مروری بر رویکرد مصاحبه انگیزشی در درمان سندرم وابستگی به الکل

سید جواد عمادی چاشمی[۱]، فاطمه شاهرجبیان[۲]، الناز غایرین[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و هشتم، مهرماه ۱۳۹۹، صفحات ۴۲-۲۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۱٤ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰٤/۰۱

چکیده

در سال‌های اخیر ارقام مرتبط با مصرف الکل به‌طور روزافزونی در سطح جهانی رو به افزایش بوده است. این افزایش روزافزون به‌عنوان یک مشکل اساسی در سطح جهانی قلمداد می‌شود و باعث نگرانی سیاست‌گذاران و مجریان قانون شده است. این وضعیت سلامت جامعه را به‌شدت تهدید می‌کند. مصرف الکل دارای عوارض جانبی بسیاری بوده و به دنبال آن آسیب‌های متنوعی را به دنبال دارد. یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد، مصاحبه انگیزشی میلر و رالینک بر مبنای مدل تغییر رفتار پروچاسکا و دی کلمنته می باشد. در این پژوهش ما مقالات مرتبط با این موضوع را بر اساس واژگان کلیدی مصاحبه انگیزشی، اعتیاد، وابستگی به الکل از پایگاه‌های داده معتبر ایران و جهان استخراج کرده و موردبررسی قراردادیم. یافته‌های حاصل از مطالعات قبلی همگی دال بر مؤثر بودن مصاحبه انگیزشی بر کاهش پیامدهای ناشی از اختلالات مصرف الکل بود. نتایج حاکی از این بود که مصاحبه انگیزشی منجر به تغییر در سبک زندگی، الگوی مصرف الکل و کاهش یا ترک مصرف در افراد وابسته به الکل می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مصاحبه انگیزشی، اعتیاد، وابستگی به الکل.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

مقدمه

یکی از تعاریف سلامت اجتماعی، کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به‌منظور ارتقای کیفیت و رفاه آحاد جامعه است و نتیجه نهایی این تعامل، ارتقای سرمایه اجتماعی، کاهش فقر و کاهش بی‌عدالتی است، اما نقطه مقابل آن، افزایش آسیب‌های اجتماعی است. مسائل مربوط به آسیب‌های اجتماعی از دیرباز در جامعه بشری موردتوجه اندیشمندان بوده است. هم‌زمان با گسترش انقلاب صنعتی و گسترش دامنه نیازمندی‌ها محرومیت‌های ناشی از عدم امکان برآورده شدن خواسته‌ها و نیازهای زندگی، گسترش شدید و دامنه‌دار فساد، عصیان، تبهکاری، سرگردانی، دزدی، انحرافات جسمی و دیگر آسیب‌ها ایجادشده است (حق‌دوست و همکاران، ۱۳۹۳).

در این میان، با توجه به اینکه در بین جوانان صورت‌های تفننی مصرف مشروبات الکلی بیش از مواد مخدر است (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸٦: رحیمی موقر و سهیمی ایزدیان، ۲۰۰٦: طالبان، ۱۳۷۸: نویدی کاشانی و لطیفی، ۱۳۷۷) و بخصوص مصرف الکل در ایران شیوع بیشتری نسبت به تریاک دارد (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸٦)، مصرف الکل به‌عنوان یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می‌گردد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود. شواهد بسیاری وجود دارد که تصدیق‌کننده ارتباط بین مصرف الکل و صدمات فیزیکی واردشده به بدن می‌باشند (به نقل از حق‌دوست همکاران، ۱۳۹۳). در یک همه‌گیرشناسی ملی که بر روی ۷۸٤۰ نفر در سنین ۱۵ تا ٦٤ سال انجام شد، ۵٫۷٪ افراد حداقل یک‌بار در ۱۲ ماه گذشته الکل مصرف کرده بودند و همین طور ۱٪ این افراد طبق معیارهای DSM-IV و ۱٫۳٪ آن‌ها طبق معیارهای DSM-5 به اختلال مصرف الکل تشخیص گذاری شدند که از این عده، ٤٦٫۳٪ آن‌ها هم‌زمان به یک اختلال خلقی و یا اضطرابی دیگر نیز مبتلا بودند. همین‌طور در این پژوهش مشخص شد که این اختلال در مردان شیوع بیشتری نسبت به زنان دارد (امین اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۷).

مصرف الکل به‌عنوان یکی از عوامل اصلی قابل‌پیشگیری مرگ، بیماری و آسیب در بسیاری از جوامع شناخته می‌شود (سازمان جهانی بهداشت[1]،۲۰۱٤ و یون وای اچ[2] و همکاران، ۲۰۱٤). مصرف الکل همراه با مجموعه‌ای از عوارض بهداشتی و ناهنجاری‌های اجتماعی می باشد که شامل سیروز کبدی، بیماری‌های روانی، انواع مختلف سرطان، پانکراتیت و آسیب به جنین در زنان باردار می باشد. مرور مطالعات انجام‌شده در جهان نشان می‌دهد حداقل ٦۱ نوع مختلف آسیب، بیماری یا مرگ به‌طور بالقوه مرتبط با مصرف الکل است (رهم جی[3] و همکاران، ۲۰۱٤). همین‌طور افزایش فاصله زمانی بین مصرف الکل تا مراجعه به اورژانس یکی از عوامل اصلی افزایش نیاز بیماران کلیوی به دیالیز و دامن زدن به مشکلات آنان محسوب می‌شود (تقی زادیه و همکاران، ۱۳۹۳). آمارها نشان می‌دهد عامل حدود ۱٫۵ درصد مرگ‌های ناشی از سیروز کبدی، حدود ۲ درصد سوانح جاده‌ای، ۱٫۱ درصد جنایات و ۱۲٫٤ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مصرف الکل است. همین‌طور هزینه‌های ناشی از مصرف الکل ۱٫۵ درصد

[1] WHO
[2] Yoon
[3] Rehm

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

تولید ملی کشور آمریکا می باشد و این در حالی است که هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از مصرف الکل در این برآورد آورده نشده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱٤). شیوع مصرف الکل از گوناگونی‌های زیادی در جهان برخوردار می باشد

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱٦ بیش از نیمی (۵۷ درصد و یا ۳,۱ میلیارد نفر) از جمعیت جهانی که بالاتر از سن ۱۵ سال بودند علائمی از سندرم ترک الکل را در طی ۱۲ ماهه گذشته تجربه کردند و می‌توان گفت که حدود ۲,۳ میلیارد نفر الکل مصرف می‌کنند. مصرف الکل در بیش از نیمی از جمعیت تنها در سه منطقه از مناطق تحت پوشش سازمان جهانی بهداشت یعنی آمریکا، اروپا و مناطق غربی اقیانوس آرام دیده می‌شود. از سال ۲۰۰۰ در آفریقا، آمریکا، شرق مدیترانه و مناطق اروپایی میزان مصرف کاهش‌یافته است. بااین‌وجود در مناطق سواحل غربی اقیانوس آرام، از ۵۱,۵٪ سال ۲۰۰۰ به ۵۳,۵٪ در زمان حاضر رسیده است و درصد مصرف در منطقه جنوب شرق آسیا نیز ثابت مانده است. میزان حجم مصرفی الکل نیز در جمعیت بالای ۱۵ سال در سراسر جهان از ۵,۵ لیتر الکل خالص در سال ۲۰۰۵ به ٦,٤ لیتر در سال ۲۰۱۰ رسید و این میزان تا سال ۲۰۱٦ حفظ شد. بیشترین میزان حجم مصرفی الکل نیز در مناطق اروپایی تحت نظارت سازمان جهانی بهداشت دیده می‌شوند. در بیشتر مناطق تحت پوشش، مصرف اولیه الکل از زیر ۱۵ سال شروع می‌شود، شدت مصرف در نوجوانان کمتر از جمعیت کلی است اما اوج شیوع مصرف در جمعیت بین ۲۱ تا ۲۳ سال بوده و همواره شیوع آن در خانم‌ها بیشتر از آقایان است. نکته جالب اینجاست که میزان شیوع و مصرف الکل در کشورهای باقدرت اقتصادی بیشتر معمولاً بالاتر است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸).

طبق مطالعه‌ای مقدار ورود الکل به کشور حداکثر ۲۰ میلیون لیتر و تعداد کل معتادان الکلی در کشور کمتر از ۲۰۰ هزار نفر برآورد شده است اما این آمارها در ایران پایین‌تر و حدود ۰,۱ میانگین جهانی است (پوزنیاک وی[1] و همکاران، ۲۰۱٤)؛ اما نکته مهمی که در اینجا مطرح است این است که بیشتر موارد مصرف الکل به علت برچسب‌های موجود در جامعه ایران گزارش نمی‌شود و ما باید این آمارها را با کشورهای نزدیک به فرهنگ خودمان و نه کشورهای غربی مقایسه کنیم (مصطفی‌زاده و همکاران، ۲۰۱٤). اغلب جمعیت مصرف‌کنندگان داخل کشور را، جوانان و نوجوانان ۱۸ تا ۲۰ سال تشکیل می‌دهند که برای کنجکاوی یا تجربه مصرف مواد مخدر جدیدی اقدام به مصرف الکل می‌کنند (میرلشکری و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای که از سال ۲۰۰٦ تا ۲۰۱۱ توسط حسینیان مقدم و همکاران بر روی مراجعین خردسال و بالغ بخش مسمومیت بیمارستان لقمان[2] حکیم تهران انجام شد مشخص گردید که از میان تعداد کل مراجعین که ۱۰۸۲٦۵ نفر بودند، ۲۵۰۹ نفر که ۲,۳۲ درصد دچار مسمومیت الکل بودند. در این میان تغییراتی درروند مراجعین مسمومیت الکل در طی روند پژوهش دیده می‌شد که به شرح زیر می باشد: در سال ۲۰۰٦:٤٦۱ مراجع (۲,۳۱ درصد از تعداد کل مراجعین)، سال ۲۰۰۷:٤٤۳ مراجع (۲,۱۱ درصد از کل مراجعین)، سال ۲۰۰۸:۳۸۱ مراجع (۲,۱٤ درصد از تعداد کل مراجعین)، سال ۲۰۰۹:۳۹۰ مراجع (۲,٤۲ درصد از کل مراجعین)، سال ۲۰۱۰:۳۹٤ مراجع (۲,۳ درصد از تعداد کل مراجعین)، سال ۲۰۱۱:٤٤۰ مراجع (۳,٦۹ درصد از تعداد کل مراجعین) (حسنیان مقدم و همکاران، ۲۰۱٤). در یک مطالعه مروری

[1] Poznyac

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

در سال ۱۳۸۵، الکل و پس‌ازآن تریاک و حشیش، شایع‌ترین موارد؛ بر قانونی مورداستفاده برآورد شدند (رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۰٦).

در تحقیقی که در سال ۱۳۸٦ توسط پور اصل و همکاران بر روی دانش آموزان تبریزی انجام شد، ۱۲,۷ درصد از آن‌ها الکل را تجربه کرده بودند (پوراصل و همکاران، ۲۰۱٤). در یک پژوهش که در شهر کرج، میان ٤٤۷ دانش‌آموز دبیرستانی دختر و پسر انجام شد، مشخص شد که ۵۷٪ از دانش آموزان موردمطالعه حداقل یک‌بار در طول عمر یک نوع ماده شامل سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و سایر مواد را امتحان کرده‌اند (علایی خرایم و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین در پژوهش محمدخانی در زمینه شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روان‌گردان در نوجوانان ایرانی ذکر گردید که درمجموع ۱۸,۸ درصد از دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله در طول زندگی خود حداقل یک‌بار تجربه مصرف الکل و سیگار را داشته‌اند (محمدخانی، ۲۰۰۱). در مطالعه شمس علیزاده و همکاران با عنوان شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شایع‌ترین انگیزه مصرف الکل، لذت عنوان‌شده است (علیزاده و همکاران، ۲۰۰۸) و نیز مطالعه محمدی و همکاران در خصوص فراوانی مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان نشان داد که ۲۰,۱۹ درصد از دانشجویان الکل مصرف کرده‌اند. در پژوهشی که بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ توسط متولیان و همکاران در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد نشان داده شد که شیوع مصرف الکل در سنین پایین، در زنان نسبت به مردان بسیار کمتر و نزدیک صفر است و پس‌ازآن به‌تدریج تا سن ۲۱ سالگی افزایش‌یافته می‌یابد و برای دوره‌های بعدی نیز افزایش مجدد داشته دارد که این افزایش ناگهانی و دارای شیب تند می باشد، به‌طوری‌که شیوع آن از ٦,۷ درصد در ۲۲ سالگی به ۲۰ درصد در ۲۳ سالگی رسیده است. شیوع مصرف الکل در مردان نیز برای سنین پایین‌تر نسبت به سنین بالاتر کمتر است و شیوع آن بین ۵ تا ۱۰ درصد است. در همه دوره‌ها تا ۲۱ سالگی، یک‌روند افزایشی منظم دیده می‌شود (متولیان و همکاران، ۱۳۹٤).

روش پژوهش

در این پژوهش پایگاه‌های داده Google Scholar، Pubmed و سیویلیکا موردبررسی قرار گرفتند و مقاله‌ها با کلیدواژه‌های Addiction، Motivational Interviewing، Alcohol Use Disorder، Alcohol Dependence مورد جستجو قرار گرفتند. ۱٤۳ مقاله بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۹ از میان مجلات معتبر خارجی تخصصی و مرتبط با اعتیاد استخراج شدند که از این تعداد ۷۳ مقاله به علت شباهت در نتایج و یا نامرتبط بودن حذف شدند. سپس محتوای ۷۰ مقاله که در بررسی‌های خود حجم نمونه و ارجاعات بیشتری داشتند انتخاب‌شده و نتایج آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

مداخلات انگیزشی و اعتیاد

الگوهای بیماری به دلایل تاریخی از اهمیت زیادی برخوردارند. اگر اعتیاد همچنان گناه یا خطای فرد تلقی می‌شد، دیگر دلیلی وجود نداشت که تمهیدات درمانی برای او فراهم شود. در آن صورت، بیشتر مردم تنها راه‌حل مشکل معتادان را مجازاتی ازجمله زندانی کردن می‌دانستند (متولیان و همکاران، ۱۳۹٤). مراجعانی که اعتیادشان را به‌عنوان بیماری می پذیرند اغلب برای مشارکت در درمان خود باانگیزه تر به نظر می‌رسند. 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 می‌شود، به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که نظریه بیماری، برای آنانی مناسب است که فکر می‌کنند از نظر ژنتیکی در برابر بیماری آسیب پذیرند و یا توجیهی برای کسانی که مشکلات زیستی-پزشکی عمده داشته باشند (میلرو رولنیک[1]، ۲۰۱۲). معتادان به الکل و مواد مخدر اغلب درباره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود معتادان به سرعت درصدد درمان برنیایند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشند (محمد علیزاده نمینی و همکاران ۱۳۹٦، به نقل از دنیس و توماس ۱۹۹۹). عده‌ای دیگر از معتادان نیز به این نتیجه می‌رسند که باید درمان شوند، اما خیلی زود از این فکر منصرف می‌شوند و فرایند درمان را رها می‌کنند. بسیاری نیز به‌طورجدی می‌کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خود را می‌شکنند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند. همه این‌ها مشکلات مربوط به ایجاد انگیزه و حفظ آن برای ترک است (قاسمی ارگنه و همکاران، ۱۳۹۳).

از سوی دیگر، همیشه این طور بوده است که درمانگران بالینی، مراجعانی را که انگیزه ترک اعتیاد را از دست می‌دهند، مقصر بدانند؛ به‌عبارت‌دیگر، معمولاً وقتی مراجعی پیش از اتمام درمان از ادامه شرکت در آن سر باز می زند، این گرایش دیده می‌شود که مراجع را تقصیر کار بدانند نه برنامه درمان را؛ اما به تازگی هرچه بیشتر معلوم شده است که برنامه های درمانی انعطاف‌ناپذیر، به این مشکل دامن می‌زنند و یکی از هدف‌های روش درمان روانی، اجتماعی باید افزایش انگیزه در مراجع باشد (قربانی، ۱۳۸۱).

انگیزه مفهومی از نظریه خودتنظیمی[2] است و تحت این عنوان که چرا افراد تصمیم می‌گیرند در برنامه‌ای شرکت کنند، چه مقدار تلاش برای مشارکت انجام می‌دهند و در هنگام مشارکت در فعالیتی چه مقدار استقامت و پشتکار به خرج می‌دهند، تعریف می‌شود (هانتر[3]، ۲۰۰۸). درواقع، انگیزه یک سازه فرضی است که برای توصیف فشارها نیروهای درونی و بیرونی مؤثر در شروع، هدایت، شدت و استقامت در یک رفتار خاص استفاده می‌شود؛ بنابراین، انگیزه برای درمان به‌عنوان مجموعه‌ای از نیروهایی تعریف می‌شود که ورود، تعهد، ماندگاری و پشتکار در درمان را تعیین می‌کند (سمینو[4] و برگرون[5]، ۲۰۰۳).

یکی از مشکلات اساسی در مراجعین الکلی نداشتن انگیزه کافی برای مراجعه ادامه روند درمان می باشد، تلاش برای درمان بدون در نظر گرفتن بحث انگیزش کامل نیست (میلر و رولنیک، ۲۰۱۲). به همین خاطر، موضوع انگیزه یکی از نکات بسیار مهم در

[1] Miller & Rollink
[2] Self regulation
[3] Hunter
[4] Simoneau
[5] Bergeron

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

درمان انواع اختلالات روانی-جسمانی است (نویدیان، ۱۳۸۸). در رابطه با همین موضوع پروچاسکا و دی کلمنته یک مدل برای تغییرات افراد با سطوح مختلف آمادگی و انگیزه معرفی می‌کند که شامل پنج مرحله پیش تأملی، تأمل و تفکر، آمادگی، عمل، حفظ و نگهداری می باشد (پروچاسکا[1] و همکاران، ۱۹۹۲). مراحل حالت خطی نداشته، بلکه به‌صورت مداری و چرخشی است و در هر مرحله می‌توان از مسیر دایره‌ای خارج شد (آرکویتز[2]، وسترا[3]، میلر و رولنیک، ۲۰۰۸). در این میان، مصاحبه انگیزشی شیوه‌ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتادان یا تغییر رفتار آن‌ها داشته است (بورک و همکاران ۲۰۰۳، به نقل از محمد علیزاده نمینی و همکاران ۱۳۹۶).

تاریخچه کوتاهی از مصاحبه انگیزشی

این روش برای اولین بار توسط ویلیام از میلر[4] و استفن رولینک[5] تدوین یافت. مصاحبه انگیزشی بیش از آن که به‌عنوان یک تکنیک شناخته شود به جهت روشی جهت تسهیل روابط بین فردی و افزایش روحیه افراد تعریف می‌شود (رولینک و میلر، ۱۹۹۵).

مفاهیم و تعاریف اولیه مصاحبه انگیزشی و تجربیاتی که از درمان مصرف‌کنندگان الکل به‌دست‌آمده بود برای اولین بار توسط میلر (۱۹۸۳) در مقاله‌ای در مجله درمان شناختی رفتاری[6] منتشر شد. میلر و رالینک در سال ۱۹۹۱ جزییات بیشتری را در رابطه با دیدگاهشان در مورد رویکرد مصاحبه انگیزشی بیان کرده و به مفهوم‌پردازی رویه بالینی این روش پرداختند.

مروری بر مفهوم مداخله انگیزشی

مداخله انگیزشی یک رویکرد متمرکز بر شخص می باشد (رزینکوف و مک مستر[7]، ۲۰۱۲). این روش به تقویت انگیزه افراد جهت تغییر یک رفتار منفی می پردازد. مداخله انگیزشی مراجع را درگیر کرده و با تحریک وی منجر به ایجاد تغییرات مثبت در شخص می‌شود. به‌عنوان مثال، مکالمات تحولی[8]، با پرسیدن سوالاتی مانند: "دوست داشتی چه چیزهایی متفاوت بودند؟" و "دوست داری چه تغییراتی در زندگیت تغییر کند؟" منجر به ایجاد تغییر در فرد می‌شود. برخلاف سایر مداخلات بالینی، مداخله انگیزشی تکنیکی است که بر مبنای آن، مصاحبه گر (درمانگر)[9] با پذیرش[10] بدون قضاوت مصاحبه شونده (بیمار)[11] به او کمک می‌کند تا تغییر در رفتار حاصل شود (آسوامناکول[12] و همکاران، ۲۰۱۸؛ رزینکوف و مک مستر، ۲۰۱۲).

[1] Prochaska
[2] Arkowitz
[3] Westra
[4] William R Miller
[5] Stephen Rollinck
[6] Behavioural and Cognitive Psychotherapy
[7] Resnicow & McMaster
[8] change talk
[9] Interviewer (Clinician)
[10] Acceptance
[11] Interviewee (Patient0
[12] Aswamenakul

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

باید در نظر داشت که سطح آمادگی هر بیمار برای تغییر متفاوت است که درمانگر باید بر مبنای این سطح آمادگی و نیازهای کنونی وی اقدام کند (هندمیکر، میلر و مانیکه[1]، ۲۰۰۱). تغییر بسته به بیمار، ممکن است سریع اتفاق بیفتد و یا اینکه مدت‌ها طول بکشد. دانش به‌تنهایی برای ایجاد انگیزه تغییر در بیمار کفایت نمی‌کند و چالش‌هایی که در این راه به وجود می‌آید باید به‌عنوان روند درمان و نه استثنا، در نظر گرفته شوند. مصاحبه انگیزشی به بیماران کمک می‌کند تا تردیدها و عدم قطعیتشان را در مورد خواسته درونی‌شان بر مبنای تغییر یک عادت و یا رفتار خاص تغییر دهند. درعین‌حال این روند کمک می‌کند تا افراد همدیگر را به‌عنوان تیمی که جهت حل یک مشکل باهم، همکاری و هم‌اندیشی می‌کنند ببیند نه در قالب بیمار و درمانگر. ازاین‌رو، این تکنیک به‌عنوان روشی که منجر به تقویت حس عزت‌نفس[2] و خودمختاری[3] در افراد می‌شود در نظر گرفته می‌شود. برای اجرای یک مداخله انگیزشی موفق، بالینگر باید متعهد، کارا و دارای استراتژی و مهارت باشد تا این مهم، محقق شود (مگیل و هالگرن[4]، ۲۰۱۹؛ هندمیکر، میلر و مانیکه، ۲۰۰۱). این مسئله به درمانگر کمک می‌کند تا اهدافی را که در جلسات مصاحبه انگیزشی به دنبال محقق کردن هستند را به خوبی اولویت‌بندی کند. علاوه بر این، بالین گرها باید دارای مهارت‌های فردی خاصی باشند که ازجمله آن‌ها می‌توان به: پرسیدن سوال های باز پاسخ[5]، گوش دادن انعکاسی[6]، تصدیق کردن[7] و تکرار کردن گزاره[8] های بیمار اشاره کرد (لونسکی[9] و همکاران، ۲۰۰۷). این مهارت ها، در یک تعامل پویا در مصاحبه به کار گرفته می‌شوند، زمانی که درمانگر در حین مصاحبه با گوش دادن فعال، صحبت‌های مراجع را دسته‌بندی کرده و با برجسته کردن تغییرات مثبت مراجع، به وی بازخورد می‌دهد. با این روش، حس اعتمادبه‌نفس مراجع، جهت تغییر افزایش می‌یابد. به علاوه، درمانگر باید به‌صورت هم‌زمان باید اصول خاصی را در رابطه با متغیرهای درمان در نظر داشته باشد (مگیل و هالگرن، ۲۰۱۹؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۲؛ میلر و رالینک، ۱۹۹۱) که در ادامه به آن اشاره می‌شود.

برای درک بهتر آنچه یک شخص را به کم کردن یا کنار گذاشتن مصرف ترغیب می‌کند، پژوهشگران متغیرهای زیادی را مورد کاوش قراردادند که از مهم‌ترین و رایج‌ترین اجزای تغییر مثبت به شمار می‌آیند که ازجمله آن‌ها می‌توان به رویکرد FRAMES زیر اشاره کرد:

رویکرد FRAMES ترکیبی از شش مؤلفه است (کامیا[10]، ۲۰۱۲) که عبارت‌اند از:

بازخورد[11]	بازخورد دادن، درواقع یادآوری خطرات و زیان‌هایی است که در اثر ارزیابی مراجع به دست می‌آید و درمانگر آن‌ها را به مراجع یادآوری می‌کند.

[1] Handmaker, Miller, Manicke
[2] Self Esteem
[3] Autonomy
[4] Magill & Hallgren
[5] asking open endedquestions
[6] reflective listening
[7] affirming
[8] reitrating statement
[9] Levensky
[10] Kamya
[11] Feedback

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

مسئولیت پذیری[1]	مراجع حق انتخاب دارد که یا مصرف را ادامه دهد و یا ندهد و این مسئله باید صریحاً به او گفته شود.
اندرز[2]	پیشنهاد و اندرز دادن به مراجع برای قطع یا کاهش مصرف، باید بدون پیش‌داوری، با اجازه وی و به شکل پیشنهاد و نه دستوری بیان شود.
فهرست[3]	در صورت امکان، اگر فهرستی از انتخاب‌ها و جایگزین‌های مناسب به مراجع ارائه شود بهتر است.
همدلی[4]	مشاوره همدلانه یعنی گفتگوی توأم با احترام، فهم متقابل و مهم‌تر از آن، شنیدن فعال و بازتابی.
خودکارآمدی[5]	برای تشویق فرد برای تغییر کردن، باید توانمندسازی و ارتقای خودکارآمدی انجام شود

در تحقیقاتی که در سال‌های اخیر برای بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی بر روی کاهش مصرف الکل و تشویق مراجعین به ادامه درمان انجام شد، نتایج زیر حاصل‌شده است:

هم‌چنین در مطالعه‌ای که اخیراً در سال ۲۰۱۷ توسط فون لون و همکارانش صورت گرفته از بین ۲۲۰۹ نفر، ۸۹٤ فرد انتخاب‌شده و به دو گروه تقسیم شدند، گروه اول که شامل ۷۰ درصد آزمودنی ها بودند تنها موارد آموزشی دریافت کردند اما گروه دوم که ۳۰ درصد باقیمانده بودند، علاوه بر موارد آموزشی، مصاحبه انگیزشی نیز دریافت کردند. نشانه های مصرف الکل در ۳٤,۹ درصد از گروه آزمایشی کم یا متوقف شد (فن لون[6] و همکاران، ۲۰۱۷).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که کاربرد مصاحبه انگیزشی در معتادان الکل هم در حفظ آن‌ها در جریان درمان و هم در افزایش اثربخشی درمان آن‌ها مفید بوده است. براون[7] و همکاران (۱۹۹۵) برای درمان افراد معتاد به مواد مخدر از این روش استفاده کرده‌اند. اولین مطالعه که از روش مصاحبه انگیزشی در خصوص بیماران وابسته به مواد مخدر انجام‌شده است توسط وان بلیس و همکارانش در سال ۱۹۸٦ بوده است. آن‌ها این روش را برای درمان بیمارانی که برای دریافت متادون مراجعه می‌کردند مورداستفاده قراردادند. به بیماران اجازه داده شد که خود آن‌ها اهداف درمان را تعیین کنند. این مطالعه نشان داد که بیماران پس از مصاحبه انگیزشی به‌راحتی ورود برای تغییرات درمانی را می‌پذیرند. در یک مطالعه دیگر روش مصاحبه انگیزشی با رویکرد کاهش خطر مورد مقایسه قرار گرفت که تفاوتی بین دو گروه در نتایج درمانی مشاهده نشد (کهن، ۱۹۹۹، به نقل از میلر و رالنیک، ۲۰۰۲).

مدل فرانظری تغییر

[1] Responsibility
[2] Advice
[3] Menu of Options
[4] Empathy
[5] Self-Efficasy
[6] Van Loon
[7] Brown

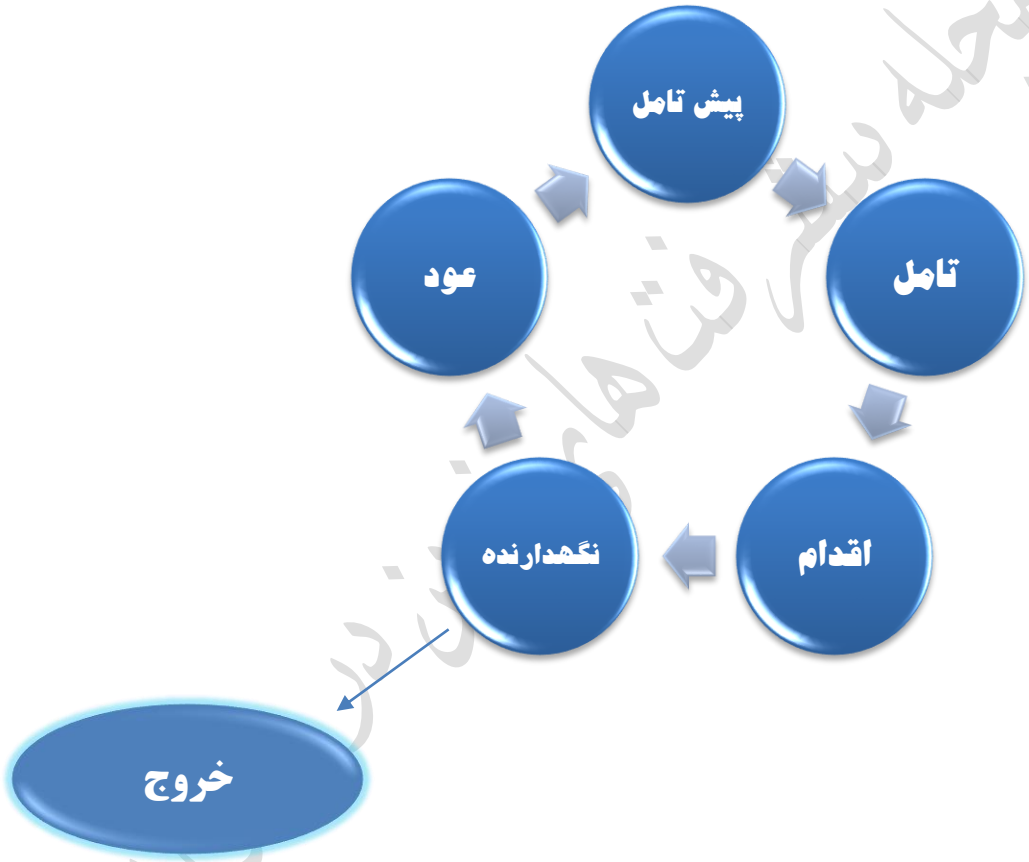
[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

پژوهش‌های زیادی بر عناصر تعیین‌کننده و سازوکارهای تغییر متمرکزشده‌اند. نظریه‌پردازان مدل‌های گوناگونی را جهت توضیح فرآیند تغییر رفتار بسط و گسترش داده اند. یک دیدگاه عوامل بیرونی را عامل اصلی تغییر می داند و دیدگاهی دیگر، بر عوامل درونی پافشاری می‌کند. عده‌ای دیگر نیز انگیزش را طیفی از آمادگی برای تغییر می دانند تا فرآیندی ایستا و یا مراحلی مجزا و ثابت. مدل مراحل تغییر رفتار که جهت درک بهتر نحوه تغییر مدل‌های رفتاری قالب بندی شده است، برای فهم میزان آمادگی افراد جهت تغییر الگوهای مصرف و سبک زندگی بسیار کاربردی است. مدل مراحل تغییر که ۳۰ سال پیش توسط دو محقق به نام های جی ا پروچاسکا[1] و کارلو دی کلمنته[2] در نتیجه تحقیقی روی افراد سیگاری آن را ایجاد کردند و در کتابی تحت عنوان تغییر مثبت منتشر شد، با نام نظریه ی تحول شناخته می‌شود. پروچسکا و دی‌کلمنته در اصل به این موضوع علاقه‌مند بودند که چرا برخی از افراد سیگاری موفق می‌شوند خودشان به‌تنهایی ترک کنند، در حالی که برخی دیگر نیاز به کمک افراد حرفه‌ای دارند. نتیجه‌گیری کلیدی آن‌ها این بود که افراد سیگاری (هر فرد دیگری که عادت بدی دارد) زمانی می‌توانند ترک کنند که برای این کار آماده باشند (مگیل و هالگرن، ۲۰۱۹؛ آسواناکول و همکاران، ۲۰۱۸؛ نظریه های روان درمانی پروچسکا و نورکراس ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۱). مراحل مدل تغییر به این می‌پردازند که این تصمیمات آگاهانه چگونه گرفته شده‌اند. این مدل تأکید می‌کند که ایجاد تغییر اصلاً آسان نیست. ممکن است افراد مدت‌زمان زیادی در یک مرحله باقی بمانند و برخی نیز ممکن است هرگز به هدفشان دست پیدا نکند. این مدل برای درمان افراد سیگاری، الکلی و معتاد به کار گرفته‌شده است. مراحل تغییر رفتار، مجموعه‌ای خاص از نگرش‌ها، قصدها و رفتارهای مرتبط با آمادگی فرد در چرخه تغییر را نشان می‌دهند. آن‌ها بعد زمانی را در اختیار می‌گذارند، به این صورت که تغییر پدیده‌ای است که باگذشت زمان اتفاق می‌افتد. هر مرحله نه‌تنها یک دوره زمانی بلکه مجموعه‌ای از تکالیف را منعکس می‌کند که برای پیش روی به مرحله بعدی ضرورت دارند. گرچه مدت‌زمانی که فرد صرف هر مرحله می‌کند تفاوت دارد، اما تکالیفی که باید به انجام برسند، تغییرناپذیرند. تغییر در پنج مرحله آشکار می‌شود: پیش تأمل[3]، تأمل[4]، آمادگی[5]، عمل[6]، نگهداری[7]. اگر تغییر در آغاز ناموفق باشد، در این صورت افراد مراحل را از سر می‌گیرند. درصورتی‌که تغییر کامل و استوارشده باشد، در این صورت موقع خاتمه فرارسیده‌است. در قسمت‌های بعدی، هر مرحله و تکلیفی که باید برای پیش روی به مرحله بعدی به انجام برسند، شرح داده خواهد شد (نظریه های روان درمانی اثر پروچاسکا و نورکراس ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۱). این طور به نظر می‌رسد که میزان بهره‌برداری مراجعان از درمان، به این‌که در کدام مرحله از تغییر هستند و رو به کدام مرحله می‌باشند، بستگی دارد. افرادی که در مراحل ابتدایی هستند، نسبت به سایر افرادی که در مراحل بعدی قرار دارند، نیازمند برنامه های حمایتی متفاوتی می‌باشند. افرادی که در مرحله انکار[8] قرار دارند، نیازمند آگاهی، جهت متمایل شدن به تغییر هستند. در مرحله تردید اما، آنچه باید رخ دهد، تغییر

[1] James O. Prochaska
[2] Carlo Diclemente
[3] precontemplation
[4] contemplation
[5] prepartion (determination)
[6] action
[7] maintenance
[8] denial

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

مثبت در وضعیت فعلی می باشد. در سومین مرحله (مرحله آمادگی)، افراد باید روش‌های موجود را فراگیرند و بهترین روش را بر اساس شرایط خود انتخاب کنند. قدم بعدی اقدام است: عمل کردن به راهبرد انتخابی جهت تغییر. درنهایت، پنجمین مرحله، متعهد شدن به گسترش مهارت‌های جدید برای تثبیت بهبودی و رسیدن به سبکی نو برای زندگی سالم است (پروچاسکا و همکاران، ۱۹۹٤).



نمودار۱. مدل فرانظری تغییر

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به حجم بالای مصرف‌کنندگان الکل و این‌که افراد مشکلات زیادی را در سطوح فردی و بین فردی تجربه می‌کنند و مشکلات عدیده‌ای مانند هزینه‌های درمانی، جرائم قانونی، مشکلات پزشکی و قضایی و... را دامن می‌زنند که هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند اجرای یک رویکرد درمانی مناسب جهت تغییر سبک زندگی این افراد، الگوی اعتیادی و هم‌چنین کاهش و یا

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

قطع مصرف الکل آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. رویکرد مصاحبه انگیزشی به‌عنوان یک رویکرد درمانی از شواهد پژوهشی زیادی جهت ایجاد این تغییر برخوردار است و ما در پژوهش حاضر دریافتیم که بر اساس تحقیقات پیشین، اجرای مداخله انگیزشی با به‌کارگیری دقیق تکنیک‌های این مداخله مانند گوش دادن فعال و یا رهنمود مختصر و هم‌چنین با در نظر گرفتن مدل مراحل تغییر در جلسات درمانی، می‌تواند منجر به کاهش پیامدهای ناشی از اختلالات مصرف الکل شود که البته تحقیقات بیشتری جهت اثبات این ادعا باید انجام شود.

منابع

- تقی زادیه، علی؛ محرم زاده، پیمان؛ پور آقایی، محبوب؛ رجایی غفوری، روزبه؛ شهسواری نیا، کاووس. (۱۳۹۳). عوامل پیش‌بینی کننده نیاز بستری و دیالیز در مسمومیت با الکل؛ یک مطالعه مقطعی. مجله طب اورژانس ایران. دوره ۲. شماره ۱. ۱۹-۱۱.
- رولنیک، استفن؛ میلر، ویلیام از؛ بوچلر، کریستوفرسی. (۲۰۰۸). مصاحبه ی انگیزشی در مراقبت های بهداشتی درمانی (کمک به تغییر رفتار بیماران)، ترجمه علی نویدیان، سید احمد احمدی، نور محمد بخشانی و حمید پورشریفی، ۱۳۸۹، مشهد: سخن گستر.
- سراج زاده، سید حسن و ایرج فیضی. (۱۳۸٦). بررسی وضعیت مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان: پژوهشی پیمایشی از دانشگاه های دولتی تحت پوشش وزارت علوم در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره۲.
- طالبان، محمدرضا. (۱۳۷۸). دینداری و بزهکاری در میان جوانان، تهران: اداره آموزش و پرورش ناحیه۵.
- عزیزی، جلیل. (۱۳۸۷). فقر اقتصادی و سومصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین جوانان شهر تهران و شمیرانات با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۹.
- علایی خرایم، رقیه؛ کدیور، پروین؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا؛ علایی خرایم، سارا. (۱۳۹۰). میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش آموزان دبیرستانی. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۵(۱۸)، ۹۹-۱۱٤.
- قاسمی ارگنه، حامد؛ حیدری، حمید؛ قاسمی، نظام الدین؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره. (۱۳۹۳). بررسی کارآیی مصاحبه انگیزشی بر تغییر سبک زندگی معتادین زن در حال بهبود. فصلنامه اعتیاد پژوهی سومصرف مواد، سال هشتم، شماره سی و یکم، صفحات ۲۵ تا ۳٤.
- قربانی، مجید. (۱۳۸۱). بررسی زمینه های کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی. فصلنامه علمی-پژوهشی سومصرف مواد مخدر دوره ۱، شماره ۱.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

- متولیان، سیدعباس؛ صاحبی، رویا؛ رحیمی موقر، آفرین و سیان، مسعود. (۱۳۹٤). بررسی روند مصرف الکل و مواد غیرقانونی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۸: تحلیل سن، هم گروه تولد و دوره زمانی. مجله تخصصی اپیدمولوژی ایران، دوره ۱۱، شماره ۲، صفحات: ۹۹-۱۰۸.
- محمد علیزاده نمینی، آناهیتا؛ اسمعیل زاده آخوندی، محمد؛ صفر محمدلو، ناهید. (۱۳۹٦). بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی و دارودرمانی بر ولع مصرف مواد در مقایسه با دارودرمانی. مجله روان شماسی و روان پزشکی شناخت. سال چهارم، شماره ۲، صفحات ۱-۱۱.
- نویدی کاشانی و لطیفی، حسین. (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع سومصرف مواد در انترن های مذکر دانشگاه علوم پزشکی، پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- نویدیان، علی. (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره انگیزشی گروهی بر رفتار و عملکرد مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، پرفشاری خون و اضافه وزن و چاقی، پایان نامه دکترای مشاوره دانشگاه اصفهان.
- Brown, R., Evans, WP. (2002). Extracurricular activity and ethnicity: creating greater school connection among diverse student populations. Urban education, 37(1), 717-34.
- Bunton, R., Baldwin, S., Flynn, D., & Whitelaw, S. (2000). The ‘stages of change’model in health promotion: science and ideology. Critical Public Health, 10(1), 55-70.
- Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?.
- Handmaker, NS; Miller WR; Manicke M (2001). "Pilot study of motivational interviewing". 86, 680–683
- Hassanian-Moghaddam, H., Zamani, N., Rahimi, M., Shadnia, S., Pajoumand, A., Sarjami, S. (2014). Acute Adult and Adolescent Poisoning in Tehran, Iran; the Epidemiologic Trend between 2006 and 2011. Arch Iran Med, 17(8), 534 – 538.

  Hunter, S.D. (2008). Promoting intrinsic motivation in clients, strength and conditioning Journal. 30 (1), 51-54.
- Kamya, H. (2012). Motivational interviewing and field instruction: The FRAMES model. Field Educator, 2(1).
- Levensky, E., Forcehimes, A., O'Donohue, W., Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations". The American Journal of Nursing. 107(10), 50–58, quiz 58–59.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Helping people change, Guilford press.
- Miller, W.R., Rollink, S. (1991. Motivational interviewing, the Guilford press.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

- Miller, W.R., Rollink, S. (1995). What is motivational interviewing?" Behavioral and cognitive pscchotherapy.
- Miller, W.R., Zweben, A., Declemente, C.C., & Rychtaric, R.G. (1992). Motivational enhancement therapy manual, http://WWW.mid-attc.org/.
- Mirlashkari, J., Demirkol, A., Salsali, M., Rafiey, H., Jahanbani. (2012). Early childhood experinces, parenting and the process of drug dependency among young people in Tehran, Iran. Drug alchohol rev, 31(4), 461-8.
- Mohamad poor, A., Fakhari, A., Rostami, F., Vahidi, R., Dastgiry, S. (2007). Epideiology of psychotrophic drugs and alchohol use in male students of high school in Tabriz. Journal of Ardabil University of Medical Science, 4, 400-408.
- Mohammadkhani, SH. (2001). Prevalence of smoking, alcohol and psychoactive substances in Iranian adolescents. J Kerman univ med sci, 19(1), 32-48. [Farsi]
- Mostafazadeh, B., Eghmali, H. (2014) An Epidemiologic Study on Methyl Alchohol Poisoning in Tehran, Iran. Asia pac J Med Toxicol, 3, 8-11.
- Poznyak, V., Fleischmann, A., Rekve, D., Rylett, M., Rehm, J., Gmel, G. (2014). The World Health Organizations Global Monitoring System on Alchohol and Health, Alchohol res, 35(2), 244-7.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Treating addictive behaviors (pp. 3-27). Springer, Boston, MA.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. Health education quarterly, 21(4), 471-486.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.
- Rahimi-Movaghar, A., Mohammad, K., Razzaghi, EM. (2002). Trend odf drug abuse situation in Iran. Hakim research J. 3, 171-82.
- Rahimi-Movaghar, A., Sahimi Izadian, E., Younesian, M. (2006). The drug use situation in university students in Iran; A literature review. Payesh (Health Monitor), 2, 83-104.
- Rehm, J., Kailasapillai, S., Larsen, E., et al. (2014). A systematic review of the epidemiology of unrecorded alchohol consumption and the chemical composition of unrecorded alchohol. Addiction, 109(6), 880-93.
- Resnicow, K., McMaster, F. (2012). Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support". International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9, 19
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, CC. (2008). Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Gilford Press.
- Rollnick, S., Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing?. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23 (4), 325–334.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

- Sarkin, J. A., Johnson, S. S., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2001). Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. Preventive medicine, 33(5), 462-469.
- Shams alizadeh, N., Moghadam, M., Mohsenpour, B., Rostami Gooran, N. (2008). prevalence of substance abuse in the students of Kurdistan university of Medical Sciences. J Kerman univ Med Sci, 13(2), 18-26. [Farsi]
- Simoneau, H., Bergeron, J. (2003). Factors effecting motivation during the first six weeks of treatment. Addictive Behaviours. 28, 1219-1241.
- Van Loon, M1., Van Gaalen, ACP., Van Der Linden, MC., Hagestein-De Bruijn, C. (2017). Evaluation of screening and brief intervention for hazardous alcohol use integrated into clinical practice in an inner-city Emergency Department. Eur J Emerg Med.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction, 100(8), 1036-1039.
- World Health Organization. (2014). Alchohol epidemiology, monitoring, and information system. Genova.
- Yoon, Y-H., Chen, C.M., Yi, H-Y. (2014). Unintentional alchohol and drug poisoning in association with substance use disorders and mood and anxiety disorders: results from the 2010 Nationwide Inpatient Sample. Inj Prev, 20(1), 21-8.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]

Motivational Interviewing Approach to the Treatment of Alcohol Dependence Syndrome

Abstract

Alcohol consumption figures have been increasing worldwide in recent years. This increasing has seen as a major problem globally and has raised concerns for policymakers and law enforcers. This is a serious threat to public health. Alcohol consumption has many side effects and consequently various damages. One of the evidence-based therapies is Miller and Ralink's motivational interviewing based on the Prochaska and D'Elmante model of behavior change. In this study, we extracted and reviewed articles related to this topic based on the keywords of motivational interviewing, addiction, alcohol dependence from Iran and International databases. Findings from previous studies all indicated that motivational interviewing was effective in reducing the consequences of alcohol use disorders. The results indicated that motivational interviewing leads to changes in lifestyle, pattern of alcohol consumption and reduction or break the alcohol dependence.

Keywords: *Motivational Interviewing, Addiction, Alcohol Dependence*

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08]