

ویژگی‌های متمایز CBT تندآموز درمان شناختی رفتاری انگیزشی

تألیف

کتی اتکینسون

پاول ارن شاو

ویراستار مجموعه

ویندی درایدن

ترجمه

دکتر فرزاد نصیری

عضو هیأت علمی دانشگاه کردستان

فاطمه اطاعتی

شیرین حنیفی



فهرست مطالب

تندآموز درمان شناختی رفتاری انگیزشی	۹
سپاسگزاری ها	۱۳
سپاسگزاری بابت مجوز	۱۵
اختصارات	۱۷
مقدمه	۱۹
بخش اول: ویژگی های نظری متمایز MICBT	۲۳
۱ تاریخچه مصاحبه انگیزشی	۲۵
۲ تعریف MICBT	۲۹
۳ نظریه MI	۳۴
۴ مفاهیم نظری مربوط به اقدامات درمانی MICBT	۳۹
۵ MICBT و مشاوره راجری	۴۴
۶ نظریه خودتعیین گری و اقدامات درمانی MICBT	۴۸
۷ MICBT و مدل فرانظری	۵۳
۸ ماهیت MI	۶۰
۹ اصول MI	۶۵
۱۰ شواهدی مبنی بر اثربخشی MICBT	۶۹
۱۱ سازوکارهای ایجاد تغییر	۷۳
۱۲ مؤلفه های ارتباطی و فنی MICBT	۷۸
۱۳ دیدگاه های مراجع	۸۲
۱۴ تفاوت ها و شباهت های MI و CBT	۸۷
۱۵ MI ، CBT و دیگر رویکردها	۹۳
بخش دوم: ویژگی های متمایز اقدامات درمانی MICBT	۹۹
۱۶ اجتناب از اصلاح اجباری	۱۰۱

۱۷	فرایندهای MI ۱. مشارکت.....	۱۰۶
۱۸	فرایندهای MI ۲. تمرکز.....	۱۱۱
۱۹	فرایندهای MI ۳. برانگیختن.....	۱۱۶
۲۰	فرایندهای MI ۴. برنامه‌ریزی.....	۱۲۱
۲۱	مهارت‌های MI ۱. سؤالات بازپاسخ.....	۱۲۶
۲۲	مهارت‌های MI ۲. تصدیق‌ها.....	۱۳۱
۲۳	مهارت‌های MI ۳. انعکاس‌ها.....	۱۳۷
۲۴	مهارت‌های MI ۴. خلاصه کردن.....	۱۴۳
۲۵	کاوش در ارزش‌ها، اهداف و آرمان‌ها.....	۱۴۸
۲۶	ارائه اطلاعات.....	۱۵۳
۲۷	اصول اقدامات درمانی و فهرست راهبردها.....	۱۵۸
۲۸	آموزش و پایبندی به اصول در MICBT.....	۱۶۳
۲۹	عوامل محیطی در MICBT.....	۱۶۸
۳۰	اقدامات اخلاقی در MICBT.....	۱۷۳
	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۷۹
	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۸۱

ویژگی‌های نظری متمایز MICBT

تاریخچه مصاحبه انگیزشی

خوانندگان در فصل اول این کتاب با مصاحبه انگیزشی (MI) آشنا خواهند شد. از نحوه شکل گیری MI توسط ویلیام میلر با معرفی اولیه این رویکرد به دانشجویان روانشناسی نروژی‌اش، تا گسترش آن در زمینه اقدامات درمانی مربوط به مصرف مواد، مراقبت‌های بهداشتی و طیف وسیعی از زمینه‌های دیگر مورد بحث قرار خواهند گرفت. این فصل دلایل تأکید بر رفع دوسوگرایی در درمان را برجسته خواهد کرد. علاوه بر این، نقش بالقوه MI در درمان CBT که موضوع اصلی این کتاب خواهد بود را شرح خواهد داد.

پیشینه

میلر و رز (۲۰۰۹) کارهای اولیه ویلیام میلر را احیا کردند. میلر در مقام استاد روان‌پزشکی و روان‌شناسی در دانشگاه نیومکزیکو (میلر، ۲۰۱۹) در اوایل دهه ۱۹۸۰، به نقش مهارت‌های بین فردی در اثربخشی رفتاردرمانی مراجعانی که مشروبات الکلی مصرف می‌کردند پی برد. سپس میلر دوره فرصت مطالعاتی خود را در کلینیک هلیستاد و دانشگاه برگن نروژ به پایان رساند و طی آن دوره، با شرح اقدامات بالینی خود برای روانشناسان کارآموز، به سمت طرح اولین مدل مفهومی MI که متعاقباً منتشر شد، حرکت کرد (میلر، ۱۹۸۳).

بعدها، در فرصت مطالعاتی سیدنی استرالیا، میلر با استفن رولینک ملاقات کرد؛ روانشناسی از آفریقای جنوبی که در بریتانیا کار می‌کرد و قبلاً از MI در اقدامات بالینی استفاده می‌کرد. این اتفاق منجر به نگارش متنی تأثیرگذار تحت عنوان *مصاحبه انگیزشی: آماده‌سازی افراد برای تغییر رفتار/اعتیادآور شد* (میلر و رولینک، ۱۹۹۱). اتکینسون و وودز (۲۰۱۷) توضیح دادند که چگونه کتاب‌های بعدی (میلر و رولینک،

۲۰۱۳ و ۲۰۰۲)، گاهی با تغییرات کاملاً معنادار در ساختار اصلی و دیدگاه نظری این رویکرد سبب رشد روزافزون آن شدند. طی این سال‌ها، مفاهیم دوسوگرایی و تعهد به تغییرات رفتاری در محوریت MI باقی مانده‌اند (اتکینسون و وودز، ۲۰۱۷).

تحولات

مفهوم‌سازی اولیه MI (میلر و رولینک، ۱۹۹۱) با مدل فرانظری (TTM) ارتباط نزدیکی دارد (پروچسکا و دیکلمته، ۱۹۸۲) (به فصل ۶ مراجعه کنید) که مطرح می‌کند مراجعان از یک سری مراحل شامل مرحله پیش از تفکر یا عدم در نظر گرفتن تغییر تا مرحله حفظ و نگهداری تغییرات ایجاد شده عبور می‌کنند. بعدها، این عقاید کمتر موردتوجه قرار گرفتند (میلر و رولینک، ۲۰۰۲)، اگرچه برای برخی از بالینگران، این مفاهیم نهادینه شده بود (اتکینسون و آمسو، ۲۰۰۷). میلر و رولینک (۲۰۰۹) تمایز بین MI و TTM را آشکار کردند و بیان کردند که مفهوم اصلی MI (به فصل ۸ مراجعه کنید) لازم است به گونه‌ای کاربردی تعریف شود. مقالات بعدی (میلر و رولینک، ۲۰۰۲ و ۲۰۱۳) بر رابطه و جنبه‌های ارتباطی MI و معرفی فرآیندها و مهارت‌هایی تأکید کردند که برای ایجاد یک اتحاد درمانی قوی ضروری هستند.

MI به رویکردی بسیار محبوب تبدیل شده است. این رویکرد به‌طور گسترده در مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مربوط به مواد مخدر و الکل استفاده می‌شود و در حال حاضر در شاخه‌های مختلف و زمینه‌های متعدد و در میان محیط‌های بین‌المللی کاربرد دارد و با مبنای تجربی قوی و مطالعات فراوان پژوهشگران در زمینه‌های مختلف مورد حمایت قرار گرفته است (میلر و مویرز، ۲۰۱۷).

نقش محوری دوسوگرایی در MI

میلر و مویرز (۲۰۱۷) توضیح دادند که چگونه MI به مسئله بغرنج عدم تمایل به تغییر علی‌رغم آگاهی از ضرورت تغییر می‌پردازد. بسیاری از روش‌های درمانی، از جمله CBT، فرض را بر آمادگی مراجع نسبت به تغییر می‌گذارند، ولی MI اذعان می‌دارد که مراجعان اغلب در مورد تغییر دوسوگرا هستند. میلر و رولینک (۲۰۱۳) مطرح کردند

که «دوسوگرایی، خواستن و نخواستن هم‌زمان چیزی یا خواستن دو چیز ناسازگار است» (صفحه ۶). برای مثال، فردی سیگاری ممکن است از مزایای اجتماعی و آرامش بخش سیگار لذت ببرد، درحالی‌که نگران سلامتی و هزینه‌های مالی مرتبط با آن است. MI به‌طور ویژه برای تقویت انگیزه مراجعان برای تغییر طراحی شده است (میلر و مویرز، ۲۰۱۷).

چگونه MI می‌تواند به CBT کمک کند؟

در حالی‌که بهتر است CBT انگیزه مراجع را ارزیابی کند (راث و پیلینگ، ۲۰۰۷)، اما تأکید بسیار کمتری بر ایجاد انگیزه مراجع برای تغییر دارد. به‌این‌ترتیب، MI هم پیش‌درآمدی ثمربخش برای CBT است (کرتس، وسترا، آنگوس، مارکوس ۲۰۱۱؛ مارکر و نورتون، ۲۰۱۸) و هم روشی است که می‌تواند به متعهد کردن مراجعانی که ممکن است به راحتی جذب رویکرد CBT نشوند، با رویکرد CBT تلفیق شود (درایس، هولون، ۲۰۱۱).

میلر و رولنیک (۲۰۰۹) اذعان کردند که رویکردهای شناختی‌رفتاری «به‌طور کلی شامل ارائه چیزی به مراجعان است که تصور می‌شود آنها فاقد آن هستند» (صفحه ۱۳۴) مانند آموزش روان‌شناختی یا مهارت‌های مقابله‌ای جدید. در عوض MI فرض می‌کند که مهارت‌ها و راهکارهای ناکارآمدی در اختیار مراجع است که از طریق مشارکت درمانی می‌توان با همراهی مراجع این راهکارهای ناکارآمد را شناسایی کرد. منظور ما این نیست که یکی از این رویکردها اشتباه و دیگری درست است. در عوض، در این کتاب، امیدواریم که نقاط قوت هر دو رویکرد را نشان دهیم و توضیح دهیم چگونه می‌توان آنها را برای به حداکثر رساندن نتایج درمانی تلفیق و یکپارچه کرد.

خلاصه

۱. MI برای حمایت از افرادی که دچار مشکل سوء‌مصرف الکل هستند ایجاد شد، اما پس از آن در قالب رویکرد درمانی پیشرو، با شواهد بنیادین قوی در زمینه‌های مختلف تکوین یافت.

۲. در محوریت MI مفهوم دوسوگرایی، یا احساس دوگانه در مورد چیزی قرار دارد. MI به‌ویژه دنبال ایجاد انگیزه برای تغییر است.
۳. MI را می‌توان با CBT ترکیب کرد تا نتایج درمانی را برای مراجعان به حداکثر ممکن رساند.

منابع

- Atkinson, C., & Amosu, M. (2007). Using solution-focused approaches in motivational interviewing with young people. *Pastoral Care in Education*, 25, 31–37. doi:10.1111/j.1468-0122.2007.00405.x
- Atkinson, C., & Woods, K. (2017). Establishing theoretical stability and treatment integrity for motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(4), 337–350. doi:10.1017/S1352465817000145
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2011). Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 70–73. doi:10.1016/j.cbpra.2010.02.007
- Kertes, A., Westra, H. A., Angus, L., & Marcus, M. (2011). The impact of motivational interviewing on client experiences of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 55–69. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.005
- Marker, I., & Norton, P. J. (2018). The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 62(April), 1–10. doi:10.1016/j.cpr.2018.04.004
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172. doi:10.1017/S0141347300006583
- Miller, W. R. (2019). William R. Miller. Retrieved December 31, 2018, from <http://www.williamrmiller.net/index.html>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. doi:10.1037/ccp0000179
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140. doi:10.1017/S1352465809005128
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing, third edition: Helping People Change*. New York: Guilford Press
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American Psychologist*, 64(6), 527–537. doi:10.1037/a0016830
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). *The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders*. London: Department of Health.

تعریف MICBT

این فصل تعاریف محوری MI، CBT و MICBT را بررسی می‌کند و در ادامه به این مسئله می‌پردازد که هر کدام از نظر تئوری و عملی چگونه عمل می‌کنند.

تعاریف MI

تعاریف MI در طول سال‌ها تکامل یافته است (میلر و رولنیک، ۱۹۹۱، ۲۰۰۲، ۲۰۱۳). اخیراً (میلر و رولنیک، ۲۰۱۳، ص. ۲۹) سه تعریف جداگانه برای MI ارائه شده است.

تعریف عمومی: «مصاحبه انگیزشی یک سبک گفت‌وگوی مشارکتی برای تقویت انگیزه و تعهد فردی جهت تغییر است».

تعریف حرفه‌ای: «مصاحبه انگیزشی یک سبک مشاوره شخص محور است که به مشکل رایج دوسوگرایی برای تغییر می‌پردازد».

تعریف فنی: «مصاحبه انگیزشی یک سبک ارتباطی مشارکتی و هدف‌گرا با تأکید ویژه بر گفتگو در زمینه تغییر است. این مصاحبه برای تقویت انگیزه شخصی و تعهد به یک هدف خاص با برانگیختن و کاوش دلایل فرد برای تغییر شرایط یا پذیرش و شفقت طراحی شده است».

محور هر سه مفهوم، دوسوگرایی یا داشتن احساسی دوگانه در مورد یک موضوع است؛ مانند اذعان به فواید سلامتی که می‌تواند به دنبال کاهش وزن اتفاق افتد، اما به‌طور مشخص عدم تمایل فرد به شرکت در یک رژیم غذایی یا ورزش که می‌توانند چنین تغییراتی را به دنبال داشته باشند. رولنیک و میلر (۱۹۹۵) در مقاله قبلی خود با

عنوان «مصاحبه انگیزشی چیست؟» بیان کردند که هدف اصلی MI حل دوسوگرایی است؛ چیزی که متمرکزتر و هدفمندتر از مشاوره بی‌رهنمود است. میلر و رولنیک (۲۰۱۳) از استعاره «کارگروه درونی در ذهن» (صفحه ۷) برای توصیف دوسوگرایی استفاده کردند. در این «کارگروه» مراجع استدلال‌های موافق و مخالف تغییر را می‌شنود. پس از آن اگر صرفاً استدلال‌های موافق با تغییر از طرف درمانگر ارائه شود، مراجع تنها با یک سمت از دیدگاه‌های «کارگروه» مواجه می‌شود، بنابراین پاسخ موردانتظار از جانب مراجع ارائه دلایلی برای عدم تغییر خواهد بود. این کار می‌تواند به دفاع یا مقاومت مراجع منجر شود. درمانگر سعی می‌کند با استدلال برای تغییراتی که به عقیده او سودمند یا به نفع مراجع است به مراجع کمک کند و این اقدام «اصلاح اجباری» تلقی می‌شود (به فصل ۱۶ مراجعه کنید).

توصیف CBT

بک (۱۹۷۹) عنوان کرد که CBT بر پایه این اصل نظری مهم استوار است که هیجانات و فرایندهای فکری فرد به‌طور گسترده با نحوه درک و شناخت او از جهان هدایت می‌شوند. بنابراین می‌توان از فنونی برای کمک به کشف و آزمودن عقاید نادرست و مفروضه‌ها و راهکارهای ناسازگارانه استفاده کرد. راث و پیلینگ (۲۰۰۷) سه ویژگی مهم CBT را شناسایی کردند:

۱. CBT مشارکتی است و مراجع باید تشویق شود تا در مسئولیت کارها در طول درمان سهیم باشد.
۲. درمانگران باید این احساس را داشته باشند که CBT باید توانایی مراجعان از درک خویشتن را از طریق اکتشاف هدایت‌شده ارتقا دهد.
۳. CBT باید به مراجعان کمک کند تا مهارت‌هایی را بیاموزند که بتوانند با موقعیت‌های آینده به شکل مناسب‌تری کنار بیایند.

مهم است این ویژگی‌ها را به طور مشخص همراه با چهارچوب مداخله مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در نظر گرفت، زیرا همگی با افزایش استقلال، خودکارآمدی و