

## مرواری بر رویکرد مصاحبه انگیزشی در درمان سندروم وابستگی به الکل

سید جواد عمامی چاشمی<sup>۱</sup>، فاطمه شاهرجیان<sup>۲</sup>، الناز غایرین<sup>۳</sup>

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: ۱۳۹۹/۰۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۱

### 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 می‌باشد. 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 مورد بررسی 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.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و هشتم، مهرماه ۱۳۹۹

## مقدمه

یکی از تعاریف سلامت اجتماعی، کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای کیفیت و رفاه آحاد جامعه است و نتیجهنهایی این تعامل، ارتقای سرمایه اجتماعی، کاهش فقر و کاهش بی عدالتی است، اما نقطه مقابل آن، افزایش آسیب‌های اجتماعی است. مسائل مربوط به آسیب‌های اجتماعی از دیرباز در جامعه بشری مورد توجه 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 ایجاد شده است (حق‌دوست و همکاران، ۱۳۹۳).

در این میان، با توجه به اینکه در بین جوانان صورت‌های تفتنی مصرف مشروبات الکلی بیش از مواد مخدر است (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶؛ رحیمی موقر و سهیمی ایزدیان، ۲۰۰۶؛ طالبان، ۱۳۷۸؛ نویدی کاشانی و لطیفی، ۱۳۷۷) و بخصوص مصرف الكل در ایران شیوع بیشتری نسبت به تریاک دارد (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶)، مصرف الكل به عنوان یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختلف می‌گردد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود. شواهد بسیاری وجود دارد که تصدیق‌کننده ارتباط بین مصرف الكل و خدمات فیزیکی وارد شده به بدن می‌باشد (به نقل از حق‌دوست همکاران، ۱۳۹۳). در یک همه‌گیرشناسی ملی که بر روی ۷۸۴۰ نفر در سینم ۱۵ تا ۶۴ سال انجام شد، ۷٪ افراد حداقل یکبار در ۱۲ ماه گذشته الكل مصرف کرده بودند و همین طور ۱٪ این افراد طبق معیارهای DSM-IV و ۱۱٪ آن‌ها طبق معیارهای DSM-5 به اختلال مصرف الكل تشخیص گذاری شدند که از این عده، ۴۶٪ آن‌ها هم‌زمان به یک اختلال خلقی و یا اضطرابی دیگر نیز مبتلا بودند. همین طور در این پژوهش مشخص شد که این اختلال در مردان شیوع بیشتری نسبت به زنان دارد (امین اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۷).

صرف الكل به عنوان یکی از عوامل اصلی قابل پیشگیری مرگ، بیماری و آسیب در بسیاری از جوامع شناخته می‌شود (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴ و یون‌وای‌اچ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). مصرف الكل همراه با مجموعه‌ای از عوارض بهداشتی و ناهنجاری‌های اجتماعی می‌باشد که شامل سیروز کبدی، بیماری‌های روانی، انواع مختلف سرطان، پانکراتیت و آسیب به جنین در زنان باردار می‌باشد. مرور مطالعات انجام‌شده در جهان نشان می‌دهد حداقل ۶۱ نوع مختلف آسیب، بیماری یا مرگ به‌طور بالقوه مرتبط با مصرف الكل است (رحم جی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). همین‌طور افزایش فاصله زمانی بین مصرف الكل 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 ۱۲,۴ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مصرف الكل است. همین‌طور هزینه‌های ناشی از مصرف الكل ۱,۵ درصد

<sup>1</sup> WHO

<sup>2</sup> Yoon

<sup>3</sup> Rehm

تولید ملی کشور آمریکا می باشد و این در حالی است که هزینه های غیر مستقیم ناشی از مصرف الکل در این برآورد آورده نشده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). شیوع مصرف الکل از گوناگونی های زیادی در جهان برخوردار می باشد طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶ بیش از نیمی (۵۷ درصد و یا ۳,۱ میلیارد نفر) از جمعیت جهانی که بالاتر از سن ۱۵ سال بودند علائمی از سندروم ترک الکل را در طی ۱۲ ماهه گذشته تجربه کردند و می توان گفت که حدود ۲,۳ میلیارد نفر الکل مصرف می کنند. 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 می شود. از سال ۲۰۰۰ در آفریقا، آمریکا، شرق مدیترانه و مناطق اروپایی میزان مصرف کاهش یافته است. با این وجود 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 ۶,۴ لیتر در سال ۲۰۱۰ رسید و این میزان تا سال ۲۰۱۶ حفظ شد. بیشترین میزان حجم مصرفی الکل نیز در مناطق اروپایی تحت نظرارت سازمان جهانی بهداشت دیده می شوند. در بیشتر مناطق تحت پوشش، مصرف اولیه الکل از زیر ۱۵ سال شروع می شود، 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 خانم ها 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 مطالعه ای مقدار ورود الکل به کشور حداقل ۲۰ میلیون لیتر و تعداد کل معتادان الکلی در کشور کمتر از ۲۰۰ هزار نفر برآورد شده است اما این آمارها در ایران پایین تر و حدود ۰,۱ میانگین جهانی است (پوزنیاک وی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)؛ اما نکته مهمی که در اینجا مطرح است این است که بیشتر موارد مصرف الکل به علت برچسب های موجود در جامعه ایران گزارش نمی شود و ما باید این آمارها را با کشورهای نزدیک به فرهنگ خودمان و نه کشورهای غربی مقایسه کنیم (مصطفی زاده و همکاران، ۲۰۱۴). اغلب جمعیت مصرف کنندگان داخل کشور را، جوانان و نوجوانان ۱۸ تا ۲۰ سال تشکیل می دهند که برای کنجدکاوی یا تجربه مصرف مواد مخدر جدیدی اقدام به مصرف الکل می کنند (میرلشکری و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه ای که از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱ توسط حسینیان مقدم و همکاران بر روی مراجعین خردسال و بالغ بخش مسمومیت بیمارستان لقمان<sup>۲</sup> حکیم تهران انجام شد مشخص گردید که از میان تعداد کل مراجعین که ۱۰۸۲۶۵ نفر بودند، ۲۵۰۹ نفر که ۲,۳۲ درصد دچار مسمومیت الکل بودند. در این میان تغییراتی در روند مراجعین مسمومیت الکل در طی روند پژوهش دیده می شد که به شرح زیر می باشد: در سال ۲۰۰۶: ۴۶٪ مراجع (۲,۳۱) درصد از تعداد کل مراجعین، سال ۲۰۰۷: ۴۴٪ مراجع (۲,۱۱) درصد از کل مراجعین)، سال ۲۰۰۸: ۳۸٪ مراجع (۲,۱۴) از تعداد کل مراجعین)، سال ۲۰۰۹: ۳۹٪ مراجع (۲,۴۲) درصد از کل مراجعین)، سال ۲۰۱۰: ۳۹٪ مراجع (۲,۳) درصد از تعداد کل مراجعین)، سال ۲۰۱۱: ۴۰٪ مراجع (۳,۶۹) درصد از تعداد کل مراجعین) (حسینیان مقدم و همکاران، ۲۰۱۴). در یک مطالعه مرووی

<sup>1</sup> Poznyac

در سال ۱۳۸۵، الکل و پس از آن تریاک و حشیش، شایع‌ترین موارد؛ بر قانونی مورداستفاده برآورد شدند (رحیمی موخر و همکاران، ۲۰۰۶).

در تحقیقی که در سال ۱۳۸۶ 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، ۲۰۱۴). در یک پژوهش که در شهر کرج، میان ۴۴۷ دانش آموز دبیرستانی دختر و پسر انجام شد، مشخص شد که ۵,۷٪ از دانش آموزان موردمطالعه حداقل یک بار 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 روان‌گردن ایرانی ذکر گردید که در مجموع ۱۸,۸ درصد از دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله در طول زندگی خود حداقل یک بار 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 عنوان شده 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 ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۸ توسط متولیان و همکاران در 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 پس از آن به تدریج تا سن ۲۱ سالگی افزایش یافته می‌یابد و برای دوره‌های بعدی نیز افزایش مجدد داشته دارد که این افزایش ناگهانی و دارای شیب تند می‌باشد، به طوری که شیوع آن از ۶,۷ 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، یک روند افزایشی منظم دیده می‌شود (متولیان و همکاران، ۱۳۹۴).

### روش پژوهش

در این پژوهش پایگاه‌های داده Google Scholar و سیویلیکا موردنبررسی قرار گرفتند و مقاله‌ها با کلیدواژه‌های Alcohol Dependence، Alcohol Use Disorder، Motivational Interviewing، Addiction گرفتند. ۱۴۳ 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 انتخاب شده و نتایج آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

## مداخلات انگیزشی و اعتیاد

الگوهای بیماری به دلایل تاریخی از اهمیت زیادی برخوردارند. اگر اعتیاد همچنان گناه یا خطای فرد تلقی می‌شد، دیگر دلیل وجود نداشت که تمهیدات درمانی برای او فراهم شود. در آن صورت، بیشتر مردم تنها راه حل مشکل معتادان را مجازاتی از جمله زندانی کردن می‌دانستند (متولیان و همکاران، ۱۳۹۴). مراجعانی که اعتیادشان را به عنوان بیماری می‌پذیرند اغلب برای مشارکت در درمان خود بالانگیزه‌تر به نظر می‌رسند. برای بعضی مراجعان، مفهوم بیماری ظاهراً به معنای آن است که دیگر لازم نیست احساس گناه و شرساری کنند و در نتیجه، مانعی روانی از سر راه ترک اعتیادشان برداشته می‌شود، به عبارت دیگر می‌توان گفت که نظریه بیماری، برای آنانی مناسب است که فکر می‌کنند از نظر رژیمی در برابر بیماری آسیب پذیرند و یا توجیهی برای کسانی که مشکلات زیستی-پزشکی عده داشته باشند (Miller و Rollnick<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). معتادان به الکل و مواد مخدر اغلب درباره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود معتادان به سرعت در صدد درمان بروزیابند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشنند (محمد علیزاده نمینی و همکاران ۱۳۹۶، به نقل از دنیس و توamas 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 به طور جدی 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، مقصود بدانند؛ به عبارت دیگر، معمولاً وقتی مراجعی پیش از اتمام درمان از ادامه شرکت در آن سر باز می‌زنند، این گرایش دیده می‌شود که مراجع را تقصیر کار بدانند نه برنامه درمان را؛ اما به تازگی هرچه بیشتر معلوم شده است که برنامه‌های 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<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در واقع، 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 به عنوان مجموعه‌ای از نیروهایی تعریف می‌شود که ورود، تعهد، ماندگاری و پشتکار در درمان را تعیین می‌کند (سمینو<sup>۴</sup> و برگرون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

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

<sup>1</sup> Miller & Rollnick

<sup>2</sup> Self regulation

<sup>3</sup> Hunter

<sup>4</sup> Simoneau

<sup>5</sup> Bergeron

درمان انواع اختلالات روانی-جسمانی است (نویدیان، ۱۳۸۸). در رابطه با همین موضوع پروچاسکا و دی کلمته 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 می‌باشد (پروچاسکا<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). مراحل حالت خاطی نداشته، بلکه به صورت مداری و چرخشی است و در هر مرحله می‌توان از مسیر دایره‌ای خارج شد (آرکویتز<sup>۲</sup>، وسترا<sup>۳</sup>، میلر و رولنیک، ۲۰۰۸). در این میان، مصاحبه انگیزشی شیوه‌ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتمدان 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<sup>۴</sup> و استفن رولنیک<sup>۵</sup> تدوین یافت. مصاحبه انگیزشی بیش از آن که به عنوان یک تکنیک شناخته شود به جهت روشنی جهت تسهیل روابط بین فردی و افزایش روحیه افراد تعریف می‌شود (رولنیک و میلر، ۱۹۹۵). مفاهیم و تعاریف اولیه مصاحبه انگیزشی و تجربیاتی که از درمان مصرف‌کنندگان الکل به دست آمده بود برای اولین بار توسط میلر (۱۹۸۳) در مقاله‌ای در مجله درمان شناختی رفتاری<sup>۶</sup> منتشر شد. میلر و رالینک در سال ۱۹۹۱ جزئیات بیشتری را در رابطه با دیدگاهشان در مورد رویکرد مصاحبه انگیزشی بیان کرده و به مفهوم پردازی رویه بالینی این روش پرداختند.

### مرووی بر مفهوم مداخله انگیزشی

مداخله انگیزشی یک رویکرد متمرکز بر شخص می‌باشد (رزینکوف و مک مستر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). این روش به تقویت انگیزه افراد جهت تغییر یک رفتار منفی می‌پردازد. مداخله انگیزشی مراجع را درگیر کرده و با تحریک وی منجر به ایجاد تغییرات مثبت در شخص می‌شود. به عنوان مثال، مکالمات تحولی<sup>۸</sup>، 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)<sup>۹</sup> با پذیرش<sup>۱۰</sup> بدون قضاوت مصاحبه شونده (بیمار)<sup>۱۱</sup> به او کمک می‌کند تا تغییر در رفتار حاصل شود (آسومناکول<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ رزینکوف و مک مستر، ۲۰۱۲).

<sup>1</sup> Prochaska

<sup>2</sup> Arkowitz

<sup>3</sup> Westra

<sup>4</sup> William R Miller

<sup>5</sup> Stephen Rollinck

<sup>6</sup> Behavioural and Cognitive Psychotherapy

<sup>7</sup> Resnicow & McMaster

<sup>8</sup> change talk

<sup>9</sup> Interviewer (Clinician)

<sup>10</sup> Acceptance

<sup>11</sup> Interviewee (Patient)

<sup>12</sup> Aswamenakul

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، ۲۰۰۱). تغییر بسته به بیمار، ممکن است سریع اتفاق بیفتد و یا اینکه مدت‌ها طول بکشد. دانش به‌تهیایی برای ایجاد انگیزه تغییر در بیمار کفايت نمی‌کند و چالش‌هایی که در این راه به وجود می‌آید باید به عنوان 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. در عین حال این روند کمک می‌کند تا افراد هم‌دیگر را به عنوان تیمی که جهت حل یک مشکل باهم، همکاری و هماندیشی می‌کنند بینند نه در قالب بیمار و درمانگر. از این‌رو، این تکنیک به عنوان روشی که منجر به تقویت حس عزت‌نفس<sup>۲</sup> و خودمختاری<sup>۳</sup> در افراد می‌شود در نظر گرفته می‌شود. برای اجرای یک مداخله انگیزشی موفق، بالینگر باید متعهد، کارا و دارای استراتژی و مهارت باشد تا این‌مهم، محقق شود (Magill & Hallgren، 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 از جمله آن‌ها می‌توان به: پرسیدن سوال‌های باز پاسخ<sup>۴</sup>، گوش دادن انعکاسی<sup>۵</sup>، تصدیق کردن<sup>۶</sup> و تکرار کردن گزاره‌های بیمار اشاره کرد (Levensky و همکاران، ۲۰۰۷). این مهارت‌ها، در یک تعامل پویا در مصاحبه به کار گرفته می‌شوند، زمانی که درمانگر در حین مصاحبه با گوش دادن فعال، صحبت‌های مراجع را دست‌بندی کرده و با بر جسته کردن تغییرات مثبت مراجع، به وی بازخورد می‌دهد. با این روش، حس اعتماد به نفس مراجع، جهت تغییر افزایش می‌یابد. به علاوه، درمانگر باید به صورت همزمان باشد اصول خاصی را در رابطه با متغیرهای درمان در نظر داشته باشد (Magill & Hallgren، 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 کاوشن قراردادند که از مهم‌ترین و رایج‌ترین اجزای تغییر مثبت به شمار می‌آیند که از جمله آن‌ها می‌توان به رویکرد FRAMES زیر اشاره کرد:

رویکرد FRAMES ترکیبی از شش مؤلفه است (Kamya, ۲۰۱۲) که عبارت‌اند از:

<sup>۱</sup> Handmaker, Miller, Manicke

<sup>۲</sup> Self Esteem

<sup>۳</sup> Autonomy

<sup>۴</sup> Magill & Hallgren

<sup>۵</sup> asking open ended questions

<sup>۶</sup> reflective listening

<sup>۷</sup> affirming

<sup>۸</sup> reiterating statement

<sup>۹</sup> Levensky

<sup>۱۰</sup> Kamya

<sup>۱۱</sup> Feedback

مراجع حق انتخاب دارد که یا مصرف را ادامه دهد و یا ندهد و این مسئله باید صریحاً به او گفته شود.

<sup>۱</sup> مسئولیت پذیری

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.

<sup>۲</sup> اندرز

در صورت امکان، اگر فهرستی از انتخاب‌ها و جایگزین‌های مناسب به مراجع ارائه شود بهتر است.

<sup>۳</sup> فهرست

مشاوره همدلانه یعنی گفتگوی توأم با احترام، فهم متقابل و مهم‌تر از آن، شنیدن فعال و بازتابی.

<sup>۴</sup> همدلی

خودکارآمدی<sup>۵</sup> 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 الكل و تشویق مراجعین به ادامه درمان انجام شد، نتایج زیر حاصل شده است:

هم‌چنین در مطالعه‌ای که اخیراً در سال ۲۰۱۷ توسط فون لون و همکارانش صورت گرفته از بین ۲۰۹ نفر، ۸۹۴ فرد انتخاب شده و به دو گروه تقسیم شدند، گروه اول که شامل ۷۰ درصد آزمودنی‌ها بودند تنها موارد آموزشی دریافت کردند اما گروه دوم که ۳۰ درصد باقیمانده بودند، علاوه بر موارد آموزشی، مصاحبه انگیزشی نیز دریافت کردند. نشانه‌های مصرف الكل در ۳۴,۹ گروه آزمایشی کم یا متوقف شد (فن لون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که کاربرد مصاحبه انگیزشی در معتادان الكل هم در حفظ آن‌ها در جریان درمان و هم در افزایش اثربخشی درمان آن‌ها مفید بوده است. براون<sup>۷</sup> 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 انجام شده است توسط وان بلیس و همکارانش در سال ۱۹۸۶ بوده است. آن‌ها این روش را برای درمان بیمارانی که برای دریافت متابدون مراجعت می‌کردند مورد استفاده قراردادند. به بیماران اجازه داده شد که خود آن‌ها اهداف درمان را تعیین کنند. این مطالعه نشان داد که بیماران پس از مصاحبه انگیزشی به راحتی 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 رالینک، ۲۰۰۲).

## مدل فرانظری تغییر

<sup>1</sup> Responsibility

<sup>2</sup> Advice

<sup>3</sup> Menu of Options

<sup>4</sup> Empathy

<sup>5</sup> Self-Efficacy

<sup>6</sup> Van Loon

<sup>7</sup> Brown

پژوهش‌های زیادی بر عناصر تعیین‌کننده و سازوکارهای تغییر متumer کرده‌اند. نظریه پردازان مدل‌های گوناگونی را جهت توضیح فرآیند تغییر رفتار بسط و گسترش داده‌اند. یک دیدگاه عوامل بیرونی را عامل اصلی تغییر می‌داند و دیدگاهی دیگر، بر عوامل درونی پافشاری می‌کند. عده‌ای دیگر نیز انگیزش را طیفی از آمادگی برای تغییر می‌دانند 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 نام‌های جی ا پروچاسکا<sup>۱</sup> و کارلو دی کلمته<sup>۲</sup> در نتیجه تحقیقی روی افراد سیگاری آن را ایجاد کردند و در کتابی تحت عنوان تغییر مثبت منتشر شد، با نام نظریه‌ی تحول شناخته می‌شود. پروچاسکا و دی کلمته در اصل به این موضوع علاقه‌مند بودند که چرا برخی از افراد سیگاری موفق می‌شوند خودشان به تنها‌ی 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؛ آسوانکول و همکاران، ۲۰۱۸؛ نظریه‌های روان درمانی پروچاسکا 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، الكلی و معتاد به کار گرفته شده 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 نه تنها 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، تغییر ناپذیرند. تغییر در پنج مرحله آشکار می‌شود: پیش تأمل<sup>۳</sup>، تأمل<sup>۴</sup>، آمادگی<sup>۵</sup>، عمل<sup>۶</sup>، نگهداری<sup>۷</sup>. اگر تغییر در آغاز ناموفق باشد، در این صورت افراد مراحل را از سر می‌گیرند. درصورتی که تغییر کامل و استوارشده باشد، در این صورت موقع خاتمه فرار سیده‌است. در قسمت‌های بعدی، هر مرحله و تکلیفی که باید برای پیش روی به مرحله بعدی به انجام برسند، شرح داده خواهد شد (نظریه‌های 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 برنامه‌های حمایتی متفاوتی می‌باشند. افرادی که در مرحله انکار<sup>۸</sup> قرار دارند، نیازمند آگاهی، جهت متمایل شدن به تغییر هستند. در مرحله تردید اما، آنچه باید رخ دهد، تغییر

<sup>1</sup> James O. Prochaska

<sup>2</sup> Carlo Diclemente

<sup>3</sup> precontemplation

<sup>4</sup> contemplation

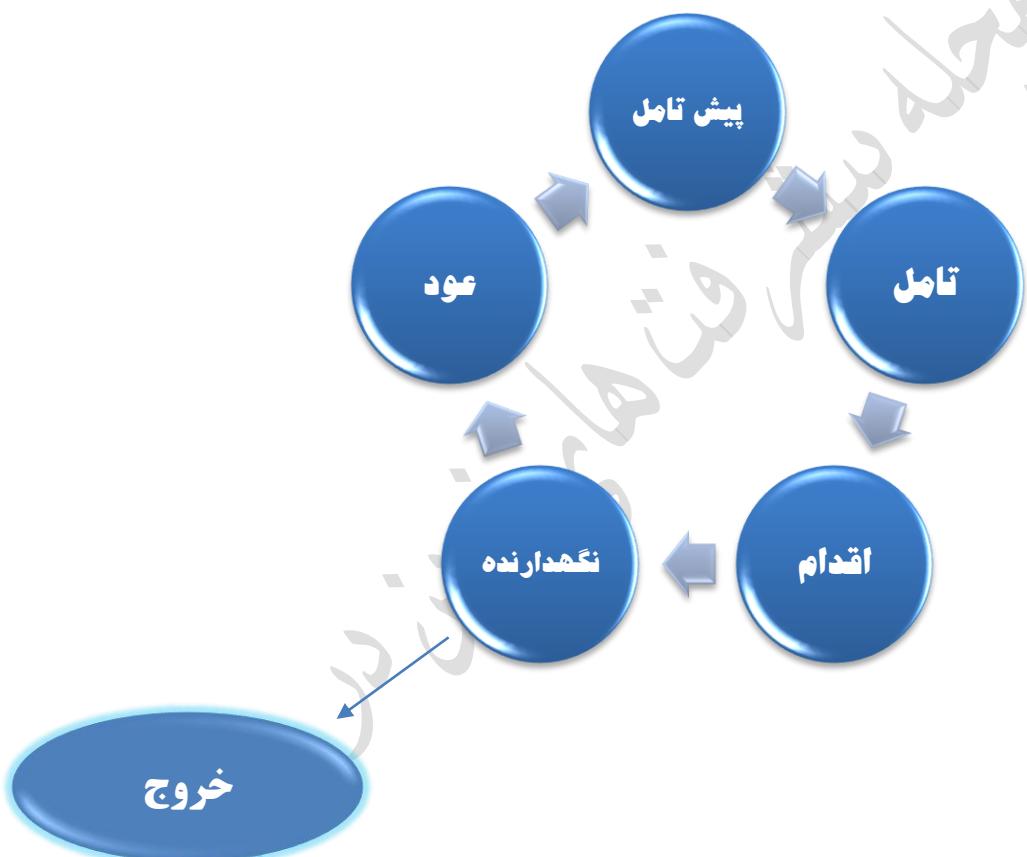
<sup>5</sup> prepartion (determination)

<sup>6</sup> action

<sup>7</sup> maintenance

<sup>8</sup> denial

ثبت در وضعیت فعلی می باشد. در سومین مرحله (مرحله آمادگی)، افراد باید روش های موجود را فرآگیرند 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 مهارت های جدید برای ثبت بهبودی و رسیدن به سبکی نو برای زندگی سالم است (پروچاسکا و همکاران، ۱۹۹۴).



### بحث و نتیجه گیری

با توجه به حجم بالای مصرف کنندگان الکل و این که افراد مشکلات زیادی را در سطوح فردی و بین فردی تجربه می کنند و مشکلات عدیدهای مانند هزینه های درمانی، جرائم قانونی، مشکلات پزشکی و قضایی و... را دارند می زنند که هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می کند اجرای یک رویکرد درمانی مناسب جهت تغییر سبک زندگی این افراد، الگوی اعتیادی و همچنین کاهش و یا

قطع مصرف الكل آنها ضروری به نظر می‌رسد. رویکرد مصاحبه انگیزشی به عنوان یک رویکرد درمانی از شواهد پژوهشی زیادی جهت ایجاد این تغییر برخوردار است و ما در پژوهش حاضر دریاقitim که بر اساس تحقیقات پیشین، اجرای مداخله انگیزشی با به کارگیری 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 الكل شود که البته تحقیقات بیشتری جهت اثبات این ادعا باید انجام شود.

#### منابع

- تفی زادیه، علی؛ محروم زاده، پیمان؛ پور آقایی، محبوب؛ رجایی غفوری، روزبه؛ شهسواری نیا، کاووس. (۱۳۹۳). عوامل پیش‌بینی کننده نیاز بستری و دیالیز در مسمومیت با الكل؛ یک مطالعه مقطعی. *مجله طب اورژانس ایران*. دوره ۲. شماره ۱. ۱۱-۱۹.
- رولنیک، استفن؛ میلر، ویلیام از؛ بوچلر، کریستوفرسی. (۲۰۰۸). مصاحبه‌ی انگیزشی در مراقبت‌های بهداشتی درمانی (کمک به تغییر رفتار بیماران)، ترجمه‌ی علی نویدیان، سید احمد احمدی، نور محمد بخشانی و حمید پورشیریفی، ۱۳۸۹، مشهد: سخن گستر.
- سراج زاده، سید حسن و ایرج فیضی. (۱۳۸۶). بررسی وضعیت مصرف مواد مخدر و مشروبات الكلی در بین دانشجویان: پژوهشی پیمایشی از دانشگاه‌های دولتی تحت پوشش وزارت علوم در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲.
- طالبان، محمدرضا. (۱۳۷۸). دینداری و بزهکاری در میان جوانان، تهران: اداره آموزش و پرورش ناحیه ۵.
- عزیزی، جلیل. (۱۳۸۷). فقر اقتصادی و سوصرف مواد مخدر و مشروبات الكلی 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 الكلی و مواد مخدر و محرك در میان دانش آموزان دیبرستانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۸(۵)، ۹۹-۱۱۴.
- قاسمی ارگنه، حامد؛ حیدری، حمید؛ قاسمی، نظام الدین؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره. (۱۳۹۳). بررسی کارآیی مصاحبه انگیزشی بر تغییر سیک زندگی معتادین زن در حال بهبود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوصرف مواد*، سال هشتم، شماره سی و یکم، صفحات ۲۵ تا ۳۴.
- قربانی، مجید. (۱۳۸۱). بررسی زمینه‌های کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی سوصرف مواد مخدر* دوره ۱، شماره ۱.

- متولیان، سیدعباس؛ صاحبی، رویا؛ رحیمی موقر، آفرین و سیان، مسعود. (۱۳۹۴). 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؛ اسماعیل زاده آخوندی، محمد؛ صفر محمدلو، ناهید. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی و دارودرمانی بر ولع مصرف مواد در مقایسه با دارودرمانی. مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت. سال چهارم، شماره ۲، صفحات ۱۱-۱.
- نویدی کاشانی و لطیفی، حسین. (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع سومصرف مواد در انتren های مذکور 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 وسوسی-جبri، 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.

- Miller, W.R., Rollnick, 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 psychotropic 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 Alcohol 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.

- 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). Alcohol epidemiology, monitoring, and information system. Genova.
- Yoon, Y-H., Chen, C.M., Yi, H-Y. (2014). Unintentional alcohol 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.

## 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'Elmane 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