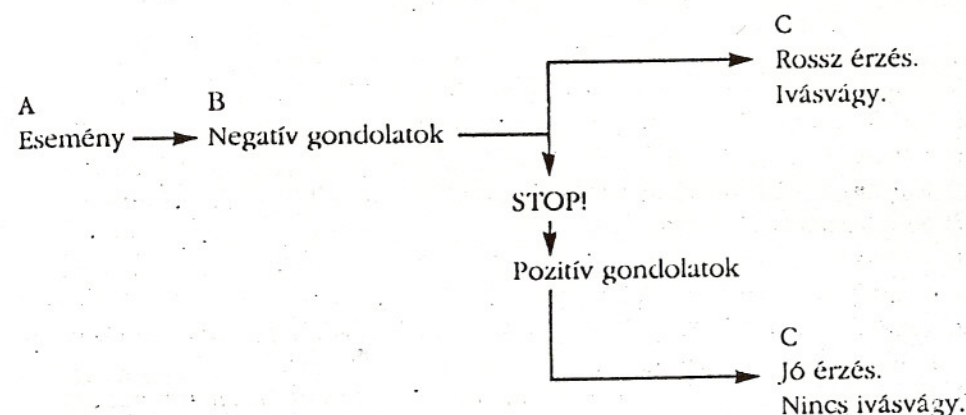
A 4. ponttal kapcsolatban talán a korábban emlegetett „gondolkodási hibák” elkerülése a fontos. Ezeket a „negatív gondolatokat” lehet restrukturálni, megkérdőjelezni, illetve a klienseket segíteni abban, hogy ezeket a gondolatokat idejében felismerjék, leállítsák és pozitív gondolatokkal, pozitív tartalmú „belső beszéddel” helyettesítsék.

A negatív gondolatok megkérdőjelezése (Jarvis és mtsai, 1995, Kaminer, 1994, és Ross, 1994 után):

1. A katasztrófává alakítás megelőzése: Nem vagy túlreagáló? Biztos, hogy a dolgok a legrosszabbra fordulnak? Mit tehetsz, ha a legrosszabb tényleg megtörténik?
2. Reményteli megállapítások: Még akkor is, ha nehéz lesz, kezelni tudom a helyzetet.
3. Okold az eseményt és ne magad: mindenki követ el hibákat, a hiba, amit adott helyzetben elkövetsz, nem a te állandó reakciómódod.
4. Emlékeztess magad, hogy mindig maradj meg a feladatodnál: próbálj meg arra koncentrálni, amit csinálsz. Csinálj valamit, hogy jobban érezd magad.
5. Kerüld el a „kell”, a „muszáj”, a „mindig”, az „örökké”, a „soha” megállapításokat: ha ezeket a kifejezéseket (és a mögöttük meghúzó követeléseket) nem használod, több szabadságot hagysz magadnak és másoknak, hogy mindenki olyan legyen, amilyen.
6. Emlékezz jó dolgokra: mi segített korábban átvészelni ilyen helyzetet, mint amilyenben most vagy? Mit tettél sikeresen a múltkor? Mi az, amit szeretsz magadban?
7. Nevezd újra a kellemetlen érzéseket: emlékezz vissza arra, hogy a kellemetlen érzéseknek nem feltétlen következménye, hogy újra ígyál. Gondolj ezekre inkább úgy, mint olyan jelzésekre, melyekre a megbirkózási stratégiáidat kell beindítanod.
8. Bátorítsd magad.

A terápia során mindezeket a kliensnek meg lehet tanítani, így a későbbiekben ő maga, egyedül tudja ezeket a műveleteket elvégezni. Az önmenedzselés során a kliensek először naplót írnak a mindennapi helyzetekről, amelyek kellemetlen érzésekhez vezetnek (A=esemény, antecedent). A kliensek azonosítják ezeket az érzéseket (minden egyes helyzetben), megtalálják az ezekből táplálkozó „automatikus gondolatokat” és „gondolkodási hibákat” (B=belief). Itt meg kell állniuk a gondolkodásban, majd a kliensek megkérdőjelezzik ezeket a gondolatokat (ehhez megfelelő segítséget kapnak). Ezután megvizsgálják, most hogyan gondolkodnak és hogyan éreznek, milyen fel/megszabadulást élnek át (C=consequence).

A kognitív terápia csak akkor lehetnek tartósan eredményesek, ha a gondolkodási automatizmusok mögött meghúzó diszfunkcionális attitűdöket, nézeteket, hiedelmeket is módosítani lehet (Tringer, 1993).



Az automatikus gondolatok megváltoztatásának ABC sémája (Kaminer, 1994)

Az 5. ponttal kapcsolatban, azaz a megcsúszásra való felkészítésnél a kliensnek tudnia kell, hogy az absztinencia megsértése nagyon erős negatív érzelmet, indulatokat vált ki belőle, büntudatot, dühöt, szorongást élhet át, ami miatt nem mer jelentkezni a kezelőnél (absztinencia megsértési effektus). Úgy érzi a kliens, ami történt, az a teljes csőd, kár is folytatni az egészet. Erre fel kell készíteni a kliens, hogy ezeknek az érzéseknek az ellenére keressen segítséget, hívjon fel valakit azonnal (vagy mihelyst képes lesz rá), erre készüljön fel (pl. szerepjátékok segítségével), másnap pedig menjen el a konzultánshoz és mondja el neki, mi történt. A vészhelyezeti teendőket akár egy cédulára is fel lehet írni, amit a kliens állandóan magánál hord (pl. egy telefonszámot, amit bármikor felhívhat). A kliensnek meg kell értenie a különbséget megcsúszás és visszaesés között.

A 6. ponttal kapcsolatban ki kell emelni, hogy a változás megváltozott környezetben esetleg könnyebben fenntartható: ha sikerül új barátokat, új szórakozási formákat találni, ha sikerül megoldani a korábbi családi, szociális és más problémákat. A konzultáns számára feladat adódhat abból, hogy kliense számára olyan segítő intézményeket kell javasolnia, ahol ezekben a kérdésekben (pl. álláskeresés, iskola befejezés, átképzés, lakhatás megoldása, segély stb.) segítséget kaphat.

A relapszus prevenció technikákat az alkohol- és droghasználók az utógondozás során, általában csoportban tanulják, illetve gyakorolják. A hangsúly az egyszerű lépések elsajátításán van.