

## بررسی زمینه های کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی

مجید قربانی

کارشناس ارشد علوم تربیتی

مرکز مطالعات، پژوهش و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

چکیده:

تلاش برای درمان، بدون در نظر گرفتن بحث " انگیزش " کامل نیست . میلر و رالینک (۱۹۹۱)، در توضیح این مبحث اظهار می دارند که اغلب معتادان به طور ذاتی در مورد تغییر، احساس دوگانه ای دارند(بیشتر از این که دارای مقاومت، اراده ضعیف، یا از لحاظ شخصیتی معیوب باشند). این نویسندگان انگیزش را به عنوان «حالت آمادگی یا آماده بودن برای تغییر تعریف کرده اند که ممکن است این حالت، از زمانی به زمان دیگر و از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر کند».

پروچاسکا، دی کلمنت و نور کراس (۱۹۹۲)، الگوی جامعی را برای مفهوم پردازی «انگیزش» بیمار - برای تغییر- ارائه داده اند. آنان، الگویی شش مرحله ای را برای تغییر پیشنهاد کرده اند که عبارت است از: ۱- مرحله غفلت و نا آگاهی (یا پیش از تأمل)، ۲- مرحله تفکر و تأمل، ۳- مرحله تصمیم گیری برای تغییر (آمادگی) ، ۴- مرحله عمل یا اقدام، ۵- مرحله ماندن در ترک (نگهداری) و ۶- مرحله بازگشت به اعتیاد(بک، رایت، نیومن و لیس، ۱۳۸۰: ۳۸).

به نظر پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۸۶) «درمان رفتارهای اعتیادی، در صورتی که هم مراجع و هم درمانگر بر یک مرحله تغییر تمرکز کنند، می تواند به آرامی پیش برود». در این میان، " مصاحبه انگیزشی " شیوه ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتادان یا تغییر رفتار داشته است. در واقع، این روش که برای اولین بار توسط میلر (۱۹۸۳) و رالینک (۱۹۹۱) توصیف شد، یک روش مشاوره رهنمودی (با رویکرد مراجع - محوری)، است که از طریق «شناخت مشکلات بالقوه» و «کشف و رفع احساس دودلی و تردید او» (با هدف تغییر رفتار)، به مراجع کمک می کند.

در این مقاله، ضمن توصیف « کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان » به تفاوت های رویکرد مصاحبه انگیزشی با سه رویکرد انکار - مواجهه ، آموزش مهارت و رویکرد غیر دستورات عملی

اشاره شده است. همچنین، پنج اصل عمومی مصاحبه انگیزشی و انواع رویکردهای آن مورد بررسی قرار گرفته است.

به طور کل، در این نوع مصاحبه که نسبتاً نوین است بر توانایی های مشاوره ای تکیه دارد و تلاش می شود تا نگرش بیمار بدون مواجهه، نسبت به منافع و زیان های ادامه مصرف، تغییر یابد. این رویکرد، بویژه در کسانی که هنوز آماده تغییر نیستند و یا درباره این تغییر تردید دارند، مؤثر است. در واقع، هدف اصلی این رویکرد درمانی، بر طرف کردن احساس دودلی مراجعان و تشویق آنها به بیان نگرانی ها و دلایل شخصی شان برای تغییر رفتار اعتیادی است.

بنابراین، بر اساس بررسی های صورت گرفته در زمینه "کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی"، این نتیجه حاصل می شود که از یک سو، به دلیل جاری فقدان یک رویه نظام مند درمانی و از سوی دیگر، به لحاظ غالب بودن درمان های دارویی نسبت به درمان های غیر دارویی (روان شناختی) برای درمان اعتیاد در کشور، درمانگران اعتیادی در سطح وسیع از این رویکرد استفاده نمی کنند.

**کلید واژگان:** مصاحبه انگیزشی، مراحل تغییر، درمان معتادان، انگیزش

## مقدمه

الگوهای بیماری به دلایل تاریخی از اهمیت زیادی برخوردارند. اگر اعتیاد همچنان گناه یا خطای فرد تلقی می شد، دیگر دلیلی وجود نداشت که تمهیدات درمانی برای او فراهم شود. در آن صورت، بیشتر مردم تنها راه حل مشکل معتادان را مجازات (از جمله، زندانی کردن) می دانستند. به این تربیت، امیدی برای افرادی که به مشکلات سوء مصرف مواد دچار می شدند، وجود نداشت. این مسأله مهمترین عامل انتخاب یکی از سه خط مشی سیاستگزاری برای جرم دانستن اعتیاد، بیماری محسوب کردن آن و یا مجرم و بیمار شمردن (یا هر دو) معتادان است که هنوز در ایران به سرانجام مشخصی نرسیده است. اما، جدا از اهمیت تاریخی الگوی بیماری است، مراجعانی که اعتیادشان را به عنوان بیماری می پذیرند اغلب برای مشارکت در درمان خود با انگیزه تر به نظر می رسند. برای بعضی مراجعان، مفهوم بیماری ظاهراً "به معنای آن است که دیگر لازم نیست احساس گناه و شرمساری کنند و، در نتیجه، مانعی روانی از سر راه ترک اعتیادشان برداشته می شود. به

عبارت دیگر می توان گفت که نظریه بیماری، برای آنانی مناسب است که فکر می کنند از نظر ژنتیکی در برابر بیماری آسیب پذیرند و یا توجیهی است برای کسانی که مشکلات زیستی - پزشکی عمده داشته باشند.

به طور کل، در سال های اخیر بیشتر به آن دسته از برنامه های درمانی توجه شده است که در آنها موضوع "انگیزه"<sup>۱</sup> مراجع از اهمیت خاصی برخوردار بوده است (میلر و رالینک، ۱۹۹۱)<sup>۲</sup>. معتادان به الکل و مواد مخدر اغلب در باره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی<sup>۳</sup> باعث می شود معتادان به سرعت درصدد درمان برنیایند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشند. عده ای دیگر از معتادان نیز به این نتیجه می رسند که باید درمان شوند، اما خیلی زود از این فکر منصرف می شوند و فرایند درمان را رها می کنند. بسیاری نیز به طور جدی می کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می شکنند و مصرف مواد را از سر می گیرند. همه اینها مشکلات مربوط به ایجاد "انگیزه" و حفظ آن برای ترک اعتیاد است (دنیس، ل، توماس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). این در حالی است که معتادی با پشت سر گذاشتن مشکلات مربوط به انگیزه و رسیدن به مرحله اقدام برای ترک، با نبودن امکانات مناسب درمانی در سطح کشور، اعم از دوری راه، نوبت های چند ماهه، ضعیف بودن نظام تحویل دارو، تغییر مداوم کارشناسان، مسؤولان و درمانگران خبره در مراکز درمانی و ... مواجه می شود.

از سوی دیگر، همیشه این طور بوده است که درمانگران بالینی، مراجعانی را که «انگیزه» ترک اعتیاد را از دست می دهند، مقصر بدانند. به عبارت دیگر، معمولاً وقتی مراجعی پیش از اتمام درمان از ادامه شرکت در آن سرباز می زند، این گرایش دیده می شود که مراجع را تقصیر کار بدانند نه برنامه درمان را. اما، بتازگی هر چه بیشتر معلوم شده است که برنامه های درمانی انعطاف ناپذیر، به این مشکل دامن می زنند و یکی از هدف های روشن درمان روانی - اجتماعی باید/فزایش انگیزه<sup>۵</sup> مراجع باشد (میلر، زوبن<sup>۵</sup>، دی کلمنت<sup>۶</sup> و ریچتاریک<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲؛ راپاپورت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷). مطلب فوق را می توان به طور دیگری نیز تعبیر کرد و گفت: «نه فقط ویژگی ها و خصوصیات شخصی مراجعان در انگیزه او مؤثرند بلکه شرایط بیرونی نیز حایز اهمیت اند». بر طبق این الگوی نظری، دیدگاه مراجع قابل احترام است و باید با آنها همدلی و همنوایی کرد تا خودشان از بین چند گزینه درمانی یکی را انتخاب کنند.

در این میان، "مصاحبه انگیزشی"<sup>۹</sup> شیوه ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتادان یا تغییر رفتار آنان داشته است. به همین منظور، برای فهم بهتر کاربرد این شیوه

درمانی، ابتدا به "مراحل تغییر" ۱۰ یا "چرخه تغییر" - که توسط پروچاسکا<sup>۱۱</sup> و دی کلمنت پیشنهاد شده است - اشاره ای مختصر می شود.

۱- Motivation	۲- Miller & Rollnick	۳- Ambivalent	۴- Dennis.L . Thombs
۵-Zweben	۶-Diclement	۷-Rychtarik	۸-Rappaport
۹- Motivational Interviewing (MI)	۱۰-Stage of Change	۱۱- Prochaska	

### مراحل تغییر در رفتار اعتیادی

موضوع "انگیزه"، یکی از نکات بسیار مهم در درمان معتادان ایرانی است. در این زمینه، پروچاسکا و همکارانش (۱۹۹۲) یک الگوی فرایندی<sup>۱</sup> معرفی کرده اند که نشان می دهد تا نشان دهند چگونه افراد رفتاری نامطلوب را تغییر می دهند و یا عادت های رفتاری جدید را در خود به وجود می آورند. با وجود این، الگوی "مراحل تغییر" نظریه ای جداگانه ای نیست، بلکه چارچوبی است برای سازماندهی نظریه های موجود تا توضیح دهد افراد چگونه، با کمک یا بدون کمک متخصص، می توانند خود را تغییر دهند.

این الگو، برای درمانگران و پژوهشگران بسیار جالب بوده است، زیرا ساختاری برای درک انگیزه مراجع فراهم می آورد. استفاده از این روش در مورد بیماری های (مشکلات رفتاری که احتمال بازگشت - پس از درمان - در آنها وجود دارد) مختلفی نظیر: وابستگی دارویی در درمان ایدز (برادلی - اسپرینگر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶)، ترک سیگار (دی کلمنت و دیگران، ۱۹۹۱)، ترک اعتیاد به الکل یا مواد (دی کلمنت، ۱۹۹۱)، کنترل وزن (پروچاسکا و دی کلمنت، ۱۹۸۵) و ناراحتی روانی (پروچاسکا و نورکراس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳) نیز مثبت ارزیابی شده است.

پژوهش ها نشان داده اند که الگوی "مراحل تغییر" بویژه برای دسته بندی بیماران در برنامه های درمانی (بر اساس آمادگی شان برای تغییر) نیز مفید بوده است. پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۹۲) اظهار کرده اند که بسیاری از برنامه های درمان روانی - اجتماعی و همچنین درمان طبی، نتایج رضایت بخشی در پی نداشته اند؛ زیرا در آنها، این فرض بدیهی شمرده می شود که مراجعان (یا بیماران) جدید از انگیزه زیادی برای مشارکت در درمان خود برخوردارند. در واقع، در برنامه ریزی درمان معمولاً "موضوع انگیزه مراجع نادیده گرفته می شود. اما، واقعیت این است که اغلب

مراجعان، در بسیاری از اختلال های رفتاری و طبی، در آغاز درمان، انگیزه زیادی برای تغییر یا درمان ندارند. پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۹۲) برآورد کرده اند از میان افرادی که مشکلات بهداشتی جدی دارند، تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها در هنگام ورود به درمان این آمادگی را دارند که برای بهبود وضع خود دست به کاری بزنند.

بررسی و مطالعه نگارنده مقاله در زمینه « کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی» نیز بر مشکلات انگیزشی معتادان، صحنه می گذارد. مطالعه انجام شده در این زمینه بیانگر این مهم است که نگرش معتادان ایرانی بر تأثیر کم رویکرد های درمانی و ناتوانی درمانگران در درمان اعتیاد تأکید دارد. این مسأله، به نوبه خود، مهمترین عامل فقدان انگیزه در معتادان از یک سو و رشد بدون مطالعه شبه گروه های درمان اعتیاد از سوی دیگر در ایران شده است. داشتن بصیرت در باره این عوامل می تواند در بالابردن کیفیت درمان، درک بهتر انگیزه مراجع و استفاده بهینه از حمایت گروه های مردمی (نظیر معتادان گمنام، کنگره ۶۰ و...)، مؤثر باشد.

الگوی مراحل تغییر از پنج مرحله تشکیل می شود (پروچاسکا و دی کلمنت، ۱۹۹۲). در اینجا، هر یک از این مراحل و کاربردهای درمانی آن را در درمان معتادان شرح می دهیم. ذکر این نکته مهم است که پیشرفت بیمار در این مراحل ممکن است به شکلی خطی صورت نگیرد. بیمارانی که به سه مرحله آخر می رسند، اغلب بازگشتی به دو مرحله نخست دارند. با این حال، پژوهش ها حکایت از این دارند که عود بیماری یا بازگشت به اعتیاد در بیشتر بیماران پس از یکی دو بار، دیگر اتفاق نمی افتد (پروچاسکا و دی کلمنت، ۱۹۹۲). به عبارت دیگر، بیشتر اوقات، میزان بازگشت به اندازه ای نیست که بیماران به همان مرحله اول درمان باز گردند. به نظر می رسد که بسیاری از افراد در حین درمان اشتباهات خود را در می یابند و این خود سبب می شود که عود بیماری یا بازگشت به اعتیاد، پس از مدتی کمتر اتفاق افتد.

۱-Transtheoretical

۲-Bradly – Springer

۳-Norcross

### مرحله غفلت و ناآگاهی

مرحله غفلت و نا آگاهی یا پیش از تأمل ۱، مرحله ای است که هنوز فرد تصمیم نگرفته است در آینده ای قابل پیش بینی برای تغییر رفتار خود اقدام کند. اغلب افرادی که در این مرحله قرار دارند هنوز رفتار خود را مشکل آفرین نمی دانند (دی کلمنت، ۱۹۹۱). بل و رالینک (۱۹۹۶) از افراد در این مرحله، به عنوان کسانی که "با رفتار نادرست خود سرخوش هستند"، یاد می کنند. با

این حال، دیگر اطرافیان نظیر دوستان، خانواده یا کارفرمای فرد که ناظر بر رفتارهای او هستند، رفتارهای وی را مشکل دار می دانند. جالب توجه این که، این اطرافیان در ایران نیز از جمله مهمترین برانگیزنده های معتادان برای ترک هستند.

در این مرحله، قضیه فقط به "انکار" اعتیاد و "مقاومت" در قبول آن ختم نمی شود. بعضی افرادی که در این مرحله قرار دارند اصلاً هیچ اطلاعی از خطرات ناشی از رفتار نادرستشان ندارند. آنها فکر می کنند که اقدام برای اصلاح رفتارشان خیلی دیر شده است. سر انجام، بعضی از افراد در همین مرحله پیش از تصمیم گیری برای درمان، برای مشکل خویش دلیل تراشی می پردازند، مثلاً می گویند: "تو که فقط یک بار زندگی می کنی تحمل درد و رنج چه حاصلی دارد؟" (دی کلمنت، ۱۹۹۱).

در تخصص هایی که به نوعی به کار یاری رسانی مربوط می شوند، باور غلط زیر در مورد درمان بیمارانی که در مرحله بی تصمیمی و نیندیشیدن به مشکل خود هستند، وجود دارد که هر چه مشکل بهداشتی یا رفتاری فردی جدی تر می شود، برای کمک به او آموزش، درمان یا رویارویی با بیمار نیز باید شدیدتر و جدی تر باشد. در واقع، کمک "بیشتر" برای بعضی از، بیمارانی که در این مرحله قرار دارند، ممکن است عملاً زیانبار باشد، و یا به طور کل ممکن است از هر کمکی به آنها غفلت شود (دی کلمنت، ۱۹۹۱). در هر حال، پژوهش هایی که در باره مداخلات کوتاه مدت درمانی صورت گرفته است، نشان می دهد که همین مداخلات درمانی اندک، به اندازه درمان های جدی و بسیار مداخله گرانه، نتیجه بخش بوده و از عدم ارایه خدمات درمانی نیز مؤثرتر است (میلر و رالینک، ۱۹۹۱؛ مؤسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم، ۱۹۹۷). این مسأله بویژه زمانی مصداق بیشتر پیدا می کند که هدف عمده مداخله درمانی (کوتاه مدت)، ایجاد انگیزه برای تعهد به تغییر و درمان در بیمار باشد.

در این مرحله، شاید بهترین اقدام، فعال ساختن برنامه های کاهش تقاضا با هدف آگاه ساختن معتادان ایرانی از خطرات ناشی از رفتار نادرستشان باشد، اقدامی که تاکنون به طور منسجم و سازمان یافته صورت نگرفته است. به عبارت دیگر، هنوز طرح جامعی در زمینه پیشگیری از اعتیاد تدوین نشده و آنچه در برنامه ملی مبارزه با اعتیاد پیش بینی شده است، از پشتوانه مطالعاتی و تحقیقاتی کافی برخوردار نیست. به عنوان مثال، استفاده از رهنمودهای چنین رویکردی (که در سال ۱۹۹۱ پیشنهاد شده است) و حتی سایر یافته های پژوهشی در زمینه رویکردها نیز در بطن برنامه دیده نمی شود.

## مرحله تفکر و تأمل

مرحله تفکر و تأمل<sup>۲</sup>، مرحله ای است که بسیاری از معتادان مدت های مدید در آن توقف می کنند. معمولاً، در این مرحله فرد به طور گسترده "سود و زیان"<sup>۳</sup> اقدام به درمان خود را تحلیل می کند (دی کلمنت، ۱۹۹۱). بیماران اغلب "سود و زیان" درمان یا تغییر رفتارشان را مدام سبک و سنگین می کنند. آنان در یک لحظه، منافع این کار را پیش خود تصور می کنند و در لحظه ای دیگر زیان های آن را مورد بررسی قرار می دهند. در این مرحله (بر خلاف مرحله قبل)، فرد معتاد تمایل به تغییر و اصلاح خود دارد، اما احساس دودلی وی هر گونه اقدام برای درمان را به تأخیر می اندازد. برای مثال، دی کلمنت و پروچاسکا (۱۹۸۵) دویست سیگاری را - که

۱-Precontemplation	۲-Contemplation	۳-Risk – reward analysis
<p>در مرحله تفکر و تأمل قرار داشتند- به مدت دو سال زیر نظر گرفتند و دریافتند که در طول این مدت نظر آنان در باره شروع به اصلاح رفتار، هیچ تغییری نکرده است.</p> <p>به عبارت دیگر، افراد در این مرحله مایل به تغییر خود هستند، اما هنوز خود را متعهد<sup>۱</sup> و ملزم به این کار نمی بینند. آنان این عدم التزام را با رفتارهایی مانند پرس و جو کردن در باره راه های درمان (اما عمل نکردن به آنها) یا با تغییر زمان جلسات شروع درمان - فقط برای این که در جلسات حضور نیابند - نشان می دهند. دی کلمنت (۱۹۹۱) اظهار می کند افرادی که در این مرحله (تأمل در باره شروع درمان) قرار دارند اغلب دلایلی از این است می آورند که مثلاً " الان وقت خوبی برای شروع برنامه درمان نیست" (ص ۱۹۵).</p> <p>چالش اصلی برای درمانگر اعتیادی آن است که معتاد را- که در این مرحله متوقف شده است - برای حرکت به سوی مرحله بعد (مرحله آمادگی) تشویق کند. برای این منظور، نخست، اطلاعات ارائه شده باید از نظر شخصی با وضعیت فرد مرتبط باشد؛ مثلاً، برای علاقمند کردن معتاد به کوائین دادن اطلاعاتی در باره جمعیت الکلی های بی نام<sup>۲</sup> یا اینکه چگونه می توان مدتی طولانی "پاک"<sup>۳</sup> ماند، صحیح و مناسب نیست. دوم، باید مزیت های درمان یا تغییر رفتار را گوشزد کرد (مثلاً باید به او گفت: "دیگر این قدر پول هایت را برای خریدن کوائین هدر نده"، نه این که معتاد را از عواقب رفتارهایش بترسانیم (مثلاً بگوییم که "به قلب یا ریه ات آسیب می رسانی یا سرانجام کارت به زندان ختم می شود"). توجه به منفعی که ترک اعتیاد در بر دارد، می تواند</p>		

مشوق خوبی برای معتادی باشد که در این مرحله قرار دارد. به طور کل، از پیام هایی که ترس معتاد را بر می انگیزد (ترفندهای هراس برانگیز)، باید اجتناب کرد؛ چراکه کارآمدی ۴ او را بشدت کاهش می دهد؛ به عبارت دیگر، ترساندن معتاد می تواند او را نسبت به اصلاح خودش بدبین کند و تلویحاً به او این طور بفهمانده که دیگر "برای ترک اعتیاد، خیلی دیر شده است".

### مرحله آمادگی (یا مرحله تصمیم گیری برای تغییر رفتار)

در مرحله آمادگی ۵، معتاد تصمیم می گیرد در آینده ای نزدیک، رفتار اعتیادی خود را اصلاح کند (پروچاسکا و دی کلمنت، ۱۹۹۲). تصمیم معتاد به این کار اغلب با تغییرات جزئی رفتار نمایان می شود. معتاد، معمولاً برای مدتی کوتاه در این مرحله می ماند. معتادی که در این مرحله به محک زدن تغییر رفتار خود می پردازد، لزوماً به مرحله بعد، یعنی مرحله عمل سوق داده نمی شود (دی کلمنت، ۱۹۹۱). رو به رو شدن با موانع ترک اعتیاد، ممکن است موجب بازگشت معتاد به مرحله قبل شود.

در این زمینه، یافته های حاصل از « بررسی نظرهای معتادان و خانواده های آنان در زمینه نیازها، مسائل و مشکلاتشان » که در مورد ۴۰۵۰ نفر از افراد نیازمند خدمات حمایتی انجام گرفته است (امور فرهنگی و روابط عمومی ستاد: ۱۳۷۸)، بیانگر اعلام آمادگی معتادان ایرانی برای ترک اعتیاد خود است، این در حالی است که هیچ گونه پاسخ درخوری به فراخوان روابط عمومی داده نشد. چه بسا می شد با برنامه ای از پیش تعیین شده، خیل عظیم معتادان علاقمند به ترک را با کمک درمانگر به مرحله عمل سوق داد. دی کلمنت (۱۹۹۱) اشاره می کند که در این مرحله، مهم ترین وظیفه درمانگر برای کمک به معتاد آن است که او را تشویق کند برنامه ای واقع بینانه برای ورود به مرحله عمل تدارک ببیند. بسیاری از معتادانی که تصمیم به ترک اعتیاد گرفته اند دشواری هایی را که در مرحله عمل (ورود به درمان) با آنها مواجه خواهند شد، تشخیص نمی دهند یا آنها را نادیده می گیرند. در برنامه ای واقع بینانه، این موانع از پیش مشخص می شوند و راه حل ها یا پاسخ های لازم برای آنها از قبل تعیین می شوند.

---

۱-Commitment	۲-Alcoholics	۳-Sobriety	۴-Self –
	Anonymous (AA)		efficacy
۵-Preparation (or			
detemination)			



## مرحله عمل

مرحله عمل<sup>۱</sup> یا اقدام برای ترک عبارت است از: "اجرای برنامه درمان". در این مرحله، معتاد می‌کوشد رفتار یا محیط خود را تغییر دهد تا بر مشکل اعتیادش فائق آید. پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۹۲) چند نکته را در باره این مرحله متذکر شده‌اند که در زیر می‌آید:

*اصلاح یا تغییر رفتار اعتیادی در مرحله عمل، معمولاً بسیار محسوس است و توجه افرادی که از بیرون ناظر بر روند تغییر هستند به خود جلب می‌کند. همه مردم و از جمله خود متخصصان، اغلب - به غلط - اقدام معتاد برای "تغییر رفتار" را با "خودتغییر" اشتباه می‌گیرند. در نتیجه، اقدامات لازم برای آماده کردن معتاد برای درمان و تمهیداتی را که برای حفظ تغییرات حاصل شده پس از کوشش معتاد ضروری است نادیده گرفته می‌شود.*

معتادانی که برای استمداد نزد درمانگر می‌آیند، گاهی قبلاً<sup>۲</sup> در زندگی شان تغییر و اصلاح رفتار اعتیادی را شروع کرده‌اند؛ بهره‌گیری از درمان اعتیاد ممکن است فقط بخشی از تلاش هایشان برای ترک اعتیاد بوده باشد. همچنین در مطالعات گوناگون معلوم شده است که معمولاً بعضی مراجعان روزها یا حتی هفته‌ها پیش از مراجعه برای درمان، خودشان مصرف دارو را کنار گذاشته‌اند (میستو<sup>۳</sup>، سابل<sup>۳</sup> و دیگران، ۱۹۹۵). به اعتقاد دی کلمنت (۱۹۹۱)، اینها مراجعانی هستند که نظر مثبت درمانگر را نسبت به خود جلب می‌کنند؛ در واقع، می‌توان آنان را "مراجعان بدون ایجاد درد سر"<sup>۴</sup> نامید و به طرز "معجزه آسا"<sup>۵</sup> مداوایشان کرد. مراجعانی که ترک اعتیاد را خودشان از پیش شروع کرده‌اند، اغلب به آن علت برای مشاوره مراجعه می‌کنند که (۱) خود را در برابر همه متعهد سازند که قصد دارند اعتیادشان را ترک کنند، (۲) تأیید متخصصان و دیگران را برای برنامه ترک اعتیادشان کسب کنند، (۳) درصدد برآمده‌اند تا دیگران حمایتشان کنند و به اعتماد به نفس آنها بیفزایند و (۴) عده‌ای از بیرون روند ترک اعتیادشان را زیر نظر داشته باشند (دی کلمنت، ۱۹۹۱).

دی کلمنت (۱۹۹۱) معتقد است از اولین وظایف درمانگران برای کمک به مراجعانی که خودشان مرحله عمل را شروع کرده‌اند، آن است که راه‌هایی را برای ارتقای خود کارایی پیش رویشان نهند (مثلاً) می‌توان آنان را با گروه‌هایی از هم‌سن و سال هایشان که حمایت‌کننده باشند، آشنا ساخت و در صورت امکان موانع اداری را که مانع از پیشرفت شان می‌شود از سر راه

آنان بر دارند. در واقع، می توان افرادی که توانسته باشند بین ۱ روز تا ۶ ماه رفتار خود را کنترل کرده اند (یعنی مواد مصرف نکرده باشند) را در دسته معتادانی که مرحله عمل را شروع کرده اند، قرار داد. در این صورت، پس از ۶ ماه ترک می توان گفت که آنان به مرحله بعد، یعنی مرحله ماندن در ترک نایل آمده اند.

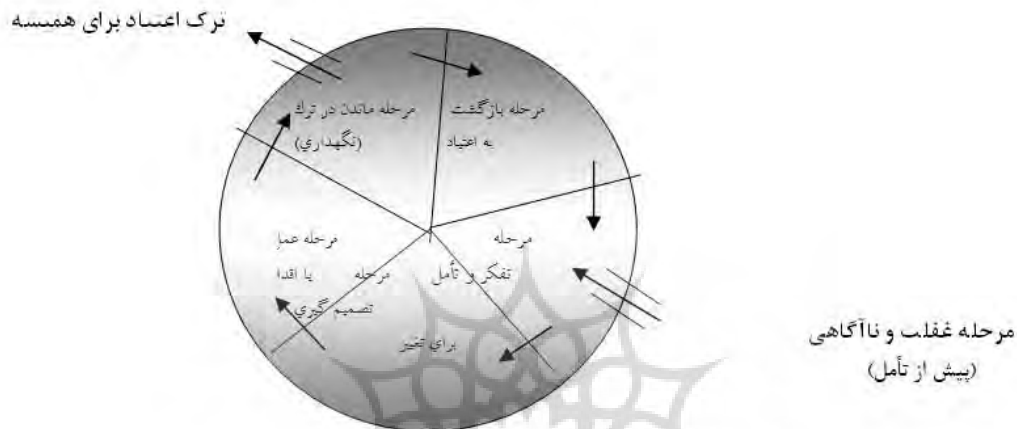
### مرحله ماندن در ترک

در مرحله ماندن در ترک ۶ (نگهداری)، معتاد به تلاش خود برای جلوگیری از اعتیاد دوباره ادامه می دهد و می کوشد تا مؤفقیت هایی را که در درمان داشته است، تثبیت کند. پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۹۲) ادامه ترک را مرحله ای ایستا نمی دانند بلکه آن را ادامه تلاش برای تغییر رفتار می نامند. با گذشت زمان، خطر بازگشت به اعتیاد کمتر و کمتر می شود. با وجود این، احتمال رجعت به مرحله قبل همیشه وجود دارد. در این مرحله، مهم ترین وظیفه درمانگر تهیه طرحی برای پیشگیری از بازگشت به اعتیاد است که با کمک معتاد آماده می شود. در این طرح، باید احتمال "تأثیرات ناشی از نقض تعهد معتاد به خودداری از مصرف مواد" را نیز مد نظر قرار داد و برای آن فکری کرد. در واقع، این تأثیرات همان واکنش های هیجانی منفی و شدید معتاد- از جمله احساس ناکامی- هستند که در بسیاری از آنان با یک بار "لغزش" ۱ و مصرف اندک مواد به وجود می آید.

۱-Action	۲-Maisto	۳-Sobell	۴-Easy Clients
۵-Miracle Cures	۶-Maintenance		

به این ترتیب، معتاد مصرف دوباره مواد را برای خود بیش از حد بزرگ می کند و این موجب احساس یأس و ناامیدی در او می شود. این واکنش های هیجانی، به نوبه خود به کاهش خود کارایی معتاد منجر می شود و معمولاً به از سرگیری دوباره و شدیدتر مصرف مواد می انجامد. یکی از پیامد های بسیار زیانبار «تأثیرات نقض خویشنداری» آن است که بسیاری از مراجعان، بدون احساس ناراحتی یا شرم، یا مصرف دوباره مشروب یا مواد را پنهان می کنند و یا - حتی بدتر از آن- فرایند درمان را قطع می کنند. در برنامه پیشگیری از بازگشت به اعتیاد، باید با واقع بینی به مراجع آموخت که چگونه باید در صورت «لغزش» یا یک بار مصرف دوباره الکل یا مواد، واکنش نشان دهد یا از چه راه هایی می تواند دوباره بهبودی خود را به دست آورد.

در "چرخه تغییر" ۲ زیرملاحظه می شود که چگونه افراد مراحل تغییر را دور می زنند. همان طور که ملاحظه می شود مرحله نخست که نشانگر مرحله ایستای غفلت و ناآگاهی (پیش از تأمل) درباره مشکل فرد است، در این چرخه گنجانده نشده است. بیشتر معنادان پیش از موفق شدن در ترک اعتیاد نهایی، چندین بار این مراحل را پشت سر می گذارند (میلر ووالینک، ۱۹۹۱).



نمودار چرخه تغییر: الگوی شش مرحله ای تغییر که پروچاسکا و دی کلمنت پیشنهاد کرده اند.

### نمودار چرخه تغییر: الگوی شش مرحله ای تغییر که پروچاسکا و دی کلمنت پیشنهاد کرده اند.

اگر درمان را تلاشی برای سرعت بخشیدن به حرکت معتاد در پیمودن این مراحل تعریف کنیم، در آن صورت لازم خواهد بود هم راهبرد های کمک به مراجع و هم محیط اجتماعی را- که در آن این خدمات به فرد ارایه می شود- با دقت بررسی کنیم؛ خدمات درمانی در خلاء اجتماعی صورت نمی گیرند. موضوعات دیگری نظیر کنترل قهری و قانونی نیز بر انگیزه معتاد بی تأثیر نیستند. از موضوعات پیچیده تر دیگر، نحوه کمک به مراجعان مشکل آفرین یا سرکش (که باید به روش کاهش آسیب به آنان کمک کرد) و راه های جدید تأمین هزینه های خدمات درمانی است. موضوعات اضطراری دیگری نیز در شیوه های درمانی امروزی وجود دارند که باید مورد توجه قرار گیرد و تأثیرشان بر انگیزه معتاد بررسی شود. به عنوان مثال، مشارکت علمی سازمان های غیر دولتی و همکاری نیروهای انتظامی در سوق دادن معنادان به درمان از یک سو و تأمین هزینه های خدمات درمانی (تحت پوشش صنعت بیمه) از سوی دیگر، از جمله مهمترین اقدامات ایجاد انگیزه در ایران خواهند بود.

### تعریف مصاحبه انگیزشی

مفهوم مصاحبه انگیزشی از تجربه درمان معتادان به الکل گرفته شده است که میلر آن را نخستین بار (۱۹۸۳) در فصلنامه روان درمانی رفتاری توصیف کرد. مفاهیم و رویکردهای بنیادین مصاحبه انگیزشی بعدها با جزئیاتی بیشتری در خصوص رویه های بالینی توسط میلر و رالینک (۱۹۹۱) گسترش یافتند. با وجود این، آنچه این اسناد از آن بی بهره اند، تعریف روشنی از مصاحبه انگیزشی است.

جدیدترین تعریفی که میلر و رالینک از مصاحبه انگیزشی ارائه کرده اند، این است که: «مصاحبه انگیزشی یک روش رهنمودی مشاوره (با رویکرد مراجع محوری) است که از طریق کشف و رفع احساس دودلی و با هدف تغییر رفتار به مراجع کمک می کند. این روش، در مقایسه با مشاوره بدون رهنمود، تمرکز و هدف مندی بیشتری دارد. به عبارت دیگر، هدف اصلی درمان بررسی و حل و فصل احساس دودلی و تردید مراجع است و مشاور با هدف ایجاد تغییر در رفتار مراجع این روش را دنبال می کند».

به طور کل، مصاحبه انگیزشی روشی خاص است که به مردم برای شناخت مشکلات بالقوه شان و اقدام برای حل آنها کمک می کند. این روش، بویژه برای افرادی که تمایلی به تغییر خود ندارند و همچنین برای رفع احساس دودلی، روشی مناسب و سودمند است. در واقع، این روش درمان سعی دارد به فرد کمک کند تا احساس دودلی و تردید خود را رفع و در جهت تغییر خود حرکت کند. استفاده از "مصاحبه انگیزشی" برای برخی از مردم بیشتر یک ضرورت محسوب می شود. حتی آنهایی که یک بار شکست خورده اند، می توانند از این روش بهره ببرند.

دیگر موانع تغییر که از طریق انگیزه های متعارض به وجود می آیند، حاصل مهارت ها و منابعی هستند که نیاز به تغییر را به تأخیر می اندازد. به عبارت دیگر، اغلب معتادان نیاز به تقویت انگیزشی کوتاه مدت دارند. با وجود این که "مصاحبه انگیزشی" فقط مقدمه و سرآغاز درمان است ولی به عنوان گشایشی برای تغییر از اهمیت بسزایی (با هدف هموار کردن راه درمان در آینده) برخوردار است. در واقع، مشاور در این رویکرد درمانی نمی تواند در نقش مرجع قدرت ظاهر شود. به عبارت دیگر، مشاور باید از بیان این جمله اجتناب کند که «من به عنوان یک متخصص به شما می گویم که چگونه می توانید به زندگی تان برگردید». در این روش مسؤولیت تغییر به عهده مراجع است (یعنی باید توسط مراجع بگیرد نه آنچه که توسط درمانگران در قالب می توانیم انجام دهیم "یا اجازه دهیم" به مراجع که تغییر کند بیان می شود). «بنابراین مراجعان مختار هستند

که از درمانگران مشاوره بگیرند یا نگیرند. این مسأله ضرورتاً به آن معنی نیست که درمانگران قادر به کمک نیستند و یا در این زمینه ناتوانند، بلکه بر عکس، برخی تحقیقات حاکی از آن است که آزاد بودن مراجع در انتخاب درمان، تأثیر بالایی در میزان پذیرش تغییر دارد. این آن چیزی است که همواره مورد توجه درمانگران بوده است و مکرراً در گزارش های خود به آن اشاره کرده اند. راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب کننده هستند تا اجباری؛ بیشتر حمایتی هستند تا جنجالی و پر سرو صدا. در راهبردهای مصاحبه انگیزشی مشاور سعی می کند فضای مثبتی برای تغییر مراجع ایجاد کند. در واقع، هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون فرد به وجود آید نه این که به طور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. بنابراین، می توان گفت که این رویکرد به معنی دقیق کلمه کاربردی است؛ چرا که در مصاحبه انگیزشی، این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می کند نه این که درمانگر او را به این کار وادار کند. در مصاحبه انگیزشی، از راهبردهای متنوعی استفاده می شود که برخی از آنها مبتنی بر مشاوره مراجع محوری است و در قالب آن رویکرد انجام می گیرد. این روش در مقایسه با روش های پرخاشگرانه تر، بعضاً منفعل تر به نظر می رسد. با وجود این، مصاحبه گرهای انگیزشی با یک احساس رضایت کامل، راهبردهای روشنی را برای رسیدن به هدف دنبال می کنند و درک درستی از زمان مداخله کردن در روش های خاصی که فاقد لحظات مشخص هستند، دارند.

### تفاوت مصاحبه انگیزشی با سه روش دیگر

**رویکردهای انکار - مواجهه ۱:** برخی از جنبه های متضاد رویکرد انکار - مواجهه با رویکرد مصاحبه انگیزشی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است:

پرتال جامع علوم انسانی  
مجله علمی پژوهشی  
فصلنامه علمی - پژوهشی  
سوء مصرف مواد مخدر  
دوره ۱، شماره ۱، پائیز ۱۳۸۱

جدول شماره ۱: تضادهای بین مواجهه ناشی از انکار و مصاحبه انگیزشی

رویکرد مصاحبه انگیزشی	رویکرد انکار - مواجهه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مصاحبه انگیزشی بر "برچسب زدن" به مراجع تأکید نمی شود: به نظر می رسد تأیید مشکل "الکلسم" یا دیگر برچسب ها برای بروز تغییر غیر ضروری باشد؛</li> <li>• در این رویکرد بر انتخاب شخص و پذیرش مسؤولیت برای تصمیم گرفتن درباره رفتار آینده تأکید می شود؛</li> <li>• درمانگر بر اساس ارزیابی عینی خود دست به هدایت و راهنمایی مراجع می زند، اما بر استنباط مراجع از مسائل خود نیز تأکید دارد؛</li> <li>• به نظر می رسد مقاومت یک نوع رفتار بین فردی است که از رفتار درمانگر متأثر شده است؛</li> <li>• در این روش مقاومت و بازتاب در مقابل هم قرار می گیرند؛</li> <li>• بر اساس داده ها و قابلیت پذیرش آنها، بین درمانگر و (مراجع درباره اهداف درمان و راهبردهای تغییر) توافق صورت می گیرد. درک محیط درونی مراجع و پذیرش اهداف نیز در این زمینه حیاتی است.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تأکید جدی بر پذیرش مشکل توسط مراجع:</li> <li>• صحه گذاشتن بر تشخیص مشکل که به نظر می رسد برای تغییر ضروری است؛</li> <li>• تأکید بر آسیب شناسی شخصیت است که انتخاب شخصی، قضاوت و کنترل را کاهش می دهد؛</li> <li>• درمانگر سعی می کند با درکی که از نشانه های مشکل فرد دارد، مراجع را در پذیرش تشخیص متقاعد سازد؛</li> <li>• به نظر می رسد مقاومت ناشی از انکار، یکی از ویژگی های شخصیتی مراجع است که در مواجهه به کار می رود؛</li> <li>• در این رویکرد، مناقشه و مجازات با مقاومت در مقابل هم قرار می گیرند؛</li> <li>• در این رویکرد اهداف درمان و راهبردهای تغییر توسط درمانگر برای مراجع تعیین شده است؛ به نظر می رسد مراجع ناتوان در تصمیم گیری است و یا آن را انکار می کند.</li> </ul>

### رویکردهای آموزش مهارت

دومین رویکرد عمومی مشاوره که با مصاحبه انگیزشی تفاوت و تضادهایی دارد، رویکرد آموزش مهارت<sup>۲</sup> است. این رویکرد (آموزش مهارت) بیشترین کاربرد را در درمان "رفتاری-شناختی"<sup>۳</sup> دارد. راهبردهای آموزش مهارت با این فرض که مراجع انگیزه تغییر دارد، آماده ورود به مرحله عمل (یکی از مراحل چرخه تغییر) می شود. در این رویکرد بر آموزش مراجع تأکید می شود؛ یعنی این که مراجع باید چگونه تغییر کردن را یاد بگیرد نه این که برای تغییر خود اجباری احساس (چرایی تغییر). رویکرد آموزش مهارت بر خلاف رویکرد مصاحبه انگیزشی، غالباً در حد بالایی از رهنمود تجویزی<sup>۴</sup>، راهنمایی های خاص یاری رسانی، دستورالعمل ها، آموزش ها، تکالیف و تمرین ها استفاده می کند. با وجود این، مصاحبه انگیزشی می تواند نقش آماده سازی مراجع برای دریافت آموزش مهارت را ایفا کند. هر چند که رویکرد آموزش مهارت به راحتی از سایر رویکردها متمایز می شود. در جدول شماره ۲، برخی از تضادهای کلیدی بین روش آموزش مهارت با رویکرد مصاحبه انگیزشی مطرح شده است:

۱-Confrontation- denial approaches      ۲-Skill - Traning      ۳-Cognitive - Behavioral      ۴-Prescriptive

جدول شماره ۲: تضاد های بین رویکرد های آموزش مهارت و مصاحبه انگیزشی

رویکرد مصاحبه انگیزشی	رویکرد آموزش مهارت
<ul style="list-style-type: none"> <li>در این روش، از اصول و راهبردهای خاص برای ایجاد انگیزه تغییر در مراجع استفاده می شود؛</li> <li>برداشت های مراجع از شرایط او بدون این که برچسبی به وی زده شود و یا از او انتقاد خاصی بشود، بررسی و به او منعکس می گردد؛</li> <li>راهبردهای تغییر که از طرف مراجع و دیگر افراد مهم به کار می رود، فراخوانده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>در این رویکرد، فرض بر این است که برای مراجع انگیزه ایجاد شود؛ در این روش راهبردها مستقیم نیستند و از ایجاد انگیزه استفاده می شود؛</li> <li>در این روش، تلاش هایی برای شناسایی و تغییر شرایط نا مساعد صورت می گیرد؛</li> <li>در این روش راهبردهای مقابله ای خاص مشخص می شود؛</li> </ul>

<p>می شود؛</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مسؤولیت روش های ایجاد تغییر به عهده مراجع است، نه این که از طریق آموزش، الگوسازی ویا فرایندهای دیگر انجام گیرد؛</li> <li>• فرایندهای حل مسأله ای<sup>۱</sup> به طور معمول از طریق مراجع فراخوانده می شود.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• از طریق این رویکرد الگوسازی و تجربه مستقیم رفتار مقابله ای آموزش داده می شود؛</li> <li>• در رویکرد آموزش مهارت، راهبردهای حل مسأله ای خاص نیز به مراجع آموخته می شود.</li> </ul>
--	---

### رویکردهای غیر مستقیم

مصاحبه انگیزشی روشی است که به برخی از دیدگاه ها و راهبردهای توصیف شده توسط کارل راجرز<sup>۲</sup> اضافه شده است. اما از چندین جهت با دو رویکرد سنتی پیروان راجرز، همانند سایر رویکرد های غیر مستقیم (مانند روش اصالت وجود<sup>۳</sup>) تفاوت دارد. با وجود این، روش مصاحبه انگیزشی می تواند کاملاً به عنوان رویکرد مراجع محوری<sup>۴</sup>، که یک روش نسبتاً غیر دستورالعملی است، توصیف شود. [در این رویکرد] مشاور به طور خاص هدف روشنی را دنبال می کند (برای مثال، هدف تغییر مصرف مشروب و کاهش مسایل مرتبط با الکل را دنبال می کند) و به طور منظم راهبردهایی را برای رسیدن به آن هدف به کار می گیرد. همچنین مشاور پسخوراند و مشورت های خود را ارائه می کند. در این رویکرد بازنمایی همدلانه<sup>۵</sup> به طور انتخابی در تقویت موارد بدیهی مراجع، استفاده شود در حالی که دیگران به این مسأله توجه ای ندارند. از این گذشته، ما به طور اجمالی درباره این که مشاور (با توجه به عوامل موجد ناراحتی و اختلاف) به طور فعال کار می کند یا این که منفعلانه به آنچه مراجع می گوید گوش دهد، بحث می کنیم. در جدول شماره ۳، خلاصه ای از تفاوت های بین رویکرد غیر دستورالعملی (مستقیم) و رویکرد مصاحبه انگیزشی مطرح شده است:





**اصل اول) ابراز همدلی<sup>۱</sup> :** این روش درمانگری، یکی از ویژگی های قابل تعریف و ضروری مصاحبه انگیزشی است. ابراز همدلی، روشی است که تکنیک انعکاس گوش دادن را از ابتدا به کار می گیرد و در تمام فرایند مصاحبه انگیزشی از آن بهره می برد. این اصل - به طور اجمالی - شامل مواردی از قبیل: الف) شرایطی که موجب تسهیل تغییر فرد می شود، ب) به کارگیری کامل مهارت انعکاس گوش دادن اساس این اصل را تشکیل می دهند، و ج) بروز احساس دودلی و تردید، امری کاملاً طبیعی در روند درمان مصاحبه انگیزشی محسوب می شود.

**اصل دوم) ایجاد تعارض یا اختلافات<sup>۲</sup> در وضعیت مراجع :** در این اصل زمانی انگیزه تغییر برای افراد ایجاد می شود که اختلاف بارزی بین رفتار کنونی فرد و اهداف آتی او دیده شود (میلر، ۱۹۸۵) در واقع این اختلاف به آگاهی و اطلاع از شرایط کنونی فرد با آنچه می خواهد به آن برسد، مربوط می شود. یعنی وضعیتی شبیه به تعارض خواستن - اجتناب<sup>۳</sup> [ که در آن فرد در صورت گرایش به آنچه می خواهد، دچار اضطراب از دست دادن آنچه ترک کرده، می شود و برعکس ] پیش می آید. به عبارت دیگر، در مصاحبه انگیزشی هدف آن است که فاصله بین دو سوی تعارض تا اندازه ای زیاد شود که مراجع مجبور به انتخاب یکی از دو تمایل گردد. بنابراین، در این روش: الف) اطلاع و آگاهی از پیامدهای ناشی از تغییر اهمیت دارد، ب) اختلاف بین رفتار کنونی فرد با اهداف مهم او در زندگی، برای انگیزه تغییر مهم خواهد بود و ج) مراجع [ از این طریق ] باید دلایلی برای تغییر خود پیدا کند.

---

۱-Express empathy      ۲-Develop Discrepancy      ۳-Approach – Avoidance Conflict

**اصل سوم) اجتناب از بحث و مناقشه<sup>۱</sup> :** در این اصل، اجتناب مشاور از بحث و مناقشه اهمیت زیادی دارد. این روش که بیشتر به یک مواجهه ملایم<sup>۲</sup> شبیه است، موجب بروز واکنش مقاومت در مراجع می شود. به عبارت دقیق تر، هدف معمول مصاحبه انگیزشی اجتناب از رویکردهایی است که موجب بروز مقاومت در مراجع می شود. بنابراین، می توان گفت، مقاومت یک روش مقابله توسط مراجع است که درمانگر هنگام مواجهه با آن، باید نوع و مسیر راهبردهای خود را تغییر دهد. در واقع این مراجع است که باید مشکل خود را تشخیص دهد و یا نسبت به تشخیص آن اقدام کند. این اصل، به رفع این شبهه - که معمولاً مراجعان به واکنش انکار یا مقاومت یا معتاد بودن متهم می شوند - کمک می کند؛ از سوی دیگر، برچسب زدن نیز بیشتر اوقات

افزایش مقاومت را به همراه دارد تا این که روشی برای ایجاد انگیزه تغییر باشد. به طور کل اصل سوم را می توان در موارد زیر خلاصه کرد: الف) بحث و مناقشه بر خلاف محافظت و مراقبت از مراجع است، ب) به طور کل محافظت کردن از مراجع باعث به وجود آمدن حالت دفاعی در وی می شود، ج) بروز واکنش مقاومت در مراجع نشانه ای است که بر اساس آن درمانگر باید راهبردهای درمانی خود را تغییر دهد و د) برچسب زدن به مراجع، بدون توجه به آن که مراجع از طریق «خود سنجی» پی به مشکلش ببرد، غیر ضروری است.

**اصل چهارم) حرکت در جهت مقاومت ۴ مراجع:** بی میلی و احساس دودلی و تردید، مفاهیم متضاد هم نیستند، اما باید توسط درمانگر پذیرفته و درک شوند، بنابراین، مشاور نباید نظرها و اهداف جدیدی را [جدا از آنچه مراجع پذیرفته] تحمیل کند. بلکه، مراجع خود باید در جستجوی اطلاعات و دیدگاه های جدید باشد و پیشنهادهای و توصیه های جدید را خود مورد توجه قرار دهد [در واقع، مشاور نباید سعی در متقاعد کردن مراجع داشته باشد].

در مصاحبه انگیزشی، مشاور همگام با مراجع مشکل را در مسیر تغییر او بررسی می کند. در واقع، کار درمانگر این نیست که به دنبال پاسخ دادن به تمامی مسایل و مشکلات به وجود آمده مراجع باشد، بلکه کار او دنبال کردن هر ایده ای (با عبارت "بله، اما.....") است که معمولاً توسط مراجع نادیده گرفته می شود. این فرض مراجع که فردی ناتوان در حل مشکلات خود است، با پیدا کردن بینش و دست یافتن به ایده های مهم تغییر می یابد. همچنین حرکت در جهت مقاومت مراجع، متضمن فعالیت مراجع در فرایند درمان و تغییر اوست. به طور کل، می توان گفت که اصل چهارم شامل موارد زیر می شود: الف) واکنش به موقع و سریع به وضعیت مراجع می تواند به عنوان یک ویژگی خوب مورد استفاده باشد؛ ب) برداشت ها و ادراکات مراجع از مشکل را می توان تغییر داد؛ ج) برداشت ها و ادراکات جدید مراجع را باید از خود او بیرون کشید نه این که از بیرون به مراجع تحمیل شود و د) مراجع، منابع و اطلاعات معتبری برای پاسخ دادن به مشکلش ندارد [پس باید، جواب های راهگشا را در اختیار او قرار داد].

**اصل پنجم) حمایت از خود کارآمدی ۴ مراجع:** خود کارآمدی یکی از عناصر کلیدی در انگیزه تغییر است (بندورا ۱۹۷۷، ۱۹۸۲؛ راجرز و میوبورن ۱۹۷۶). این اصل، پیش آگهی خوبی از نتایج درمان با رفتارهای اعتیادی را نیز نشان داده است (کان دیوت و لیچتن استین ۱۹۸۱ و همکاران ۱۹۸۵).

به طور کل، یک درمانگر ممکن است یکی از چهار اصل یاد شده را برای متقاعد کردن فردی که مشکل جدی دارد، به کار گیرد. این در حالی است که اگر فرد نخواهد برای تغییر خود کمک بگیرد یا اهمیتی برای ایجاد تغییر در خود نداشته باشد، تلاش های درمانگر بیهوده خواهد بود.

۱-Avoid argumentation	۲-Seft Confrontation	۳-Roll With resistance	۴-Support Confrontation
۵-Bandura	۶-Mewborn	۷-Condiotte & Lichten Stein	

با وجود این، "خود کار آمدی" اصطلاح نسبتاً جدیدی است که در آن درمانگران<sup>۱</sup> از امید و ایمان<sup>۲</sup> به عنوان عناصر مهم تغییر ( طی دوره درمان) یاد می کنند(فرانک<sup>۳</sup>، ۱۹۷۳، میلر، ۱۹۸۵، شاپیرو<sup>۴</sup>۱۹۷۱). درمانگر انتظارات خود را از شانس بهبودی مراجع می تواند با تأثیر نیرومند آن در بازدهی درمان بگوید(لیک و کینگ<sup>۵</sup> ۱۹۷۷، پارکر، ونیستد، و ویلی، ۱۹۷۹). هدف عمومی مصاحبه انگیزشی، کاهش درک مراجع از احساس ناتوانی خود در برابر رفع (یا از عهده برآیی) موانع و کسب موفقیت در تغییر است (میلر، ۱۹۸۳).

در این زمینه، دیدگاه های متنوعی از خودکار آمدی مراجع حمایت می کنند. یکی از دیدگاه های خود کارآمدی، بر مسئولیت پذیری مراجع تأکید دارد. در این زمینه، نه تنها فرد می تواند تغییر کند که باید این کار را انجام دهد. در این مورد، هیچ کس [جز خود فرد] نمی تواند به فرد دیگر کمک کند. بنابراین، مصاحبه انگیزشی با امیدی که درمانگر در آینده به مراجع می دهد، رشد نمی کند. به عنوان مثال، این عبارت که "من می خواهم تو تغییر کنی" بیان درست و مطلوبی نیست. شاید مناسب تر این باشد که بگوییم، "اگر شما بخواهید، می توانم به شما کمک کنم تا خودتان را تغییر دهید". همچنین، در این اصل ممکن است مراجع از طریق مشاهده موفقیت دیگران، به درمان خود و تغییر کردن ترغیب شود. به عنوان مثال، تماس با مراجعانی که قبلاً درمان شده اند می تواند، به عنوان الگوی مورد توجه مراجع، مفید باشد(زوبن و لی<sup>۷</sup> ۱۹۸۱). با این هدف، اغلب مشاوران افرادی را که در تغییر و درمان اعتیاد خود موفقیت هایی داشته اند پیدا می کنند و یا داستان های موفقیت آمیز خاصی را برای مراجع [باهدف ایجاد انگیزه تغییر] تعریف می کنند. بنابراین، به طور خلاصه می توان گفت که اصل "حمایت از خود کار آمدی" مراجع شامل موارد زیر می شود: الف) اعتقاد به امکان تغییر، یک برانگیزنده مهم برای تغییر است؛ ب)

مسئولیت انتخاب و انجام تغییر به عهده خود مراجع است نه مشاور؛ ج) امید داشتن در درمان، جایگزین مناسبی برای رویکردهای درمانی معتبر است.

## ماهیت مصاحبه انگیزشی

به اعتقاد میلر و رالینک، ضروری است بین ماهیت<sup>۸</sup> مصاحبه انگیزشی و فنون<sup>۹</sup> انجام آن تمایز قائل شویم. در واقع، متخصصان بالینی و آموزشگرانی که بر موضوعات فنون مصاحبه انگیزشی\* متمرکز شده اند، ماهیت اصلی این رویکرد را فراموش می کنند. همچنین، تغییراتی که در فنون رویارویی های بالینی صورت گرفته است، توجه به تمایز این فنون از مصاحبه انگیزشی را دو چندان می کند. به هر حال، ماهیت مصاحبه انگیزشی ویژگی پایایی دارد که با چند نکته کلیدی زیر توصیف می شود:

- ۱- انگیزه تغییر باید از طرف مراجع باشد، نه این که از بیرون به او تحمیل شود. سایر رویکردهای انگیزشی بر اجبار<sup>۱۰</sup>، متقاعد سازی<sup>۱۱</sup>، مواجهه مؤثر<sup>۱۲</sup> و استفاده از همایندهای برونی<sup>۱۳</sup> ( برای مثال تهدید ناشی از دست دادن شغل یا خانواده) تأکید دارند. چنین راهبردهایی ممکن است نقش مؤثری در تغییر داشته باشند، اما با ماهیت مصاحبه انگیزشی که بر شناسایی و بسیج کردن ارزش های اصلی مراجع- با هدف تغییر رفتار- استوار است، به کلی متفاوت است.
- ۲- بیان و رفع احساس دودلی، وظیفه مراجع است نه مشاور. احساس دودلی و تردید، از تضاد

بین دو

۱-Healers	۲- Hope and Faith	۳-Frank	۴-Shapio
۵-Leak & King	۶-Parker, Winsted & Willi	۷-Zweben & Li	۸-Spirit
۹-Techniques	۱۰-Coercin	۱۱-Persuasion	۱۲-Constructive Conforntation

## ۱۳-External Contingencies

\*اساس رویکرد فنون تعاملی در مصاحبه انگیزشی از سرواژه های QARS گرفته شده است که عبارتند از: ۱- پرسشهای انتهاباز (OPEN – ended question) ۲- تأیید و تصدیق کردن

(Affirmations) ۳- انعکاس گوش دادن (Reflective listening) و ۴- خلاصه کردن (Summaries)

رشته عمل ( برای مثال سهل گیری در برابر سخت گیری ) ناشی می شود، که هر یک از آنها "سود و منفعت" یکسانی دارند. به عبارت دیگر، در این ویژگی، برخی از مراجعان هرگز فرصتی برای بررسی آشفتگی ها، تناقض ها و بویژه عناصر شخصی تضادهای خود نداشته اند، برای مثال، "اگر سیگار کشیدن را متوقف کنیم احساس بهتری پیدا می کنیم، اما از سوی دیگر ممکن است با افزایش وزن احساس بد و زنده ای در ما ایجاد شود". بنابراین، وظیفه مشاور این است که به مراجع در بررسی هر دو سوی احساس تضاد و دودلی کمک کند و به او در جهت گرفتن تصمیم - که عامل اصلی برای شروع تغییر است - راهنمایی های لازم را پیشنهاد دهد.

۳- متقاعد سازی مستقیم روشی مؤثر برای رفع احساس دودلی نیست. متقاعد کردن مراجع مبنی بر این که بروز تغییرات به نفع او هستند، موجب وسوسه تغییر در او می شود. با وجود این، تقریباً بدیهی است که این روش ها از یک سو باعث افزایش مقاومت مراجع می شوند و از سوی دیگر احتمال تغییر را کم می کنند (میلر، بنفلید و تونی گان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳، میلر و رالینک، ۱۹۹۱).

۴- این سبک مشاوره به طور معمول آرام و مبتنی بر ایجاد حرکت در مراجع است. متقاعد سازی مستقیم، مواجهه پرخاشگرانه<sup>۲</sup> و مناقشه کردن<sup>۳</sup> مفاهیمی متضاد با مصاحبه انگیزشی هستند و به طور صریح در این رویکرد نهی شده است. برای مشاوره که با روش مواجهه و مشورت دادن صرف، مأنوس است، مصاحبه انگیزشی به طور ناامید کننده ای، فرایندی منفعل و آرام به نظر می رسد. نتایج بررسی ها بر این ادعا نیز صحت می گذارند. راهبردهای پرخاشگرانه تر، گاهی اوقات از طریق «مقابله با انکار مراجع»، به راحتی مراجعان را به تغییراتی سوق می دهند که هنوز آمادگیش را ندارند.

۵- مشاور برای کمک به مراجع در بررسی و رفع احساس دودلی، رهنمود انگیزشی ارائه می کند. مصاحبه انگیزشی هیچ گونه آموزشی برای مهارت های مقابله ای رفتار را در بر نمی گیرد و به مراجعان این مهارت ها آموزش داده نمی شود، این در حالی است که دو روش مصاحبه انگیزشی و مهارت های مقابله ای رفتار هیچ گونه ناسازگاری با هم ندارند. فرض کاربردی در مصاحبه انگیزشی این است که احساس دودلی و تردید یا نداشتن تصمیم، مانع اصلی بروز تغییر است و باید بر آن غلبه کرد. در واقع، فقط با یک بار غلبه بر آن، نیاز به مداخله بیشتر مانند آموزش مهارت به وجود می آید. راهبردهای خاص مصاحبه انگیزشی نیز برای فراخواندن، شفاف سازی و رفع احساس

دودلی و تردید، در فضای مشاوره ای آمیخته با احترام و با رویکرد مراجع محوری طراحی شده است.

۶- آمادگی برای تغییر یکی از ویژگی های مراجع نیست، بلکه ماحصل تعامل دائم‌التغییر بین فردی است. به همین دلیل، درمانگر به نشانه های انگیزشی مراجع توجه و پاسخ بالایی نشان می دهد. همچنین به نظر نمی رسد که "مقاومت وانکار" نیز از جمله ویژگی های مراجع باشند، بلکه به عنوان پسخوراندی به رفتار درمانگر در نظر گرفته می شود. در واقع، مقاومت مراجع اغلب نشانه ای از انتظارمفرط درمانگر در خصوص آمادگی مراجع برای تغییر است و این نشان می دهد که درمانگر باید راهبردهای انگیزشی خود را تغییر دهد.

۷- رابطه درمانی بیشتر شبیه به یک رابطه مبتنی بر همکاری یا همراهی است تا رابطه ای تخصصی و حرفه ای. در این رابطه درمانی، درمانگر به خود مختاری مراجع و آزادی انتخاب او، در خصوص رفتار و پیامدهای آن احترام می گذارد. از این منظر، مصاحبه انگیزشی را نمی توان فنی دانست که بدون توجه به خواست افراد، سعی در یاری رسانی داشته است و یا بدتر بر روی آنها به کار می رود. در واقع، این روش مصاحبه نوعی ارتباط بین فردی است که صرفاً به جلسات مشاوره رسمی محدود نمی شود. به عبارت دیگر، این روش یک ترکیب ظریفی از رهنمود انگیزشی و رویکرد مراجع محوری است که بر اساس فلسفه راهنمایی و درک چگونگی بروز تغییر، شکل گرفته است. حال، اگر این روش به یک ترفند یا فنی برای دستکاری تبدیل شود، ماهیت اصلی

---

۱-Benefield & ۲- Aggressive ۳- ۴-Resistance &  
Tonigan Confrontation Argumentati Denial  
on

خود را از دست می دهد (میلر، ۱۹۹۴). با وجود این، برخی رفتارهای خاص در ماهیت مصاحبه انگیزشی وجود دارند که می توان آنها را به درمانگر آموزش داد که عبارتند از:

- سعی در درک چارچوب ذهنی مراجع، بویژه از طریق انعکاس گوش دادن؛  
- تأیید کردن مراجع؛

- فراخوانی و تقویت انتخابی جملات خود انگیزشی مراجع که دال بر درک مسأله، نگرانی، میل و توجه به تغییر، و توانایی تغییر است؛

- نظارت<sup>۲</sup> بر درجه آمادگی مراجع برای تغییر و اطمینان از این که در مراجع مقاومتی ناشی از پیشرفتی ناگهانی ایجاد نشود؛

### - تأکید بر آزادی انتخاب و خود رهبری<sup>۳</sup> مراجع.

نکته حائز اهمیت این است که شیوه مصاحبه انگیزشی روشی برگرفته از ویژگی های فوق و دیگر راهبردهای خاص می باشد که آگاهی از آنها سودمند به نظر می رسد. خوانندگان می توانند توصیف کامل تری از این روش بالینیرا در چارچوب جدید [۲۰۰۲] کتاب مصاحبه انگیزشی، تألیف میلر و رولینک بخوانند)

### رویکرد های مصاحبه انگیزشی کارآمد

رویکرد های مصاحبه انگیزشی کارآمد با این سؤال عملی که "مشاور از چه راهبردهایی برای افزایش انگیزه تغییر می تواند استفاده کند؟" همراه است. از این منظر، اگر انگیزه یک رفتار احتمالی محسوب شود، پس توجه به روش های خاص که احتمال تغییر رفتار را افزایش می دهند، منطقی به نظر می رسد. به همین منظور میلر (۱۹۸۵) ضمن اشاره به یافته های پژوهشی زیادی که در زمینه با انگیزه های تغییر و درمان به دست آمده است، هشت راهبرد انگیزشی عمومی را توصیف کرده است که در زیر به طور اجمالی به آنها پرداخته می شود. این هشت راهبرد که به طور خاص با رویکرد های کارآمد ترکیب شده اند، هشت عنصر اصلی رویکرد مصاحبه انگیزشی کارآمد است که بر اساس حروف الفبا از A تا H را در بر می گیرد؛ گرچه در اینجا فقط به معرفی از این راهبردها پرداخته می شود ولی نکته مهم این است که موضوعات عمومی این راهبردها با یکدیگر رویکرد منظمی از مصاحبه انگیزشی را فراهم آورده است:

### ۱- نصیحت کردن و راهنمایی دادن (Giving ADVICE): نصیحت کردن عاملی

است که موجب تغییر می شود. در واقع، نصیحت و راهنمایی به موقع می تواند تغییر متفاوتی ایجاد کند. برای مثال، راهنمایی منظم و کوتاه مدت پزشک در افزایش احتمال این که بیماران مصرف موادشان را متوقف کنند یا الگوی مصرف شان را تغییر دهند، مؤثر بوده است (کلیک<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ الوی، ولز و بیرد<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸، کریستن<sup>۶</sup> و همکارانش، ۱۹۸۳، راسل<sup>۷</sup> و همکارانش، ۱۹۶۸ و الاس<sup>۸</sup> و همکارانش، ۱۹۸۸) و از ۶ در صد تا ۷۸ در صد افزایش یافته است (چافتز<sup>۹</sup>، ۱۹۶۸؛ چافتز و همکاران، ۱۹۲۴).



به طور کل، عناصر نصیحت و راهنمایی دادن مؤثر از طریق تحقیقات اخیر تشریح شده است که در آن حداقل باید: ۱- مشکل یا خطر به روشنی بررسی و شناسایی شود، ۲- توصیف شود که چرا تغییر کردن اهمیت دارد و ۳- از تغییرات خاص حمایت شود.

---

۱-Reflective	۲-Monitoring	۳-Self – Direction	۴-Chlick
Vistening			
۵-Elvy, Wells &	۶-Kristenson	۷-Russell	۸-Wallace
Baird			
۹-Chafetz			

**۲- رفع موانع (Removing Barriers):** راهبرد رفع موانع، دومین رویکرد انگیزشی کارآمد است که در جهت شناسایی و رفع موانع مهم تغییر تلاش می کند. برای مثال، ممکن است کسی که در مرحله تأمل باشد و بخواهد چگونگی ورود به مرحله عمل (درمان) را مورد توجه قرار دهد. اما احتمال دارد موانع عملی و خاصی مانند هزینه درمان، شرایط رفت و آمد، وضعیت مراقبت از کودک، خجالت کشیدن، مدت زمان انتظار برای درمان و ... موجب سرخوردگی یا ناامیدی مراجع از درمان خود شود. نتیجه یک مطالعه که در زمینه حضور به موقع مراجع در جلسات بعدی درمان صورت گرفت، نشان داد که دوری منزل مراجع از مراکز درمانی، دربه موقع و منظم حاضر شدن وی در جلسات درمان مؤثر است (پرو، کین، کرنل و فوی، ۱، ۱۹۷۹) به طور کل، موانع تغییر (نظیر آنچه گفته شد) ممکن است نه فقط در زمان شروع درمان که با تلاش های معمولی تری که برای تغییر به کار می رود نیز تداخل پیدا کند. به همین دلیل، کمک های مشاوره انگیزشی کارآمد، شامل شناسایی عوامل نا امید کننده و غلبه بر آن توسط مراجع می شود.

درواقع، وظیفه مشاور کمک به مراجع برای رفع موانع تغییر است. بدین ترتیب، ممکن است برای رفع موانع خاص هر گروه، نیاز باشد به ویژگی هر طبقه توجه کنیم (برای مثال، توجه به ویژگی در رفتار مردان در مقابل زنان، ویژگی های گروه های سنی مختلف- نظیر جوانان یا سالخوردگان - و همچنین جمعیت های مختلف نژادی، مذهبی). به طور کل برطرف کردن موانعی مانند شرایط رفت و آمد، وضعیت اقتصادی و حتی موارد نا محسوس تری مانند تأخیر داشتن، آسودگی خیال، احساس تعلق و وابستگی اقتصادی فرهنگی و... که دسترسی به آنها راحت نیست در

مقابل چگونگی مراقبت از کودک طی درمان (برای زنان) و چگونگی رفت و آمد مراجعان به محل درمان (برای سالخوردگان) که کاملاً محسوس هستند از جمله ویژگی های این راهبرد هستند.

**۳- فراهم آوردن شرایط انتخاب (Providing Choice):** برخی افراد دوست دارند که به آنها دقیقاً گفته شود چه کاری انجام دهند و یا چه روند مشخصی را دنبال کنند. در واقع، وقتی که فردی احساس می کند آزادی وی تهدید و یا محدود شده است، واکنش مقاومت از خود نشان می دهد - یا حداقل می توان از او انتظار این واکنش را داشت- (برهم ۲، ۱۹۶۶؛ برهم و برهم، ۱۹۸۱). به عبارت دیگر، انگیزه واقعی تغییر از طریق درکی که فرد به طور آزادانه از روند مرحله عمل به دست می آورد (بدون توجه به اهمیت فشارها یا اجبارهای بیرونی)، افزایش می یابد (دیسسی ۳، ۱۹۷۵، ۱۹۸۰، پارکر ۴ و نیستد و ویلی، ۱۹۷۹) در این اصل، مشاور علاقمند به افزایش انگیزه تغییر در او است و برای کمک به او اطلاع درستی از احساس آزادی اش (و در واقع مسئولیت پذیری او) در شرایط انتخاب ارائه دهد.

**۴- کاهش مطلوبیت (Decreasing Desirability):** همان طور که قبلاً گفته شد در مرحله تفکر و تأمل، شخص ارزش منافع و هزینه های تغییر خود را در مقایسه با تداوم بخشیدن به شرایط قبل از تغییر بررسی می کند. با وجود این، لازم است بین عوامل مورد تأیید وضعیت کنونی (حالت quo - شکل را ببینید) و پذیرش تغییر، تعادلی برقرار باشد (جنیس و من ۵، ۱۹۷۷). راهبردهای انگیزشی در مرحله یاد شده، متضمن انتقال ارزش ها از وضعیت کنونی حالت quo به وضعیت تعادل و افزایش این ارزش ها در جهت تغییر این وضعیت است.

این نوع ارزشگذاری (در سمت وضعیت کنونی - حالت quo) با درک و برداشتی که فرد از هزینه ها یا خطرات ناشی از تغییر دارد، مشخص می شود (این موضوع بر بحث قبلی در زمینه تغییر وضعیت موانع، متمرکز است. در واقع افزایش این ارزش ها باید در جهت تغییر این وضعیت باشد). به هر حال، دیگر انواع ارزش های مورد تأیید وضعیت کنونی (نظیر درک درست از وسوسه شدن - رفتار کنونی - مراجع) از اهمیت یکسانی

---

۱-Prue

۲-Brehm

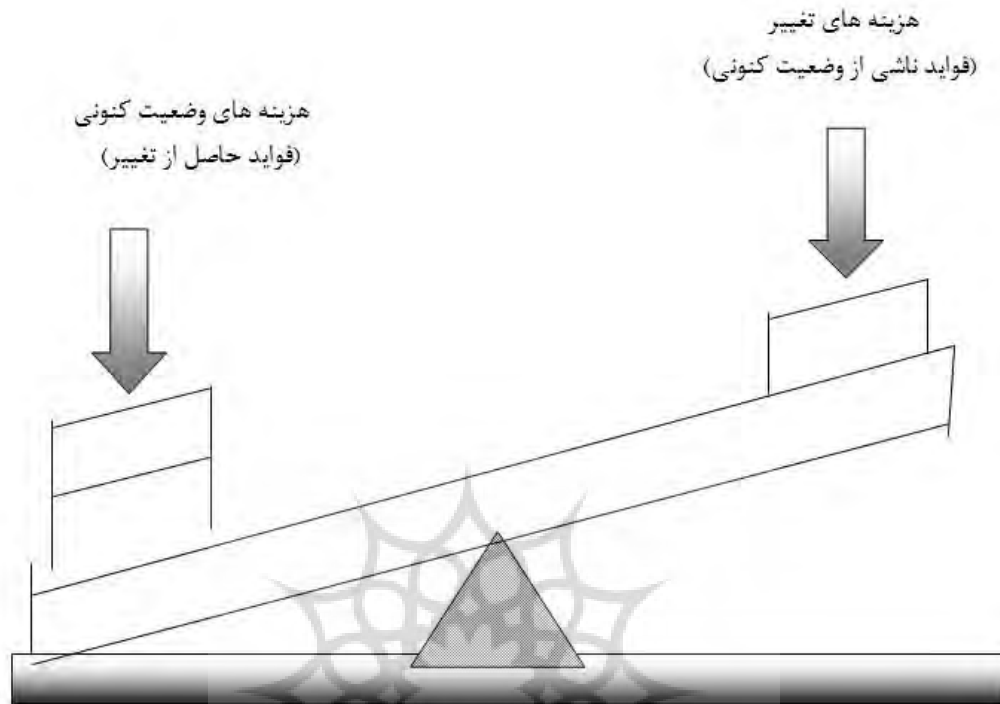
۳-Deci

۴-Paker

۵-Janis & Man

برخوردار است. به عبارت دیگر، این فرض درستی است که به رغم پیامدهای منفی مصرف مواد، الگوی رفتار مصرف به وسیله دیگر انگیزه های مثبت حفظ شود، در واقع، ضرورتی ندارد که پیامدهای مثبت دقیق یا درستی وجود داشته باشد تا رفتار اعتیادی ادامه یابد. بنابراین، به صرف

این که فرد برداشت مثبتی از رفتار خود حاصل می کند، به این باور می رسد که تداوم آن رفتار موجب کسب پاداش می شود.



شکل ۱: مرحله تأمل (تبادل هزینه - منفعت

۵- تمرین همدلی کردن (P tacicing Empathy): نزدیک به ده سال است که درمانگران و متخصصان درباره اهمیت ویژگی های درمانگر از قبیل: احترام گذاشتن به مراجع، داشتن رفتار حمایت گونه، دلسوز و با محبت بودن، علاقه و دلبستگی داشتن، درک همدلانه مراجع، داشتن روحیه تعهد و مسؤولیت پذیری و توجه فعال در جلسه درمان، مطالبی نوشته اند (چافتز، ۱۹۵۹، داوایس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱، مل کلم<sup>۲</sup> ۱۹۵۰؛ مان<sup>۳</sup>، ۱۹۵۰، سونسون<sup>۴</sup>، ۱۹۷۱، و ترواکس کارخ<sup>۵</sup>، ۱۹۶۷).

همچنین مطالعات همبستگی و تحقیقات آزمایشی، نشان داده اند که روش همدلانه با کاهش سطح مقاومت مراجع و همچنین طیف وسیع تری از پایداری تغییر رفتار در ارتباط است (میلر و ساروین، ۱۹۸۹؛ میلر و تایلر و وست<sup>۶</sup>، ۱۹۸۰؛ پاترسون و فورگیتج<sup>۷</sup> ۱۹۸۵؛ والی<sup>۸</sup>، ۱۹۸۱). (۲)

۶- پسخوراند دادن (Providing Feedback): گاهی اوقات مردم در تغییر دادن خود با شکست مواجه می شوند چراکه آنها پسخوراند کافی از وضعیت شان دریافت نکرده اند. به عبارت دیگر، اگر شما ندانید کجا ایستاده اید، برایتان مشکل خواهد بود که نقشه مسیری<sup>۶</sup> را طرح ریزی کنید. به همین دلیل، آگاهی کامل و روشن مراجع از وضعیت حاضر خود، یکی از عناصر انگیزشی

مهم برای ایجاد تغییر است. بررسی های کلی به عمل آمده از معتادان به الکل نیز نشان داده است که چگونه الکل به آنها آسیب می رساند. برای مثال، نتایج پژوهش ها در این زمینه، بر تغییرات بلند مدت ناشی از مصرف الکل صحنه می گذارند (کریستین سون<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۳،

۱-Davise	۲-Malcolm	۳-Mann	۴-Swenson
۵-Truax & Carkh	۶-Taylor & West	۷-Patterson	۸-Valle
۹-Kristenson			

میلر و سویجن، ۱۹۸۹).

در هر حال، دادن پسخوراند به تنهایی برای سرعت بخشیدن به تغییر کافی نیست. در واقع، پسخوراند باید با معیار شخصی مقایسه شود. در فرایند خود سنجی، وضعیت به وجود آمده با معیار های شخصی (که چه بخواهیم و چه نخواهیم تغییر در اثر آن اتفاق خواهد افتاد) مقایسه می شود (کانفر و گیلیک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶، چاپ شده توسط میلر و براون). بنابراین، اگر شخصی فاقد یک هدف یا معیار روشن باشد، ممکن است رویکرد "پسخوراند دادن" نتواند به وی کمک کند.

۷- شفاف سازی اهداف (Clarifying Goals): در رویکرد حاضر، مهم این است که شخص برداشت درست و پذیرفته شده ای از مشکل خود داشته باشد. به عبارت دیگر، ممکن است از رفتارهای ضد اجتماعی که به طور معمول از طرف اجتماع طرد می شود به عنوان رفتاری طبیعی و حتی ستودنی در بین کاران یاد شود. در چنین شرایطی بدیهی است که سوء مصرف الکل و پیامدهای آن در بین مجموعه ای از دوستان دائم الخمر، امری طبیعی و بخشودنی باشد.

در رویکرد شفاف سازی اهداف، کمک به روشن کردن مجموعه ای از اهداف مراجع، موجب دستیابی راحت تر به تغییر می شود (لاک<sup>۲</sup>، شاوو<sup>۳</sup>، ساری و لاتام<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱). بنابراین، مهم این است که شخص به هدفی واقعی و دست یافتنی برسد. نایل شدن به هدف ممکن است بدون سعی و تلاش نیز صورت گیرد، اما نکته قابل توجه این است که هر اندازه شخص از وضعیت کنونی اش پسخوراند بگیرد به همان میزان می تواند به هدف خود نزدیک یا دور شود و یا از آن بهره ببرد. بنابراین استفاده همزمان از شفاف سازی اهداف و پسخوراند دادن می تواند در ایجاد انگیزه تغییر بسیار مؤثر باشد.

۸- یاری رسانی فعال (Active Helping): در این راهبرد لازم است درباره دو موضوع

عمومی درمانگر یعنی "ابتکار عمل درمانگرانه<sup>۵</sup>" و ابراز لطف و مهربانی کردن صحبت شود. برای مثال، اگر مراجعی نوبت حضور در جلسه درمان خود را حذف کرد، چه می توان کرد؟ یک راه این

است که درمانگر منتظر بماند تا مراجع خود احساس مسؤولیت کند و برای عوض کردن وقت ملاقاتش تماس بگیرد. در این رابطه آنچه در راهبرد "یاری رسانی فعال" اهمیت دارد، این است که درمانگر باید "قوه ابتکار عمل" خود را به کار اندازد و مثلاً با بیانی دوستانه به مراجع بگوید که چه اتفاقی افتاده است که در جلسه شرکت نکرده اید. روش دیگر این است که به مراجع تلفن بزند یا دست نوشته ای برای او ارسال کند. روش کاربردی دیگر نیز این است که منتظر بمانید تا ببینید مراجع دوباره مراجعه می کند یا نه!

برخی از دیگر حیطه های این رویکرد، به ارجاع دادن متفاوتی اشاره دارد. برای مثال، اگر بخواهید فردی را برای درمان ارجاع دهید، چه کار باید بکنید؟ شاید راه بهتر این باشد که به مراجع تلفن بزنید و یا فرد مسؤولی را برای برقراری تماس، به منزل وی اعزام کنید؟ البته فکر مرسوم و معمول، دادن نوبت بعدی برای مراجعه است. به هیمن منظور، در تحقیقی این دو اقدام با هم مقایسه شدند (گوگان، ۱۹۵۷)؛<sup>۶</sup> نتایج این تحقیق نشان داد که دادن شماره تلفن، ۳۷ درصد و ارجاع دادن مراجع به درمانگر دیگری (به کارگیری ابتکار عمل) با ۳۲ درصد بیشترین میزان ارجاع دادن را در بر داشته اند.

به طور کل، هر چند برخی از مشاوران تمایلی به نشان دادن ابتکار عمل ندارند و بیشتر مسؤولیت تغییر را به

عهده مراجع می گذارند، ولی اگر یک نامه محبت آمیز ساده یا حتی تلفنی دوباره، سه باره یا چهار باره، زده شود شانس ادامه مشاوره و تلاش برای تغییر مراجع را بیشتر می کند؟ به عبارت دیگر، در این راهبرد اولین هدف به کار گرفتن و نگه داشتن مراجع در فضای مشاوره است و پس از آن پذیرش مسؤولیت تغییر می تواند دلگرم کننده باشد. در واقع، همیشه ابتکار عمل محبت آمیز و درمانگرانه از بی تفاوتی و بی علاقگی بهتر نتیجه داده است.

---

۱-Kanfer & Gaelick	۲-Lock	۳-Show	۴-Saari & Latham
۵-Therapeutic Initiative	۶-Kogan		

### تفاوت های مصاحبه انگیزشی با روش های مرتبط

#### بررسی کلی:

برخی از روش های مداخله ای خاص از مصاحبه انگیزشی نشأت گرفته اند. روش بررسی کلی<sup>۱</sup> معتادان به الکل (میلر و ساروین، ۱۹۸۹،<sup>۲</sup> اسکپرز<sup>۳</sup>، بروکن و آتن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴)، نوعی راهبرد مبتنی بر ارزیابی است که به عنوان مداخله سریع - مرتبط با مشکل معتادان به الکل - توسعه یافته است.

این روش، ارزیابی جامعی از مراجعان معتاد به الکل و رفتارهای مرتبط با آن را در بر دارد و از طریق دادن پسخوراند منظم یافته‌ها به مراجع انجام می‌گیرد (راهبرد بررسی کلی به خوبی با دیگر حیطه‌های این مشکل سازگار شده است. پسخوراند شخصی واژه با معنایی است که در مقایسه با برخی منابع معتبر به کار می‌رود). در واقع، مصاحبه انگیزشی روشی است که این نوع پسخوراند را به کار می‌گیرد. به هر حال، همواره این احتمال وجود دارد که بتوان، مصاحبه انگیزشی را بدون هر گونه ارزیابی رسمی انجام داد. همچنین این احتمال وجود دارد که پسخوراند حاصل از ارزیابی را بدون هیچ گونه تعامل میان فردی همچون مصاحبه انگیزشی به مراجع ارائه داد (مثلاً) از طریق پست) و شواهد موجود نیز دال بر مؤثر بودن چنین پسخوراندی در ایجاد در تغییر رفتار است (آگوستینل، براون و میلر، ۱۹۹۵).

#### درمان مبتنی بر انگیزه افزایی (MET):

ویلیام میلر، استفان رالینک و همکارانش نوعی شیوه درمانی برای افزایش انگیزه معتاد ارایه داده‌اند تا راه حلی را برای یکی از مسائل عمده در درمان معتادان، یعنی احساس دودلی و تردید برای ترک اعتیاد پیدا کنند. این شیوه درمانی (که "مشاوره برای ایجاد انگیزه" نیز نامیده می‌شود) با شیوه‌های سنتی از این جهت تفاوت دارد که در آن، هدف مشاوره/افزایش آمادگی مراجع برای تغییر است. میلر و همکارانش در این زمینه چنین می‌گویند:

در مجموع، معتادان الکی عموماً "وقتی برای درمان مراجعه می‌کنند تا اندازه‌ای رفتارهای حاکی از مقاومت و انکار را (نسبت به قبل از اعتیاد) از خودشان نشان می‌دهند که عمدتاً در اثر تعامل بین فردی بیمار و درمانگر در طول درمان به وجود می‌آید. از این رو، هدف اصلی در این شیوه درمانی پرهیز از هر چیزی (گفتن چیزهایی که انگیزه مراجع را خاموش کند) است که مقاومت را مراجع ایجاد کند و رک و پوست‌کنده باید گفت مقاومت مراجع مشکل درمانگر است. این که شما در مقام یک درمانگر چگونه - در برابر رفتارهای حاکی از مقاومت - واکنش نشان می‌دهید یکی از ویژگی‌های اصلی این روش درمانی جدید برای افزایش انگیزه مراجع است.

شالوده نظری این شیوه درمانی، الگوی مراحل تغییر است (میلر... مورگان، ۱۹۹۵). تا حد زیادی، در این شیوه درمانی توجه اصلی کمک به مراجع برای عبور از مرحله تفکر و تأمل و رسیدن به مرحله آمادگی برای ترک اعتیاد است. در مرحله تأمل، مراجع از امکان ترک اعتیاد (تغییر) خود مطمئن نیست. مرحله آمادگی عبارت است از ایجاد آمادگی در معتاد برای ترک مواد. رالینک و مورگان (۱۹۹۵) حرکت از یک مرحله به مرحله بعد را عبور از "بحران تصمیم گیری" می نامند و برای تسهیل عبور از یک مرحله به مرحله بعد، پنج نکته را در کار بالینی تذکر می دهند:

- ۱ - مراجعان پیوسته به مرحله حساسی که باید تصمیمی قطعی برای درمان خود بگیرند، نزدیک می شوند و باز این تصمیم گیری به بعد مؤکول می شود.
- ۲ - چنانچه مشاور با برخورد خود باعث شود مراجع از لحظه حساس تصمیم گیری دور شود، مراجع ممکن است به مرحله ای عقب تر رجعت کند.
- ۳ - هر چه مراجع به مرحله تصمیم گیری نزدیک تر شود، احساس تردید و دودلی او شدیدتر می شود.
- ۴ - مراجع هنگامی مقاومت نشان می دهد که مشاور چند گام جلوتر از او حرکت کند.

---

۱-Check

۲-Sovreigne

۳-Schippers

۴-Brokken &  
Otten

۵ - مقاومت وقتی بروز می کند که مشاور بخواهد با حرف و رفتار خود به مراجع بفهماند که باید برای تغییر خودش اقدام کند (باید ترک اعتیاد کند).  
یک راهبرد مهم در این شیوه درمانی تحریک مراجع به بیان گفته هایی است که انگیزه اش را تقویت می کند (میلر و دیگران، ۱۹۹۲). به عبارت دیگر، شیوه درمانی افزایش انگیزه آن گاه مؤثر واقع می شود که مراجع - و نه مشاور - دلایل ترک اعتیاد (تغییر رفتار) خود را بر زبان آورد. برخی از مهم ترین اصولی که تلاش مراجع را برای تغییر جهت می دهند در زیر آمده است (میلر... و دیگران، ۱۹۹۲):

۱- همدلی با مراجع

۲- ایجاد و تشدید ناهمخوانی بین اعتیاد و هدف های کلی تر در زندگی، در ذهن مراجع.

۳- پرهیز از بحث و مشاجره در باره این موضوعات

۴- سست کردن مقاومت مراجع

۵ - تقویت خود کارآیی مراجع





هیتر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲). ما پی بردیم که مددکاران مراقبت اولیه، چگونگی استفاده از مصاحبه انگیزشی - در تماس های کوتاه مدت پزشکی - را نمی دانند. در نتیجه رالینک و بل مجموعه سریعی را طراحی کردند و تکنیک های عینی را به عنوان شیوه کاربرد مصاحبه انگیزشی در ملاقات های کوتاه مدت شکل دادند. به هر حال، مسأله حل نشده این است که آیا ماهیت مصاحبه انگیزشی در مواجهه های کوتاه مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه ای، می تواند قابل استفاده باشد یا نه. به همین منظور تلاش های متعددی نیز در این خصوص صورت گرفته است، که از آن میان فقط یک روش تا کنون به وجود آمده است (استوت<sup>۱</sup>، رالینک، رس و پیل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

### مداخله کوتاه مدت:

روش مداخله کوتاه مدت، چهارمین موضوع ابهام بر انگیز است. این روش به طور معمول با مصاحبه انگیزشی اشتباه گرفته می شود؛ شاید بتوان معرفی «مشاوره انگیزشی کوتاه مدت» را در این اشتباه سهیم دانست (هولدر<sup>۳</sup>، لانگاباف<sup>۴</sup>، میلر و روبونیس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). چنین مداخلات کوتاه مدتی، بر دو گروه از معتادان به الکل متمرکز بوده است: گروه اول، معتادانی که در محیط های پزشکی دیده شده اند و تقاضایی برای کمک نداشته اند و گروه دوم الکلی هایی را شامل می شود که خواهان کمک در محیط های خاص پزشکی بودند (بین، میلر و تونی گان، ۱۹۹۳).

تلاش هایی برای درک اثر بخشی مداخله کوتاه مدت صورت گرفته است که منجر به شناسایی اجزای سازنده و زیربنایی آن «*FRAMES*»<sup>۶</sup> توسط میلر و سنچز<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) است. سرواژه های «*FRAMES*» به استفاده از پسخوراند، مسئولیت پذیری فرد برای تغییر، مشاوره دادن، تهیه فهرستی از موضوعات تغییر، نوعی شیوه همدلانه مشاوره و افزایش خود پسندگی مربوط می شوند (ر.ک ۱۹۹۳؛ میلر و رالینک، ۱۹۹۱). گرچه برخی از این مؤلفه ها به وضوح با سبک مصاحبه انگیزشی سازگار است، اما بعضی از آنها (مانند مشاوره دادن) چنین سازگاری را نشان نمی دهند (رالینک، کینرسل و آستت ۱۹۹۳). علاوه بر این «مصاحبه انگیزشی» را تنها باید در جایی به کار برد که تعریف، ویژگی ها و ماهیت مطرح شده در صفحات پیش در آن لحاظ شده باشد. بنابراین مصاحبه انگیزشی به طور معمول نباید با مداخلات کوتاه مدت تداخل پیدا کند. پیشنهاد ما این است که از واژه «انگیزش» فقط زمانی باید استفاده شود که هدف اصلی، تمرکز بر افزایش آمادگی برای تغییر باشد. به زبان ساده تر، اگر قانع سازی مستقیم، توسل به اقتدار حرفه ای و مشاوره دادن مستقیم، بخشی از مداخله (کوتاه مدت) باشند، اطلاق عنوان «مصاحبه انگیزشی» به آن نادرست است. ما علاقمندیم از گسترش هر نوع روشی که اشتباهاً به عنوان مصاحبه انگیزشی ارابه (ویا

آزمون) می شود، جلوگیری کنیم. همچنین حائز اهمیت است که بین تبیین مکانیسم های به کار گرفته شده در مداخلات کوتاه مدت (که ممکن است فرایندهای انگیزشی را در بر بگیرد یا نگیرد) و روش های خاص منبعت از مصاحبه انگیزشی که با حمایت از تغییر رفتار طراحی شده است، تفاوت قائل شویم.

### درمان با استفاده از شیوه مواجهه و تفاوت آن با مصاحبه انگیزشی

سال هاست که در مشاوره اعتیاد از شیوه مواجهه استفاده می شود (فیشر؛ لوئیس و دیگران، ۱۹۹۴). از گذشته تاکنون این نظر وجود داشته است که معتادان اهل "حقه و کلک" هستند و نیز رفتارهای اعتیادی خویش را "تکذیب یا انکار" می کنند. بنابراین، مواجهه لازم است تا این الگوی رفتاری و مکانیسم های دفاع روانی ملازم با آن از بین بروند. این نظر امروزه نیز، بویژه در محیط های قضایی وجود دارد؛ تورز (۱۹۹۷) به عنوان یکی از اساتید حقوق جزایی در این رابطه بر این باور است که :

۴- Longabau gh	۳- Ho lde r	۲-Rees & Pill	۱- Sto tt
	۷- Sa nc hes	۶-Frames (Feedback, Responsibility Advice, Menu, Empathic, Self - Efficacy)	۵- Ru bon is

در نظر مأمور بازجویی، مؤثرترین راه برای نظارت بر اعمال و رفتارهای یک معتاد خلاف کار، تعیین حد و مرز رفتارهای پذیرفته شده نسبت به رفتارهای غیر مجاز، گوشزد کردن پیامدهای نافرمانی به معتادی که دوره مجازات تعلیقی را می گذرانند و اجرای سریع مجازات آن است که به مرکز درمانی ارجاع داده شود و در صورت لزوم، در حدی قابل قبول، تهدید به مجازات شوند (ص ۳۸).

چنین نگرش‌هایی در آن دسته از مراکز درمانی وجود دارد که به اعمال کنترل بیرونی بر معتاد تأکید می‌کنند و مایلند در کارشان جدی و "مورد وثوق" به نظر برسند. در گذشته، در بعضی برنامه‌های درمان اعتیاد، نظیر گروه‌های درمانی همین طرز فکر غالب بود (فیشور و هاریسون، ۱۹۹۷)؛ بسیاری از درمانگران اعتیاد معتقد بودند مواجهه تنها مهارت مشاوره‌ای است که برای کار با معتادان به الکل و مواد ضرورت دارد (دویکو، ۱۹۹۳؛ لوئیس و دیگران، ۱۹۹۴).

نظرها نیز در باره مشاوره به شیوه مواجهه در خلال دهه گذشته تغییر کرده است. عده‌ای این انتقاد را مطرح کرده‌اند که در این گونه مشاوره‌ها بر شیوه‌های مواجهه بیش از حد تأکید می‌شود. دو پیامد منفی چنین مشاوره‌هایی سرخوردگی یا "مستأصل شدن" مشاور و اجتناب مراجع از درمان و متوقف کردن آن است (براون، ۱۹۹۲؛ تالف، ۱۹۹۷). برای مثال، در یک مطالعه، الکی‌ها به طور تصادفی در دو گروه با دو سبک درمانی متفاوت قرار داده شدند: در یک گروه، درمان به شیوه مواجهه و رهنمودی صورت می‌گرفت و در گروه دوم سعی می‌شد انگیزه معتاد افزایش یابد و او بیشتر به اندیشیدن و تأمل کردن وا داشته شود (میلر، بن فیلد و تونیگان، ۱۹۹۳). مراجعانی که در گروه نخست قرار داشتند مقاومت بیشتری نشان دادند، کمتر به مشکلات خود واقف و معترف بودند و کمتر سخن از ضرورت ترک اعتیاد بر زبان می‌آوردند. به علاوه، این واکنش‌ها نشانگر آن بودند که ترک اعتیاد (تغییر) برای مدتی طولانی دوام نخواهد یافت (میلر و دیگران، ۱۹۹۳).

چرا شیوه مواجهه، انگیزه مراجع را کاهش می‌دهد؟ در هر یک از نظریه‌های مختلف برای این مسأله علتی متفاوت ذکر شده است. در دیدگاه روانکاوانه گفته می‌شود هنگامی که مراجع در حالت مواجهه قرار می‌گیرد، بویژه در کسی که خود ضعیفی دارد، اضطراب به وجود می‌آید و این به تشدید دفاع روانی که برای مقابله ضروری است منتهی می‌شود. بنابراین، مقاومت فرد عملاً می‌تواند تلاشی برای حفاظت از خود او در برابر تهدید باشد؛ همچنین در چنین اوضاعی انتظار می‌رود فرد پیش از موعد از ادامه درمان منصرف شود. براساس دیدگاه تحلیل رفتار، مواجهه وضعیتی آزارنده به وجود می‌آورد که شخص معمولاً می‌کوشد از آن بگریزد. در نظریه خود کارآیی گفته می‌شود که مواجهه مراجع را نسبت به موفقیت درمان بدبین می‌کند یا از توان او برای مقابله با فشار روانی می‌کاهد. اگر اعضای خانواده‌ای که مراجع در آن بزرگ شده است نیز معتاد بوده باشند، در آن صورت مواجهه و تعارض می‌تواند تجربه‌های تهدید آمیزی باشند که به جای ترک اعتیاد به مصرف بیشتر مواد منجر شوند. در نهایت، به نظر نمی‌رسد استفاده از درمان به شیوه مواجهه برای کمک به معتادان، توجیهی نظری داشته باشد.

به طور خلاصه گرچه مصاحبه انگیزشی، به طور معمول در پی مواجهه مراجعان با واقعیت است، ولی به طور کل از روش های مواجهه پرخاشگرانه تر متفاوت است. به بیان دقیق تر، استفاده از مصاحبه انگیزشی در زمانی که درمانگر کارهای زیر را انجام می دهد، پیشنهاد نمی شود:

- مشاجره کردن با شخصی که مشکل دارد و نیاز به تغییر در او احساس می شود
- نصیحت کردن یا توصیه دادن مستقیم به شخص، بدون این که خودش در انتخاب آن دخالت داشته باشد و یا فعالانه از آن استقبال کند
- استفاده از برخورد مقتدرانه یا حرفه ای که باعث تثبیت نقش منفعل مراجع می شود
- صحبت کردن یا اقدام هایی انحصار طلبانه، همانند نظام ارایه اطلاعات یک طرفه
- نوعی برجسب تشخیصی را القاء کردن
- با روش قهری یا تنبیهی رفتار کردن

بدیهی است استفاده از تکنیک های فوق نادیده گرفتن اساس ماهیت مصاحبه انگیزشی است. به طور کل، آنچه در نظام درمانی اعتیاد در سطح کشور دیده می شود، فقدان رویه درمانی مشخص و تعریف شده ای برای درمان اعتیاد است. به عبارت دیگر، در حال حاضر روش هایی نظیر سم زدایی با کمک کلونیدین و یا درمان نگهدارنده متادون یا بوپرنورفین و همچنین درمان های سریع و فوق سریع با نالترکسون، بخش عمده درمان دارویی را تشکیل می دهند که طیف وسیعی از نظام بهداشتی کشور (مانند بهزیستی با کلونیدین و وزارت بهداشت و درمان با بهره گیری از بوپرنورفین و نالترکسون) تا مطب خصوصی (با استفاده از متادون و ...) را در می گیرد. در واقع، آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است، غالب بودن درمان های دارویی بویژه در مرحله سم زدایی می باشد. در این میان، درمان هایی غیر دارویی همواره مورد بی مهره بوده است و هیچگونه نظام حمایتی برای آن لحاظ نشده است (هر چند که این بی مهری به طور کل شامل درمان اعتیاد می شود). این در حالی است که خوشبختانه اخیراً در پروتکل های درمانی بذل توجهی نه چندان جدی به روش هایی نظیر رفتار درمانی شناختی اعتیاد، خانواده درمانی، گروه درمانی و ... شده است ولی متأسفانه هنوز جای توجه به مباحث نوینی همچون مصاحبه انگیزشی، هم وابستگی اعتیاد و .... خالی است.

به طور کل، در درمان اعتیاد از یک سو با فقر اطلاعات درمانگران رو به رو هستیم و از سوی دیگر، دسترسی به معتادان صرفاً در مرحله عمل یا اقدام برای ترک امکان پذیر است. این عوامل، در وهله اول، موجب بسنده کردن به درمان دارویی معتادان و یا حداقل سم زدایی آنان شده است و، در مرحله دوم، مانع از به کارگیری «مصاحبه انگیزشی» در مراحل پیش از تأمل، تأمل و یا آمادگی

می شود. به همین دلیل هدف اصلی مقاله حاضر معرفی این روش مشاوره، به درمانگرانی است که مستقیماً با مراجعان ترک اعتیاد در ارتباطند. همچنین، از این رویکرد در ترغیب و تشویق معتادانی که انگیزه ترک ندارند نیز می توان بهره برد، منوط به این که ابتدا امکانات ارائه خدمات درمانی متناسب با تعداد معتادان در سطح کشور مهیا شود و شرایطی ایجاد گردد که امکان مراجعه معتادان قبل از مرحله ترک فراهم آید.

### منابع

- ۱- «ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران»؛ سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، تهران : بینا ۱۳۷۸.
- ۲- بک ، آرون تی؛ رایت ، فرددی، نیومن، کوردی اف و لیس، برون اس؛ «درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر»؛ گودرزی، علی محمد؛ شیراز، انتشارات راهگشا، ۱۳۸۰
- ۳- «بررسی نظرات معتادان و خانواده آنان در زمینه نیازها، مسائل مشکلاتشان». فراخوان ملی برای حرکت به سوی جامعه عاری از مواد مخدر- امور فرهنگی و روابط عمومی، تابستان ۱۳۷۸.
- ۴- وزیربان، محسن؛ مستشاری، گلاره؛ راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد؛ تهران، انتشارات پرشکوه، ۱۳۸۱.
- ۱-ThombS, Dennis (۱۹۹۹). **“Introduction to Addictive Behavior”**; SE۲; The Guilford Press.
- ۲- Miller, W.R & Rollnick.S, (۱۹۹۱); **“Motivational Interviewing”**;The Guilford Press.
- ۳-Miller, W.R & Rollnick,S;(۱۹۹۵); **“What is motivational interviewing”?** Behaviorl and Cognitive Psychotherapy; " [http // WWW. mid – attc. Org/](http://WWW.mid - attc. Org/)
- ۴-Miller, W.R, Zweben,A., Diclemente, C.C, & Rychtarik, R .G. (۱۹۹۲), **“Motivational Enhancement therapy Manual”**; [http: //WWW, mid – attc . Orgl .](http://WWW, mid – attc . Orgl .)