

کاربرد مصاحبه‌ی انگیزشی در درمان اعتیاد

نویسندگان:

راضیه سعیدمنش - سرکان بخشی ندوشن - محمدهادی فرحزادی

محمدعلی سامی - امین خواجه منصوری



یزد ۱۳۹۸

هم‌اکنون درمانگران بسیاری به درمان اعتیاد مشغول‌اند و در این کار عمدتاً تأکید بر شیوه دارویی درمان می‌کنند. حال آنکه اعتیاد اختلالی زیستی، روانی، اجتماعی بوده و نیازمند به کارگیری رویکردهای غیردارویی نیز هست. مصاحبه‌ی انگیزشی، نخستین گام برای آغاز درمان غیردارویی برای مراجع است. استفاده از شیوه مصاحبه‌ی انگیزشی می‌تواند در از بین بردن تضادها و دوگانگی‌های فرد بسیار مفید بوده و او را برای شروع درمان با انگیزه ب‌آزد. اما این رویکرد دارای مبانی و مفاهیمی است که با رویکردهای متداری مصاحبه‌های رایج تفاوت‌هایی اساسی دارد و یادگیری آن می‌تواند به درمانگر برای گذشتن از دشواری بن‌بست‌های مصاحبه‌های معمول یاری رساند. به ویژه برای بیمارانی که هنوز در مرحله تصمیم‌گیری چرخه‌ی اعتیاد خود قرار دارند.

گفته می‌شود که بی‌انگیزه بودن تغییر در معتادان، ماحصل مکانیسم‌های دفاعی نیرومندی در آنان است، که خود بخشی از بیماری آن‌هاست. شایع‌ترین مکانیسم، «انکار» است. علاوه بر این «فرافکنی»، «دلیل تراشی» و «پسرفت» سایر مکانیسم‌هایی هستند که در معتادان بیش از اندازه مورد استفاده قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد این مکانیسم‌های دفاعی روانی، بخشی از شخصیت معتاد را شکل داده و به عنوان سدی محکم در راه بهبود او عمل می‌کنند.

تغییر در دیدگاه:

از حدود ۳۰ سال پیش، تغییراتی تدریجی در شیوه تفکر نسبت به مفهوم انگیزش به وجود آمد، که دلایل متعددی داشت. رافع از مدت‌ها پیش معلوم شده بود که برخی از معتادان، به اعتیاد شدید مبتلا نمی‌شوند و به زندگی طبیعی بر می‌گردند. در پژوهش‌های مختلف مشخص شد که بحران‌های زندگی در وقوع چنین تغییراتی نقش دارند. به عبارتی دیگر عوامل خارجی می‌توانند در ایجاد انگیزه، نقش مهمی ایفا کنند و بر روی تقویت یا تضعیف برخی از معتادان تأثیرگذارند. براین اساس بود که سوء مصرف مواد، نه به عنوان یک آسیب بلکه به عنوان الگوی پیچیده‌ای که بر کنش و واکنش میان فرد و محیط او حاکم است، شناخته شد.

فهرست مطالب

مقدمه..... ۱۵

فصل اول: مصاحبه‌ی انگیزشی

علل اعتیاد و آشنایی با مراحل تغییر در فرد معتاد..... ۲۱

مصاحبه‌ی انگیزشی..... ۲۲

اهداف مصاحبه‌ی انگیزشی..... ۲۵

افزایش انگیزه مراجع بعد ابرار مداخله..... ۲۵

۱- توصیه:..... ۲۵

۲- برداشتن موانع:..... ۲۵

۳- حق انتخاب:..... ۲۶

۴- درمان مشروط:..... ۲۶

۵- ارایه بازخورد:..... ۲۶

۶- نگرش یاری‌رسانی در درمانگر:..... ۲۷

ماهیت مصاحبه انگیزشی..... ۲۷

مراحل مصاحبه انگیزشی..... ۳۰

(۱) مرحله غفلت و ناآگاهی:..... ۳۰

(۲) مرحله تفکر و تأمل:..... ۳۰

(۳) مرحله آمادگی (یا مرحله تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار):..... ۳۲

(۴) مرحله عمل:..... ۳۳

- ۳۴..... (۵) مرحله ماندن در ترک.....
- ۳۴..... (۶) بازگشت / عود:.....
- ۳۷..... اصول مصاحبه انگیزشی.....
- ۳۸..... اصل اول: ابراز همدلی:.....
- ۳۹..... اصل دوم: ایجاد تعارض یا اختلاف در وضعیت مراجع:.....
- ۴۱..... اصل سوم: اسباب از بحث و مناقشه:.....
- ۴۳..... اصل چهارم: مدارا با مقاومت:.....
- ۴۴..... اصل پنجم: حمایت از خودکارآمدی مراجع:.....
- ۴۵..... رویکردهای مصاحبه انگیزشی که آمده.....
- ۴۵..... (۱) نصیحت کردن و راهنمایی: (Giving ADVICE).....
- ۴۶..... (۲) رفع موانع (Removing Barriers).....
- ۴۷..... (۳) فراهم آوردن شرایط انتخاب (Providing Choice).....
- ۴۷..... (۴) تمرین همدلی کردن (Practicing Empathy).....
- ۴۷..... (۵) پسخوراند دادن (Providing Feedback).....
- ۴۸..... (۶) شفاف‌سازی اهداف (Clarifying Goals).....
- ۴۸..... (۷) یاری‌رسانی فعال (Active Helping).....
- ۴۹..... دام‌های مصاحبه انگیزشی.....
- ۵۰..... دام «انکار به دنبال رویارویی».....
- ۵۲..... دام «برچسب زنی».....

۵۲	پنج شیوهی راهبردی شروع مصاحبهی انگیزشی.....
۵۲	۱- پرسش‌های باز پاسخ:.....
۵۳	۲- منعکس کردن سخنان بیمار به خودش:.....
۵۴	۳- تأیید مراجع:.....
۵۵	۴- خلاصه‌سازی:.....
۵۵	۵- شناسایی سرخ در گفتار بیمار:.....
۵۶	آموزش خانواده با رویکرد مصاحبه انگیزشی.....
۵۶	رهنمودهایی برای دانش ارتباط‌های ارتباطی مثبت.....
۵۶	۱. پیام‌های مختصر و کوتاه.....
۵۷	۲. مثبت بودن:.....
۵۷	۳. پذیرش نسبی مسئولیت:.....

فصل دوم: مهارت‌های زندگی

۶۱	تاریخچه‌ی مهارت‌های زندگی.....
۶۳	مهارت خودآگاهی.....
۶۴	ابعاد خود.....
۶۴	الف) خود (self) فیزیکی:.....
۶۵	ب) خود واقعی:.....
۶۵	ج) خود اجتماعی:.....
۶۵	د) خودآرمانی:.....
۶۶	ه) خود جنسی:.....
۶۶	و) خود تاریک:.....

- محاسن خودآگاهی..... ۶۶
- موانع خودآگاهی..... ۶۶
- ویژگی‌های افراد خودآگاه..... ۶۷
- تمرین کسب خود آگاهی..... ۶۷
- مهارت حل مسئله..... ۶۸
- رویارویی با مسئله..... ۶۹
- ۱- مقابله هیجان‌مدار..... ۶۹
- ۲- مقابله مسئله‌مدار..... ۷۰
- مراحل مقابله مسئله‌مدار..... ۷۰
- گام اول: تعریف، تجزیه و تحلیل مسئله..... ۷۰
- گام دوم: تولید و پیدا کردن راه‌حل‌های متعدد و متفاوت..... ۷۲
- گام سوم: ارزیابی سود و زیان، معایب و محاسن راه‌حل، و انتخاب از بین آن‌ها..... ۷۳
- گام چهارم: ارزیابی آثار، پیامدها و اثربخشی راه‌حل انتخاب شده..... ۷۳
- ویژگی‌های افراد فاقد توان حل مسئله..... ۷۳
- استرس..... ۷۴
- تعریف استرس..... ۷۴
- مقابله با استرس..... ۷۵

۷۶	.....	شخصیت و مقابله
۷۶	.....	(۱) عاطفه‌مندی منفی
۷۶	.....	(۲) شخصیت مقاوم
۷۸	.....	(۳) افراد آسیب‌پذیر
۷۹	.....	علائم شایع استرس
۷۹	.....	۱. نشان‌های جسمی
۷۹	.....	۲. نشان‌های رفتاری
۸۰	.....	۳. نشانه‌های کوری
۸۰	.....	۴. نشانه‌های عاطفی
۸۰	.....	روش‌های افزایش مقاومت در برابر استرس
۸۰	.....	(۱) شناسایی موقعیت‌های استرس‌آلود
۸۰	.....	(۲) هدف‌گذاری
۸۱	.....	(۳) پرهیز از کمال‌گرایی
۸۲	.....	(۴) تعدیل سبک زندگی
۸۲	.....	(۵) افزایش مهارت‌های ذهنی
۸۲	.....	(۶) به زندگی خود غنا بخشیدن
۸۳	.....	(۷) گفتگوی مثبت با خود
۸۳	.....	(۸) دفتر یادداشت روزانه داشتن
۸۳	.....	(۹) انجام رفتارهای کودکانه
۸۳	.....	(۱۰) بدون عجله کارها را انجام دادن
۸۳	.....	(۱۱) آمادگی قبلی داشتن برای تغییرات
۸۴	.....	(۱۲) به تعطیلات رفتن

- ۱۳ داشتن یک سرگرمی: ۸۴
- ۱۴ داشتن یک سرگرمی: ۸۴
- ۱۵ مدیریت مالی: ۸۴
- ۱۶ واگذاری مسئولیت به دیگران: ۸۵
- تکنیک‌های ساده برای کاهش نشانه‌های اضطراب: ۸۵
- تنفس شکم: ۸۵
- آرام‌سازی عضلانی: ۸۶
- مهارت جرأت‌ورزی (براز و بود و یا قاطعیت نه گفتن): ۸۶
- مقدمه: ۸۶
- تعریف جرأت‌ورزی: ۸۸
- انواع سبک (روش) ارتباطی: ۹۰
- سبک پرخاشگرانه: ۹۰
- سبک منفعلانه: ۹۱
- سبک جرأت‌مندانه: ۹۱
- دلایل بروز رفتار جرأت‌مندانه: ۹۲
- رد قاطعانه: ۹۳
- بیان قاطعانه: ۹۳
- درخواست قاطعانه: ۹۳
- ابراز وجود بنیادی: ۹۴
- ابراز وجود همدلانه: ۹۴
- ابراز وجود افزایشی: ۹۴
- ابراز وجود از طریق رویارویی: ۹۴
- ابراز وجود «زبانی»: ۹۵

- ۹۵..... روش عملی برای جرأت‌مندانه رفتار کردن
- ۹۶..... روش‌های خاص برای موقعیت‌های دشوار
- ۹۶..... (۱) جرأت‌مندی افزایش‌دهنده
- ۹۷..... (۲) صفحه خط‌خورده
- ۹۷..... (۳) خلع سلاح
- ۹۸..... منابع

اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف عادت نکوهیده کردن معنی کرده‌اند. به عبارت دیگر، ابتلای اسارت‌آمیز به ماده‌ی مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان‌آور شمرده می‌شود، اعتیاد نام دارد. در طب جدید، به جای کلمه‌ی اعتیاد، وابستگی به دارو به کار می‌رود که دارای همان مفهوم ولی دقیق‌تر و صحیح‌تر است (ستوده، ۱۳۸۸). تعریف اولیه‌ای که از وابستگی دارویی ارائه شده، بدین شرح است: حالتی که در اثر مصرف دوره‌ای یا مداوم یک ماده‌ی سیم‌بایی به برای انسان و جامعه مضر است به وجود می‌آید، خواه این ماده طبیعی باشد یا مصنوعی (گل‌پرور، آتش‌پور و آقای، ۱۳۸۲). جریان اعتیاد به مواد مخدر از مراحل می‌گذرد. در مرحله‌ی اول، استفاده از سیگار، الکل و حشیش، معضات و اذیت‌های ورودی به ورطه‌ی اعتیاد به حساب می‌آیند. همه‌ی نوجوانان در آغاز به تردید دارند. گروه بزرگی از آنان، پس از یکی دو بار مصرف کنجکاوانه سیگار یا آل‌جنتاب می‌کنند. گروه دیگری پس از بروز تردیدهای اولیه، مصرف گاه‌به‌گاه سیگار را ادامه می‌دهند و ممکن است در آینده، مصرف منظم و طولانی‌مدت آنان را در پیش بگیرند. گروه کوچکی از همین افراد در معرض خطر اعتیاد به مواد مخدر دیگر نیز هستند. در حالی که در مرحله‌ی اول، فرد از سیگار یا آل‌جنتاب رایگان محفل دوستان استفاده می‌کند، در مرحله‌ی دوم، خود او برای تهیه این مواد اقدام می‌کند تا هر وقت میل داشت از آن استفاده کند و چنین است که فرد کنترل خود را از دست می‌دهد، مصرف منظم ماده مخدر را شروع می‌کند و ترس او از مواد مخدر قوی‌تر نیز کاهش می‌یابد. در مرحله‌ی سوم، مصرف روزمره ماده مخدر به صورت عادت درمی‌آید. در این مرحله است که ماده مخدر در مرکز افکار، احساسات و رفتار فرد قرار می‌گیرد و سایر امور از قبیل خانواده، نزدیکان، درس و شغل به حاشیه دورتر زندگی انتقال می‌یابد تا به تدریج به فراموشی سپرده می‌شود. تأثیر افزایش‌یابنده تخریب شیمیایی مغز، کاهش مستمر کنترل رفتاری و درد و رنج جسمی و روحی معتاد را سبب می‌شود.

از نتایج دیگر اعتیاد در این مرحله، افت و ترک تحصیل، دزدی و ولگردی و احتمالاً شرکت در قاچاق مواد مخدر است (لطف‌آبادی، ۱۳۸۸). گزارش‌های موجود در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و معتادان غالباً با استناد به مطالعات گسترده‌ی اجتماعی است که نظر مخاطبان را در خصوص مصرف یا عدم مصرف مواد مخدر بررسی می‌کند. علاوه بر آن، برخی نیز گزارش‌های خود را با استناد به تعداد معتادان خود معرف تنظیم می‌کنند، گزارش‌هایی که البته بیش‌تر، مصرف تبلیغاتی دارد تا گزارشی از وضعیت شیوع میزان اعتیاد. نتیج یک تحقیق پیمایشی گسترده روی دانش آموزان دوره‌ی متوسطه در آمریکا نشان داده است که ۳۱٪ از آن‌ها طی سال گذشته از مواد استفاده کرده و این مقدار در طول دوره زندگی به ۴۲٫۹٪ رسیده است. از دیرباز تاکنون برای درمان اعتیاد و کاهش اثرات آن، راه‌ها و روش‌های درمانی زیادی بسته به فرهنگ و علم آن زمان به کار برده می‌شده است. اگر اعتیاد همچنان گناه یا خطای فرد باقی می‌شد، دیگر دلیلی وجود نداشت که تمهیدات درمانی برای او فراهم شود. در آن صورت، بیشتر مردم تنها راه حل مشکل معتادان را مجازات، به جرمه، زندانی کردن می‌دانستند. به این ترتیب، امیدی برای افرادی که به مشکلات سوء مصرف مواد دچار می‌شدند، وجود نداشت. این مسئله مهم ترین عامل انتخاب یکی از سه خط‌مشی سیاست‌گذاری برای جرم دانستن اعتیاد، پیمای محسوب کردن آن و یا مجرم و بیمار شمردن (هر دو) معتادان است که امروز در ایران به سرانجام مشخصی نرسیده است؛ اما جدا از اهمیت تاریخی الگوی بیماری است، مراجعانی که اعتیادشان را به عنوان بیماری می‌پذیرند اغلب برای مشارکت در درمان خود با انگیزه‌تر به نظر می‌رسند. به طور کل، در سال‌های اخیر بیشتر به آن دسته از برنامه‌های درمانی توجه شده است که در آن‌ها موضوع «انگیزه» مراجع از اهمیت خاصی برخوردار بوده است (میلر و رالنیک^۱، ۱۹۹۱). معتادان به الکل و مواد مخدر اغلب درباره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود معتادان

۱. Miler & Rollnick.

به سرعت در صدد درمان برنایند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشند. بسیاری از معتادان به طور جدی می‌کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می‌شکنند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند. همه این‌ها مشکلات مربوط به ایجاد انگیزه و حفظ آن برای ترک اعتیاد است (دنيس، ل، توماس^۱، ۱۹۹۱). این در حالی است که معتادی با پشت سر گذاشتن مشکلات مربوط به انگیزه رسیدن به مرحله اقدام برای ترک با نبودن امکانات مناسب درمانی در سطح کشور، اعم از دوری راه، نوبت‌های چندماهه، ضعیف بودن نظام تحویل دارو، تغییر مداوم کارشناسان، مسئولان و درمانگران خبره در مراکز درمانی و... مواجه می‌شود. در این میان «مصاحبه انگیزشی» شیوه‌ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتادان یا تغییر رفتار آنان داشته است.