

## فهرست

۲	مقدمه مترجمین.....
۷	دیباچه.....
۹	خلاصه اجرایی و پیشنهادهای.....
۲۵	فصل اول- مفهوم سازی انگیزش و تغییر نگاهی تازه به انگیزش.....
۲۶	تعریفی جدید.....
۲۹	دورنمای تغییر در درمان اعتیاد.....
۳۵	تحولات اخیر در رویکردهای درمانی.....
۴۰	الگوی فرائظری از مراحل تغییر.....
۴۵	TIP به کار چه کسانی می آید؟.....
۴۶	خلاصه فصل.....
۴۷	فصل دوم- انگیزش و مداخله.....
۴۷	مؤلفه های مداخله انگیزشی اثربخش.....
۵۴	مداخله انگیزشی و مراحل تغییر.....
۵۵	کاربردهای ویژه مداخلات انگیزشی.....
۵۸	مداخله کوتاه مدت.....
۶۱	فصل سوم- مصاحبه انگیزشی به عنوان یک سبک مشاوره.....
۶۲	دودلی.....
۶۲	پنج اصل مصاحبه انگیزشی.....
۷۴	پنج راهبرد آغازین برای نشست های ابتدایی.....
۷۸	اثربخشی مصاحبه انگیزشی.....
۷۹	مصاحبه انگیزشی و مراقبت مدیریت شده.....
۸۱	فصل چهارم- گذر از انکار به تردید: آغاز آمادگی.....
۸۳	طرح موضوع.....
۸۷	راهبردهای اعتدالی در برخورد با افراد مرحله انکار.....
۱۱۰	تقویت انگیزه در مراجع ناگزیر: ملاحظات ویژه.....
۱۱۵	فصل پنجم- از تردید تا آمادگی (تحکیم تعهد درمانی).....
۱۱۵	از انگیزش بیرونی به انگیزش درونی.....
۱۱۸	ترازوی تصمیم؛ سنگین کردن کفه عمل.....

۱۲۵	..... تأکید بر انتخاب فردی و مسئولیت‌پذیری
۱۲۹	..... اهمیت خود - کارآمدی
۱۳۲	..... فصل ششم - از آمادگی تا اقدام، «شروع حرکت»
۱۳۳	..... تشخیص آمادگی برای حرکت به سوی اقدام
۱۳۴	..... به مذاکره گذاشتن نقشه راه
۱۴۸	..... شروع نقشه
۱۵۰	..... فصل هفتم - از اقدام تا تثبیت «تثبیت تغییر، حفظ دستاوردها»
۱۵۱	..... درگیر کردن مراجع با درمان و حفظ او در فرآیند
۱۵۱	..... علل ختم پیش‌رس درمان
۱۶۱	..... نقشه‌ای برای تثبیت
۱۶۵	..... طراحی و استفاده از تقویت‌کننده‌ها
۱۷۵	..... پیوست‌ها

## مقدمه مترجمان

رویگرد نوین درمان سوءمصرف مواد، در کشور ما، سابقه چندانی ندارد. این رویکرد، همزمان با شروع جرم‌زدایی از اعتیاد، در حال گسترش است. تغییر زاویه نگرش به اعتیاد در ایران، با تغییر در دیدگاه سیاست‌گزاران و قوانین موضوعه به سرعت در حال گسترش است. با وجود تمایل درمانگران به این نگاه تازه، منابع معتبری به زبان فارسی در اختیار آنان نیست. در طول سال‌هایی که با سوءمصرف‌کنندگان مواد و درمانگران این حوزه کار کرده‌ایم، این کمبود را کاملاً احساس کرده و به سهم خود در رفع آن کوشیده‌ایم.

«پروتکل‌های ارتقای درمان» با نام فرعی «بهبود انگیزه برای تغییر در درمان سوءمصرف مواد» از آثار مهم «ویلیام میلر» است. نام میلر برای علاقمندان درمان‌های انگیزشی، با اصول مصاحبه انگیزشی پیوند خورده است. مجموعه حاضر ترجمه این اثر است که در اساس، دارای ۱۰ فصل است. با توجه به این که فصول پایانی این مجموعه، به پرسشنامه‌های مربوط به سوءمصرف الکل اختصاص داشته است که در کشور ما مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و کاربرد آنها نیازمند بررسی‌های پژوهشی است، در این ترجمه به هفت فصل اصلی این کتاب بسنده شده است.

رواج مواد روان‌گردان نوظهور، به ویژه محرک‌های صنعتی مانند شیشه که درمان‌های آگونیست یا آنتاگونیستی برای آنها تعریف نشده است، لزوم تأکید بر درمان‌های غیردارویی را گوشزد می‌کند. در این میان، مصاحبه انگیزشی از مهم‌ترین شیوه‌های مداخله و درمان به شمار می‌رود. امید است که این ترجمه برای همکاران روان‌پزشک، روان‌شناس و پزشکان بالینی فعال در حوزه درمان سوءمصرف مواد، مؤثر واقع شود.

### نازفر ناظم

کارشناس ارشد جامعه‌شناسی  
پژوهشگر حوزه کار و امور اجتماعی

### دکتر ناصر همتی

روان‌پزشک و درمانگر  
سوءمصرف مواد



## دبیاچه

این مجموعه (پروتکل‌های ارتقای درمان، TIP<sup>1</sup>) در جلسهٔ مشترک CSAT<sup>2</sup> و SAMHSA<sup>3</sup> با هدف فراهم‌آوری مجموعه‌ای از راهنماهای عملی برای درمانگران، مدیران و برنامه‌ریزان در حوزهٔ درمان سوءمصرف مواد، تهیه شد. تهیهٔ این پروتکل، حاصل مشاهده و ارزیابی دقیق همهٔ یافته‌های پژوهشی، بهداشتی و درمانی مرتبط است که تقریباً تمام نیازهای درمانگران را، در این حوزه برآورده می‌کند. برای این گردآوری، گروهی از محققان بالینی غیرفدرال، درمانگران، مدیران برنامه‌ریز و حامیان مالی برنامه، دربارهٔ حوزه‌های تخصصی خود به گفتگو و مناظره پرداختند تا به اجماعی دربارهٔ بهترین راهکارها برسند. سپس، کار این گروه توسط کارشناسانی از همان حوزه‌ها مورد نقد و بررسی قرار گرفت؛ تعهد و سخت‌کوشی اعضای گروه TIP در فرآیندی با مشارکت متقدین، شکاف میان وعده‌های پژوهشی و نیازهای عملی درمان‌گران را پر کرد. ما از همهٔ کسانی که به ما پیوستند تا به فرآیند ارتقا و بهبود درمان سوءمصرف مواد کمک کنند سپاس‌گزاریم.

### دکتر نلبا چاوز

مدیر ادارهٔ سلامت روان و سوءمصرف مواد

### دکتر اچ. وستلی کلارک

مدیر مرکز درمان سوءمصرف مواد

سرپرست ادارهٔ سلامت روان

---

1. Treatment Improvement Protocol  
2. Center of substance Abuse Treatment  
3. Substance Abuse and Mental Health Service Administration



## خلاصه اجرایی و پیشنهادها

مبنای پایه‌ریزی TIP، بازاندیشی بنیادین مفهوم انگیزش است. انگیزش، مفهومی پویا است، نه ایستا. این مفهوم به عنوان جهت‌گیری هدف‌دار، نیت‌مند و مثبت به سوی بهترین علائق شخصی تعریف می‌شود. انگیزش، ناظر به احتمال وارد شدن، ادامه دادن و وفادار ماندن به یک راهبرد خاص به منظور تغییر است. TIP بیانگر آن است که یک درمان سوء‌مصرف مواد با بهبود رابطه درمانی (که مبتنی بر استقلال مراجع است و در عین حال، درمانگر را شریک مراجع در فرآیند تغییر می‌داند) می‌تواند روند تغییر را بهبود بدهد. علاوه بر این، TIP مداخلات انگیزشی گوناگونی را توصیه می‌کند که در همه مراحل فرآیند تغییر از مطالعه، آماده‌سازی و عمل تا تثبیت قابل استفاده است. آگاه کردن خواننده از نتایج پژوهش‌ها و ارزیابی ابزار مربوط به ارتقای انگیزه جزء دیگر TIP است. هدف اولیه از تهیه این پروتکل، پیوند دادن پژوهش و اجرا با تهیه دستورالعمل‌های روشن از رویکردهای انگیزشی در کار بالینی و برنامه‌های درمانی بود. این دستورالعمل در پی تغییر مفهوم انگیزش مراجع برای تغییر است و رو به دیدگاهی دارد که درمانگران را برای فهم این انگیزش در مراجع، توانمند می‌سازد. این رویکردها به ویژه می‌توانند برای افراد خاص (مثل مجرمین و زندانیان) که عموماً انگیزه زیادی برای تغییر ندارند، ارزشمند باشند.

با وجود شواهدی که کارآیی مداخلات انگیزشی را نشان می‌دهند، یکی از مشخصه‌های مصرف‌کنندگان مواد، وجود انکار و مقاومت است. تأکیدهای شناختی- رفتاری در رویکردهای انگیزشی نیازمند چشم‌انداز متفاوت در مورد ماهیت مسئله و فراهم آوردن پیش‌نیازهای تغییر است. این رویکرد جدید، مسئولیت درمانگران را افزایش می‌دهد و علاوه بر درمان به ایجاد انگیزه در مراجعین هم تسری می‌دهد. به جای کنار گذاشتن مراجعین دشوار و پرچالش که انگیزه‌ای برای تغییر ندارند، یا اساساً آن را لازم نمی‌دانند، درمانگران به مهارت‌هایی محتاج هستند که آنها را به شرکای مراجعین در فرآیند تغییر تبدیل کند. نتایج پژوهش‌های دامنه‌دار و درازمدت حاکی از آن است که سطح فردی انگیزش، پیشگویی‌کننده‌ای قدرتمند در تغییر الگوی مصرف مواد یا عدم آن است. هنگامی که فنون ارتقای انگیزه در فرآیند درمان ادغام می‌شوند، نتیجه عبارت خواهد بود از: کاهش مصرف، تقویت پرهیز و ارتقای سازگاری اجتماعی مراجع و بقای بیشتر در درمان.

داشتن یک رویکرد مثبت به تغییر و متعهد ماندن به آن، نتایج درمانی مثبتی را به دنبال خواهد داشت. در دیدگاه‌های سنتی‌تر، انگیزش مفهومی ایستا است که مراجع یا دارای آن است و یا نیست. بر اساس این نگرش، درمانگر، بخت زیادی برای اثرگذاری بر مراجع ندارد و اگر هم مراجع برای

شروع تغییر برانگیخته نشود، مشکل او است، نه درمانگر.

در الگوهای تغییر که اکنون طرفداران بیشتری دارد، متغیرهای زیستی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و روحی، توأمان مؤثرند. بر اساس مدل‌های اخیر، هر چند در نهایت، مسئولیت تغییر با مراجع است، این مسئولیت از طریق بسط مشارکت درمانی با درمانگر تقسیم می‌شود.

در نخستین فصل از این مجموعه، یک دیدگاه کلی بیان می‌شود و تئودگی مفاهیم انگیزش و تغییر در «مدل تغییر» که حاصل کار «پروچاسکا» و «دی کلمته» است، توصیف می‌گردد. مبنای TIP همین مدل است. در فصل دوم به مداخلاتی پرداخته می‌شود که می‌توانند انگیزه مراجع را بالا ببرند و نقاط قوت وی را در «مراحل تغییر» به کار بندند. مصاحبه‌های انگیزشی که توسط «میلر» و «رول نیک» توصیف شده‌اند، شیوه‌ای بالینی است که برای تعامل با مصرف‌کنندگان دچار دودلی طراحی شده است. این موضوع در فصل سوم تشریح می‌شود. فصول ۴ تا ۷، پنج مرحله تغییر را به تفصیل شرح می‌دهند و خطوط کلی فرآیند درمان را برای درمانگر، ترسیم می‌کنند تا بتواند هر مرحله از درمان را با میزان آمادگی مراجع برای تغییر، مطابقت دهد.

در سراسر این متن، اصطلاح «سوءمصرف مواد» به شکلی کلی به کار می‌رود که مصرف، سوءمصرف و وابستگی به مواد را (بر اساس تعاریف DSMIV-TR<sup>۱</sup>) در بر می‌گیرد. این اصطلاح عموماً توسط درمانگران حوزه اعتیاد به کار می‌رود و هر نوع استفاده زیاد از مواد اعتیادآور را شامل می‌شود. از این رو در پروتکل، این اصطلاح ناظر به سوءمصرف و وابستگی (به‌طور هم‌زمان) است. خواننده در این متن، کاربرد سوءمصرف را برای الکل و سایر مواد بالقوه اعتیادآور یکسان خواهد دید. در هر حال، برای کاربرد این اصطلاح، باید به توصیف‌های مندرج در DSMIV-TR پایبند بود.

## خلاصه توصیه‌ها

توصیه‌های گروه اجماعی که خلاصه آنها در پی آمده است، مبتنی بر شواهد پژوهشی و تجارب بالینی هستند که به ترتیب با شماره‌های «۱» و «۲» مشخص شده است. منابع بخش‌های پژوهشی در متن اصلی قابل ارجاع هستند.

## مفهوم‌سازی انگیزش

در پانزده سال گذشته، تحقیقات به شکلی روزافزون بر راه‌های افزایش انگیزه در مصرف‌کنندگان مواد (چه در ابتدای درمان و چه در ادامه آن) متمرکز شده است. برای افزایش آگاهی این افراد و بهبود انگیزه آنان، رویکردهای انگیزشی نوینی ابداع شده است. مبنای این رویکردها پیش فرض‌هایی است، از این دست:



- انگیزش، کلید تغییر است.
  - انگیزش، مفهومی چند بُعدی است.
  - انگیزش، مفهومی پویا و نوسانی دارد.
  - انگیزش، مبنایی تعاملی دارد.
  - انگیزش، می‌تواند تغییر کند.
  - روش درمانگر، بر انگیزش مراجع اثر می‌گذارد.
- برای دخالت دادن و تأثیر این پیش‌فرض‌ها در برانگیختن مراجع به تغییر رفتار، درمانگر می‌تواند از راهبردهای زیر استفاده کند:
- به جای تمرکز بر ضعف‌های مراجع، روی نقاط قوتش متمرکز شود. (۲)
  - به استقلال فردی و تصمیمات مراجع احترام بگذارد. (۲)
  - فرآیند درمان را فردی و مراجع-محور کند. (۱)
  - شخصیت فرد را با کلمات «معتاد» یا «الکلیک» تحقیر نکند. (۲)
  - در فرآیند درمان از روش مشارکتی استفاده کند. (۲)
  - به جای اقتدار از «همدلی» کمک بگیرد. (۱)
  - بر مداخلات اولیه تأکید کند و رویکردهای انگیزشی را در مجموعه‌ای غیر سنتی بسط دهد. (۲)
  - بر درمان‌هایی که شدت کمتری دارند، تکیه کند. (۱)
  - اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد را در یک «پیوستار»<sup>۱</sup> ببیند. (۲)
  - به یاد داشته باشد که بیشتر مبتلایان، بیش از یک ماده مصرف می‌کنند. (۱)
  - به این امکان دقت کند که بسیاری از مراجعین، اختلالاتی جز سوءمصرف مواد نیز دارند. (۱)
  - اهداف درمانی جدید و موقت را به عنوان مقدمه اهداف نهایی بپذیرد. (۲)
  - درمان سوءمصرف مواد را با درمان‌های دیگر همراه کند. (۲)
- رویکردهای انگیزشی، بر این ایده‌ها بنا شده‌اند. این رویکردها به دنبال آن هستند که کنترل درمان را از درمانگر به مراجع برگردانند. آنها بر درمان مراجع به عنوان یک «فرد» تأکید دارند. در این روش‌ها، درمانگران می‌دانند که درمان سوءمصرف مواد، فرآیندی «چرخشی» است تا «خطی» و بازگشت به مصرف، الزاماً با شکست درمان مترادف نیست.

### مدل فرانظری تغییر

تحقیقات بنیادی بر عوامل تعیین‌کننده و سازوکارهای «تغییر»، متمرکز شده‌اند. نظریه پردازان، مدل‌های گوناگونی را برای توضیح چگونگی تغییر رفتار بسط و گسترش داده‌اند. یک نظریه، پیامدهای بیرونی

را بر تغییر، مؤثر می‌داند و دیدگاهی دیگر، بر انگیزه‌های درونی در سوء مصرف مواد، تأکید می‌کند. عده‌ای دیگر انگیزش را طیفی از آمادگی برای تغییر می‌دانند تا فرآیندی ایستا و یا مرحله‌ای مجزا و ثابت. مدل فرا نظری تغییر که در فصل یکم توصیف شده است، بر آمده از ۱۸ نظریه رفتاری درباره چگونگی رخ دادن تغییر و شامل مؤلفه‌هایی برای فهم اعتیاد بر مبنای یک چارچوب زیستی- روان‌شناختی است. پنج مرحله تغییر عبارت‌اند از: انکار، تردید، آمادگی، اقدام و تثبیت. این مراحل می‌توانند به مثابه چرخه‌ای مفهوم‌سازی شوند که در آن افراد به جلو حرکت و یا عقب‌گرد می‌کنند. این گونه نیست که فرد در یک مرحله پا به فرآیند درمان بگذارد و مستقیماً به مرحله بعد پیشرفت کند. پیدا است که چارچوب درمانی در مراحل تغییر کمک می‌کند که مراجع پیشرفت درمانی را بهتر درک کند. در مدل مراحل تغییر، برگشت به مصرف یک قاعده است نه استثنا. پس از بازگشت به مصرف مراجع معمولاً به مراحل اولیه تغییر برمی‌گردد هرچند که همیشه هم این گونه نیست و مراجع بیشتر به سطح پیشین تغییر بازمی‌گردد. در این مدل عود مصرف به معنی عدم تعهد مراجع به درمان هم نیست. بنابراین برگشت اختلال، یک مرحله نیست بلکه رویدادی است که می‌تواند در هر نقطه از چرخه تغییر رخ دهد. براساس پژوهش‌ها و تجربیات بالینی، مدل فرانتزوی، الگوی مناسبی برای فهم مراحل تغییر است؛ اگرچه باید یادآوری کرد که این مدل ذاتاً «مفهومی» است و هنوز هم نمی‌توان آمادگی مراجع را برای تغییر صددرصد مشخص نمود.

### مداخلات انگیزشی

مداخله انگیزشی عبارت از هر راهبرد بالینی است که به منظور بهبود انگیزه مراجع برای تغییر طراحی شده است. این مداخلات می‌توانند شامل مشاوره، ارزیابی مراجع، جلسات چند جانبه یا یک مداخله کوتاه نیم‌ساعته باشند.

برای درک آنچه یک شخص را به کم کردن یا کنار گذاشتن مصرف ترغیب می‌کند، محققین مؤلفه‌های مداخله‌ای گوناگونی را جستجو کرده‌اند که از مهم‌ترین و رایج‌ترین عناصر الهام‌بخش در تغییر مثبت به حساب می‌آیند. اعضای گروه اجماعی، از میان رویکردهای انگیزشی جاری، این موارد را مهم‌تر دیده‌اند:

- رویکرد FRAMES
  - تمرین‌های متوازن‌کننده تصمیم.
  - گسترش تضادها.
  - انعطاف‌پذیری در گام‌ها.
  - تماس رو در رو با کسانی که فعالانه درگیر درمان نیستند.
- رویکرد FRAMES ترکیبی از شش مؤلفه است که عبارت‌اند از:

- **بازخورد<sup>۱</sup>**: بازخورد، به معنی خطرات یا زیان‌هایی است که بر اساس ارزیابی مراجع، به دنبال استفاده از مواد، متوجه وی می‌شود. در این بخش، نمرات مراجع به کمک آزمون‌های استاندارد با نتایج حاصل از جمعیت عمومی یا گروه‌های درمانی خاص مقایسه می‌شوند.
  - **مسئولیت‌پذیری<sup>۲</sup>**: باید به صورت واضح و صریح مسئولیت شخص را به وی یادآور شد. مراجع حق انتخاب دارد: استفاده از مواد را ادامه دهد و یا آن را تغییر دهد.
  - **اندرز<sup>۳</sup>**: اندرز دادن در خصوص کاهش یا توقف مصرف به مراجع باید بدون پیش‌داوری باشد و بهتر است «پیشنهاد» شود تا به شکل دستوری بیان گردد. اجازه گرفتن از مراجع برای این پیشنهاد، وی را نسبت به آن پذیراتر می‌کند.
  - **فهرست<sup>۴</sup>**: ارائه فهرستی از انتخاب‌ها و جایگزین‌های مناسب به مراجع.
  - **همدلی<sup>۵</sup>**: مشاوره همدلانه یعنی گفتگوی توأم با احترام، فهم متقابل و مهم‌تر از آن، شنیدن فعال و بازتابی<sup>۶</sup>.
  - **خودکارآمدی**: توانمندسازی و ارتقای خودکارآمدی، موجب ترغیب فرد به تغییر می‌شود. بنابر تحقیقات، مداخله‌های هیجانی برای تشویق مراجع در بازگشت به کلینیک و درمان مفید است. سادگی و جهان‌شمولی مفاهیمی که در مداخلات انگیزشی بر آن تأکید می‌شود، به کاربرد وسیع آن در موضوعات و ابعاد گوناگون منجر شده است. امکانات بالقوه بسیاری وجود دارند تا این رویکرد، برای افرادی با مشکلات و فرهنگ‌های متفاوت مؤثر واقع شود. از آنجا که در کار بالینی، درمانگران حرفه‌ای با طیف گسترده‌ای از مراجعین در زمینه‌های نژادی و قومی و سطوح اقتصادی - اجتماعی، تحصیلات، سن، جنسیت و گرایش‌های جنسی روبه‌رو هستند، این موضوع اهمیت بسیار دارد.
- اگرچه اصول و سازوکارهای ارتقای انگیزه در سطحی بسیار وسیع کاربرد دارند، تفاوت‌های جمعیتی و فرهنگی، اهمیت رویدادهای زندگی و نوع نگرش فردی به بحران‌ها موجب می‌شود که آشنایی درمانگر با جمعیت هدف در برقراری رابطه درمانی نقش به‌سزایی داشته باشد. (۲) آنها باید ارزش‌هایی را که در جمعیت تحت درمان، به صورت بالقوه مانع تغییر هستند، شناسایی کنند. درمانگران باید به موضوعاتی مانند فقر، جداسازی‌های اجتماعی و کمبودهایی که اخیراً تجربه شده‌اند، حساس باشند. در بسیاری از موارد، امکان دسترسی به منابع مالی و اجتماعی، بخش عمده‌ای از انگیزش در فرآیند تغییر است. (۲)

---

1. Feed back  
2. Responsibility  
3. Advise  
4. Menu  
5. Empathy  
6. Reflective

از آنجا که راهبردهای انگیزشی بر مسئولیت‌های مراجع در هدف‌گذاری‌های فردی و ارزش‌ها تأکید دارند و تغییر را همراه با گزینه‌های پیش روی او- توأمان- می‌بینند، درمانگر باید راهی را پی بگیرد که بدون قضاوت و ارزش‌گذاری، تفاوت‌های فرهنگی را در نظر داشته باشد.

### مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی یک روش درمانی است که به منظور تسهیل افزایش انگیزه مراجع برای تغییر با کمک شیوه‌های سنجش مراجع، نشست‌های مدام یا مصاحبه‌های مختصر ۳۰ دقیقه‌ای در بیان تردیدها و دودلی‌های مراجع، به درمانگر کمک می‌کند؛ شیوه‌ای مراجع- محور با هدفی روشن و جملاتی که بتوانند خودانگیزگی برای تغییر رفتار را در پی داشته باشند. بیرون کشیدن جملات انگیزشی از کلام مراجع و دیدن رفتارهایی که شروع تغییر را مژده می‌دهند، همراه با ایجاد تضاد در ذهن وی، حرکت به سوی تغییر مثبت را تقویت خواهد کرد. گروه محققان تأکید دارد که مصاحبه انگیزشی نه به عنوان مجموعه‌ای از تکنیک‌ها که به مثابه راهی برای جذب مراجعین دیده شود. (۲) آنها معتقد هستند که اصول زیر از نقش و کارآیی و مصاحبه انگیزشی حمایت می‌کنند:

- تردید در مورد مصرف مواد و تغییر، امری طبیعی است و مانعی انگیزشی در فرآیند بهبود به شمار می‌رود. (۲)
- تردید با کار کردن روی ارزش‌ها و انگیزه‌های درونی مراجع قابل رفع است. (۲)
- رابطه مراجع- درمانگر، فرآیندی مشارکتی است که در آن هرکس مهارت‌های مهمش را رو می‌کند. (۲)
- یک مشاوره همدلانه، حمایتی و جهت‌دار، فضایی فراهم می‌کند که در آن تغییر میسر می‌شود.
- بحث رو در رو و مواجهه پرخاشگرانه، موضع مراجع را تدافعی‌تر و انگیزه او برای تغییر را کم می‌کند. (۲)
- مصاحبه انگیزشی، کشف تضادها را در هر مرحله خاص آسان و موانع پیشرفت را کمتر می‌کند. (۱) در این رویکرد، هر مشکلی در فرآیند تغییر به عنوان فرصتی برای تقویت انگیزش به شمار می‌رود.

مصاحبه انگیزشی موفق مستلزم این اصول است:

- بیان همدلی از طریق شنیدن متقابل. (۱)
- احترام قائل شدن برای مراجع و پذیرش احساسات وی و نشان دادن آن در عمل. (۲)
- ایجاد رابطه مشارکتی بدون پیش‌داوری و قضاوت. (۲)
- به عهده گرفتن نقش مشاوره دارای دانش و در عین حال حمایت‌گر. (۲)
- تمجید و تحسین مراجع به خاطر حضور در فرآیند درمان و نه تخفیف و تحقیر وی. (۲)

- شنیدن و نه تنها سخن گفتن (بیشتر گوش کردن تا حرف زدن). (۲)
  - به آرامی و تدریجی متقاعد کردن و درک این که این مراجع است که باید تغییر کند. (۲)
  - حمایت از مراجع در تمامی مراحل بهبود. (۲)
  - آشکارکردن تضادهای موجود بین اهداف مراجع و ارزش‌های وی و رفتارهای کنونی‌اش (کمک به مراجع برای شناخت تفاوت‌های میان آنچه هست و آنچه آرزو دارد باشد). (۲)
  - اجتناب از بحث، جدل و رویارویی مستقیم که می‌تواند به جنگ قدرت منجر شود. (۲)
  - کنار آمدن با مقاومت مراجع و تعدیل آن به جای مقابله. (۲)
  - حمایت از «خود-کارآمدی» و خوش‌بینی مراجع: این اصل بر توانایی‌های مراجع متمرکز می‌شود تا امید و روشن‌بینی را که لازمه تغییر است، تقویت کند. (۲)
- درمانگرانی که مصاحبه انگیزشی را به عنوان روش اصلی خود ترجیح می‌دهند، دریافته‌اند که راهبردهای زیر، خصوصاً در مراحل ابتدایی درمان، بسیار مفیدند:
۱. پرسیدن سؤالات باز: سؤالات باز را نمی‌توان با یک کلمه پاسخ داد. پرسیدن این سؤالات به خوبی باب گفتگو را باز خواهد کرد: «اهل نوشیدن کدام یک از انواع مشروبات هستید؟» یا «در چه موقعیت‌هایی تمایل بیشتری به نوشیدن پیدا می‌کنید؟».
  ۲. شنیدن متقابل<sup>۱</sup>: یعنی این که شما حرف مراجع را شنیده‌اید. وقتی بخشی از حرف‌های وی را انعکاس می‌دهید در واقع به او می‌گویید که در حرف‌های او دقیق شده و درست شنیده‌اید.
  ۳. خلاصه کردن: در طول جلسات مشاوره لازم است که بارها مطالب خلاصه‌شده و مبنای حرف‌های بعدی روشن‌تر شود.
  ۴. تأیید و تشویق: تأکید بر نقاط قوت مراجع، حمایت از انگیزه‌ها و مقاصد وی و برجسته کردن پیشرفت‌ها.
  ۵. اخذ جملات خود/انگیزشی از کلام مراجع: به جای این که مراجع را مجاب کنید که ضرورت تغییر را بفهمد، نظرات او را اخذ کرده، به نگرانی‌های او پی‌برید و اهدافش را دریابید.

### متناسب کردن مصاحبه انگیزشی با مراحل تغییر

این گونه به نظر می‌رسد که بهره‌مندی مراجعین از برنامه‌های درمانی بسته به این است که در چه مرحله‌ای از تغییر هستند و رو به کدام مرحله دارند. کسانی که در مراحل اولیه هستند، نسبت به آنهایی که در مراحل بعدی قرار دارند، از انواع متفاوتی از حمایت‌ها سود می‌برند. افرادی که در مرحله «انکار» قرار دارند، برای متمایل شدن به تغییر، بیش از هر چیز به «آگاهی» احتیاج دارند. در مرحله «تردید» آنچه باید رخ دهد، تغییر مثبت در «وضع فعلی» است. در سومین گام (مرحله آمادگی) باید

راهبردهای موجود را بشناسند و مناسب‌ترین را بر اساس شرایط خود انتخاب کنند. گام چهارم «کُش» است: عمل به راهبرد تغییر (برنامه‌های رسمی و معمول، همگی در پی رسیدن به این مرحله هستند). پنجمین مرحله، ملزم شدن به گسترش مهارت‌های جدید برای تثبیت بهبودی و رسیدن به سبکی نو برای زندگی سالم است. در هر مرحله، اگر مراجع مصرف را از سر بگیرد، در اسرع وقت باید به فرآیند تغییر وارد شود و این لزوماً به معنی «دوباره از صفر شروع کردن» نیست.

### از انکار به تردید<sup>۱</sup>

بر اساس الگوی تغییر، افراد در مرحله انکار، نگران مصرف مواد نیستند و به تغییر رفتار خود نیز فکر نمی‌کنند. آنها ممکن است سال‌ها در این مرحله بمانند و هرگز به تغییر فکر نکنند. یافته مهم دیگر در این گونه مراجعین، این است که اغلب فردی دیگر (و البته دارای اهمیت برای مراجع) رفتار مسئله‌ساز را تشخیص می‌دهد. فصل چهارم، به تدابیر و فونونی می‌پردازد که درمانگران سودمندی آنها را برای افراد در این مرحله اثبات کرده‌اند. نتیجه این تکنیک‌ها دو تغییر عمده است: اول، ایجاد شک در مراجع در مورد این عقیده رایج که این ماده خاص (مثلاً شیشه) بی‌ضرر است. دوم، رفتن به سمت این باور که مصرف ماده در حال حاضر یا در آینده منجر به آسیب‌های جدی خواهد شد (حرکت از شک به سوی یقین).

فصل چهارم پیشنهاد می‌کند که درمانگران بر اساس موارد زیر عمل کنند:

- تشویق مراجع به ورود به درمان سوءمصرف مواد (و نه منتظر شدن برای حرکت خودانگیخته).

(۲)

- تحکیم رابطه درمانی؛ اجازه گرفتن از مراجع برای شروع فرآیند و اعتمادسازی. (۲)
  - کسب اطلاعات، گوش دادن به مراجع و البته شنیدن آنچه مراجع «لذت مصرف» می‌خواند. (۲)
  - ایجاد شک و تردید و نگرانی در مراجع در خصوص سوءمصرف مواد. (۲)
  - تبیین رخدادهایی که مراجع را به درمان ترغیب می‌کند و نتایج درمان‌های پیشین. (۲)
  - کمک به مراجع برای فهم مشکل.
  - ارائه اطلاعات واقعی در مورد خطرات سوءمصرف مواد. (۲)
  - فراهم کردن بازخوردهای فردی در مورد یافته‌های حاصل از ارزیابی. (۲)
  - یاری گرفتن از «دوستان مهم» یا افراد مؤثرمانند همسر، دوست، راهنما و... (۲)
  - آزمودن اختلاف‌نظرها میان مراجع و دیگران درباره مصرف مواد. (۲)
  - ابراز علاقه به مراجع و سلامتی او و اعلام این که همیشه برای کمک به آن آماده هستید. (۲)
- فرآیند «بازخورد» بخش مهمی از راهبرد انگیزشی است که مراجعین را نسبت به الگوی مصرف، در مقایسه با میزان هنجار (زمانی که چنین مقداری قابل اشاره باشد) آگاه می‌کند و خطرات پیش رو

را، در صورت عدم اصلاح رفتار، گوشزد می‌کند. نتایج این بازخورد اگر برای هر فردی به شکل عینی مطابق با هنجارها و ارزش‌های شناخته شده و قابل اعتماد تفسیر شود، نه تنها آگاهی‌بخش است که انگیزش نیز ایجاد خواهد کرد. توجه به عوامل جنسیتی و نقش متغیرهای گروهی، راه مؤثری برای گسترش تردیدها و ایجاد انگیزه برای تغییر است.

### مداخله به کمک «افراد مؤثر»<sup>۱</sup>

مطالعات پژوهشی متعدد، مؤید نقش مهم دوستان مؤثر (SOS) و خانواده در همه مراحل تغییر است. در مراحل اولیه فرآیند تغییر، یک دوست مؤثر از راه‌های زیر می‌تواند به تحکیم تعهد مراجع کمک کند:

- فراهم کردن بازخوردهای مؤثر و سازنده در مورد هزینه‌ها و فایده‌های سوء مصرف. (۲)
- ترغیب مراجع به تغییر الگوی رفتاری منفی و مخرب. (۲)
- شناسایی موانع هیجانی و نگرانی‌های مراجع درباره تغییر. (۲)
- آگاهی‌بخشی به مراجع نسبت به منابع فردی و اجتماعی سازگاری برای رسیدن به سبک زندگی پاک. (۲)

- تشویق مراجع برای به کار گرفتن این منابع در جهت تغییر رفتار. (۲)
- «فرد مؤثر» که توسط درمانگر به جلسه درمانی دعوت می‌شود، نقش «پیا» ندارد. او ناظری نیست که به پزشک گزارش می‌دهد. حمایت احساسی فرد مؤثر باعث می‌شود که شناسایی موقعیت‌های خطیر، راحت‌تر شود. راهکارهای زیر می‌تواند به درمانگر در تقویت توانایی‌های افراد مؤثر کمک کند:
- بیان توفیقات و شرح قدم‌های مثبتی که مراجعین دیگر به کمک دوستانشان کسب کرده‌اند.
  - تأیید اظهارنظرهای مثبت فرد مؤثر درباره تلاش مراجع برای تغییر.
  - به بحث گذاشتن شیوه‌هایی که در آینده باعث آسان‌تر شدن درمان مراجع به کمک فرد مؤثر خواهد شد.

درگیرکردن «فرد مؤثر» در مشاوره باید ملاحظات خاص خود را داشته باشد. رابطه عاطفی و احساسی عمیق اگرچه برای تقویت فرد مؤثر لازم است، کافی نیست. فرد مؤثر باید حامی زندگی عاری از مواد باشد و مراجع نیز این حمایت را ارزشمند بداند. اگر «فرد مهم»، خود در حال تجربه دشواری‌ها یا مشکلات هیجانی و عاطفی ناشی از مصرف مواد توسط مراجع است، نمی‌تواند دواطلب مناسبی برای حمایت باشد. برای ایفای چنین نقشی، باید ابتدا، این مسائل فرد مؤثر فروکش کند، سپس از وی برای ورود به فرآیند درمان دعوت شود. به طور کلی، فرد مؤثر می‌تواند نقش بسیار مهمی در اشتیاق مراجع به تغییر داشته باشد؛ در هر صورت، باید به مراجع یادآوری کرد که مسئولیت تغییر در

---

1. significant others

رفتارهای اعتیادی با خود او است.

### مداخلات انگیزشی و «مراجع ناگزیر»

کسانی که اجباراً وارد درمان می‌شوند، چالش‌های دیگری پیش روی درمانگران می‌گذارند. از آنجا که اجبار خارجی، هرگز تضمینی برای تداوم تغییر نیست، حرکت به سوی انگیزه درونی باید مد نظر درمانگر باشد. ایجاد انگیزه در «مراجع ناگزیر» به کمک راهبردهای انگیزشی دست‌یافتنی است و مراجع ناگزیر می‌تواند از فرصت تغییر، سود ببرد، حتی اگر این فرصت به اختیار وی ایجاد نشده باشد. یک بهبودی پایدار، تنها با فشارهای بیرونی (از قبیل الزامات قانونی و...) دوام نخواهد داشت؛ انگیزش و تعهد، باید برآمده از فشارها یا نیازهای درونی باشد.

### از تردید تا آمادگی<sup>۱</sup>

تحکیم تعهد برای درمان، مستلزم توجه به انگیزه‌های درونی و بیرونی است. اگر چه بسیاری از مراجعین حرکت از مرحله تردید را به کمک مشوق‌های خارجی شروع می‌کنند، کشف محرک‌های درونی آنها است که حرکت به سوی «عمل» را تقویت می‌کند. علاوه بر تمرین‌های استاندارد در مصاحبه انگیزشی (مثل گوش دادن فعال، پرسیدن سؤالات باز و ...) درمانگر برای تبدیل مشوق‌های خارجی به انگیزه‌های درونی، می‌تواند به روش‌های زیر عمل کند:

- ⊙ ابرازکنج‌جوی در مورد مراجع. چون تمایل عمیق مراجع به تغییر، به ندرت معطوف به مصرف مواد است؛ او راحت‌تر است که درباره تغییرات رفتاری در زمینه‌های دیگر صحبت کند. ابراز کنج‌کاوی شما، ائتلاف درمانی را تقویت خواهد کرد. (۲)
  - ⊙ هر بار که مراجع با ناخرسندی از اجبارش به تغییر حرف می‌زند؛ با جمله‌ای مثبت درباره فواید تغییر، چرخش کلامی را انگیزشی‌تر نمایید (عدو شود سبب خیر اگر خدا خواهد!).
- متوازن کردن تصمیم به کمک توجه به وجوه مثبت و منفی مصرف مواد از نگاه مراجع، موضوع دیگر این بخش است. هدف نهایی این است که با بحث در مورد وجوه مثبت مصرف، تدریجاً به تبعات منفی برسید و نوک پیکان را به سوی رفتار مثبت کج کنید. فنون زیر در اینجا سودمند خواهند بود:
- خلاصه کردن نگرانی‌های مراجع.
  - کشف نقاط ضعف و قوت مراجع در رفتارهای مرتبط با مصرف.
  - طبیعی جلوه دادن دودلی‌ها و تعارضات مراجع.
  - بیان مجدد بازخوردهای حاصل از ارزیابی‌ها.
  - تحلیل درک مراجع از تغییر و انتظارات او از درمان.



- کشف مجدد ارزش‌های مراجع در رابطه با تغییر.

در سرتاسر این فرآیند، تأکید ما، بر انتخاب‌های شخصی مراجع و مسئولیت‌های او برای تغییر است و وظیفه درمانگر، این است که کمک کند آنچه بیشترین سودمندی را برای مراجع دارد، انتخاب شود. انجام این امر با شناخت و نظم‌بخشیدن به اهداف میسر است. هدف‌گذاری، بخشی از فرآیند تصور چشم‌انداز درمان است که مشخصه مراحل نخستین و میانی (آمادگی و عمل) است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که گفتگو درباره اهداف و تنظیم آنها، تعهد به درمان را بالا می‌برد.

کمک به مراجع برای «خود-کارآمدی» در مرحله آمادگی، بخش دیگری از مراحل تغییر است. در مرحله آمادگی، وظیفه درمانگر بسیار حساس‌تر و گسترده‌تر می‌شود: به کارگیری راهبردهای انگیزشی برای افزایش آمادگی (که هدف دو مرحله نخست است)؛ تقویت تعهد به تغییر؛ کمک کردن به اخذ تصمیم راسخ و محکم.

خود-کارآمدی مفهومی عام مانند «اعتماد به نفس» نیست، بلکه معطوف به رفتارهای خاص است (در اینجا مصرف مواد و تغییر). این خوش‌بینی مراجع است که در نهایت به تغییر رفتار ختم می‌شود.

### از آمادگی تا عمل<sup>۱</sup>

همان‌گونه که مراجع در حال آماده شدن برای تغییر است، درمانگر باید هوشیارانه زمان مناسب برای «عمل» را تشخیص دهد. درک مراجع از ناهم‌خوانی‌ها و تردیدها آنچنان آزاردهنده است که وی نمی‌تواند برای مدت طولانی در برزخ ناشی از آن بماند، مگر این‌که بلافاصله مرحله «کنش» شروع شود؛ در غیر این صورت، مکانیسم‌های دفاعی «انکار» و «فراکنی» مجدداً به کمک دلیل‌تراشی‌های تجربه‌شده، فرد را از مسیر اصلی دور خواهند کرد.

نشانه‌های حرکت از آمادگی به سوی عمل عبارت‌اند از:

- کاهش مقاومت مراجع که علائم آن کمتر بحث کردن و کمرنگ شدن «انکار» است.
- سؤالات کمتری در مورد مشکلات راه مطرح می‌شود. ("درد نخواهم داشت؟ کم‌خوابی اذیتم نخواهد کرد؟" ...)
- مراجع آرام‌تر است؛ رابطه بیشتر صمیمانه و کمتر دفاعی است و عزم و تصمیم در وی دیده می‌شود.
- جملات انگیزشی خود مراجع، مستقیم‌تر و بازتابی از استقبال وی از تغییر و خوش‌بینی او است.
- در مورد فرایند تغییر، سؤال‌های بیشتری می‌پرسد.
- از زندگی بعد از تغییر و چگونگی آن بیشتر صحبت می‌شود.
- تجربه‌های جدیدی توسط مراجع گزارش می‌شوند: رفتن به یک جلسه N.A یا ترک مصرف برای

---

1. from prepatation to action

چند روز و یا کاهش آن؛ تغییر الگوی مصرف به سمت شیوه‌ای ایمن‌تر. اگر چه ابراز تمایل کلامی صرف، ضرورتاً به معنی تصمیم راسخ و قاطع نیست؛ مراجعینی که اندکی هیجانی‌ترند، ممکن است از سر استیصال تعهدشان را به درمان نشان دهند. همین موضوع نیز می‌تواند توسط درمانگر به خوبی دریافت و به شکلی مثبت تحلیل شود (بازخورد آن به مراجع می‌تواند از استرس وی بکاهد).

درمانگرانی که در مرحله «آمادگی» با مراجع کار می‌کنند، باید سعی کنند که:

- اهداف و راهبردهای خود مراجع را بشناسند.
- گزینه‌های متفاوت درمان را به بحث بگذارند و منابع حمایتی جامعه را که در دسترس مراجع است، به منظور برآورده کردن نیازهای وی شناسایی کنند.
- پیشنهادها و دستورالعمل‌هایی به مراجع ارائه دهید.
- درباره برنامه تغییر و قرارداد درمانی مذاکره کنند و این ملاحظات را در نظر بگیرند:
  - شدت و میزان کمکی که باید ارائه شود.
  - چارچوب زمانی.
  - حمایت اجتماعی موجود و تعیین این که چه کسی، کی و کجا باید این حمایت را انجام دهد.
  - مرحله بعدی؛ اهداف کوچک‌تر (زیر-اهداف) و گام‌های لازم برای ادامه فرآیند.
  - مشکلات دیگر (نگرانی‌های قانونی، مالی و جسمی)
- موانع تغییر را بشناسند و مراقب آن باشند که مراجع موانع را بزرگ‌نمایی نکند.
- جذب حمایت‌های اجتماعی گروه‌های خاص (مشاوران مذهبی، مراکز فرهنگی و...)
- شناختن انتظارات درمانی مراجع و نقش وی در نیل به آنها.
- آگاهی پیدا کردن از این موضوع که آیا مراجعین افراد مهم زندگی‌شان را از برنامه تغییر آگاه کرده‌اند یا خیر.

### از اقدام تا تثبیت<sup>۱</sup>

عده‌ای از مراجعین و حتی مشاورین بر این عقیده‌اند که درمان رسمی و هدفمند سوءمصرف مواد (معطوف به ترک اعتیاد) نیازی به راهبردهای انگیزشی ندارد. این باور به دو دلیل صحیح نیست: اولاً، مراجعینی که مصرف خود را قطع کرده‌اند، هم‌چنان به حمایت و تشویق نیاز دارند تا در برنامه درمان بمانند. حتی پس از یک دوره درمانی موفق، حفظ دستاوردهای آن و مدیریت بحران‌های پیش رو به تقویت و ترغیب نیاز دارد. بنابراین، با رسیدن به «پاکی» همه چیز تمام نشده است. ثانیاً، بسیاری از مراجعین حتی در مرحله «عمل» نیز دچار تضاد باقی می‌مانند و بین مراحل تغییر

در چرخش هستند. عده‌ای دیگر نیز با وجود سیر پیش‌رونده در مراحل تغییر، هم‌چنان مردد هستند. از طرف دیگر، در مرحله «عمل و اقدام» است که به ناگهان مصرف قطع می‌شود. روبه‌رو شدن با دنیای بدون مواد، از مرحله «تردید» نیز گذشته‌تر است. مراحل اولیه بهبودی فقط به تفکر درباره تغییر نیاز دارد که به اندازه انجام آن در دنیای واقعی ترس‌آور نیست. مشارکت مراجعین با درمانگر هنگامی بیشتر می‌شود که درمانگران:

- رابطه درمانی و تفاهم عمیقی با مراجع برقرار کنند.
  - مراجعین را با نقششان آشنا کنند.
  - انتظارات مراجع را از درمان بفهمند و تضادهای آن را کشف کنند.
  - مراجع را از لحظه‌های استرس‌زا، نامطلوب و دشوار پیش رو آگاه کنند و آنها را به عنوان بخشی طبیعی از فرآیند درمان معرفی کنند.
  - موانع درمان را تا حد امکان از میان بردارند.
  - همخوانی میان انگیزه‌های بیرونی و درونی را افزایش دهند.
  - رفتارهای مراجع را در هنگام تردید بررسی کنند.
  - برای تشویق مراجع به ادامه درمان به علایق شخصی وی اشاره کنند.
- در مرحله «اقدام»، تمهیدات دیگری هستند که درمانگران به کمک آنها مراجعین را در درمان نگه‌می‌دارند:

- درگیر کردن مراجع در فرآیند درمان و تأکید بر اهمیت ماندن، در چرخه تغییر
  - حمایت از تغییر با گام‌های کوچک (و ظاهراً کم‌اهمیت)
  - شناسایی مشکلات مراجع، در مراحل اولیه تغییر
  - شناسایی موقعیت‌های خطرناک به کمک «تحلیل کارکرد» و بسط راهکارهای انطباقی
  - کمک به مراجعین برای کشف مشوق‌های نوین و کمتر شناخته‌شده
  - ارزیابی حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی مراجع، اگر اساساً چنین منابعی وجود داشته باشند.
- چالش بعدی که پیش روی مراجعین و درمانگران است، تثبیت دستاوردهای تغییر است. موفقیت درمانگران در این مرحله به موارد زیر بستگی دارد:
- ◎ شناسایی منابع حمایتی جدید و تقویت‌کننده‌هایی که تا کنون استفاده نشده‌اند.
  - ◎ حمایت از تغییر سبک زندگی و آغاز دوره جدید رفتارهای مثبت.
  - ◎ تأکید بر راه‌حل‌های خود مراجع و خودبسنده‌گی‌های وی و تصدیق آنها.
  - ◎ استفاده از راهبردهای انطباقی برای پرهیز از بازگشت به مصرف.
  - ◎ تثبیت روابط حمایتی.

اگر فرض اساسی در مراحل تغییر «حفظ پرهیز» است، دامنه وسیعی از اقدامات باید انجام شود. پیش بردن این اقدامات نیازمند تقویت‌کننده‌ها است. «مشوق‌های رقابتی» از این نظر اهمیت ویژه دارند.

یک مشوق (تقویت‌کننده) رقابتی، منبعی از لذت است که در برابر الکل یا مواد، سالم محسوب می‌شود و می‌تواند جایگزین آنها شود. اصل مهم در جایگزینی و استفاده از تقویت‌کننده‌های مثبتی است که فرصت خلاقیت و اعمال تفکرات شخصی مراجع در آن دخیل باشند. این تقویت‌کننده‌ها باید از منابع مختلف اخذ شوند. تنوع دادن به منابع، ادامه تقویت مثبت را تضمین می‌کند. هنگامی که مراجع انگیزه‌های گوناگون را سبک و سنگین می‌کند. درمانگر در انتخاب تقویت‌کننده‌ها او را یاری می‌دهد تا هرچه بیشتر از مواد دور بماند. نمونه‌های معمول عبارت‌اند از:

- کار داوطلبانه و اوقات فراغت؛ رابطه با دوستانی که مقبولیت اجتماعی دارند.
  - ورود به فعالیت‌های خودیاری با محوریت برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای.
  - ارتقای شغلی، رویکرد ورزشی و بهبود تغذیه.
  - حضور بیشتر در خانواده و وقت‌گذرانی با «افراد مؤثر»
  - حضور در فعالیت‌های معنوی و فرهنگی.
  - وقت‌گذراندن با دوستانی که مصرف‌کننده مواد نیستند.
  - ارتقای مهارت‌های هنری، ادبی و موسیقایی (یا مانند آن)
- علاوه بر این‌ها، برنامه‌های «تقویت ژتونی» به حفظ پرهیز کمک می‌کند. پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که این گونه مشوق‌ها می‌توانند در تداوم پرهیز از مصرف مواد مؤثر باشند. منطق این نوع پاداش‌ها، آشکارسازی مشوق‌های بیرونی است که می‌تواند به سرعت در اختیار مراجع قرار گیرد و با ماده مصرفی رقابت کند. شرح مفصل‌تر در فصل هفتم آمده است. ارزش مشوق‌ها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است.

### ارزیابی انگیزش مراجع:

انگیزش ابعاد گوناگون دارد به همین دلیل ارزیابی آن دشوار است. هر بعدی از درمان سوءمصرف مواد با ابزار خاصی ارزیابی می‌شود:

- آمادگی برای تغییر
- انگیزه استفاده از مواد
- خود-کارآمدی
- اهمیت تغییر
- تعادل در تصمیم‌گیری

### ادغام رویکردهای انگیزشی در برنامه درمان

در نظام‌های فعلی مدیریت بهداشت و درمان، نگرش غالب آن است که گران‌ترین و فشرده‌ترین درمان‌ها فقط باید برای کسانی استفاده شود که یا مشکلاتشان بسیار جدی است و یا به مداخلات معمول جواب نداده‌اند. این دیدگاه، نقش برنامه‌های انگیزشی را در این‌گونه موارد نادیده می‌گیرد. اهمیت مصاحبه انگیزشی در موارد زیر، در اکثر پژوهش‌ها به روشنی اثبات شده است:

- ۱) به صورت مجموعه‌ای از برنامه‌های کوتاه‌مدت در طب عمومی برای بازگشت به درمان (دیابت، فشار خون و...)
- ۲) به عنوان یک جلسه مقدماتی درمانی برای مراجعی که ممکن است دیگر به فرآیند درمان برنگردد.
- ۳) به عنوان مشاوره کوتاه‌مدت در بیماری که در لیست انتظار قرار دارد (به جای رها کردن او در انتظار)
- ۴) برای آماده کردن بیمار برای مشارکت در درمان.
- ۵) به منظور کمک به «مراجعه‌ین ناگزیر»، برای کاهش احساسات اولیه (خشم، رنجش و...)
- ۶) برای غلبه بر دفاع‌های ناکارآمد مراجع.
- ۷) برای اثرگذاری روی مراجعی که احتمالاً فقط یک بار دیده خواهد شد.
- ۸) به عنوان روشی از مصاحبه در فرآیند تغییر

### TIP برای درمان کدام مراجع کاربرد دارد؟

رویکرد TIP، اگرچه در آغاز فقط برای افرادی به‌کار رفت که با مصرف الکل درگیر بودند، به تدریج در سایر حوزه‌ها هم کارایی خود را نشان داد. سوءمصرف کوکائین، حشیش و هرئین از این قبیل هستند. نکته اصلی آن است که هویت قومی و طبقه اجتماعی در استفاده از این روش هیچ نقشی ندارد و عاملی پیش‌گویی‌کننده به شمار نمی‌رود. شواهد قویاً بیانگر آن هستند که مصاحبه انگیزشی در فرهنگ‌های مختلف کاربرد دارد. مصاحبه انگیزشی برای کل دوره درمان (مراحل آمادگی، اقدام و تثبیت) و برای کلیه مراجعین مفید است.



## مفهوم‌سازی انگیزش و تغییر

«انگیزه» چیزی نیست که کسی دارای آن باشد و دیگری فاقد آن. انگیزه عملی است که شخص انجام می‌دهد: شامل شناخت یک مسئله، جستجوی راهی برای تغییر و سپس، اتخاذ راهبردی برای انجام آن. انگیزش راه‌های بسیاری را پیش روی مردم می‌گذارد تا به سمت چنین شناخت و چنان عملی حرکت کنند.

میلر ۱۹۹۵

چرا مردم تغییر می‌کنند؟ انگیزه چیست؟ آیا انگیزه افراد می‌تواند رفتار معطوف به مصرف مواد را تغییر دهد؟ آیا درمانگران در بهبود انگیزه مراجعین برای بهبود نقشی دارند؟ در دو دهه گذشته، پژوهش‌های بالینی به شکلی روزافزون بر راه‌های بهبود انگیزه مصرف‌کنندگان مواد برای توجه کردن، شروع و ادامه درمان سوءمصرف مواد متمرکز شده است. توجه نسبی در این‌جا، متمرکز بر تغییر پایدار و پرهیز از بازگشت به رفتارهای مخرب پس از اتمام درمان است. موضوع این تحقیقات، تغییر «پارادایم» در حوزه مفهومی اعتیاد، انگیزش و نقش درمانگران در شکل دادن به آن برای ارتقا و تثبیت تغییرات مثبت است. این تغییر گفتمان، سایر پیشرفت‌ها در درمان اعتیاد را متوازن و راهبردهای جدید را در موضوع انگیزش پُررنگ می‌کند. ادغام شیوه درمانی مبتنی بر «مصاحبه انگیزشی» با مدل‌های نظری مراحل تغییر، دیدگاه جدیدی را در مورد انتخاب راهبردهای درمان شکل داده است. نتایج مصاحبه‌های انگیزشی با تکیه بر تئوری‌های موجود، نویدبخش درمان‌های مؤثرتری در مقوله سوءمصرف مواد شده است.

### نگاهی نو به انگیزش

در درمان‌های مرسوم برای سوءمصرف مواد، انگیزه مراجع برای تغییر اغلب بر منافع بالینی و سرخوردگی، متمرکز بوده است. انگیزه به عنوان پیش‌نیازی توصیف شده است که بدون وجود آن کار چندانی برای مراجع نمی‌شود کرد. همچنین، در تبیین شکست افراد چه در شروع و چه در ادامه درمان، انگیزه همواره جایگاه مهمی داشته است. تا همین اواخر، انگیزه را دارای طبیعتی ایستا

می‌دانستند که مراجع یا دارای آن است یا فاقد آن. اگر فرد انگیزه‌ای برای تغییر نداشت و درمان شکست می‌خورد، این ناشی از کوتاهی وی بود. در این دیدگاه، انگیزه در حقیقت با میزان موافقت مراجع با درمان‌های تجویزی درمان‌گر سنجیده و حتی با آن یکی فرض می‌شد. اگر مراجع با توصیه‌های بالینی کنار می‌آمد و بر حسب «الکلی» یا «معتاد» را می‌پذیرفت، انگیزه داشت و اگر در برابر تشخیص و درمان مقاومت می‌کرد یا به فرآیند درمان، پایبند نمی‌ماند، فاقد آن بود. علاوه بر این انگیزه اغلب معادل مسئولیت مراجع بود و نقش درمانگر را نادیده می‌گرفت. این نوشته انگیزه را اساساً از منظری دیگر می‌نگرد.

## تعریفی جدید

رویکردی که در این پروتکل توصیف می‌شود، بر فرضیاتی تکیه دارد که نگاهی نو به انگیزش را ارائه می‌دهد:

- انگیزه کلید تغییر است.
- انگیزه مفهومی چندبعدی است.
- انگیزه پویا و سیال است.
- انگیزه متأثر از تعاملات اجتماعی است.
- انگیزه قابل تعدیل است.
- انگیزه تحت تأثیر روش درمانگر است.
- وظیفه درمانگر ایجاد و ارتقای انگیزه است.

## انگیزه کلید تغییر است

مطالعه انگیزش به یقین با درک شخصی از تغییر، مفهومی که توسط نظریه‌پردازان و روانشناسان امروزی بر سوء مصرف مواد متمرکز شده است، ارتباطی تنگاتنگ دارد. ماهیت تغییر و دلایل آن (درست همانند انگیزه) دارای ساختار پیچیده‌ای است که مدام در حال دگرگونی است. بسیاری از ما دیدگاهی کاملاً جزئی از تغییر داریم و آن را نتیجه غیر قابل اجتناب قدرت‌های زیستی و تا حدی قضا و قدری می‌دانیم. ما اغلب می‌پذیریم که رشد جسمی و بلوغ جنسی منجر به تغییر آدمی می‌شود و در همان حال، از نقش هنجارهای اجتماعی، نحوه پوشش و تغذیه و تأثیر پیوستن یا طرد شدن از گروه همسالان غافلیم.

اکثر انسان‌ها خود را به عنوان افرادی تصور می‌کنند که باید، و قادرند، به سادگی مطابق میل و انتظار دیگران تغییر کنند. بسیاری از ما نیز معتقدیم که تعهد عاطفی و تفکر منطقی درست مانند «حل



مسئله» باعث بهبود انگیزه می‌شود. چارچوب اصلی پیوند میان تغییر فردی و دیدگاه نوین انگیزش، برگرفته از نظریهٔ پدیدار شناسانه‌ای است که در آثار «کارل راجرز» آمده است. در این دیدگاه اومانستی، درک فردی از هستهٔ مرکزی خود مهم‌ترین عامل در تغییر رشد شخصی است: یک فرآیند خودشکوفایی که رفتارهای هدفمند را برای تعالی «خود» تحریک می‌کند. انگیزش در این متن، مفهومی هدف‌دار، نیت‌مند و مثبت است که فرد را به سوی بهترین علایق رهنمون می‌کند. با نگاهی خاص‌تر، انگیزه، احتمالی است که ورود شخص به درمان، ادامهٔ آن و پایبندی به نتیجه‌اش را بر مبنای راهبردهای تغییر نشان می‌دهد (میلر و رولنیک، ۱۹۹۱).

### انگیزه، چند بُعدی است

در رویکرد جدید، انگیزه دارای اجزایی پیچیده است که شرح آن در فصل بعد خواهد آمد. خواسته‌های درونی، آرزوهایی که مراجع بیان می‌کند، فشارهایی که از بیرون بر مراجع وارد می‌شود، درک مخاطرات و مزایای رفتار اعتیادی و ارزیابی‌های شناختی وضعیت موجود همگی از این اجزاء هستند.

### انگیزه، پویا و دارای نوسان است

نتایج پژوهش‌ها و تجارب بالینی، انگیزه را متغیر و متأثر از موقعیت می‌داند. اهداف متضاد، انگیزه را دچار تزلزل می‌کند. شدت انگیزش و تزلزل آن در مواجهه با تردیدها و تقویت آن در زمان حل تعارضات، به خوبی بیانگر این نوسانات است. در چنین شرایطی انگیزه در هر زمان می‌تواند رنگ عوض کند: متزلزل باشد؛ در وضعیتی دو پهلو به سر برد و یا آمادگی و عزم راسخ را نشان دهد.

### انگیزه، متأثر از تعاملات اجتماعی است

اگر چه در این دیدگاه، انگیزه هنوز هم مقوله‌ای فردی است، درک آن به مثابهٔ نتیجهٔ تعاملات بین فردی و متأثر از عوامل محیطی نیز ممکن است. با وجود آنکه عوامل درونی پایهٔ تغییر به شمار می‌روند، عوامل بیرونی «شرایط» آن هستند. انگیزهٔ فردی برای تغییر قویاً تحت تأثیر حمایت خانوادگی، دوستان، هیجانان و جامعه است. فقدان حمایت اجتماعی (اشتغال، بهداشت، بیمه و...) به شدت بر انگیزهٔ فردی تأثیر می‌گذارد.

## انگیزه، قابل تعدیل است

انگیزه، عاملی است که در همه فعالیت‌ها و زمینه‌های فکری و در همه زمان‌ها دارای نقش است. در نتیجه، انگیزه، دست‌یافتنی و در بسیاری از موارد قابل تعدیل است. در زمینه سوء مصرف مواد مراجعین لزوماً نباید به آخر خط برسند یا تجربه‌های اندوه‌باری از رفتار خود داشته باشند تا نیاز به تغییر را احساس کنند. کار درمانگران این است که پیش از رسیدن به نقطه بحرانی و صدمات فاجعه‌بار به حیثیت، سلامت یا تصویر ذهنی فرد، انگیزه او را بهبود بخشند.

انواع مختلفی از تجربیات می‌توانند به افزایش یا کاهش انگیزه منجر شوند. تجربیاتی از این دست می‌توانند مردم را به سمت گام‌های اولیه تغییر بکشانند:

- افسردگی و فشار روانی: بسیاری از افراد در حین و یا پس از تجربه دوره‌هایی از افسردگی، درماندگی و اضطراب به فکر تغییر می‌افتند.
- رویدادهای مهم زندگی: نقاط عطفی که فرآیند تغییر را در فرد بر می‌انگیزد از الهامات روحی و تغییرات مذهبی تا حوادث ناگوار و مرگ عزیزان، بیکاری، بارداری، طلاق، ازدواج و بیماری را در بر می‌گیرد.
- ارزیابی‌های شناختی: نتیجه‌ای که افراد از آثار مواد بر زندگی خود فرض می‌کنند، تحلیل این آثار و بررسی نقش‌های مثبت و منفی مواد در زندگی، ۳۰ تا ۶۰ درصد عوامل برانگیزاننده تغییر را در بر می‌گیرد.
- آگاهی از پیامدهای منفی: زیان‌هایی که مصرف مواد به شخص مصرف‌کننده و اطرافیان وی وارد می‌کند، از برانگیزاننده‌های تغییر است. کمک به مراجع برای درک رابطه این آسیب‌ها و مصرف مواد از راهبردهای انگیزشی است.
- مشوق‌های بیرونی مثبت و منفی: بر انگیزش اثر دارند. دوستان حمایت‌کننده، پاداش و هرگونه زورگویی بر انگیزه تغییر اثر می‌گذارند.

## انگیزه، تحت تأثیر روش درمانگر است

شیوه‌هایی که درمانگران در کنش متقابل با مراجع در پیش می‌گیرند در چگونگی پاسخ درمانی، اثر قطعی دارد. روش مشاوره، از مهم‌ترین عناصر پیش‌بینی‌کننده پاسخ مراجع به مداخله است. در حالی که اغلب پژوهش‌ها بر تفاوت‌های مراجعین متمرکز هستند، از تفاوت در روش‌های مشاوره، غفلت می‌شود. مرور مقالات مرتبط با این موضوع، مؤید این نکته است که ایجاد رابطه درمانی و داشتن مهارت‌های بین فردی مناسب، از تجربه یا آموزش حرفه‌ای نیز، مهم‌تر است. مطلوب‌ترین رویکرد در مشاوره درمان سوء مصرف مواد رابطه احترام‌آمیز و همراه با صداقت، تأیید و همدلی و فقدان حس

برتری‌جویی یا تملک است.

شیوه مواجهه و برخورد مستقیم به پیش‌داوری و مقاومت سریع مراجع ختم می‌شود و کمتر از روش‌های همدلانه مبتنی بر شنیدن و ترغیب به پاسخ مثبت می‌انجامد. مشاوره با رویکرد مواجهه و تقابل، نتیجه‌ای جز چالش با مراجع، مشاجره، انکار، تکذیب و تمسخر ندارد.

## ایجاد و ارتقای انگیزه وظیفه درمانگر است

اگرچه مسئولیت تغییر همواره با مراجع است، ایجاد انگیزه در هر مرحله و تقویت آن، با درمانگر است. تحریک کردن ناهمسازی‌ها، دامن زدن به تردیدها و آسان کردن تصمیم‌گیری توسط درمانگر، می‌تواند به کشف ظرفیت‌های تغییر در مراجع، ختم شود. حساسیت درمانگر به زمینه‌های فرهنگی مراجع و سطح دانش و دریافت‌های وی، بر انگیزه مددجو تأثیر مستقیم دارد.

## چرا بهبود انگیزه؟

تحقیقات نشان داده‌اند که رویکردهای «بهبود انگیزه» همبستگی مستقیم با مشارکت بیشتر و نتایج مثبت در درمان دارند. کاهش مصرف مواد، پرهیز بیشتر، سازگاری اجتماعی بالاتر و بازگشت به درمان در صورت عود، از مهم‌ترین این نتایج هستند (لندری ۱۹۹۶؛ میلر ۱۹۹۵) رویکرد مثبت به تغییر و تعهد به آن نیز با نتایج درمانی مثبت همراه است (دی کلمنته، ۱۹۹۲).

مهم‌ترین آثار به کار بردن شیوه‌های انگیزشی عبارت‌اند از:

- ترغیب انگیزه برای تغییر
- آماده کردن مراجع برای ورود به درمان
- مشارکت و بازگشت مراجع به درمان
- افزایش مشارکت و تقویت نقش مراجع در درمان
- افزایش نتایج درمانی
- ترغیب به بازگشت سریع‌تر به درمان در صورت عود نشانه‌های اختلال

## دورنمای تغییر در درمان اعتیاد

آمریکایی‌ها (آنهایی که با مصرف الکل درگیر هستند) از گذشته میان دیدگاه‌های متضاد سرگردان‌اند. در یک دیدگاه، آنان را گناه‌کارانی منحرف می‌دانند و از سویی دیگر، به عنوان قربانیانی که گرفتار هوسی اجبار گونه‌اند و باید درمان شوند. در دهه ۱۹۱۰، درمان معتادان مترادف با قرنطینه کردن بود و در دهه ۱۹۲۰ درمان دلسوزانه باعث شده بود که در مراکز پزشکی هم دسترسی آسان‌تری به درمان