

مصاحبه انگیزشی در درمان مشکلات روانی

نویسندگان

هال آرکویتز

هنی ای. وسترا

ویلیام آر. میلر

استفان رولنیک

مترجمان

دکتر سید جلال صدر السادات

دکتر لیلا صدر السادات

علیرضا مقدمی

رقیه سهرابی



آرکویتز
وسترا
میلر
رولنیک

مصاحبه انگیزشی در درمان مشکلات روانی

۲۶



9 789644 238710



انتشارات اطلاعات

بنابراین کار ما موجب شده تا به جلسه درمان امیدوارانه‌تر نگاه کنیم. در ظاهر امر، مصاحبه انگیزشی، مصاحبه مبتنی بر فرهنگ‌شناسی و راهبردهای آموزش‌های روانی، همگی با هم برای پرداختن به موانع پیگیری درمان به خوبی جواب می‌دهند؛ زنانی که این جلسه را گذرانده‌اند، به‌طور هماهنگ بیان کرده‌اند که این جلسه به آنها کمک کرده تا نیازها و اهداف درمانی خود را روشن‌سازند و شرکت آنها در درمان را آسان‌تر کرده‌است؛ همچنین درمانگران متعددی را (از رشته‌های مختلف) برای اجرای مداخله با نتایجی مطلوب آموزش دادیم؛ بنابراین، نتیجه گرفتیم که جلسه التزام، ارزش بیشتری دارد تا مشخص شود که افزودن مداخله التزام در ادغام با جلسه مبتنی بر مصاحبه انگیزشی تا چه میزان می‌تواند برای پرداختن به مشکلی کمک کند که برای پذیرش درمان و شرکت در درمان در افراد افسرده شایع است.

شاید با دیدن این عنوان، برخی خوانندگان فکر کنند که «درمان دیگری برای افسردگی معرفی می‌شود؟» از زمان‌های گذشته، درمان‌هایی برای افسردگی وجود داشته که نتیجه‌بخشی آنها در درمان افسردگی به اثبات رسیده است؛ از جمله درمان رفتاری-شناختی (مانند وسترن و موریسن، ۲۰۰۱)، روان‌کاوی (ربانگ، لایک‌سرینگ و لایبلینگ، ۲۰۰۴)، درمان با انسان‌گرایی (لی‌یتیر، گرین‌برگ، الیوت، ۲۰۰۴) و درمان‌های دارویی (شتزبرگ و نموراف، ۲۰۰۲). اگرچه درصد قابل‌توجهی از بیماران دریافت‌کننده این نوع درمان‌ها بهبود می‌یابند، اما نسبت بالایی نیز سابقه بازگشت و عود بیماری را دارند؛ در بسیاری نیز، هیچ‌گونه بهبودی حاصل نمی‌شود. مصاحبه انگیزشی می‌تواند یکی از راه‌های افزایش نتیجه‌بخشی درمان روانی و دارویی برای افسردگی باشد؛ زیرا بر دو موضوع تأکید دارد که بیشتر با افسردگی ارتباط دارند: یکی، افزایش انگیزه درونی و دیگری، برطرف کردن تردید درباره لزوم تغییر؛ افزون‌بر آن، تحلیل‌های بیشتر نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی را می‌توان همراه با درمان‌های دیگر به‌کاربرد و خودداری بیمار را از شرکت در درمان‌ها کاهش داد تا درمان‌های دیگر را بیشتر دنبال کند. بسیاری از این درمان‌ها ماهیت رفتاری-شناختی دارند. در حال حاضر، به تلفیق مصاحبه انگیزشی (مصاحبه انگیزشی)، با درمان رفتاری-شناختی (CBT) بسیار توجه می‌شود. در این فصل به ادغام این دو درمان می‌پردازیم؛ با وجود این، بحث ما گسترده‌تر خواهد بود و مصاحبه انگیزشی را تنها به عنوان یک «مکتب درمانی» جداگانه مورد بحث قرار نمی‌دهیم؛ بلکه از آن در مقام روشی بحث می‌کنیم که می‌توان به‌صورتی انعطاف‌پذیر، آن را برای افزایش ثمربخشی درمان افسردگی به‌کاربرد. به

نظر ما، مصاحبه انگیزشی را می‌توان به صورت یک چارچوب تکمیلی استفاده کرد که می‌تواند با درمان‌های دیگر ادغام شود و می‌توان آن را به صورت انعطافی برای غنی کردن نتیجه درمان به کاربرد.

جمعیت بالینی و درمان‌های متعارف

افسردگی، یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در زمان ماست. علائم اصلی افسردگی، پنج نشانه از نه نشانه زیر است: حالت غم‌زدگی، ازدست دادن علاقه و میل به فعالیت‌های زندگی، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا خواب بیش از حد، بی‌قراری، روان جنبشی یا کندی، خستگی یا ازدست دادن انرژی، احساس گناه یا به‌دردنخوردن بیش از حد و افکار یا اعمال خودکشی. اگر فردی علائم خفیف افسردگی را دست‌کم برای مدت دو سال از خود بروز دهد، ممکن است در این فرد، اختلال «افسرده‌خوئی»^۱ تشخیص داده شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که بیشتر مزمن است و شدت آن از افسردگی وخیم، کمتر است.

علاوه بر اختلالات مهم افسردگی و افسرده‌خوئی، مقوله‌های دیگری نیز از اختلال‌ها روحی و روانی وجود دارند که اختلال عاطفی فصلی، اختلال روحی و روانی ناشی از بیماری‌های عمومی پزشکی و اختلال روانی ناشی از مصرف مواد از آن جمله‌اند. اختلالات دوقطبی نیز که با وجود دوره‌های جنون یا جنون خفیف با افسردگی یا بدون افسردگی مشخص می‌شوند، در رده اختلالات روحی و روانی قرار می‌گیرند. در این بخش، بر افسردگی تک‌قطبی تمرکز می‌کنیم که چنین دوره‌هایی در آن وجود ندارد.

حدود ۱۶ درصد جمعیت ایالات متحده در برخی از نقاط و برهه‌ای از زندگی خود با شاخص‌های افسردگی وخیم مطابقت دارند؛ در صورتی که

۱۰ درصد دیگر با شاخص‌های افسردگی خفیف مطابق هستند و علائمی کمتر، اما با شدتی برابر را در بر می‌گیرند (کسلر، ۲۰۰۲). بسیاری از افراد، افسردگی را با شدتی کمتر تجربه می‌کنند که در این صورت نیز، کیفیت زندگی آنها تحت الشعاع قرار می‌گیرد (فاوست و کلرک، ۱۹۹۲). در واقع، افسردگی مشکلی است که نیاز به یافتن درمان آن، بسیار اهمیت دارد.

در سال‌های اخیر، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه درمان‌های روان‌شناختی و بیولوژیکی افسردگی انجام شده است (شتزبرگ و نموراف، ۲۰۰۲). دو روش درمان روان‌شناختی که در کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی توجه زیادی را در پژوهش به خود جلب کرده‌اند، درمان رفتاری شناختی (CBT) و روان‌درمانی میان فردی (IPT) هستند (کلرمن، مارکویتز، ویسمن، IPT، ۲۰۰۰)؛ در صورتی که تحقیقات کمتری درباره درمان‌های روان‌کاوی و انسان‌گرایی صورت گرفته است. کارایی درمان دارویی ضدافسردگی نیز در تحقیقاتی متعدد مورد ارزیابی قرار گرفته است.

در تحلیلی که وستن^۱ و موريسن^۲ (۲۰۰۱) درباره نتایج تحقیقات در طی سال ۱۹۹۸ انجام دادند، دریافته‌اند که ۵۴ درصد افراد افسرده‌ای که دوره درمان را به پایان رساندند، بهبودی چشمگیری داشتند؛ با این حال، در انتهای درمان، درصد بالایی از شرکت‌کنندگان هنوز هم درجاتی از علائم افسردگی را به همراه داشتند؛ این موضوع مشکل‌ساز است، زیرا وجود علائم باقیمانده از افسردگی، عاملی مهم در خطر بازگشت بیماری است (روزبنام، هویرمن، ولین‌سان، ۱۹۹۸).

همچنین، درصد بالایی از افراد افسرده در زمینه‌های مختلفی در تحقیقات پذیرفته‌نشده؛ از جمله در زمینه سایکوز، سوءاستفاده دارویی

بیمارگونه و خطر خودکشی که دامنه افراد افسرده را به افرادی محدود کرد که این نتایج به آنها قابل تعمیم بود. هنگامی که تحلیل تحقیقاتی علاوه بر افرادی که درمان را به پایان رسانده بودند، افرادی را نیز شامل شد که درمان را شروع کرده بودند، اما به پایان نرسانده بودند، نسبت بهبودی به ۳۷ درصد افت کرد؛ علاوه بر آن، تحقیقاتی که دوره پس از درمان را نیز شامل می شد، نشان داد که نسبت بازگشت بیماری به صورتی ناراحت کننده بالاست.

با اینکه درمان های دارویی برای بسیاری از افراد افسرده، کمک کننده اند، اما این درمان ها نیز معایب بسیاری دارند (شتزبرگ و نموداف، ۲۰۰۲). ممکن است این درمان ها عوارض جانبی مانند ناتوانی جنسی و افزایش وزن را به همراه داشته باشند، ضمن اینکه نسبت به روان درمانی مقرون به صرفه نیستند (کنپ و بایفرد، ۲۰۰۵)؛ همچنین، پس از پایان درمان با نسبت بالاتری به بازگشت بیماری منجر می شوند (هالان و همکارانش، ۲۰۰۵). می توان با امتحان کردن داروهای ضد افسردگی مختلف، نتایجی خوب به دست آورد یا در صورتی که بیمار نسبت به داروی اول حساسیت داشت یا تأثیرهای درمانی قابل توجهی از داروی اول مشاهده نشد، می توان با تغییر دارو، درصد بهبودی را افزایش داد (مک گراف و همکارانش، ۲۰۰۶)؛ با این حال، تدجی^۱، مارکز^۲، الفسن^۳ و وان^۴ (۲۰۰۶) دریافتند که ۴۲ درصد افراد، درمان دارویی با داروی ضد افسردگی را در سی روز رها می کنند و ۷۲ درصد تا نود روز متوقف می کنند. اگرچه دلایل مختلفی، درمان دارویی را متوقف می کند (مانند عدم وجود تأثیرهای درمانی یا عوارض جانبی دارو و حساسیت)، بسیاری از افراد، داروی مؤثر و قابل

1. Tedechi
2. Marcas
3. Olfson
4. Wan

تحمل را نیز متوقف می کنند؛ در واقع، مصاحبه انگیزشی می تواند در افزایش پیروی از درمان دارویی در صورت مناسب بودن درمان کمک کننده باشد. در انتهای درمان، نتایج درمان دارویی با داروی ضد افسردگی و روان درمانی برابر است؛ اما هنگامی که درمان به پایان می رسد، نسبت بازگشت بیماری در روان درمانی پایین تر است (هالان و همکارانش، ۲۰۰۵). درباره اینکه در هر درمان دارویی و روان درمانی چند نفر درمان می شوند و درمان تا چه حدی است، تا چه اندازه ای درمان دنبال می شود و نسبت بازگشت بیماری در هر دو درمان تا چه میزانی است، جای بحث زیادی وجود دارد. امیدواریم ثابت کنیم که مصاحبه انگیزشی برای بهبود نتایج درمان دارویی و روان درمانی افراد افسرده نویدبخش است.

منطق استفاده از مصاحبه انگیزشی در درمان افسردگی

دلایلی متعدد به فواید کاربرد مصاحبه انگیزشی در روان درمانی همه اختلال ها به ویژه افسردگی اشاره می کند؛ نخست اینکه، مصاحبه انگیزشی را می توان با درمان های دیگر تلفیق کرد تا تمایل بیمار برای دنبال کردن این درمان ها افزایش یابد و در نتیجه درمان را بهبود بخشد؛ همچنین، دلایل ویژه دیگری نیز وجود دارد که در ادامه راجع به آنها بحث می کنیم.

مصاحبه انگیزشی با علائم افسردگی متناسب است

نبود علاقه و تمایل به اغلب فعالیت ها یا همه فعالیت، علامت اصلی افسردگی است و به سادگی می توان آن را به شکل انگیزه پایین دید. نولن - هو/یکما^۱ و برنز^۲ (۱۹۹۱) دریافتند که برای کشف مشکلات فرد و ایجاد تغییر و برای ارتقای چشمگیر بهبودی که در افسردگی پیش بینی می شود،

1. Nolen- Hoeksma
2. Burns

انگیزه مثبت، عاملی مهم است و با تمایل برای شرکت و حضور در درمان «سی.بی.تی» سنجیده می‌شود؛ بنابراین، تمرکز و تأکید ویژه در افزایش انگیزه می‌تواند با موازنه انگیزشی که افراد افسرده از خود بروزمی‌دهند، تناسبی مطلوب داشته باشد.

اغلب روان‌پزشکان، افراد افسرده‌ای را که به آنها مراجعه می‌کنند، افرادی مقاوم و مخالف درمان تصور می‌کنند. هر دو گروه تحقیقاتی رولنیک و میلر (۲۰۰۲) و نیز آرکوئیز و اینگل^۱ (۲۰۰۶)، مقاومت و مخالفت در برابر درمان را به داشتن تردید تعبیر کرده‌اند. اغلب روان‌شناسان که با افراد افسرده کار می‌کنند، از زمان بروز چنین تردیدی آگاه‌اند که با جملاتی مانند «بله و اما...» شروع می‌شود. مصاحبه انگیزشی بیش از درمان‌های دیگر، به‌طور ویژه‌ای به شک و تردید بیمار می‌پردازد که در افسردگی نیز بسیار مشهود است و بالاخره، تحریک‌پذیری و عصبانیت تقریباً در ۲۵ درصد افراد افسرده وجود دارد (موریسنی، گاتانو، بیوندی و پکردی، ۲۰۰۴)؛ گروه تحقیقی پروژه MATCH (۱۹۹۷، ۱۹۹۸) نیز دریافته‌اند که وجود عصبانیت، در پیش‌بینی [دستیابی یا عدم دستیابی به] نتیجه مثبت مصاحبه انگیزشی در اعتیاد به الکل، عاملی مهم است. این یافته‌ها احتمال مؤثر بودن مصاحبه انگیزشی را برای افرادی که در تابلوی افسردگی آنها عصبانیت و تحریک‌پذیری دیده می‌شود، افزایش می‌دهد.

مصاحبه انگیزشی می‌تواند به افراد افسرده کمک کند تا سطح فعالیت‌های خود را افزایش دهند

افزایش فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی می‌تواند علائم افسردگی را کاهش دهد (برای نمونه، تحقیق برنز و اسپنگلر، ۲۰۰۰؛ لوین‌سان، ۱۹۷۴)

و روان‌شناسان هر گرایشی که داشته باشند، اغلب به بیماران افسرده پیشنهاد می‌کنند، میزان فعالیت‌های خود را افزایش دهند؛ با این حال، شیوه این پیشنهادها، در چگونگی واکنش بیماران تأثیر چشمگیری دارد. سبک حمایتی که از ویژگی‌های مصاحبه انگیزشی است، در مقایسه با شیوه‌ای که روان‌شناسان، بیشتر به‌صورت دستوری درپیش می‌گیرند، مقاومت کمتری را از سوی بیمار موجب می‌شود (چمبرلین و پترسون، ۱۹۹۳؛ تونیگن، بنی‌فایلد، میلر و چمبرلین، ۱۹۹۴)؛ در نتیجه، هنگامی که توصیه‌ها و پیشنهادها برای روان‌شناس به شیوه مصاحبه انگیزشی انجام می‌گیرد، احتمال انجام و اجرای آنها بیشتر است.

رابطه درمانی که با همدردی همراه است، افسردگی را کاهش می‌دهد داده‌های بسیاری ثابت می‌کنند که رابطه درمانی که با همدردی همراه است، در تغییر روند درمان، عاملی قدرتمند است (واتسون، گرین‌برگ، الیوت و بوهورت، ۲۰۰۲). بارلی^۱ و لامرت^۲ (۲۰۰۲) بر این عقیده‌اند که متغیرهای رابطه درمانی از جمله ابراز همدردی، بیش از روش‌های ویژه درمان‌های مختلف با نتیجه درمان در ارتباط‌اند؛ همچنین آنها استدلال می‌کنند، روان‌شناسانی که ارتباط گرم‌تر و همدردی بیشتری دارند، پذیراتر، حامی و مشوق هستند و بیمار را بهتر درک می‌کنند. میزان درک این‌گونه روان‌شناسان از وضعیت بیمار بیش از روان‌شناسانی است که این متغیرها را به میزان کمتری دارند و در مجموع، روش‌های آنان، مؤثر و کارآمدترند. نولن - هوایکما و برنز (۱۹۹۲) دریافته‌اند که ابراز همدردی با بیمار، در حین درمان، در بازایی از افسردگی در بیمارانی که درمان «سی.بی.تی» را دریافت می‌کنند، تأثیر زیادی دارد؛ این تحقیقات نشان می‌دهد، مصاحبه

انگیزشی بر رابطه درمانی همراه با همدردی تأکید فراوانی دارد و بر بهبود نتیجه درمان افسردگی، تأثیری چشمگیر می‌گذارد.

به‌کارگیری مصاحبه انگیزشی در درمان افسردگی

براساس تحقیقات انجام‌شده در حوزه اعتیاد به مصرف مواد، چند جلسه مصاحبه انگیزشی به‌عنوان پیش‌درمان، نتیجه درمان‌های بعدی از جمله، درمان‌های دستوری را بهبود می‌بخشد (درمن، ولیتز و کانرز، ۲۰۰۲، همچنین به فراتحلیل‌های بورک^۱ و همکارانش، ۲۰۰۳؛ Hettema و همکارانش، ۲۰۰۵ مراجعه کنید). درباره استفاده از مصاحبه انگیزشی در مقام پیش‌درمان به‌طور کامل در تحقیقات آرکوئیز و وسترا^۲ (۲۰۰۴)، دوزویس^۳ و وسترا (بخش ۲ این کتاب) و گروت^۴، اسورتز^۵، زوکوف^۶ (بخش ۵ این کتاب) بحث‌شده است. برای درمان افسردگی و اختلالات دیگر، نتایج مصاحبه انگیزشی به‌عنوان پیش‌درمان، بسیار امیدوارکننده است و دقت تحقیق را افزایش می‌دهد؛ بااین‌حال، کار تحقیقی ما به مصاحبه انگیزشی در مقام چارچوبی برای کل دوره درمان نگاه می‌کند.

میلر (۱۹۸۳) مطرح کرد، مصاحبه انگیزشی اصالتاً یک درمان منفرد به‌شمار نمی‌آید، بلکه بیشتر باید همراه با سایر روش‌های درمانی به‌کار گرفته شود؛ طبق این دیدگاه، مصاحبه انگیزشی را چارچوب تکاملی درنظر می‌گیریم که می‌توان تقریباً همه روش‌های درمانی را در آن ادغام کرد؛ بااین‌حال، در به‌کارگیری مصاحبه انگیزشی در درمان افسردگی با این

1. Burke
2. Westra
3. Dozois
4. Grote
5. Swartz
6. Zuckoff

شیوه تلفیقی دریافتیم که باید به چند موضوعی پردازیم که در ادامه درباره آنها توضیح داده می‌شود:

رابطه شفابخشی

در برخی موارد مشاهده کردیم، رابطه درمانی که کارل راجرز^۱ (۱۹۵۱) توصیف کرده و با مصاحبه انگیزشی ترویج یافته است، می‌تواند برای داشتن نتیجه درمانی موفق در افسردگی، ضروری و نیز کافی باشد. به نظر کارل راجرز، رابطه درمانی برای تغییر، ضروری و کافی است. او می‌گوید: «نوع ویژه‌ای از رابطه درمانی که شرایطی معین را دربرمی‌گیرد، برای ایجاد تغییر لازم است. سه شرط مهم از این شرایط عبارت‌اند از: درستی و صداقت روان‌شناس، همدردی و پذیرش و نگاه مثبت بی‌قید و شرط».

این نگرش‌ها در انجام مصاحبه انگیزشی، نقشی اساسی دارند و به اسامی مختلفی مانند معنای عمیق مصاحبه انگیزشی و سبک مصاحبه انگیزشی شهرت یافته‌اند. میلر و رولنیک (۲۰۰۲، ص ۲۵) می‌گویند:

نخست اینکه، مصاحبه انگیزشی، متمرکز بر دیدگاه‌ها و نظریه‌های فردی مشتری‌محور یا فردمحور است؛ همچنین ما بر کار تحقیقی کارل راجرز و همکارانش اتکا و اعتماد قوی داریم؛ از این لحاظ، مصاحبه انگیزشی، تحولی در روش مشتری‌محور است که کارل راجرز ایجاد کرد.

بااین‌حال، مصاحبه انگیزشی با روش کارل راجرز در تأکید بر افزایش انگیزه درونی برای تغییر، برطرف کردن تردید و دودلی درباره تغییر و افزایش تغییر در گفتگو با پاسخ انتخابی تفاوت‌هایی دارد. میلر و رولنیک (۲۰۰۲، ص ۲۵)؛ معنای عمیق مصاحبه انگیزشی یا سبک مصاحبه انگیزشی را برای دستیابی به تغییر ضروری دانسته‌اند و روش‌هایی از

مصاحبه انگیزشی را برای رسیدن به این اهداف توصیه می‌کنند که بدون درک این معنای عمیق، سودمندی خود را از دست می‌دهند.

پشتیبانی دیگر از دیدگاه از سوی محتوای نظام اصلی، کدگذاری است که در تحقیق مصاحبه انگیزشی به کار رفته است (مانند هندریکسون، میلر، مایرز، ۲۰۰۵) که درجه‌بندی‌هایی را درباره مهارت‌های ویژه متخصص بالینی برای اجرای مصاحبه انگیزشی شامل می‌شود؛ این مهارت‌ها عبارت‌اند از: پذیرش، همدردی، برخورد گرم و صمیمی، درستی و خلوص و تساوی انسانی؛ با اینکه ممکن است در معنای این شرایط میان دیدگاه میلر و رولنیک و دیدگاه‌های راجرز تفاوت‌هایی وجود داشته باشد، هم‌پوشی آنها نیز غیرقابل اجتناب است.

درمان مراجع محور راجرز، که براساس فراهم کردن شرایطی همانند شرایط موجود در مصاحبه انگیزشی است، در تعدادی از تحقیقات، ثمربخشی خود را به اثبات رسانده است (مانند الیوت و همکارانش، ۲۰۰۴؛ گرین‌برگ، گولدمن و انگیوس، ۲۰۰۶)؛ این تحقیق و تحقیقات دیگر با جزئیات بیشتری در انتهای این بخش مورد بحث قرار گرفته‌اند.

ازیک‌سو، وجود شباهت‌های اساسی میان شرایط راجرز برای تغییر و ثمربخشی درمان مراجع محور او و ازسوی دیگر، مرکزیت معانی عمیق مصاحبه انگیزشی برای روش مصاحبه انگیزشی، نشان می‌دهد که دست‌کم در برخی بیماران می‌توان معانی عمیق مصاحبه انگیزشی را برای تغییر در نظر گرفت؛ روش‌های ویژه مصاحبه انگیزشی نیز در جهت افزایش انگیزه تغییر جهت‌دهی شده‌اند و گفتگوی تغییر و برطرف کردن تردید، نقشی اندک در فرآیند تغییر دارد یا هیچ نقشی ندارد.

بسیاری از بیماران، مشکل خود را با اعتماد به نفس و خوشتن‌پذیری پایین مطرح می‌کنند؛ این موضوع به‌ویژه در افسردگی صحت دارد. اگر

روان‌شناس توجه مثبت و بی‌قید و شرط، درستی و خلوص و همدردی را برای فرد افسرده فراهم کند، ممکن است بیمار این گرایش‌ها و رفتارها را نهادینه کرده، با برخوردهای توجه مثبت مشروط و عدم وجود همدردی که در افسردگی‌اش آنها را تجربه می‌کند، مقابله کند.

تحقیقات حاضر، هنوز نتوانسته‌اند، تأثیر دقیق معانی عمیق مصاحبه انگیزشی، از بین بردن تردید و افزایش انگیزه درونی را در فرآیند تغییر بررسی کنند؛ چنین تحقیقاتی، چگونگی عملکرد مصاحبه انگیزشی و گمانه‌پردازی و پیش‌بینی‌هایی را که در این بخش ارائه شده است، روشن می‌کند. تحقیق [مشترک] پالمر^۱، یان^۲، میلر^۳ و فولچر^۴ (۲۰۰۳) نشان داده است که تغییر در گفتگو نتیجه را پیش‌بینی می‌کند، اما هنوز این پرسش باقی است که کدام جنبه یا جنبه‌های مصاحبه انگیزشی برای ایجاد چنین تغییری ضروری است؟

سطوح کانون درمان

روان‌شناسانی که در زمینه افسردگی کار می‌کنند، لازم است نه تنها به نشانه‌های حاضر و سایر پریشانی‌های فرد توجه داشته باشند، بلکه باید مسائل سببی و راه‌های مقابله با آنها را نیز در نظر بگیرند. تا زمانی که برای راهنمایی روان‌شناس در ایجاد کانون درمان افسردگی راه‌هایی وجود ندارد، ممکن است درمان بدون پیشرفت چشمگیری در جهت‌های بسیار متعددی قرار گیرد؛ به‌ویژه، در درمان کوتاه‌مدت، ما روش ساده و سودمندی را برای تفکر درباره کانون درمان افسردگی ایجاد کرده‌ایم که می‌توان در اختلالات دیگر نیز آن را به کار برد.

1. Palmer
2. Yahne
3. Amrhein
4. Fulcher

سه سطح کانونی را مشخص کرده‌ایم: کاهش علائم اصلی افسردگی و اختلالات دیگر، تشخیص مشکلاتی که در به‌وجود آمدن علائم اصلی افسردگی پریشانی‌های مربوط نقش دارند و تغییر مشکلاتی که به علائم اصلی ناراحتی کمک می‌کنند؛ در هر سطح، افزایش انگیزه و برطرف کردن دودلی و تردید درباره تغییر بررسی شده است.

سطح یک: کاهش علائم اصلی افسردگی و ناراحتی

تمرکز اولیه درمان باید برای کاهش علائم کلی افسردگی و اختلالات مربوط باشد. علاوه بر روش‌های مصاحبه انگیزشی، مانند افزایش تغییر گفتگو و کار بار تعارض‌ها و مغایرت‌های رفتاری و ارزشی که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند، راهبردهای توازن تصمیم‌گیری را برای برطرف کردن تردید درباره مورد علائم افسردگی ایجاد کرده‌ایم تا به افراد افسرده، بسیار کمک شود.

صحبت از تقویت تعهد فرد به تغییر و برانگیختن وی به اعمال تغییرها، جزء متمایز روش مصاحبه انگیزشی به حساب می‌آید؛ گفتگوی بیمار که حفظ وضعیت یا دلایلی را برای عدم تغییر منعکس می‌کند تا حدی مورد تأکید نیست؛ برای نمونه، رولنیک و میلر (۲۰۰۲) تغییر تمرکز گفتگو را در زمانی که موضوع «عدم تغییر» در گفتگو پیش می‌آید، توصیه می‌کنند. برخلاف آن، ما زمان قابل ملاحظه‌ای را در برانگیختن و بازتاب دلایل تغییر صرف می‌کنیم؛ به‌ویژه روی مراحل اولیه درمان که برای ایجاد انگیزه تغییر است، تمرکز می‌کنیم. مشاهدات بالینی ما نشان می‌دهد که تمرکز بر دلایل عدم تغییر به اندازه دلایل تغییر در اوایل درمان می‌تواند در درک عمیق بیماری و توجه بیشتر به آن جنبه از تردید خویش، به آنها کمک کند و نیز احساساتی را که به آن دلایل مربوط است، آشکار سازد؛

درواقع، انگیزش و شناسایی احساسات دردناک که به عدم تغییر مربوط‌اند، می‌تواند دلایل تغییر را در ادراک بیمار قوی‌تر کنند و بیمار بپذیرد که با تغییر، این ناراحتی‌ها کاهش خواهند یافت؛ به‌علاوه به نظر ما، برای برطرف کردن دودلی که ما آن را کشمکش درونی می‌بینیم (آرکویتز و اینگل، ۲۰۰۶) بهتر است «تمامی اطلاعات را در دست داشته باشیم»؛ در غیر این صورت ممکن است بیمار دلایلی را برای عدم تغییر داشته باشد که به اندازه کافی برانگیخته و بحث‌نشده یا به اندازه کافی ارزیابی نشده باشد.

اگر چنین وضعیتی باشد، چنین دلایلی ممکن است مانعی برای تغییر باشند. با برانگیختن و بررسی این دلایل در کار موازنه تصمیم‌گیری و تمرکز بر آنها، باید احتمال رفع تردید و افزایش گفتگوی منجر به تغییر را افزایش دهیم. ترغیب بیمار برای بحث درباره موانع یا نقاط ضعف تغییر، می‌تواند کاری ویژه باشد که ممکن است رابطه مثبت درمانی را غنی‌تر سازد؛ بدین دلیل که روان‌شناس بدون قضاوت به بیمار گوش می‌دهد و با همدردی و صبر به پرسش‌هایی درباره افکار و احساسات بیمار پاسخ می‌دهد؛ درحالی که ممکن است بسیاری از افراد دیگر، این کار را غیرقابل قبول و درک‌ناشدنی بدانند.

ممکن است پس از آنکه روان‌شناس، بدون قضاوت، به دلایل عدم تغییر بیمار گوش کرد، بیمار بتواند دلایل خود را برای تغییر، راحت‌تر و خالصانه‌تر بیان کند به‌جای اینکه پاسخ‌هایی بدهد که از لحاظ اجتماعی پذیرفته‌ترند و گفته‌های دیگران را نیز درباره تغییر تکرار کند. ما معتقدیم اهمیت تمرکز بر دلایل عدم تغییر، با میزان دلایل تغییر در سه سطح کانونی درمان که در این بخش بحث کردیم، تناسب دارد؛ برای نمونه، مرد افسرده‌ای را در نظر بگیرید که یکی از دلایل مهم عدم تغییر برای او، ترس از این است که اگر دیگر افسرده نباشد باید دوباره به مشکلات خانوادگی

پپردازد که در ابتدا موجب افسردگی او شده است. ما افکار و ترس‌های او را درباره توانایی او برای پرداختن به این مشکلات تا حد زیادی برمی‌انگیزیم؛ با انجام این کار، می‌توانیم نقاط مثبت پرداختن به این موضوع را کشف کنیم و از طریق پرسش‌های استدلالی و روش‌های دیگر مصاحبه انگیزشی می‌توانیم بررسی کنیم که این دلیل تا چه حد واقع‌گرایانه‌اند؛ برای نمونه، ممکن است مواقعی را در گذشته پیدا کنیم که این فرد با موفقیت از عهده مشکلات دیگر خانواده برآمده است؛ هدف نهایی ما، کمک به این فرد برای برطرف کردن تردید و دودلی درباره حفظ افسردگی و کمک به افزایش تغییر در گفتگوی اوست تا افسردگی او کاهش یابد. ما معتقدیم، کشف دلایل عدم تغییر به صورت عمیق، موجب دستیابی به این نتیجه خواهد شد؛ البته این گمانه‌زنی‌ها براساس تجارب بالینی ماست و باید در مطالعات تجربی بررسی شوند.

مورد براد^۱ تحقیقی را نشان می‌دهد که همراه با دودلی در این سطح کلی از علائم است. براد پس از فارغ‌التحصیلی از دانشگاه، به افسردگی و اضطراب دچار شد و افسردگی وخیم در او تشخیص داده شد. در سه جلسه اول، درباره موازنه تصمیم‌گیری به براد توضیح داده و از او خواسته شد تا درباره دلایل عدم تغییر خود بیندیشد؛ پس از بحث‌های زیاد، براد بر دو موضوع تمرکز کرد: نخست اینکه اگر افسردگی او بهبود یابد، مجبور است به این سؤال دشوار پاسخ دهد که «در زندگی چه خواهد کرد؟»؛ او گفت که این، یکی از موضوع‌هایی است که ممکن است افسردگی‌اش را تسریع کند؛ همچنین اگر علائم او بهبود یابند ممکن است والدینش فشار بیاورند که شغلی پیدا کند یا به دانشگاه بازگردد و او هنوز نمی‌داند که چه کاری می‌خواهد انجام دهد؛

همچنین چندین دلیل را برای تغییر مطرح کرد.

سطح دو: تشخیص مشکلاتی که در به وجود آوردن علائم اصلی افسردگی و پریشانی‌های مربوط نقش دارند

ارزیابی این قسمت از کار، اغلب بسیار دشوار و به مهارت درمانگر نیازمند است؛ درضمن، درمانگرانی که گرایش‌هایی متفاوت دارند ممکن است برداشت‌هایی گوناگون از مشکلات موجود در درمان‌جو داشته باشند؛ برای نمونه، دیدگاه روان‌کاوی افسردگی را به عنوان نتیجه یک خشم فروخورده شده یا یک بازنمایی از میل ذهنی سرکوب شده در نظر می‌گیرد و این در حالی است که رویکرد «سی.بی.تی»، افسردگی را نتیجه افکار منحرف شده و منفی، اعتقادهای نادرست و طرح‌واره‌های ذهنی نادرست می‌داند. در کاری که ما انجام می‌دهیم، به همه عوامل تعیین‌کننده کنونی و پیشین درمان‌جو توجه می‌کنیم.

طبق آنچه در مصاحبه انگیزشی گفتیم، ما نیز در اینجا درمان‌جو را در جایگاه فرد متخصص در مشکل خود و درمانگر را در مقام مشاور در نظر می‌گیریم که درباره تغییر در فرآیندهای نامطلوب، به عنوان رای زن و مشاور عمل می‌کند. ما کار خود را با پرسش از درمان‌جو راجع به عللی که فکر می‌کند به افسردگی‌اش ارتباط دارند، آغاز می‌کنیم. برخی اوقات، درمان‌جو به سرعت می‌تواند این مشکلات را تشخیص دهد، اگر چنین باشد، درمانگر باید در تعریف دقیق این مشکلات به درمان‌جو کمک کند؛ این تعریف از راه تفکر عمیق و بازخوردهایی که هر از چندگاهی به درمان‌جو می‌دهد، امکان‌پذیر می‌شود؛ ولی اگر درمان‌جویان نتوانند مشکل را به سرعت بیان کنند و تشخیص دهند، درمانگر باید با اجازه گرفتن از درمان‌جو، برخی مشکلات احتمالی را با او در میان بگذارد و به او معرفی

کند؛ این مشکلات می‌توانند شامل خشم فروخورده، انزوای اجتماعی و سطح توانمندی پایین در ارتباطات، سوگ حل‌نشده و الگوهای تفکر نادرست باشند. اگر درمان‌جو یک یا چند مورد را از میان موارد مذکور انتخاب‌کند، درمانگر و درمان‌جو می‌توانند فرمول‌هایی را با کمک یکدیگر برای حل این مشکلات، بیابند.

ویلیام آر. میلر (ارتباط شخصی، ۷ دسامبر ۲۰۰۶)، روشی مشابه را دربارهٔ درمان‌جویان خود استفاده کرد و نشان داد که ممکن است افسردگی آنها ناشی از عامل‌های متعددی باشد. او فهرستی از گزینه‌های مختلف را برای درمان‌جو ارائه داد تا بهترین گزینه را مطابق با شرایط انتخاب‌کند. او گزارش می‌دهد، درمان‌جویان به‌خوبی به این روش پاسخ می‌دهند و این روش نه تنها از حدس‌ها و افکار خود بیمار بهره‌می‌برد، بلکه با توجه به اینکه مردم برای انگیزش درونی، تمایل بیشتری نشان می‌دهند، آزادانه از بین گزینه‌ها، موارد موردنظر خود را انتخاب می‌کنند.

ریکاردو^۱ که مردی میانسال است، مشکل اصلی افسردگی خود را این‌گونه توضیح می‌دهد: «بدون اینکه بتوانم نیمهٔ پر لیوان را ببینم، همیشه نیمه خالی لیوان را می‌بینم». هنگامی که موضوع را بیشتر مورد بحث قرار دادیم، دلیل اصلی افسردگی خود را افکار منفی و بدبینی مطرح کرد. پس از معرفی گزینه‌های مختلف چگونگی تغییر افکار منفی، او شیوه درمانی شناختی و ادراکی را انتخاب کرد.

در پی بردن به سطح دو، نه تنها عامل‌های فعلی را که می‌توانند به افسردگی کمک‌کنند؛ بلکه الگویی را که ممکن است حاصل گذشته باشد، جستجو می‌کنیم. مورد جان^۲ نمونه‌ای از حالت دوم است؛ جان پس از

1. Ricardo
2. John

اخراج از کار، افسرده شد؛ او گفت تنها چیزی که برای برطرف کردن افسردگی خود نیاز دارد، داشتن شغلی با مدیر خوب است؛ با این حال، بررسی نشان داد که در گذشته او با رفتار مستبدانه و خشمگین پدرش در کودکی مشکلاتی جدی داشته؛ پس از چند جلسه به تدریج فکر کرد که ممکن است مشکل او بیش از مشکل کاری باشد و به احتمال، مشکلی طولانی مدت را دربارهٔ مسئول و متصدی او بازتاب می‌کند؛ در این مورد، درمان بیشتر روان‌درمان تحلیلی بود که در معانی عمیق مصاحبه انگیزشی و براساس مفاهیم جدید روش‌های روان تحلیلی صورت می‌گیرد، مانند روابط شغلی، روان‌شناسی خویش و الگوهای منطقی (به واتل، ۱۹۹۷: فصل ۱۵ مراجعه کنید)؛ این روش شامل تعبیری است دربارهٔ اینکه چگونه الگوهایی که براساس وابستگی‌های اولیه است، می‌تواند به زمان حال انتقال یابد که تناسب چندانی هم با آن ندارد؛ همچنین تعبیر عوامل انتقالی را دربرمی‌گیرد که جان طبق این عوامل، روان‌شناس را فرد مسئول و مستبدی دید که با او مشکل دارد. کار روی عوامل انتقالی از گذشته و طرح نشانه‌های بارز این الگو در رابطه درمان، بسیار کمک‌کننده بود.

فهم مشکل مطرح شد و افکار درمان‌جو درباره تعبیر به تعدیل، رد یا پذیرش آنها منجر شد؛ این روش به جای موردی دستوری و تحکم‌آمیز از سوی روان‌شناس، درمانی وابسته به محرک‌ها و انگیزه‌های مؤثر در فکر و در معانی عمیق مصاحبه انگیزشی بود.

سارا که زنی ۵۵ ساله است، در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته است و به این دلیل شرم بسیار زیادی را از خود بروز داده که موجب شده، او به فردی منزوی، تنها و افسرده تبدیل شود. شرمی را که سارا سال‌ها به عنوان مشکل مهم با خود داشته مشخص کردیم تا به افسردگی او و نیز دیگر احساسات باقیمانده از این سوءاستفاده کمک‌کند.

چارلز که مردی میانسال است برای درمان افسردگی مربوط به مشکلی که در زناشویی داشته، به ما مراجعه کرد (هال آرکویتز). همسرش از اینکه چارلز نمی‌تواند احساسات و افکار خود را با او در میان بگذارد بسیار ناراحت بود و او را تهدید می‌کرد که از او جدا خواهد شد. از او خواستم اگر می‌تواند چیزی را درباره مشکل ارتباطی خود در گذشته با کسی که دوست داشته است، به خاطر آورد و بیان کند؛ او گفت که والدینش ازدواج ناخوشایندی داشتند و در کودکی، مادرش به او وابستگی بیشتری داشته و مشکلاتش را برای او مطرح می‌کرده؛ گویی او مشاور مادرش بوده و اگر می‌خواست درباره نگرانی‌های خود با او صحبت کند، مادرش ناراحت می‌شده است؛ در نتیجه او یاد گرفته که شنونده‌ای خوب، اما مخاطبی ضعیف باشد؛ چیزی که در گذشته موجب نزدیکی او به مادر شده بود، اکنون موجب دوری او از همسرش می‌شد؛ این آگاهی و درون‌بینی موجب شد که انگیزه او برای نزدیک شدن به همسرش بیشتر شود.

سطح دو در اصل، سطح فرمول‌سازی و قاعده‌سازی مورد است؛ هرگونه اطلاعاتی از منشأ نظریه قابل قبول مناسب است؛ این چیزی است که تا حدی مصاحبه انگیزشی را به چارچوبی تکاملی تبدیل می‌کند که در آن روش‌های مختلف شناسایی مشکل را از جهات نظریه‌های متعدد می‌توان ادغام کرد.

سطح سه: تغییر مشکلاتی که به علائم اصلی ناراحتی کمک می‌کند؛ استفاده از مصاحبه انگیزشی در مرحله عمل وقتی مشکلاتی که به افسردگی کمک می‌کنند، مشخص شد، این مشکل به کانون توجه درمان تبدیل می‌شود.

همانند سطح دو، ممکن است راهبرد درمان از هرگونه روش روان‌درمانی واقعی حاصل شود. ما دریافتیم که کار با مصاحبه انگیزشی در

مرحله عمل را می‌توان در زمینه معانی عمیق مصاحبه انگیزشی انجام داد و می‌توان روش‌های مصاحبه انگیزشی و نیز روش‌های دیگر درمانی را در کنار آن به کاربرد. روش‌هایی که در تحقیقات مرکب از چند روش، این موضوع را به روشی متفاوت نشان می‌دهند (میلر، ۲۰۰۴).

درمان در سطح سه برای تغییر رفتاری انجام می‌شود که هدف اصلی مصاحبه انگیزشی است؛ گاهی چنین تغییری را می‌توان از طریق درمان‌هایی ایجاد کرد که بیشتر عملگرا هستند؛ مانند «سی.بی.تی» و در موارد دیگری می‌توان برای درمان‌هایی ایجاد کرد که بیشتر در جهت آگاهی هستند؛ مانند درمان انسان‌گرایی یا درون‌بینی، مانند درمان‌های روان‌تحلیلی؛ با اینکه درون‌بینی و آگاهی برای خود ادراک‌هایی ارزشمندند، اما نقطه نهایی چنین درمان‌هایی نیستند؛ بلکه وسیله‌ای برای دستیابی به تغییر رفتاری در مشکلات مربوط به بیمار هستند.

در مصاحبه انگیزشی، روان‌شناس با این پرسش شروع می‌کند که «آیا به نظر درمان‌جو برای تغییر مشکلات سطح دو، هر کاری می‌توان انجام داد؟» پاسخ‌های درمان‌جو، هنگامی که پیشنهادی واقعی و ملموس را برای برنامه تغییر مطرح می‌کند بیشتر، دربرگیرنده چنین جملاتی است: «به ورزش بازگردم، توقف سرزنش خود، رهاکردن افکار منفی راحت‌تر صحبت کردن با همسر و نمی‌دانم!». علم روان‌شناسی در صورتی به اجرای برنامه کمک می‌کند که پذیرفتنی به نظر برسد؛ ما دریافتیم که درمان‌جویان اغلب احساس خوبی درباره اینکه چه کاری باید انجام شود، دارند؛ باین حال، در مواقعی ممکن است برنامه‌ای مشکل‌ساز باشد یا درمان‌جو نداند که چه کاری باید انجام دهد تا مشکل تغییر کند؛ در چنین مواردی، روان‌شناس از درمان‌جو اجازه می‌گیرد تا پیشنهادهایی را ارائه دهد و ممکن است فهرستی از راهبردهای تغییر را برای بیمار مطرح کند. روشی که

روان‌شناس برای درمان افسردگی ترجیح می‌دهد، در این پیشنهادها بازتاب می‌یابد. از نظر ما اگر راهبردهای درمانی که استفاده می‌شود، در زمینه معانی عمیق مصاحبه انگیزشی ایجاد شود، بیشتر به درمان‌جو کمک می‌کند؛ با این حال، همان‌گونه که در بالا اشاره شد، مصاحبه انگیزشی به عنوان پیش‌درمان، نتیجه درمان را حتی در درمان‌های بعدی جهت‌دار بهبود می‌بخشد؛ ولی حتی در این مرحله ممکن است انگیزه، کم‌رنگ‌تر شود یا دودلی و تردید به وجود آید و به نظر ما مصاحبه انگیزشی می‌تواند در صورت بروز چنین مشکلاتی در حل و فصل آنها سودمند باشد.

یکی از راه‌های مطرح کردن این پیشنهادها از سوی روان‌شناس این است که بگوید: «راه‌هایی برای حل این مشکل وجود دارند که برای افراد دیگری که مشکلاتی مشابه داشتند و من با آنها کار کرده‌ام، مؤثر بوده‌اند؛ آیا می‌خواهید درباره آنها با هم صحبت کنیم؟».

رابطه روان‌شناس در طی درمان می‌تواند تغییر کند و از حالت دستوری و تحکمی در یک سوی طیف تا حالت همدلانه‌تر و درمان‌جو محورتر در سوی دیگر طیف، متفاوت باشد؛ برای نمونه، روان‌شناس شناختی ممکن است بیشتر شبیه معلمی مستبد در آموزش روان‌شناسی باشد یا به صورت حامی و درمان‌جو محور رفتار کند. روان‌شناس روان‌تحلیل‌گر می‌تواند تعبیری را به صورت دستوری ارائه دهد یا پیشنهادهایی را برای آزمایش توسط درمان‌جو داشته باشد؛ شیوه روان‌شناس در درمان انسان‌گرایی به طور کامل، شبیه سبک مصاحبه انگیزشی است، زیرا هر دو روش تا حد زیادی تحت تأثیر کار کارل راجرز (۱۹۵۱) قرار دارند؛ با این حال، روش‌های برخی درمان‌های انسان‌گرایی را مانند روش دو صندلی که پرلز^۱، هفرلاین^۲ و

گودمن^۱ (۱۹۵۱) ایجاد کردند، می‌توان به صورت همدردی و حمایتی انجام داد یا به صورت دستوری و آمرانه اجرا کرد؛ برای نمونه، هال آرکوینز با فریتز پرلز^۲، یکی از بنیانگذاران درمان گشتالت در یک گروه بودند؛ در این گروه، پرلز موضع کارشناسی را داشت که با هدف کمک به مردم برای آگاهی از احساسات خود و بیان احساساتی که پیش‌تر سرکوب شده‌اند، راه‌حل‌هایی ارائه می‌داد. پرلز در طی دو سال اجرای روش‌های دو صندلی در گفتن اینکه افراد چگونه عمل کنند، کاملاً دستوری عمل می‌کرد؛ برخلاف وی، لزلز گرین برگ^۳ همان روش دو صندلی را به شیوه‌ای به کار می‌برد که با همدردی، حمایت بیشتر و درمان متمرکز بر درمان‌جو همراه بود (ریس، گرین برگ و الیوت، ۱۹۹۳؛ گرین برگ و واتسون، ۱۹۹۸). درمان متمرکز بر درمان‌جوی کارل راجرز همواره به شیوه همدردی و حمایتی انجام می‌گیرد.

اگرچه افرادی که انگیزه‌ای بالا و مقاومتی کمتر در برابر درمان دارند، ممکن است به خوبی به شیوه دستوری پاسخ دهند، ما معتقدیم که در چنین مواردی نیز در مرحله عمل، عملکرد در جهت معانی عمیق مصاحبه انگیزشی مزیت‌هایی دارد. برای مواردی که دودلی و انگیزه ثابت نیست، ممکن است درمان‌جو در نقطه‌ای به انگیزه بالا و تردید پایین دست‌یابد؛ اما در نقطه‌ای دیگر بازگشت کند؛ مزیت دیگر پیروی از شیوه مصاحبه انگیزشی، حفظ تغییر پس از درمان است. همان‌گونه که دویسن^۴ و ولینز^۵ (۱۹۶۹) ثابت کردند، احتمال حفظ تغییری که از درون نشأت می‌گیرد

(توانایی‌های خود درمان‌جو) بیش از تغییراتی است که منشأ خارجی دارند (مانند کارشناسی روان‌شناس یا دارو).

چگونگی اجرای «سی.بی.تی» را در زمینه‌ای با مصاحبه انگیزشی در نظر بگیرید؛ دو مؤلفه اصلی درباره درمان‌های رفتاری شناختی وجود دارند:

۱. فراهم کردن تجاربی جدید مانند افزایش سطح فعالیت یا درپیش‌گرفتن رفتارهای جدید برای امتحان درستی افکار مربوط به اختلال و سوءعملکرد (مانند «اگر عصبانیتی از خود بروزدهم، همسرم مرا ترک می‌کند؟»);

۲. با اصلاح کلی افکار و باورهای منفی؛ ممکن است تجاربی جدید (مانند رفتار قاطعانه‌تر) مطرح و حتی در طی جلسه درمان نقش‌گذاری شوند، سپس به‌عنوان تکلیف بین جلسات درمان داده‌شوند؛ درواقع، این تکالیف با همکاری روان‌شناس و درمان‌جو ایجاد می‌شوند؛ با این حال، نگرش روان‌شناس «سی.بی.تی» اغلب آموزشی و دستوری است؛ حتی عبارت «تعیین تکلیف» نیز این نگرش و معنی را می‌رساند. روان‌شناسان «سی.بی.تی» درباره «پذیرش» تعیین تکالیف نیز صحبت می‌کنند، اما باز هم بر ویژگی‌هایی تأکید دارند که درباره چگونگی استفاده از آنها است؛ این ویژگی‌ها نیز دستوری و در جهت انجام کار هستند. واژه «تکلیف» همراه با معلمی است که تکالیفی را به دانش‌آموزان می‌دهد. معلم هنگامی راضی و خشنود است که دانش‌آموز، تکلیف خود را تمام کرده‌باشد و زمانی که دانش‌آموز تکلیف خود را انجام نداده، معلم، ناراضی است.

ایجاد تجارب جدید در بین جلسات درمان نیز می‌تواند به شیوه‌ای حمایتی‌تر و تساوی‌طلبانه‌تر صورت‌گیرد که در آن، درمان‌جو مسئول تغییرهاست و روان‌شناس در مقام مشاوره برای تغییر برنامه عمل می‌کند.

آرکوینر (۲۰۰۲)، استفاده از واژه «آزمایش تجربی»^۱ را به‌جای «تکلیف» پیشنهاد کرده‌است، اما اغلب روان‌شناسان رفتاری-شناختی بعد از وی، واژه «تکلیف» را برای فعالیت‌های بین جلسات درمانی به‌کاربرده‌اند. در استفاده از آزمایش‌های بین جلسات درمانی در شیوه مصاحبه انگیزشی، روان‌شناس ممکن است این احتمال را بدهد که چنین آزمایش‌هایی می‌توانند کمک‌کننده باشند و در صورتی که بیمار بخواهد برای حل مشکل خود در مورد این روش بیشتر بداند، روان‌شناس، انجام چنین آزمایش‌هایی را از او درخواست می‌کند؛ اگر درمان‌جو از خود علاقه نشان‌دهد، روان‌شناس می‌تواند نمونه‌هایی را مطرح کرده، سپس سعی کند با توجه به حالت‌های درمان‌جو بفهمد، کدام فعالیت‌های ویژه کمک‌کننده خواهد بود. ممکن است روان‌شناس در این درمان، دروندادی را انجام بدهد، اما درمان‌جو، پیش‌برنده اصلی این درمان است؛ سپس اگر درمان‌جو موافق باشد که فعالیت ویژه‌ای را اجرا کند که ارزش انجام دادن داشته‌باشد (مانند جسورتر بودن نسبت به فرد دیگری)، روان‌شناس و درمان‌جو با هم توافق می‌کنند که درمان‌جو این کار را (آزمایش) در طول هفته انجام دهد. آرکوینر این آزمایش‌ها را به‌جای آزمایش‌هایی برای اتمام آن یا ارزش‌گذاری، به‌عنوان کارهایی در جهت کشف واقعیت‌ها توصیف می‌کند. در ارائه آزمایشی به درمان‌جو، ممکن است روان‌شناس بگوید، موافقت درمان‌جو برای انجام کار (آزمایش) همان آزمایش است. بقیه چیزها داده‌هایی هستند که می‌توانند آگاهی‌دهنده باشند و مهم نیست که نتیجه چه باشد. اگر بیمار فعالیت را به‌عهده بگیرد، این فرصت برای یادگیری درباره افکار و احساسات هنگامی به‌دست می‌آید که درمان‌جو انجام

فعالیت را بررسی کرده، اطلاعاتی مهم و ارزشمند را برای درک موانع تغییر فراهم می‌کند. اگر درمان‌جو چنین فعالیتی را انجام ندهد، روان‌شناس و درمان‌جو درباره آنچه از انجام چنین کاری به دست آورده‌اند، بحث می‌کنند. برخلاف آن برای تعیین تکلیفی که برای انجام نهایی تعیین می‌شود، عدم انجام آن به عنوان شکست دیده می‌شود؛ حتی هنگامی که فعالیت‌های بین جلسات در «سی.بی.تی» برای آزمایش فرضیه‌های مربوط به باورهای اختلال‌زایی به کار می‌رود که در جلسه درمان پدید می‌آید، روان‌شناس می‌تواند به جای نقش دستوری، نقش حمایتی را برای کمک به بیمار جهت اجرای این فعالیت‌ها برعهده بگیرد.

در یک آزمایش بین جلسه‌ای، درمان‌جویی که دارای مشکل «فشل شدگی نویسندگان»^۱ بود، پذیرفت تا آزمایش [تکلیف] خاصی را امتحان کند؛ این آزمایش، عبارت بود از یک ساعت در روز نشستن پشت میز برای نوشتن؛ این «توافق برای انجام کار» آزمایش را به پایان رساند و در نتیجه به عنوان متغیری غیروابسته در نظر گرفته شد. در طی هفته، درمان‌جو فقط یکبار پشت میز خود نشست و حتی در این هنگام نیز قادر به نوشتن نبود؛ باین حال، این توافق برای انجام کار موجب نگرانی او شد و بیشتر از افکار خود درباره ستون نویسنده آگاه شد و این آگاهی برای درمان اساسی سودمند واقع آمد. با چارلز، درمان‌جویی که در بالا بحث شد و از بیان افکار و احساسات خود برای همسرش می‌ترسید، درباره آزمایش توافق کردیم طی انجام آن، او سعی می‌کرد تا به همسرش بگوید، از غذاهایی که آماده می‌کند کدام یک را دوست دارد و کدام یک را دوست ندارد.

تقریباً چارلز توانست این کار را انجام دهد و برخلاف تصور او

(براساس تجربه‌ای که در گذشته با مادرش داشت)، همسرش این موضوع را پذیرفت و از ابراز نظر او خوشحال شد؛ بنابراین، «انجام آزمایش‌ها» می‌تواند تا حد زیادی داده‌هایی را برای اتمام یا عدم این آزمایش ایجاد کند. مؤلفه اصلی دیگر «سی.بی.تی» برای افسردگی تغییر افکار منفی در رابطه با حالت افسردگی است (بیک^۱ و همکارانش، ۱۹۷۹). در به کارگیری این روش در متن مصاحبه انگیزشی، روان‌شناس از درمان‌جو می‌پرسد که «آیا علاقه‌مند است تا بیشتر درباره راهبردی بشنود که درباره درمان‌جویان دیگر مفید بوده است؟»؛ اگر بیمار بپذیرد، روان‌شناس، روش‌هایی را برای شناسایی افکاری که ارتباط بیشتری با افسردگی دارند، مطرح می‌کند، افکار را بررسی و بازنگری می‌کند تا با شرایط متناسب شود؛ همچنین، برخلاف شیوه درمان شناختی، مانند درمان منطقی احساسی الیس^۲ (۱۹۹۴)، متدولوژی بیک و همکارانش (۱۹۷۹) در راستای روش فکری مثبت‌تری نیست؛ بلکه نقش سقراطی‌تری (پرسش و پاسخ) دارد که به درمان‌جو امکان می‌دهد تا شواهد را بررسی کند و درباره این موضوع که افکار به‌طور کامل، منفی هستند یا خیر، تصمیم‌گیری کند. برای تأکید بر خودکارایی، اغلب کتاب کار *غلبه عقل بر خلق و خوی* را توصیه می‌کنیم (پادسکی و گرین‌برگ، ۱۹۹۵) که خودکارایی را با انجام گام‌به‌گام روش‌های درمان شناختی، توسط بیمار ترغیب می‌کند و چارچوبی را فراهم می‌آورد که کار درمان را با کمک گرفتن از قوای شناخت خود بیماران آسان‌تر می‌سازد.

اگر درمان‌جویان تردید و دودلی زیادی درباره درمان شناختی داشته باشند باید برای بحث و گفتگو با روان‌شناس خود ترغیب شوند. تردید درمان‌جو را می‌توان با استفاده از روش‌های اساسی مصاحبه انگیزشی

بررسی و روی آن کارکرد. اگر درمان‌جویان در مخالفت خود با روش شناختی اصرار می‌ورزند، درمان‌جو و روان‌شناس با هم کار می‌کنند تا راه‌هایی را برای برطرف کردن افسردگی بیابند.

تردید درباره درمان با داروی ضدافسردگی

داروهای ضدافسردگی مختلفی برای درمان افسردگی مفید بوده‌اند (شتزبرگ، نموراف، ۲۰۰۲) و تأثیر این داروها در انتهای درمان، همانند روان‌درمانی بوده‌است؛ با این حال، نسبت به دنبال کردن درمان دارویی این داروها تأثیرهای پایینی دارند. تحقیقی که در مقیاسی بزرگ انجام شده‌اند، نشان می‌دهند که نسبت توقف درمان دارویی پس از سی روز، ۴۲ درصد و پس از نود روز، ۷۲ درصد بوده‌است. (الفسن و همکارانش، ۲۰۰۶)؛ به علاوه، پس از پایان درمان، بهبودی حاصل از روان‌درمانی بهتر از بهبودی حاصل از درمان دارویی حفظ می‌شود (هالان و همکارانش، ۲۰۰۵).

با این حال، در برخی درمان‌جویان افسرده درمان دارویی مؤثرتر است، مانند درمان‌جویانی که ممکن است در برابر روان‌درمانی مقاومت کنند؛ اما نسبت به درمان دارویی تمایل نشان می‌دهند؛ این درمان برای افرادی که به دلیل عوامل اقتصادی و جغرافیایی روان‌درمانی در دسترس آنها نیست و برای افرادی که ممکن است به اندازه‌ای افسرده باشند که نتوانند در کار، خانواده و محیط‌های اجتماعی ایفای نقش کنند، بسیار مؤثر است.

هنگامی که روان‌شناس معتقد است، درمان دارویی می‌تواند مفید باشد، پرسشی که شیوه مصاحبه انگیزشی با آن شروع می‌شود، این است که روان‌شناس از درمان‌جو می‌پرسد، «آیا تمایلی به گفتگو در این باره دارد یا خیر؟»؛ اگر درمان‌جو به کسب اطلاعات بیشتری تمایل نشان دهد، روان‌شناس می‌تواند مشاهدات و دانش خود را درباره درمان دارویی

ضدافسردگی با او در میان بگذارد، اما موضوع مهم‌تر این است که روان‌شناس باید درمان‌جو را به منابع درست اطلاعاتی ارجاع دهد؛ مانند کتاب‌ها یا سایت‌های اینترنتی یا مشاوره با پزشک خانواده یا روان‌پزشک. بدون اطلاعات درست و کامل درباره تأثیرهای این داروها تصمیم‌گیری خوبی نمی‌تواند صورت گیرد.

طول مدت درمان

اغلب پژوهش‌هایی که درباره مصاحبه انگیزشی منتشر شده‌اند تا حدی کوتاه مدت بوده‌اند؛ در واقع، بیشتر مدت زمانی که در تحقیق فراتحلیلی منچوال^۱، آرکوئتر و بورک (۲۰۰۳) دیده می‌شود، فقط چهار جلسه بوده! بیوتلر^۲، لوری^۳، هاورد^۴، کاپته^۵ (۱۹۹۴)، تعداد زیادی از درمان‌جویان سرپایی را که روان‌درمانی دریافت می‌کنند، مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که طی پنج جلسه در ۵۰ درصد از درمان‌جویان وخیم، حالت بهبودی دیده شد (اساساً بهبود کامل نه)؛ در صورتی که دوره‌های طولانی‌تر درمان تا حدی چشمگیر نتایجی بهتر را موجب شد. برای اختلال مزمن، چهارده جلسه طول می‌کشد تا ۵ درصد درمان‌جویان به سطحی از بهبودی برسند و ۱۰۴ جلسه طول می‌کشد تا به سطحی از علائم شخصیت-شناختی برسند. از آنجا که اغلب، افسردگی اختلال مزمن و درجه شیوع بالایی از اختلالات شخصیتی بیمارگونه‌ای را در بر می‌گیرد (ویدیگر، شی و کلاین، ۱۹۹۲)، درمان‌های طولانی‌تر مصاحبه انگیزشی ممکن است تأثیرهایی مهم را به دنبال داشته باشند؛ منطقی دیگر که از درمان‌های طولانی پشتیبانی می‌کند این

1. Menchola
2. Beutler
3. Lowry
4. Howard
5. Kopta

است که افسردگی، اختلال همگن و یکنواختی نیست و ممکن است مشکلات بسیاری در سطح دو و سه وجود داشته باشند که در درمان کوتاه مدت، بررسی و حل و فصل مؤثر آنها امکان پذیر نباشد.

مشکلات و راه حل های استفاده از مصاحبه انگیزشی با درمان جویان افسرده

سه مشکل اصلی که در به کارگیری مصاحبه انگیزشی برای درمان جویان افسرده با آنها مواجه شدیم، عبارت بودند از: چندکانونی بودن تمرکز کار، تغییر کانون تمرکز و استنباط های برخی درمان جویان درباره اینکه مصاحبه انگیزشی به اندازه کافی عملگرا نیست.

چند موضوعی بودن

در سطح یک، اغلب بیش از یک مشکل واحد برای افسردگی وجود دارد. افرادی که افسردگی در آنها تشخیص داده شده است، به احتمال زیاد، اختلالاتی دیگر نیز در ایشان تشخیص داده می شود؛ در واقع، کسلر (۱۹۹۵) دریافت که تقریباً ۷۵ درصد بیمارانی که در زندگی خود افسردگی وخیم داشته اند، دست کم با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال DSM دیگری نیز مطابقت دارند؛ به ویژه نگرانی یا اختلالات استفاده از مواد. خوشبختانه، محققان بررسی درمان درمان جویانی را که بیش از یک اختلال در آنها تشخیص داده شده است، شروع کرده اند (مانند نیومن، ایبل، بورکوک، ۱۹۹۵؛ دلی، تیز، کریسای و زکوف، ۱۹۹۸).

موضوع مشکلات چندگانه در سطح یک، به سطح دو و سه نیز انتقال می یابد (موضوع های بنیادی علائم اصلی اختلال و کار برای تغییر این موضوع ها)؛ در استفاده از مصاحبه انگیزشی از بیمار می پرسیم که «کدام مشکل یا مشکلات را برای تمرکز اولیه درمان بر آنها مفید می داند؟» این

بحث و گفتگو را به سبک مصاحبه انگیزشی انجام می دهیم و با اجازه بیمار در صورت تناسب، درونداد خود را اضافه می کنیم. در بسیاری مواقع، چیزی را که در ابتدا ممکن است همراه با مشکلات مختلف زیادی به نظر برسد، می توان به چند مشکل اصلی در سطح دو کاهش داد؛ برای نمونه، مشکلات درمان جویی که افسردگی در او تشخیص داده شده است، مانند نگرانی و اضطراب منتشر و اعتیاد دارویی در سطح یک، همگی ممکن است به دلیل یک یا دو موضوع اصلی در سطح دو باشد؛ مانند احساساتی که به دلیل طلاق ایجاد می شوند یا ازدست دادن منابع مهم اعتماد به نفس، مانند شغل مهم؛ شناسایی مشکلات اصلی از میان مشکلات زیادی که در ابتدا درمان جویان را افسرده کرده اند، به دوره طولانی درمان نسبت به دوره معمول دوازده تا شانزده جلسه ای نیاز دارد که در اغلب آزمون هایی که به صورت تصادفی کنترل می شوند، به کار می رود.

آزمایش ما بر علائم افسردگی، اغلب بهترین نقطه شروع در افرادی است که با مشکلاتی متعدد روبه رو هستند. همان گونه که پیش تر در این بخش بحث کردیم، به طور معمول، افراد افسرده، انگیزه ای پایین را در سطح های مختلف برای شرکت در فعالیت های زندگی دارند و (در سطح سه) تلاش برای تغییر را به دلیل دودلی، درماندگی یا بدبینی دشوار می دانند؛ هنگامی که علائم افسردگی از طریق درمان یا دارو یا هر دو بهبود یافت، درمان جو در جایگاهی مناسب تر برای پرداختن به موضوع های بنیادی قرار می گیرد.

تغییر کانون تمرکز روی کار، در دوره درمان

روان درمانی فرآیندی پویا و رو به پیشرفت است. چیزی که در جلسات اولیه کانون توجه است اغلب در جلسات بعدی، هنگامی که روان شناس بهبودی را در درمان جو می بیند و زمانی که درمان جو مشکلات خود را

درک می‌کند و آن هنگام که درمان‌جو به راحتی، موضوع‌هایی را برای روان‌شناس فاش می‌کند که می‌ترسد روان‌شناس آنها را غیرقابل قبول بداند، تغییر می‌یابد. در اغلب موارد، انعطاف‌پذیری روان‌شناس و تمایل به پیگیری بیمار با تغییر نقطه تمرکز وی به جای اینکه به نقطه تمرکز اولیه وابسته باشد، حائز اهمیت است؛ هرگاه روان‌شناس فکرمی‌کند، کانون تمرکز به طور کامل تغییر می‌کند، باید این موضوع را با درمان‌جو در میان بگذارد و درباره اینکه در آن نقطه چه تمرکزی مناسب است بحث و گفتگو کند.

ریچل^۱، این تغییر کانون تمرکز را نشان می‌دهد. او که دانشجوی ۳۸ ساله پرستاری است، برای درمان افسردگی و اضطراب به ما مراجعه کرد (به هال آرکویتز)؛ در چند جلسه اول، این مشکلات را به تعلل در نوشتن مقاله اصلی که برای فارغ‌التحصیلی رشته پرستاری الزامی بود، نسبت داد. او خود را غرق در کار احساس می‌کرد و پیشرفت اندکی داشت و می‌گفت که درباره انتخاب شغل اصلی خود تردید دارد و نمی‌خواهد مسیر شغلی خود را در پرستاری ادامه دهد.

به نظر می‌رسید، مشکل او در سطح یک، تمرکز کانونی روی افسردگی و اضطراب و در سطح دو، به دشواری‌های وی در نوشتن و تردید درباره انتخاب شغل مربوط است. با استفاده از راهبردهای موازنه تصمیم‌گیری، دلایل له و علیه را در شغل پرستاری او روی مقاله یافتیم؛ این کار همراه با تعارض‌های رفتاری، ارزش و افزایش گفتگوی منجر به تغییر، بهبود افسردگی و اضطراب او را موجب شد و نیز پیشرفت‌هایی در مقاله او پدید آمد. او به این نتیجه رسید که به پایان‌نرساندن دوره دانشجویی‌اش

«احمقانه» است و هنگامی باید برای ماندن یا ترک این رشته تصمیم بگیرد که تحصیل خود را به پایان رسانده باشد. او فهمید، اگر مدرک پرستاری داشته باشد تا حدی امنیت مالی دارد و حتی اگر تصمیم بگیرد کارهایی دیگر را دنبال کند همیشه می‌تواند از طریق پرستاری درآمدی داشته باشد.

در چند جلسه اول، ریچل به مشکل سوءاستفاده جنسی در دوران نوجوانی خود اشاره کرد و گفت که ممکن است، گفتن این موضوع به حل مشکلش کمک کند؛ اما نسبت به این گفته چندان مطمئن نبود. نقطه تمرکز جدیدی پدیدار شده بود. در سطح یک، به صورت بدیهی، اختلال مربوط به دلیل سوءاستفاده وجود داشت؛ در سطح دو، کانون تمرکز، به بیان برخی احساسات مربوط به سوءاستفاده نیاز داشت؛ با این حال، روشن بود که ریچل آماده این کار نیست. در جلسات بعدی، دودلی او را درباره گفتگو راجع به این سوءاستفاده بررسی کردیم. دلایل له گفتگو درباره سوءاستفاده جنسی عبارت بودند از: «شاید احساس بهتری داشته باشم؟!»، زندگی جنسی من ممکن است بهبودیابد و بار بیشتری را روی خود احساس نخواهم کرد؛ دلایل علیه آن عبارت بودند از: «نمی‌خواهم از یک موضوع، موضوعی بزرگ‌تر را از آنچه هست، بسازم، نمی‌خواهم آن را شرح دهم، می‌ترسم تلاش زیادی را برای بررسی دوباره احساساتم در رابطه با سوءاستفاده صرف‌کنم و باز هم، زندگی جنسی من بهتر نشود و ممکن است اگر درباره آن صحبت کنم، چیزی تغییر نکند؟!».

در طی این جلسات، موازنه مشاوره، کم‌کم در جهت گفتگو درباره سوءاستفاده قرار گرفت و طی یک جلسه، با دودلی و حالت عصبانی، شروع به صحبت درباره وقایع کرد. در چند جلسه بعدی به صحبت درباره سوءاستفاده ادامه داد و هر بار هنگام گفتگو در این مورد، هیجانی بیشتر را نشان می‌داد. اتفاق رخ داده، این بود: زمانی که نوجوان و باکره بود، با مردی

بسیار مسن‌تر از خود ملاقات کرده‌بود و عاشق او شده‌بود، متأسفانه مرد رفتار بدی با او داشت و دو سال از او بهره جنسی برد، سپس او را رها کرد. ریچل توضیح می‌دهد که فکر می‌کند تا چه حدی هنوز هم این تجربه روی او تأثیری گذارد.

پس از چندین جلسه گفتگو درباره سوءاستفاده، او گفت، درباره این موضوع به اندازه قبل، احساسی تأثر انگیز ندارد؛ این جلسه در اوایل دسامبر، درست قبل از شروع تعطیلات زمستانی بود؛ پس از آن، ریچل به مدت یک ماه نزد خانواده خود رفت؛ پس از چند هفته همدیگر را ملاقات کردیم؛ در آن جلسه، او گفت که افسردگی‌اش بهتر شده‌است و این موضوع با بهتر شدن نمراتش در کارنامه افسردگی بیک به اثبات رسید؛ همچنین گفت که احساس خوبی نسبت به دوست پسرش دارد و احساساتش درباره رابطه جنسی بهتر از گذشته شده‌است؛ در نهایت، ریچل گفت که پیشرفتی آهسته اما یکنواخت در روند تهیه مقاله‌اش دارد.

استنباط بیمار مبنی بر اینکه مصاحبه انگیزشی به اندازه کافی عملگرا نیست

هیچ روش یا درمانی وجود ندارد که با همه درمان‌جویان متناسب باشد؛ برخی درمان‌جویان ممکن است به روش‌هایی عملی‌تر و دستوری‌تر، بهتر پاسخ بدهند؛ در صورتی که ممکن است برخی دیگر، به روش‌های غیر دستوری و درمان متمرکز بر درمان‌جو، مطلوب‌تر پاسخ بدهند (سالومن، شوهم، اونه و نیومن، ۱۹۸۹). باتلر^۱ و هاروود^۲ (۲۰۰۰) نشان دادند،

1. Butler
1. Harwood

هنگامی که درمان متناسب با مشکل فرد انتخاب می‌شود، در مقایسه با روشی که برای همه اعمال می‌شود، نتایجی بهتر را ایجاد می‌کند؛ بنابراین، این امر به‌طور کامل محتمل است که برخی درمان‌جویان به روش مصاحبه انگیزشی و برخی دیگر به روش دستوری‌تر، شایسته‌تر پاسخ بدهند.

گروهی از درمان‌جویان افسرده تا حد زیادی کنش‌پذیر بوده (سلیگمن و میلر، ۱۹۷۵)، به دنبال روان‌شناسی هستند که آنها را راهنمایی کند؛ در حالی که روان‌شناس مصاحبه انگیزشی ممکن است سعی کند تا عقایدی را برای تغییر به روش مصاحبه انگیزشی برانگیزد؛ این موضوع را می‌توان به شکلی مناسب با فهرست‌بندی دقیق و بازتابی بررسی کرد تا دلایل چنین کنش‌پذیری شناسایی شوند که [انجام این امر] به‌خودی‌خود می‌تواند مؤلفه-ای مهم برای بهبود درمان‌جو باشد؛ همچنین، روان‌شناس می‌تواند به‌صورت فعال توصیه‌ها و پیشنهادهایی را به شیوه مصاحبه انگیزشی داشته‌باشد بدون اینکه موضع طرف‌داری از تغییر را به‌خودبگیرد و به تدریج در کنش‌پذیری قرار گیرد.

مشاهدات درباره تدریس مصاحبه انگیزشی به دانشجویان سال آخر
(فارغ‌التحصیل) رشته روان‌شناسی بالینی

یکی از ما (هال آرکویتز) به مدت یک سال، آموزش عملی بالینی مصاحبه انگیزشی را در دانشگاه آریزونا به دانشجویان سال آخر روان‌شناسی بالینی تدریس کرده است. علاوه بر سمینارهای معمول فارغ‌التحصیلی، همه این دانشجویان، دست‌کم به مدت یک سال، روان‌شناسی بالینی نظارت شده را پشت‌سر گذاشته بودند که به روش «سی.بی.تی» متمرکز بوده‌است.

بخش بیشتری از نیم سال اول تحصیلی به آموزش و اثبات اختصاص یافته بود و نیم سال دوم به ملاقات درمان جویان تحت نظر اختصاص داشت. هر دانشجوی یک تا دو درمان جو را حداکثر به مدت شش جلسه ملاقات می کرد که اغلب به نیم سال تحصیلی محدود می شد. سه بار آموزش عملی را برای دانشجویان تدریس کردم و در مجموع، ۲۶ درمان جو را دیدم؛ این درمان جویان مشکلاتی مختلف داشتند، از جمله افسردگی، اضطراب، طفره زنی، تعویق و مشکلات ارتباطی.

در بسیاری از آنان، افسردگی، مشکل اصلی بود؛ در صورتی که در برخی نیز، مشکل ثانوی بود و گروه دیگر، افرادی بودند که مشکلاتشان به افسردگی مربوط نمی شد، سری کوتاهی از آزمون های خود گزارش قبل و بعد از درمان به درمان جویان داده شد که فهرست (کارنامه) افسردگی بیک را شامل می شد؛ درباره نتایج کار همه بیمارانی که افسردگی وخیم یا ثانوی داشتند، در بخش پژوهش بحث می شود.

در درجه نخست، دلایل علاقه و توجه دانشجویان را به مصاحبه انگیزشی بررسی کردم؛ اگرچه پاسخ های آنها متفاوت بود، موضوعی که بیشتر آنها به آن اشاره کردند، این بود که با اینکه آموزش «سی.بی.تی» خود را ارزشمند می دانستند، اما به سمت ارزش هایی کشیده می شدند که در مصاحبه انگیزشی وجود داشت یا چیزی که ما آن را «معانی عمیق مصاحبه انگیزشی» می نامیم. روشن بود که آنها در نیم سال اول آموزش پذیرا و مشتاق یادگیری بودند.

با اتمام نیم سال اول، دانشجویان ۴۵ ساعت آموزش مصاحبه انگیزشی را دریافت کردند که مطالعات گسترده ای را درباره مصاحبه انگیزشی، تعدادی تمرین های نقش گذاری و توضیحاتی راجع به مصاحبه انگیزشی با نوارهای آموزشی شامل می شد که رولنیک و میلر آنها را آماده کرده بودند؛

همچنین، مدرس کلاس، درمان جویی را ویزیت کرد و نوارهای این جلسات درمانی را نشان داد. زمان زیادی را برای مصاحبه براساس پرسش های استدلالی صرف کردیم. با اینکه دانشجویان باید روش های تغییر درمان را از روش دستوری تر به روش مصاحبه انگیزشی یاد می گرفتند، این روش جدید را آموختند و آن را مفید دانستند.

یکی از پرسش های رایج این بود: «چگونه می توان با رویکردی که به اندازه «سی.بی.تی»، دستوری یا برگرفته از روش نیست، به درمان جویان کمک کرد؟» پاسخ عمده من این بود که: «بهتر است ببینیم این روش تا چه حدی در کار ما با درمان جویان در نیم سال بعدی کمک کننده است».

بنابراین، در طی نیم سال اول، بسیاری از دانشجویان تردید خود را مطرح کردند؛ از سوی دیگر، آنها نتیجه مقالات مربوط به مصاحبه انگیزشی را خوانده بودند و تحت تأثیر معانی عمیق مصاحبه انگیزشی قرار گرفته بودند و به سمت روح کشیده شده بودند؛ از سویی نیز، آموزش قبلی آنها درباره «سی.بی.تی» بر ثمربخشی درمان دستوری تر متمرکز بود و سعی می کردند تا این دو دیدگاه را با یکدیگر وفق دهند؛ چندین دانشجوی بیان کردند، زمانی که درمان جویان آنها با روش «سی.بی.تی» همکاری نمی کنند، احساس تباهی می کنند و فکرمی کنند که مصاحبه انگیزشی می تواند در چنین مواردی مفید باشد.

برای اغلب دانشجویان، چند جلسه اول درمان به روش مصاحبه انگیزشی با درمان جویان واقعی، به رغم آموزش گسترده قبلی آنها دشوار بود. نگرانی اصلی این بود که احساس می کردند نمی توانند به اندازه کافی به درمان جویان کمک کنند؛ به رغم علاقه آنها به مصاحبه انگیزشی، به نظر می رسید، بدون موضع دستوری، احساس می کنند که «کار خود را انجام نمی دهند».

در بیشتر موارد، درجاتی از تغییر مثبت وجود داشت و من در مقام مربی

آنها از اینکه می‌دیدم، دانشجویان از بهبود درمان‌جویان خود بدون برخورد روان‌شناس با موضع دستوری، خوشحال و شگفت‌زده هستند، راضی و خشنود بودم. به نظر من، یکی از مواردی که دانشجویان از تجارب بالینی خود آموختند، قدرت رابطه درمانی در روان‌درمانی بود؛ ما همچنین استفاده از روش‌هایی فعال، مانند «سی.بی.تی» را بررسی کردیم، اما با توجه به نتایج شیوه مصاحبه انگیزشی، برخی آن را تلفیقی از بهترین شیوه‌های هر دو روش می‌دانند.

با توجه به اینکه در اغلب برنامه‌های تحصیلی روان‌شناسی بالینی بر «سی.بی.تی» تأکید می‌شود، فکرمی‌کنم، تدریس مصاحبه انگیزشی در چنین برنامه‌هایی در ابتدا اغلب با علاقه دانشجویان مواجه می‌شود، اما در مراحل بعدی، دانشجویان احساس می‌کنند، «کاری انجام نمی‌دهند»؛ بهترین پادزهر برای [مقابله با] این احساس، نتایج مثبتی بود که بسیاری از آنها دربارهٔ بیماران خود مشاهده کردند. آموزش عملی با توجه بسیار خوب دانشجویان مواجه شد. به نظر من آنها یاد گرفتند که مصاحبه انگیزشی و درمان‌های دیگر با هم متناقض نیستند و تلفیق مصاحبه انگیزشی با درمان‌های دیگر، همان‌گونه که در بالا دیدیم، می‌تواند روشی بسیار مؤثر باشد.

تحقیقات مرتبط

تاکنون هیچ‌گونه تحقیق کنترل‌شده‌ای دربارهٔ ثمربخشی مصاحبه انگیزشی در افراد افسرده وجود نداشته‌است. در این بخش به‌طور خلاصه تحقیقاتی را بررسی می‌کنیم که به‌صورت غیرمستقیم به این موضوع مربوط می‌شوند. در آموزش عملی مصاحبه انگیزشی که پیش‌تر توضیح داده‌شد، هفده مورد از ۲۶ مورد در دامنه افسردگی BDI در پیش‌درمان قرار گرفتند که نمرات آنها از ۱۲ تا ۲۷ بود؛ دربارهٔ برخی از این درمان‌جویان،

افسردگی، مشکل اصلی بود و در برخی دیگر، مشکل ثانوی بود؛ پنج درمان‌جو، دورهٔ درمان را در ده جلسه به‌پایان رساندند که سه نفر از آنها افسرده بودند؛ برای برخی از آنها دلیل اتمام دوره این بود که درمان را درست قبل از تعطیلات طولانی زمستان شروع کرده بودند و به‌احتمال، همبستگی و رابطه کافی به‌دست‌نیاورده بودند تا دوباره بازگردند؛ چهارده درمان‌جو که در دامنه افسردگی در BDI قرار گرفته بودند، درمان را به‌طور کامل سپری کردند؛ از میان این چهارده نفر، یازده نفر پس از درمان، دیگر در دامنه افسرده قرار نگرفتند؛ بسیاری نیز تغییر رفتار را در حوزه‌های مربوط گزارش کردند.

این داده‌های آموزشی عملی را باید به‌جای یک گروه واحد، مجموعه‌ای از تحقیقات موردی در نظر گرفت؛ زیرا روشی که مصاحبه انگیزشی را به کاربردیم، در طی دوره آموزشی عملی متحول شد؛ زیرا آموزش عملی بر تلفیق «سی.بی.تی» بیشتر تأکید داشت و همان‌گونه که در این بخش توضیح دادیم، درمان‌های دیگر در مرحله عمل پاسخ دادند؛ با این حال، نتایج این موارد به‌صورت آزمایشی نشان می‌دهند که مصاحبه انگیزشی، ظرفیت کاربرد برای جمعیت‌های افسرده را دارد.

در برخی تحقیقات، تأثیر روش مصاحبه انگیزشی در جلسه اول درمان برای بیماران افسرده در حال درمان که به دنبال آن درمان‌های بدون مصاحبه انگیزشی صورت گرفته، بررسی شده‌است؛ برای نمونه، سواریز^۱ و همکارانش (۲۰۰۶) مداخله گروه واحدی را ارزیابی کردند که از جلسه پذیرش و قبل تشکیل شده بود که مصاحبه انگیزشی را در خود ادغام کرده بود و در پی آن، هشت جلسه درمان میان‌فردی برای مادران افسرده

کودکانی بود که از لحاظ روان‌پزشکی بیمار بودند؛ این مادران دراصل برای خودشان خواستار درمان نبودند؛ اگرچه به این درمان نیازداشتند؛ با سیزده نفر از این مادرانی که با معیارهای افسردگی وخیم مطابقت داشتند و تحت درمان نبودند، یک جلسه پذیرش و تقبل برگزار و در پی آن، درمان کوتاه میان‌فردی برای افسردگی آنان ارائه شد. گروت، /سورتنز و زوکوف، جلسه پذیرش و مصاحبه انگیزشی و روش‌های دیگر را (در بخش ۵ این کتاب) توضیح داده‌اند تا به مصاحبه‌کننده‌ها کمک شود، افرادی را که از فرهنگی متفاوت هستند، بدون سوءگیری درک کنند؛ همه افرادی که در این جلسه پذیرش و قرار شرکت داشتند، دست‌کم در یکی از جلسات روان‌درمانی حضور یافتند و بیشتر آنها دوره درمان هشت جلسه‌ای را به پایان رساندند.

در یک تحقیق مقدماتی تصادفی (گروت و همکارانش، مقاله در حال نشر)، افرادی که افسرده بوده، از لحاظ اقتصادی در دوره حاملگی، وضعی نامساعد داشتند و در گذشته به دنبال درمان نبودند، بررسی شدند؛ برخی در شرایطی قرار گرفتند که جلسه پذیرش و قرار را دریافت کردند و در آن هشت جلسه درمان میان‌فردی (IPT) یا ارجاع به درمان استاندارد افسردگی، روان‌شناس اجتماعی آنها را تحت نظر داشت؛ حدود ۷۱ درصد افراد IPT با جلسه پذیرش، دوره کامل IPT را به پایان رساندند؛ درحالی‌که ۲۵ درصد افراد با درمان معمولی، فقط در جلسه اول درمان شرکت کردند؛ هیچ‌یک از افراد دسته دوم، دوره درمان را به پایان نرساندند؛ این نتایج بسیار نویدبخش‌اند و تحقیقات کنترل‌شده بعدی را تضمین می‌کنند.

کریسای، زوکوف، سالوم^۱، دلی^۲ و تیز^۳ (۱۹۹۸) در اشکال مختلف

1. Sallum
2. Daley
3. Tase

استفاده از مصاحبه انگیزشی در درمان مؤثر، درمان‌جویانی را با افسردگی و اعتیاد به کوکائین مورد مطالعه قرارداداند؛ در این تحقیق، افراد به صورت تصادفی برای مصاحبه انگیزشی به عنوان درمان‌جوی سرپایی براساس درمان انگیزشی یا برای درمان در جایگاه درمان‌جوی سرپایی به صورت معمول تعیین شدند؛ افرادی که تحت درمان مداخله انگیزشی قرار گرفتند، بیشتر احتمال داشت که نود روز دوره درمان سرپایی را به پایان رسانده، در جلسات درمانی بیشتری شرکت کنند و هشیاری پیوسته‌ای را گزارش دهند و نسبت به افرادی که درمان معمولی دریافت می‌کردند، دوباره کمتر بستری شوند؛ افرادی که در گروه انگیزشی قرارداشتند، کاهشی بیشتر را در نمرات کارنامه‌ای افسردگی بیک در انتهای سی روز اول درمان سرپایی نشان دادند. حمایت غیرمستقیم دیگر برای روش تکاملی که در اینجا توضیح داده شد، از تحقیقات ترکیبی حاصل می‌شود (انتن و همکارانش، ۲۰۰۶). مداخله تلفیقی رفتاری، شامل یک درمان تکاملی و تلفیقی بود که شباهت‌هایی به روشی داشت که در این بخش توضیح دادیم (برای جزئیات بیشتر درباره این درمان به میلر، ۲۰۰۴ مراجعه کنید)؛ این روش، جنبه‌هایی از «سی.بی.تی»، درمان دوازده مرحله‌ای، مصاحبه انگیزشی و درگیری نظام پشتیبان را تلفیق کرد و نتایج مثبت را برای اعتیاد به الکل نشان داد. تحقیق درباره درمان متمرکز بر راجرز برای افسردگی نیز، به طور غیرمستقیم به ثمربخشی مصاحبه انگیزشی برای افسردگی مربوط است. در بسیاری از جنبه‌ها، درمان متمرکز بر درمان شالوده‌ای برای مصاحبه انگیزشی است. معانی عمیق مصاحبه انگیزشی تقریباً همانند گرایش‌های درمانی است که راجرز برای درمان، حیاتی می‌شمارد.

مصاحبه انگیزشی در تمرکز صریح خود بر افزایش انگیزه درونی و برطرف کردن تردید، با درمان متمرکز بر درمان جو تفاوت دارد؛ با این حال، به دلیل تطابق چشمگیر این دو، تحقیق درباره درمان متمرکز بر درمان جو در افسردگی تا حدی به ثمربخشی مصاحبه انگیزشی نیز برای افسردگی مربوط است. الیوت و همکارانش (۲۰۰۴) مقالاتی را درباره ثمربخشی درمان‌های تجربی بررسی کردند؛ این بررسی، پنج تحقیق را شامل می‌شد که به ارزیابی درمان متمرکز بر درمان جو برای افسردگی مربوط بودند و در آنها اندازه تأثیر به صورت قبل و پس بود و بدون داده‌های گروه کنترل محاسبه شده بود؛ البته، این مقادیر بالاتر از میزانی است که با استفاده از گروه کنترل هستند، اما قابل توجه‌اند و اندازه تأثیری را که در تحقیقات درمان‌های دیگر افسردگی پیدا شده است، مقایسه می‌کنند.

گرین‌برگ و دستیارانش، دو تحقیق را انجام دادند (گولدمن و همکارانش ۲۰۰۶، گرین‌برگ و واتسون، ۱۹۹۸) و درمان متمرکز بر درمان جو و درمان متمرکز بر احساس (EFT) را درباره افسردگی وخیم مقایسه کردند. EFT شامل درمان متمرکز بر درمان جو با درمان تجربی متمرکز بر احساس و روش‌های گشتالت برای برطرف کردن مشکلات شناختی عاطفی بود؛ هر دو تحقیق، ثمربخشی درمان متمرکز بر درمان جو را برای برطرف کردن افسردگی پشتیبانی کردند؛ نکته جالب توجه اینکه، گولدمن و همکارانش (۲۰۰۶) دریافتند که EFT تا حد زیادی در سنجش‌ها بهتر از «سی.بی.تی» برای افسردگی، اختلالات عمومی و عملکرد میان-فردی بود؛ نتایج تحقیقات عملی که در بالا بررسی شد، نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی می‌تواند برای افسردگی نتیجه‌بخش باشد.

با این حال، بدیهی است که به تحقیقات کنترل‌شده‌ای نیاز داریم که به طور مستقیم، ثمربخشی مصاحبه انگیزشی را برای افسردگی قبل از

هرگونه استدلال آزمایش می‌کنند؛ دو نوع از تحقیقاتی که از این لحاظ ارزشمند خواهند بود، ارزیابی مصاحبه انگیزشی را به عنوان پیش‌درمان برای «سی.بی.تی» یا درمان‌های دیگر و نیز ارزیابی مصاحبه انگیزشی را به عنوان چارچوبی مکمل در طی درمان دربرمی‌گیرند که در ادامه این فصل توضیح داده شده‌اند؛ همچنین، نتایج تحقیقاتی که در بالا مرورش شد، نشان می‌دهند، بهتر است که مصاحبه انگیزشی با «سی.بی.تی» مقایسه شود تا ببینیم که «آیا مؤلفه‌های ویژه مصاحبه انگیزشی به کارایی «سی.بی.تی» که مصاحبه انگیزشی براساس آن است، می‌افزایند یا خیر؟».

همچنین نتایج این تحقیقات، این پرسش را به ذهن متبادری‌کنند که «آیا تمرکز احساسی و عاطفی می‌تواند بر کارایی مصاحبه انگیزشی بیفزاید یا خیر؟». امیدواریم در آینده‌ای نزدیک، تحقیقاتی متعدد برای مطالعه پرسش‌های مختلف مربوط به مصاحبه انگیزشی و افسردگی شروع شوند.

نتیجه‌گیری‌ها

ما بر استفاده از مصاحبه انگیزشی به عنوان چارچوبی مکمل تمرکز کردیم که می‌توان برای درمان افسردگی، روش‌های دیگر را در آن ادغام کرد. ما در این بخش به طور مختصر به استفاده از مصاحبه انگیزشی به عنوان پیش‌درمان برای درمان‌های دیگر اشاره داشتیم، اما معتقدیم این موضوع، مسیری بسیار مناسب برای تحقیق و عمل است. امیدواریم در آینده، تجارب تحقیقی و بالینی را در مصاحبه انگیزشی با کاربردهایی مختلف برای افسردگی از جمله در جایگاه پیش‌درمان و چارچوبی مکمل برای روان‌درمانی مشاهده کنیم.

خودکشی که اعمال و افکار آسیب‌رسانی به خود است، یکی از چالش‌برانگیزترین مسائل برای درمانگران و محققان بوده است. به‌طور معمول، بایسته‌های اخلاقی و قانونی مربوط به مبحث خودکشی، مراقبان و درمانگران را بر آن می‌دارد که برای حفظ سلامت افراد در معرض خطر آسیب، ارزیابی‌های ساختاریافته‌ای را برای مراقبت بیشتر، انجام‌دهند. بینش، قضاوت و ثبات عاطفی بیماران مرتکب خودکشی، اغلب آن‌قدر ناکافی است که جایگاه مداخلات درمانی را نیز در حد کمترین توجه به انتخاب آزادانه بیماران و مبتنی بر اجبار قانونی و بی‌ارادگی تعیین کرده است؛ این شرایط محدود، نوعی تعارض موقعیتی را برای کاربرد مصاحبه‌های انگیزشی (مصاحبه انگیزشی)، به دلیل ارزش بالای ارتقای استقلال افراد و اختصاص روند درمانی و ارزیابی شرایط محیطی مطرح کرده است.

همانند مسائل شروع زندگی (از قبیل پیشگیری از بارداری، سقط جنین و دستکاری‌های ژنتیکی) یا مسائل خاتمه‌دادن به زندگی (مانند اوتونازی، کمک به مرگ بیمار یا مجازات‌های مرگ)، مقوله خودکشی نیز سبب برانگیخته‌شدن مباحث و تعارض‌های زیادی می‌شود که اغلب بر حفظ ارزش‌های جامعه و راه‌های ساده‌تر کمک به افراد در معرض خودکشی سایه می‌افکنند. از خوانندگانی که آشنایی یا تجربه کمتری با چگونگی مراقبت از بیماران در معرض یا مرتکب خودکشی دارند، دعوت می‌شود، مراجع و منابع معرفی‌شده در زیر را مطالعه‌کنند؛ ضمن اینکه این نکته را نیز در نظر بگیرید که تحقیقات انجام‌شده در این زمینه، همواره مشکلات مفهومی، متدولوژیک و اخلاقی فراوانی دارند که انجام پژوهش‌های عملی در این زمینه پیچیده و بغرنج را دشوارتر می‌کنند.

خودکشی و سایر اعمال مرتبط با آسیب عمدی به خود، به بهترین وجه، به عنوان طیفی از وقایع درک می‌شوند؛ این وقایع، بیشتر از آنکه به صورت سلسله فرآیندها باشند تا وقایعی جدا از هم یا ناشی از رفتارهای گذرا، به عنوان یک درمانگر، در تعامل با بیمار، بخشی از فرآیند را تشکیل می‌دهند. در برخی رویارویی‌ها، درمانگران به دنبال تشریح اعمال درمان‌جویان خودکشی‌کننده هستند تا در مدیریت بحران از آن استفاده کنند. درمان‌جویان خودکشی‌کننده، اغلب به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند تا از خدمات مشاوره‌ای بحران نیز بهره‌جویند؛ به این ترتیب، آنها می‌توانند رابطه میان مراقبت از خود و مسائلشان را توجیه‌کنند؛ مهارت و میزان حساسیت شما در کنترل این افراد، شاید مسائل درمانی را استحکام بخشد و به درمان‌جویان در پیشگیری از خودکشی‌شان به گونه‌ای مؤثر کمک کند. اطلاعات شما از فردی که قصد دارد خودکشی کند نیز برای همکارانتان که می‌خواهند در مراکز سلامت روانی ایفای نقش کنند، منبعی مهم خواهد بود. رابطه مستمر شما با این گونه درمان‌جویان می‌تواند یکی از ملاحظات مهم در پایه‌ریزی طرح درمانی مناسب برای مراقبت‌های بیشتر، پس از ارزیابی بحران زندگی فرد باشد و احتمال زیادی وجود دارد که شما آن فرد را دوباره ببینید.

انگیزه برای ارتکاب خودکشی آن قدر همه‌گیر و شایع است که از هر دو آمریکایی، یک نفر در طول عمر خود، تهدید به خودکشی، قصد خودکشی یا اقدام واقعی به خودکشی را تجربه کرده است (لستر، ۱۹۹۷). خودکشی حاد یا مزمن یا مرتبط با اعمال آسیب‌رسانی به خود و خودآزاری، بیمار را در معرض نیاز به مدیریت بحران قرار می‌دهد. درمان‌جویان، در بسیاری از موارد ممکن است بر اطلاعات مربوط به عامل محرک خودکشی‌شان سرپوش گذارند یا اطلاعات آن را تحریف‌کنند؛ البته

با نگاهی به گذشته آنها مشخص می‌شود که اگر آگاهی از وضع آنان در حد کافی بود، بی‌هیچ تعجبی، خودکشی آنها را می‌شد پیش‌بینی یا پیشگیری کرد. گوش دادن به صحبت درباره تغییر می‌تواند در برخورد با درمان‌جویان بحران‌زده، چالش‌آمیز باشد. ماجرای تأسف‌انگیز قصد یا اقدام به خودکشی در بیماری که مراحل از یک بیماری مزمن را می‌گذرانند، دچار اختلاف‌های شدید خانوادگی است یا واقعه بهم‌ریزنده شدیدی را تجربه کرده، اغلب دربرگیرنده لایه‌های فراوانی از ارتباط‌ها و اطلاعات است؛ چنین چیزی می‌تواند درک علل گرایش‌های واقعی، توانایی یا علت نیاز درمان‌جو به خودکشی را معلوم‌سازد و نیز می‌تواند از توانایی‌ها و گرایش‌های وی به تغییر در وضعیت خود نیز پرده‌برداری کند. تعیین شرایط محیطی درباره روح و ذات مصاحبه انگیزشی، گام‌هایی معتبر را می‌طلبد تا از درمان‌جویان، مراقبت کامل به عمل آید. ما در این بخش، کاربرد مصاحبه انگیزشی در بحران را به طور کامل تشریح خواهیم کرد و البته از درمان‌جویانی که می‌کوشند، خودکشی کنند، نیز ارزیابی جامعی خواهیم کرد و دلایل رفتار آنها را به طور مفصل تشریح می‌کنیم.

تعاریف

«آسیب‌رسانی عمدی به خود»، عبارت از یک اقدام حاد غیرکشنده است که به عمد برای آسیب‌رسانی به خود، به صورت رفتار ناگهانی با انگیزه‌های گوناگون ممکن است، انجام شود؛ سایر اصطلاح‌هایی که برای این پدیده ممکن است به کار روند، عبارت‌اند از: «تلاش برای خودکشی و شبه خودکشی» (گلدر، مایو و کاو، ۲۰۰۱). در تمام این فصل، از اصطلاح «آسیب‌رسانی عمدی به خود» استفاده می‌شود. خودکشی به عنوان «اقدام کشنده‌ای که فرد به عمد، آن را آغاز کرده، به انجام می‌رساند و از عواقب

مرگبار آن آگاه است»، تعریف می شود (گلدن و دیگران، ۲۰۰۱).

خودکشی شاید شرایطی حاد یا مزمن است که شخص اعمال ویژه ای را برای آنچه می خواهد یا قصد دارد، انجام می دهد؛ البته این انگیزه به قصد مرگ نیز تبدیل می شود. خودکشی تحت تأثیر بسیاری از عوامل درون فردی یا بین فردی قرار دارد. اقدام به خودکشی، یک وضعیت شناختی یا عاطفی است که می تواند با آسیب رسانی عمدی به خود همراه باشد یا نباشد یا خودکشی واقعی در آن دیده نشود.

جمعیت بالینی و درمان های معمول

نرخ کلی خودکشی در ایالات متحده در هر صد هزار نفر به طور سالیانه ۱۰/۹ است که یازدهمین عامل مرگ در کل دنیا به شمار می آید؛ اما سومین علت مرگ جوانان نیز در سراسر دنیا است (سنین ۱۵ تا ۲۴ سال). خودکشی، سبب مرگ زودرس بیش از سی هزار نفر در ایالات متحده در طول یک سال است. برای سنین بالا (بالای ۶۵ سال) ضریب خودکشی ویژه ای در نظر گرفته می شود، هرچند که ضریب خودکشی در میان جوانان از سال ۱۹۵۵ سه برابر شده است (انجمن خودکشی شناسی آمریکا، ۲۰۰۴). اگرچه ۸۰ درصد افرادی که به خودکشی اقدام می کنند، مردان هستند، بیشتر افرادی که خودکشی ناموفق انجام می دهند، زنان بین ۲۵ تا ۴۴ ساله هستند. این چنین تخمین زده شده که متوسط پنجاه تا صد تلاش برای خودکشی، قبل از هر خودکشی موفق وجود دارد و تعداد واقعی آن، بیشتر از اسناد رسمی در این مورد هستند، زیرا برخی از تلاش ها و اقدام های خودکشی هرگز در جامعه شایع نمی شوند؛ زیرا عوامل و نتایج بدی در اجتماع برجای خواهند گذاشت.

خودکشی، علامت یا ویژگی پیچیده ای از سایر اختلالات هاست و به

صورت، اختلال جداگانه در نظر گرفته نمی شود. ارزیابی های جامع و درمان مطلوب درمان جویان، به جمع آوری جامع اطلاعات و استفاده از مدل های مدیریت خطر حساس به فرهنگ و متناسب نیازمند است (انجمن روان- پزشکی آمریکا ۲۰۰۳؛ مدیریت بحران مؤسسه پزشکی هاروارد ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰). روش مصاحبه انگیزشی را در کارکردن با افراد خودکشی کننده می توان برخلاف تمامی راهکارهای اغلب خشن تر در نظر گرفت که پس از افشا یا کشف تلاش ها و افکار خودکشی، به عنوان درمان های رایج در ایالات متحده مرسوم اند؛ منشأ این نوع برخوردهای رایج، اغلب در اثر التزام به تبعیت از برخی قانون های بالینی در افشای اطلاعات کسانی است که می توانند برای خود و جامعه خطر آفرین باشند؛ این بایسته های قانونی در نظام های قضایی متفاوت، با یکدیگر بسیار تفاوت دارند، اما در همه آنها، معاینه اجباری توسط یک متخصص سلامت روان الزامی است؛ این معاینه اغلب در همان بخش فوریت های پزشکی بیمارستان، انجام می گیرد و در این حالت، ارزیابی ها و اقدام های درمانی تنها براساس آنچه عوامل خطر شناخته شده نامیده می شوند، انجام می شود؛ در این وضعیت، تنها دو حالت در نظر گرفته می شود: یکی افزایش احتمال آسیب رسانی به خود و دیگری، بررسی عوامل ایمنی که به معنای عوامل دخیل در کاهش آسیب رسانی به خود است.

به طور معمول، نتیجه چنین ارزیابی هایی در ارجاع مناسب درمان جو تعیین کننده اند و ممکن است درمان جو را در صورت صلاح دید به مراقبت های درمانی متناسب ارجاع دهند؛ حتی ممکن است فرد را موظف کنند که به عنوان یک وظیفه شهروندی اجباری، در بخش مراقبت های روانی بستری شود. سایر تدابیر درمانی که برای تمایل به خودکشی، اقدام به خودکشی یا آسیب عمدی به خود صورت می گیرند، عبارت اند از: ارجاع

به گرایش‌های مختلف روان‌درمانی یا درمان‌های ترکیبی با این قبیل درمان‌ها، مداخلات درمانی رایج، شامل ترکیبی از دارودرمانی (با داروهای ضدافسردگی، ضداضطراب و مواد تثبیت‌کننده خلق)، گروه درمانی با فعالیت‌های تفریحی و آموزشی و نظارت دقیق (موسوم به «طرح ایمنی بیماران» یا «قراردادی برای امنیت»). ترکیب دارودرمانی را همراه با فعالیت‌های ساختارمندی که در یک محیط تحت نظارت (مانند بخش بیماران روانی) صورت می‌پذیرد «احاطه درمانی»^۱ می‌گویند؛ باوجوداینکه مراقبان متقاعد می‌شوند، بیماران، برای مراقبت از خود توانایی نسبی دارند، همواره بیمارانی را که به خودکشی یا آسیب‌رساندن به خود اقدام کرده‌اند، در بخش‌های محدود و بستری روانی، تحت مراقبتی شدید نگاه می‌دارند و برخی اوقات نیز برای نگهداری آنان از مراکز نیمه‌بستری یا نیمه‌سریایی روانی استفاده می‌شود. در ایالات متحده، انتخاب روش‌های مذکور، زیر نظر افرادی به نام ناظران سلامت صورت می‌گیرد که بر بهره‌بری بیماران از درمان‌های خود، نظارت می‌کنند.

دانستن این نکته نیز مهم است که به‌طور معمول، شناخت، ارزیابی و مدیریت درمان‌جویانی که قصد دارند خودکشی کنند، در محیط‌های پر اضطراب صورت می‌گیرد؛ برای این‌گونه درمان‌جویان، خانواده‌هایشان و سایر عوامل و حضور درمانگران، معلمان، کارمندان یا پلیس نیز، اهمیتی ویژه دارد. اگر این‌بار با بیماران شرکت‌کنید و بعد به این نظام هم پاسخ‌دهید، پروتکل‌های مزبور، خانواده و همکاران باعث می‌شوند تا احتمال کسب نتایجی بهتر را افزایش دهید. اگر درمانگر در پاسخ‌های احساسی خودش قرارگیرد یا در مواردی با احساس‌های خانواده

درمان‌جویان توافق شود، یکی از آنها می‌تواند به اضطراب و اختلالات دیگران پایان‌دهد ولی به اضطراب و اختلالات بیمار پایان نمی‌دهد.

منطق استفاده از مصاحبه انگیزشی برای درمان‌جویان خواهان خودکشی

در مراقبت از درمان‌جویانی که قصد دارند خودکشی کنند، کاربرد مصاحبه انگیزشی، استقلالی بیشتر را در فضای گزینه‌های محدود برای درمان بهتر به وجود می‌آورد. همچنین، مزایای استفاده از مصاحبه انگیزشی در این افراد، شاید در توسعه اختصاص درمانی پیشرفته نیز مشرثر واقع شود. با احتمال اختصاص استقلال و اتحاد فردی درونی، درمان‌جویان از مزایای بیشتری را از شناسایی و پذیرش گزینه‌هایشان برای مسائل توافق و عدم توافق یا هر دو مشکل در مدیریت بالینی و درمان خودکشی بهره‌مند می‌شوند؛ همچنین، وجود شرایط محیطی پیچیده در این افراد، تفاوت‌هایی را در روش ارتقای میزان آمادگی برای تغییر مثبت زندگی به وجود می‌آورد. مصاحبه انگیزشی می‌تواند برای افراد، بسیار مفید و ارزشمند باشد، چون از استقلال درمان‌جویان پشتیبانی می‌کند. برخلاف تمایلی که نظام‌های درمان برای برخورد محدودکننده با این درمان‌جویان دارند، یعنی در قبولاندن چیزی به آنها یا محدودسازی انتخاب‌های درمانی آنها می‌کوشند، جایگاه مصاحبه انگیزشی در قبال آنها این است که سعی دارد از توانمندی‌های درونی این افراد کمک‌گیرد تا به آنان بیاموزد که با انتخاب‌های خوبشان در برابر احساس‌های ناخوشایند ایستادگی کنند. گفته می‌شود، به رسمیت شناختن و ارزش قائل‌شدن برای این توانایی درونی که در طرح‌واره‌های درمان‌جویان از مشکلات و نیازهایشان دیده می‌شود، هرچند که توانایی محدودی باشد، سهمی مثبت به‌سزا در دروه درمان و بازده درمان آنها دارد. از آنجاکه بیمار، در نهایت باید به اتکای خودش، بهبودیابد و بعدها دوباره به

جامعه بازگردد، شخصیت با ثبات به درمان‌جو دادن، به‌طوری‌که مملو از خودکارآمدی باشد، مفیدتر و مؤثرتر از دیدگاهی است که درمان‌جو را یک فرد ناتوان و بیچاره در برابر آماج مشکلات می‌بیند. همیشه این مثل معروف مصداق دارد که: «هرچه بیشتر، ایمنی از هیچ بنا شود، کمتر از درون احساس می‌شود»؛ درضمن، تشویق و ترغیب درمان‌جو به گرفتن تصمیم‌های مناسب، می‌تواند بسیار سودمند باشد، زیرا انتظاراتهای درمان‌جو از ما نیز، به انتظاراتی مثبت تبدیل می‌شود؛ این انتظاراتی مثبت، در هنگام کارکردن با درمان‌جویان با سابقه خودکشی، اهمیت حیاتی دارند، چون این درمان‌جویان، اغلب، خودشان را ناامید و بدون یاور می‌بینند.

به‌طور معمول، متخصصان بالینی درخصوص به‌وجودآوردن این شخصیت امیدوار در درمان‌جویان خود، نگرانی‌های قابل‌درکی دارند. اگر درمان‌جو [دوباره] دست به خودکشی بزند یا در اقدام به خودکشی موفق شود آیا درمانگر مسئول یا مقصر خواهد بود؟ آیا مدیریت ساده خطر (به صورت مقصر جلوه‌دادن درمان‌جو) راه‌حل خوبی است؟ آیا می‌توان حق درمان‌جو را برای دریافت درمان‌های مناسب در محیطی بدون محدودیت رعایت کرد؟ اگر این تصمیم گرفته‌شود که آسان‌ترین راه برگزیده شود؛ یعنی درمان‌جو را در وضعیتی بسیار محدود و تحت مراقبت‌های اجباری روان‌پزشکی قراردسیم تا خطرها کاهش‌یابند، عواقب آن برای بیمار چه می‌شود؟ آیا به حس خودکارآمدی و استقلال فردی او لطمه وارد نمی‌شود؟ با پیشرفت درمان‌جو، نقش سایر اعضای گروه درمان چه می‌شود؟ «خودکشی و رفتارهای خودکشی، از لحاظ آماری بسیار نادر هستند، حتی در جمعیتی که در معرض خطر قراردارند؛ برای نمونه، آمارها نشان می‌دهند که اگرچه افکار خودکشی، شیوع فراوانی دارند، اما بسیاری از افرادی که افکار یا اقدام‌های خودکشی داشته‌اند، با خودکشی از دنیا

نمی‌روند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۳)؛ البته موارد خاصی نیز وجود دارند که در آنها، چاره‌ای جز بستری‌کردن درمان‌جو و قراردادن وی در محدودیت، وجود ندارد و طرح امنیت درمان‌جو، تنها از این راه اجرا می‌شود؛ همچنین، اگر درمان‌جو، تحت هیچ شرایطی نپذیرد که به درمان‌های روان‌شناختی باید مراجعه‌کند، ارجاع اجباری باید در دستور کار قرار گیرد؛ البته، موارد ارجاع اجباری و بستری‌شدن در بیمارستان، تحت شرایط محدود، در آمارگیری سالانه‌ای که اینجانب انجام‌داده‌ام، تنها یک-سوم کل موارد را تشکیل می‌داد که درباره‌ی این درمان‌جویان نیز، به‌کاربردن مصاحبه انگیزشی سبب کاهش موارد ارجاع اجباری شد. ارجاع درمان‌جویان به بخش بستری، چه به‌صورت اجباری و چه اختیاری ممکن است در ابتدا، خطراتی را که بیمار را تهدید می‌کند، کاهش دهد، اما بعدها روند پیشرفت بیماری را کند می‌کند. بیماران ممکن است، از همان ابتدا با برنامه‌های امنیتی موافقت‌کنند، اما این موافقت ضمنی و ظاهری می‌تواند این شک و شبهه را در درون درمان‌جو به‌وجودآورد که هنوز هم، به‌عنوان یک درمان‌جوی خودکشی‌کرده، نسبت به او شک و تردید وجود دارد و در-نتیجه این امر اگر به این شبهه بیمار اعتنا نشود، بعدها بیمار پیشرفت ناچیزی در درمان خود خواهد داشت، زیرا به این نقش غیرفعال خود در درمان، معتقد شده‌است و به همین دلیل ممکن است، بیمار حتی پسرفت هم داشته‌باشد. بیماری که به پسرفت دچار شود، باز هم ممکن است به خودکشی اقدام کرده، یا آسیب عمده‌ی به خود وارد کند. بسیاری از همین کسانی که اقدام‌های خودکشی موفقیت‌آمیزی داشتند، به‌تازگی از بیمارستان روانی مرخص شده بودند. در نبرد تحقیقات کافی، ارتباط میان این دو مقوله نامعلوم می‌ماند؛ برخی بر این عقیده‌اند که این درمان‌جویان به‌ظاهر آرام و همکاری‌کننده، در پی این فرصت هستند که با نشان‌دادن بهبود

ظاهری، از بیمارستان و محیط محدودکننده درمانی خلاص شده، فرصتی دیگر برای خودکشی [این بار موفقیت آمیز] پیداکنند؛ به این دلیل که درمان-جویان هنگام ترخیص، هنوز در دوراهی بین مرگ و زندگی قراردارند و نمی دانند که آیا زندگی ارزش ادامه دادن دارد یا خیر؟ بنابراین، با پیدا کردن فرصت و انرژی مجدد، به خودکشی دوباره دست می زنند؛ آیا در اینجا، احتیاط حکم نمی کند که ارزیابی تردید این درمان جویان درباره ارزش زندگی را در جایگاه عاملی مهم، در هنگام بستری بودن، ترخیص و درمان های بعدی، به طور منظم انجام دهیم؟

مصاحبه انگیزشی، ارتباط مبتنی بر همدردی و خشنی بودن از لحاظ اجتماعی را در اختیار درمانگر قرار می دهد تا با یک رویکرد اخلاقی به انواع تردیدها و شبهات درمان جویان دست یابد، چون همین تردیدها هستند که ابعاد وجودی اقدام های خودکشی را تشکیل می دهند. دیدگاه مصاحبه انگیزشی به جای اینکه مبتنی بر مفروضات پزشکی و قانونی و همچنین پیش فرض های اجتماعی- سیاسی مبنی بر اینکه «بیمار باید زندگی کند و نباید بمیرد»، بنا شود، بر این عقیده استوار است که این اعتقادات، به لزوم آن چیزی نیست که بیمار قبول داشته باشد؛ حتی اگر فشار زیادی بر او وارد شود، تحت نظارتی شدید باشد یا به کاری مجبور شود. مصاحبه انگیزشی می تواند روش ها و روحیات مثبت و مؤثر خوبی برای درمان بیماران مایل به خودکشی فراهم آورد.

کاربرد بالینی مصاحبه انگیزشی برای افراد مایل به خودکشی

این کاربرد مصاحبه انگیزشی از لحاظ کارکرد با ارزیابی بحران منسجم و یکپارچه شده است که درواقع این امکان را به ارزیابی بحران می دهد تا درمان خلاصه ای را اتخاذ کند؛ این روش یکپارچه و یکدست نیز رو به

جلو حرکت می کند و نوعی پیش درآمد برای مراقبت های متوالی به شمار می آید که روی هر بیمار انجام می شود. اهداف کاربرد مصاحبه انگیزشی در این متن، تقلیل بی نظمی درونی و ارتقای استقلال و بازدهی درمان جویان است. هدف قابل اندازه گیری این واسطه به منظور ارتقای سطح تغییر به خصوص از وضعیت عدم ثبات یا قطعیت و عوامل محیطی به یک محیط یا وضعیت آمادگی منطقی سبب امن نگه داشتن بیمار شده است و نتیجه این مقیاس این است تا درمان جو در هیچ نوع از طرز تفکرهای خود آسیبی یا سایر موارد مرتبط با آن حضور نداشته باشد. سایر نتایج دارای مقیاس به این نکته رسیدند که همکاری درمان جو در تسهیل مصاحبه و مراقبت های پزشکی و دارویی و روش های سازگار با آن می تواند حضور درمان جویان را در توافق با تسریع طرح و برنامه درمانی درازمدت بهبود بخشد و به این ترتیب می توان رابطه بیشتری هنگام مراقبت از آنها در یک محیط محدود اعمال کرد، چون کل این برنامه ها فقط در جهت امنیت و حفظ سلامت درمان جویان تعبیه شده اند.

البته دو نوع تغییر روش مصاحبه انگیزشی در این مورد کاربرد دارد: نخست اینکه، صرف نظر از مقدمات درمان جو، فرد ارجاع شده باید کل حوزه های کامل و جامع خطر و ارزیابی سلامت را لمس و تجربه کند و متعاقب آن، درمانگر از او پرسش هایی مستقیم خواهد کرد تا به کمال مطلوب در جلسه مصاحبه انگیزشی نائل آید؛ نکته دوم اینکه موضوع بحث جلسه و نتایجی که از آن به دست می آید، ممکن است حالت اجبارکننده داشته باشند، چون در نهایت نباید چیزی به درمان جو آموخته شود که خلاف بایسته های قانونی و اخلاقی مراقبان در حفظ سلامت درمان جو باشد؛ اما در این نوع کاربرد مصاحبه انگیزشی، شرایط کمتری از نکات مخرب اعمال می شوند، چون در ارزیابی بحران این موضوعی رایج و معمولی به

شمار می‌آید. با توجه به این محدودیت‌ها، نیاز برای فرافکنی انسجام نسبت به معانی عمیق مصاحبه انگیزشی وجود دارد، یعنی برای بیان و تشریح دلجویی ذاتی افراد و گوش دادن به نکات گفته شده یا ناگفته می‌تواند اعتماد را در یک حالت بسیار مستحکم و پایدار بر درمان‌جویان اعمال کند. در عمل، یک حد در این زمینه وجود دارد که میزان توافق و سازگاری را برای یکپارچه‌سازی مصاحبه انگیزشی به همراه تغییراتش در مدیریت بحران ارزیابی می‌کند.

این فرآیند یکپارچه شاید به شکل هریک از مؤلفه‌های زیر در حالت پویایی خلاصه شوند که تأکید در پاسخ به تشریح درمان‌جو را با تغییر حاصل کند:

- ارتقای استقلال مؤثر: همکاری - نقش با پایداری؛

- ارتقای همکاری مؤثر: اعتماد - دلجویی - نوازش و میزان اعتبار روند کار؛

- پشتیبانی و حمایت از خود بازدهی فرد: انعکاس جملات و گفتار تغییری.

من نیز در این باره، بر میزان حساسیت و صدور مجوز را برای پرسیدن پرسش‌های متنوع تأکید می‌کنم؛ البته این موارد را به تلاش در گوش دادن، انعکاس و تشریح دلجویی ذاتی اختصاص می‌دهم؛ زیرا باعث تسهیل رابطه بین شخص تحت مراقبت من و او می‌شود و در برخی موارد به تنهایی، رابطه‌ای معنادار به وجود می‌آید که شخص باید به آنها گوش فرادهد تا قادر شود گزینه‌های مناسب درباره احساس‌های بد را جایگزین کند. تجربه شخصی من می‌گوید که برخی از سوابق نتایج بد یا انجام خودکشی‌ها، موانعی در جهت مراقبت نامناسب صورت گرفته یا رابطه، به اندازه کافی مثمر نمر نبوده است. با توجه به چارچوب ساختاری ارزیابی بحران، من به

درمان‌جو این اجازه را می‌دهم تا به گام خودش پاسخ دهد؛ به طوری که با یکدیگر اعتمادی دوطرفه را برقرار کنیم و درمان‌جو از خودکنترلی خودش و حس آن بهره‌مند شود. تسهیلات بیشتر در روابط باعث مراقبت از خود شده، از فرضیات بر مبنای تقدم تاریخچه شرایط نیز پیشگیری می‌شود؛ مانند سایر کاربردهای مصاحبه انگیزشی، عوامل محیطی شاید به شکل انتخاب رفتارها تشریح شوند و این فرآیند به طور طبیعی، گام‌هایی بیشتر را برای مراقبت از درمان‌جویان امکان‌پذیر می‌سازد.

همانند کاربردهای دیگر مصاحبه انگیزشی، موازنه تصمیم‌گیری، نقشی مهم در کشف، بررسی و رفع شبهات ایفای می‌کند. هیچ موضوعی موقوت‌تر از موضوع خود زندگی به عنوان انتخاب از لحاظ فلسفه وجودی، نیست. در کار با درمان‌جویان خودکشی‌گرا دریافتیم که این کار اغلب تک‌گزینه‌ای نیست، بلکه به صورت دو گزینه مطرح است: «آیا می‌خواهم زندگی کنم؟ آیا می‌خواهم بمیرم؟» از دید واگشت‌گرایی ممکن است این دو پرسش، دو روی یک سکه تصور شوند، اما درمان‌جویانم به من آموختند که این دو، همواره دو پرسش موازی‌اند، اما همیشه همانند نیستند. همان‌گونه که می‌توان نکات خوب و موارد کمی خوب را درباره استفاده از الکل در افراد الکلی کشف کرد، می‌توان نکات خوب و کمی خوب را نیز برای ادامه زندگی و نکات خوب و کمی خوب را هنگام انتخاب مرگ در درمان‌جوی خودکشی‌گرا کشف و بررسی کرد؛ در بسیاری از موارد، این کشف و بررسی، درک و شناخت‌ها را افزایش می‌دهد، مبنی بر اینکه درمان‌جویان در واقع نمی‌خواهند بمیرند، بلکه آنچنان غرق در احساس‌اند و به حدی نسبت به خود بی‌توجه‌اند که احساس می‌کنند هیچ گزینه دیگری ندارند. درمان‌جویان خودکشی‌گرا ممکن است در جایی آماده انتخاب گام‌های بعدی مراقبت از خود باشند، اما در موقعیت کاملاً متفاوت دیگری

برای آمادگی پرداختن به انتخاب مرگ و زندگی در وضعیتی نامشابه قرار گیرند. باید توجه داشت که توافق درمان‌جو برای «برنامه ایمنی» یا مراقبت بیشتر اساساً برطرف کردن کامل و اساسی تردید درباره مرگ و زندگی را نشان نمی‌دهد. ممکن است مواردی وجود داشته باشند که انگیزه‌های درمان‌جویان درباره خوبی‌های مرگ به قدری برایشان قوی باشد که چاره‌ای جز مراقبت شدید از آنان وجود نداشته باشد. هر قدر که شبهه فرد درباره اینکه چقدر می‌خواهد زندگی کند و چقدر می‌خواهد بمیرد، عمیق باشد، زمان بیشتری برای درمان یا بررسی برای برطرف کردن شبهه نیاز خواهد بود؛ با این حال، به نظر می‌رسد که مداخله کوتاه مدت مصاحبه انگیزشی در مراحل وخیم بحران به درمان‌جویانی که افسردگی مزمن و استرس شدید دارند، کمک می‌کند تا با اتکا به توانایی‌های خود برای رسیدن به مقاصد مثبت تلاش کنند و به خود آسیبی نرسانند.

نمونه بالینی

نمونه بالینی زیر، ترکیبی از موارد معمولی است که مؤلفان در کار خود در مقام مشاور بحران در بخش اورژانس بیمارستان شلوغ حومه شهری دیده‌اند. به دلیل محدودیت جا فقط خلاصه‌ای از مصاحبه یک‌ساعتی را ارائه می‌دهیم که در آن از چندین ابزار مصاحبه انگیزشی برای کشف و بررسی پذیرش مشکل و نیز پذیرش درمان استفاده کردم:

جیمز، مرد ۲۹ ساله‌ای بود که پلیس محلی و گروه نجات او را ارجاع داده بودند و پس از آنکه جیمز به ۱۱۹ تلفن کرده و گفته بود: «من دارم می‌میرم، سعی نکنید جلوی مرا بگیرید»، او را پیدا کرده بودند. در دوازده ماه گذشته، جیمز دوبار در بخش اورژانس دیده شده بود و هر دو بار پس از مصرف زیاد داروی تجویز شده و داروی بدون نسخه به اینجا آورده

شده بود؛ در هر دو مورد، به الکل و کوکائین نیز مسموم بود. وی فارغ‌التحصیل دبیرستان (دیپلمه) و مکانیکی خودآمخته و ماهر بود؛ اما چند ماه اخیر بیکار بود. جیمز گزارش کرد، هیچ رابطه‌ای با خانواده ندارد و پدرش الکلی بوده است. او و خواهرش، چند ماهی در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی مادرش قرار گرفته‌اند؛ در آن موقع، خواهرش هشت ساله و جیمز ده ساله بود و این سوءاستفاده هرگز در خانواده بحث نشده بود. وقتی نوزده ساله بود، با زنی ازدواج کرده و پس از دو سال طلاق گرفته بود (هیچ فرزندی نداشتند و میان زوجین خشونت دوطرفه حکم فرما بود). هنگام ارزیابی، جیمز از سوی دوست دخترش طرد شده بود. دوست دخترش بازداشت جیمز را درخواست کرده بود، زیرا وقتی از وی خواسته بود تا آپارتمانش را ترک کند، جیمز او را تهدید کرده بود. جیمز به دلیل خشونت غیرقانونی و برای سلب آرامش این زن با تلفن کردن به خانه، محل کار و موبایل وی، به دادگاه احضار شده بود؛ دادگاهش به زودی برگزار می‌شد. پس از نخستین اقدام بستری‌شد، سپس به مدت دو هفته در برنامه نیمه‌بیمارستانی (نیم‌روژه) شرکت کرد؛ پس از آن به روان‌شناسان انفرادی مراجعه کرد؛ اما پس از جلسه دوم دیگر نرفت. پزشک مراقب وی دو سال قبل برایش دارو نوشت. اما جیمز مصرف دارو را به درستی ادامه نداد (و گفت: «دوست ندارم قرص بخورم زیرا از الکل استفاده می‌کنم فکرمی‌کنم این داروها برایم فایده‌ای داشته باشند، فقط مرا گیج می‌کنند»؛ در دوران بستری در بیمارستان نیز داروهایی را که پزشکان دیگر تجویز کرده بودند، ادامه نداد. جیمز با گفتن اینکه «فقط اندکی مصرف می‌کنم، مانند همه و کله شقی هنگام بحث و مشاجره با درمانگر، به بخش اورژانس بیمارستان آورده شد و از مراقبت روانی با بستری اختیاری خودداری کرد؛ پس به صورت اجباری در بیمارستان ایالتی بستری شد و شش هفته در

آنجا ماند. خودکشی فعلی او جدی‌تر از دو مورد قبل بود (این بار استامینوفن زیادی را مصرف کرده و سطح الکل خون او بالای ۴۴ درصد بود). دو روز تحت مراقبت شدید قرارداداشت تا برای درمان‌های بیشتر به اندازه کافی قوی شود؛ بر این اساس، جیمز، درمان‌جویی با خطر بالا و امنیت پایین بود. سابقه خودآزاری خارج از کنترل، اعتیاد شدید به مواد، عدم پیروی از توصیه‌های درمانی، درون‌بینی ضعیف و بی‌ارادگی بالا، حمایت اجتماعی مثبت محدود و ویژگی‌های آشکار و فرایندهای شخصیتی مبهم داشت. جیمز در بستر خود در واحد مراقبت ویژه، با پرستار ناظر و گارد امنیتی، تحت نظارت بود؛ زیرا برای خودآزاری عمدی و فرار، خطری جدی به شمار می‌آمد. وی همکاری می‌کرد؛ اما در همه بررسی‌ها تحت کنترل بود. علاوه بر مرور سابقه وی که در بالا توضیح داده شد، ارزیابی وی به دلیل اقرار به داشتن دو سلاح گرم، یکی اسلحه شکاری و دیگری تفنگ ساچمه‌ای که اظهار می‌کرد آنها را در جای امنی نگه می‌دارد، ضروری بود؛ همچنین به‌طور مداوم به من اصرار می‌کرد، تا به او کمک‌کنم تا به دوست دخترش که با او دعوا کرده بود، تلفن کند («فقط می‌خواهم با او صحبت کنم»). پس از مرحله اول گردآوری اطلاعات در ارزیابی پیشنهاد کردم که توقفی داشته باشیم تا جیمز بتواند ناهارش را بخورد: بعد از یک ساعت و نیم به کنار تخت او بازگشتم و گفتگوی ما ادامه یافت:

هری: سلام جیمز، برگشتم، اوضاع چطور است؟

جیمز: می‌دانی که می‌خواهم تلفن کنم. باید با او حرف بزنم ...

(کم‌کم اشک می‌ریزد، سپس آشکارا گریه می‌کند؛ ساکت است، اما ارتباط چشمی را حفظ می‌کنم و ناراحتی درمان‌جو و نگرش مرا نسبت به او بازتاب می‌کنم، دستمالی به او می‌دهم، حرفی نمی‌زنم و می‌نشینم. به سمت

جیمز خم می‌شوم، با مهربانی به او اجازه می‌دهم تا آن لحظه را با من سهیم شود. پس از یکی دو دقیقه اشک‌هایش متوقف می‌شوند، چشمانش را پاک می‌کند و به من می‌نگرد، آه بلندی می‌کشد و درحالی که به او نگاه می‌کنم، من هم آه می‌کشم.

جیمز: من به انتها رسیده‌ام. از همه چیز به تنگ آمده‌ام و می‌خواهم بمیرم.

هری: به نظر می‌رسد، احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنی ...

جیمز: اگر فرصتی به من می‌داد، برایش دشوار بود، چرا نمی‌توانم فقط با او حرف بزنم؟

هری: جیمز! به نظر می‌رسد، آرامشش را به هم می‌زنی، زیرا تهدیدش کرده‌ای که به او آسیب می‌رسانی و چندین بار با او در خانه دعواکرده‌ای و قبلاً برای آسیب به خودت کارهایی انجام داده‌ای.

جیمز: همیشه چیزهای قدیمی را مطرح می‌کنند؛ من این کارها را که مست بودم، انجام دادم! خیلی هم تحریک شده بودم.

هری: فکرمی‌کنی چه چیزی باعث می‌شود که مردم جور دیگری به تو نگاه کنند؟

جیمز: شاید مرا فقط یک مست ببینند! من آدم خوبی هستم، شاید هم خیلی خوب و همیشه آسیب می‌بینم. چرا افرادی را تحت نظر نمی‌گیرند که به من آسیب می‌رسانند؟ من کسی هستم که در یک خودرو زندگی‌ام را می‌گذرانم.

هری: منصفانه به نظر نمی‌رسد...

جیمز: به جهنم، دیگر اهمیت نمی‌دهم.

هری: به نظر می‌رسد، اگر الکل و مواد مخدر مصرف نکنی، بهتر می‌شوی.

جیمز: به یقین، مدتی بود که خیلی خوب بودم، اما اگر فقط کمی مانند دیگران عیش و نوش می‌کردم به من نق می‌زد. نمی‌خواهم مثل یک بچه

کوچک به من بگویند، چه بکن و چه نکن.

هری: دوست‌نداری دیگران به تو بگویند چه بکن؛ حالا چه تصمیمی داری؟
جیمز: نمی‌خواهم دوباره به بیمارستان ایالتی برگردم. ترجیح می‌دهم بمیرم. آیا می‌توانم انتخاب کنم؟

هری: تا حد زیادی به تو بستگی دارد و اینکه چه احساسی درباره موضوع‌های امنیتی خودت داری، اگر دوست داشته‌باشی می‌توانیم در این مورد صحبت کنیم ...

جیمز: کدام موضوع‌های امنیتی؟

هری: خوب، یکی از چیزهایی که به‌طور قطع مهم است، سلاح‌های گرم توست، می‌دانم، به من گفتی که دوست‌داری شکارکنی ...
جیمز: من هرگز با اسلحه به کسی آسیب نمی‌رسانم. اگر می‌خواستم این کار را با خودم بکنم، تا حالا انجام می‌دادم.

هری: فکر می‌کنی، چه چیز مانع تو شده است؟

جیمز: نمی‌دانم، نمی‌توانم خودم را در حین انجام چنین کاری ببینم؛ این اسلحه‌ها هزینه خیلی زیادی برایم داشتند. در هر صورت آنها امنیت را دور می‌کنند.

هری: خوب، تو را تحسین می‌کنم که نمی‌خواهی از آنها جز برای شکار استفاده کنی و این خیلی خوب است که درباره چگونگی نگهداری آنها دقت می‌کنی، اما می‌دانی که اگر تو اجازه بدهی ما مطمئن شویم که اسلحه‌ها در جای امنی هستند. ممکن است مردم به انتخاب‌های تو اطمینان بیشتری داشته‌باشند ...

جیمز: نمی‌خواهم پلیس آنها را بگیرد.

هری: با توجه به اینکه این سلاح‌ها، اسلحه‌های شکاری هستند، ممکن

است بتوانی آن را به یکی از اعضای مطمئن خانواده یا دوستانت بسپاری.
جیمز: این کار را پیش‌تر کرده‌ام؛ آنها را به یکی از دوستانم، به نام آل، داده‌ام، سرم به کارم گرم بود و هر سال با هم به شکار می‌رفتیم؛ او آنها را در جای امنی نگهداری می‌کند.

هری: اگر بتوانی آل را برای اثبات به اینجا بیاوری و آل بداند که وضعیت تو چگونه است، خیلی خوب خواهد شد؛ جیمز ... از آل می‌خواهم اجازه‌دهد تو اسلحه‌ها را برداری مگر اینکه به شکار بروید و آل مطمئن باشد که تو هشیار هستی و حالت خوب است.

جیمز: خوب، این کار برایم خوب است.

در این موقع، رضایت‌نامه‌ای را پر کردم که جیمز آن را امضا کرد و من به‌عنوان شاهد بودم؛ همکاری او را تحسین کردم و گفتم «این کار به ما کمک می‌کند تا درباره گزینه‌های بیشتری برای مراقبت از تو گفتگو کنیم». بی‌درنگ به دوست جیمز تلفن کردم و مطمئن شدم که اسلحه در جای امنی است که جیمز به آن دسترسی مستقیم ندارد. دوستش، آل به من گفت که از سابقه جیمز و مشکلات رفتاری و احساسی وی آگاه بوده‌است و مرا مطمئن ساخت که اجازه نمی‌دهد، جیمز به اسلحه‌ها دسترسی داشته‌باشد، مگر اینکه با هم به شکار بروند و مطمئن باشد که جیمز هشیار است. از او تشکر کردم؛ گفتگوی خود را مستند ساختم و رویارویی با جیمز را ادامه دادم.

هری: با دوستت، آل، صحبت کردم، از من خواست که به تو بگویم متأسف است که حالت خوب نیست، اما از سلاح‌های تو خوب مواظبت می‌کند. انگار تو را خیلی دوست دارد!

جیمز: بله! آل به‌راستی مرد خیلی خوبی است؛ برایم مانند خانواده

است، وقتی از اینجا بیرون بروم، چه اتفاقی خواهد افتاد؟ باید خودروام را پس بگیرم، همه اثاث‌هایم درون آن است.

هری: جیمز، این بار صدمه بزرگی به سلامتی‌ات زده‌ای. آیا با دکتر در این باره صحبت کردی؟

جیمز: بله، آزمایش کبد را نشانم داد. فکرمی‌کنید خوب می‌شوم؟

هری: من دکتر نیستم، اما فکرمی‌کنم بیشتر به انتخاب تو برای مراقبت از خودت بستگی دارد. دکترها از تو می‌خواهند که تحت مراقبت در واحد سلامت روانی بستری باشی تا همه موافقت کنند که تا اندازه‌ای خوب شده‌ای که باز هم درمان نیم‌روزه در بیمارستان داشته باشی؛ آیا با این کار موافقی؟

جیمز: راه دیگری ندارم، این طور نیست؟

هری: بین مراقبت سلامت روانی اختیاری و غیراختیاری می‌توانی انتخاب کنی و با توجه به تجربه گذشته می‌دانی که چه تفاوت‌هایی دارند ... اگر مخالفتی نداشته باشی، دوست داریم مانند قبل، اینجا با ما بمانی، جیمز! می‌دانی که اینجا از تو مراقبت می‌کنیم، نظرت چیست؟

کل گفتگوی رودرو برای ارزیابی جیمز که براساس مصاحبه انگیزشی بود، یک ساعت طول کشید. آیا مصاحبه انگیزشی در مقایسه با رویارویی‌های مشابه، به‌غیراز مصاحبه انگیزشی، تفاوت‌هایی را ایجاد می‌کند؟ برای مقایسه، رویارویی با جیمز را دوباره به‌گونه‌ای که بدون روش مصاحبه انگیزشی روی می‌دهد، بررسی می‌کنیم؛ در این نمونه تقابلی، کل ارزیابی و حل و فصل، فقط ۴۰ دقیقه طول کشید و هیچ توقفی در میان نبود؛ این گفتگو مانند اولی، براساس ترکیبی از رویارویی‌های واقعی بود که با درمان‌جویان مشابه توسط مصاحبه‌کنندگان بدون مصاحبه انگیزشی

صورت گرفته بود. مصاحبه‌کننده پس از ایجاد داده‌های اولیه ارزیابی با ترتیب نمونه اول ادامه می‌دهد.

در مصاحبه قبلی، هری از جیمز پرسیده است که «آیا در این مصاحبه نام هری است که به صورت مصاحبه‌کننده ذکر شده است یا خیر؟».

مصاحبه‌کننده: جیمز! باید تصمیم بگیریم که «به چه مراقبت‌های دیگری نیاز داری؟».

جیمز: می‌دانی که می‌خواهم با او حرف بزنم، واقعاً می‌خواهم به او تلفن کنم.

اشک می‌ریزد و سپس آشکارا گریه می‌کند. مصاحبه‌کننده، دستمالی به جیمز می‌دهد و می‌گوید: «به همین دلیل است که الان اینجا هستی؛ به سبب پیروی نکردن از ترتیبات بازداشت، ۱ دقیقه به تو فرصت می‌دهم، مصاحبه‌کننده اتاق را ترک می‌کند و ۳ دقیقه بعد برمی‌گردد، جیمز دیگر گریه نمی‌کند.

مصاحبه‌کننده: آیا آماده‌ای که با هم گفتگو کنیم؟

جیمز: من به انتهارسیده‌ام، از همه چیز به‌تنگ آمده‌ام، می‌خواهم بمیرم.

مصاحبه‌کننده: خوب، در این صورت مجبوری که در بیمارستان بمانی.

جیمز: اگر یک فرصت دیگر به من بدهد، متفاوت خواهم بود. چرا نمی‌توانم با او حرف بزنم؟

مصاحبه‌کننده: جیمز! باید این موضوع را با قاضی مطرح کنی که دستور ممانعت را صادر کرده است.

جیمز: همیشه این موضوع‌های قدیمی را مطرح می‌کنند؛ من این کارها را زمانی انجام دادم که مست بودم! و کاملاً تحریک شده بودم.

مصاحبه‌کننده: اول مطمئن شو که برای الکل و مشکل اعتیاد به مواد

زهرزدایی شده‌ای!

جیمز: من الکلی نیستم، معتاد به مواد هم نیستم. دستورهای بازداشت و ممانعت را برای کسانی صادر نمی‌کنید که به من آسیب می‌رسانند؟ من کسی هستم که در یک خودرو زندگی‌ام را می‌گذرانم.

مصاحبه‌کننده: شاید باید نگاهی به آن بیندازی ...!

جیمز: دیگر اهمیتی نمی‌دهم. به بیمارستان ایالتی بر نمی‌گردم، به شما خواهام گفت، ترجیح می‌دهم بمیرم.

مصاحبه‌کننده: فکر نمی‌کنم، الان بتوانم به تو اعتماد کنم که در خارج از بیمارستان در امان باشی.

جیمز: چرا؟ واقعاً چیزی درباره من نمی‌دانی ...

مصاحبه‌کننده: خوب، دربارهٔ اسلحه‌های تو خیلی نگرانم. جیمز، می‌دانم که به ما گفتی دوست‌داری، شکار کنی ...

جیمز: هیچ‌وقت با اسلحه به کسی آسیب نمی‌رسانم؛ اگر می‌خواستم این کار را با خودم بکنم، تا حالا کرده بودم.

مصاحبه‌کننده: جیمز! می‌خواهم بدانم، «اسلحه‌ها حالا کجا هستند؟».

جیمز: دیگر آنها را ندارم، فروخته‌ام.

مصاحبه‌کننده: به چه کسی فروخته‌ای و در چه زمانی این کار را کردی؟

جیمز: به شما مربوط نیست، اما سال گذشته در نمایشگاه اسلحه فروختم.

مصاحبه‌کننده: می‌توانی ثابت کنی؟

جیمز: ببین، دیگر نمی‌خواهم درباره این موضوع صحبت کنم. می‌خواهم مرخص شوم. چه موقع از اینجا بیرون می‌روم؟ باید خودروام را پس بگیرم؛ همه چیزم، درون آن است.

مصاحبه‌کننده: جیمز! برای خودت و دیگران خطرداری؛ باید در

بیمارستان بستری باشی؛ همکاری نمی‌کنی و مجبورم برای مراقبت بیشتر، تو را به بیمارستان ایالتی بفرستم.

جیمز: این نظر شماست، من ...؟!

جیمز بلند می‌شود و سوزن درون رگ را بیرون می‌کشد و نمایشگر قلب را جدami کند و مصاحبه‌کننده با صدای بلند، مهارکننده‌های فیزیکی را می‌خواهد؛ روز بعد، جیمز برای مراقبت فیزیکی با بستری غیراختیاری به بیمارستان ایالتی منتقل می‌شود؛ این نمونهٔ تخیلی از روی رویارویی‌های واقعی با درمان‌جویان واقعی ایجادشده و منظور ارائه مقایسه بازنمودی است و نشان می‌دهد که چگونه کار با بیماران خودکشی‌گرا می‌تواند با استفاده از مصاحبه انگیزشی بهتر شود؛ این مقایسه برای نشان دادن مصاحبه انگیزشی به عنوان علاج قطعی و حلال مسائل نیست؛ بلکه در واقع، حدودی برای دستاوردها وجود دارد. به عنوان نکته‌ای هشدارآمیز دربارهٔ مورد اول که گفتگوی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی با جیمز بود: یک ساعت بعد از پایان گفتگو، جیمز، قاشقی پلاستیکی را که از ناهارش نگه داشته بود، شکست و در حضور پرستار و کادر ایمنی و به صورت سطحی گلو و یک بازویش را پاره کرد. از لحاظ فیزیکی مهار شد و برای مراقبت فیزیکی با بستری غیراختیاری به بیمارستان ایالتی منتقل شد؛ سه هفته بعد، وقتی جیمز از بیمارستان ایالتی مرخص شد، با شماره خط بحران تماس گرفت و خواست با من صحبت کند.

هری: سلام، من هری هستم.

جیمز: سلام، من جیمز هستم. مرا به خاطر آوردی؟

هری: جیمز چطوری؟ حتماً به خاطر دارم. با هم دربارهٔ وضعیت

جسمی‌ام صحبت می‌کردیم؟ از کجا تلفن می‌کنی؟

جیمز: در اقامتگاه عمومی هستیم، از بیمارستان ایالتی مرا به اینجا فرستادند. می‌دانی که حالا باید با هم کارکنیم. می‌خواهم حالا همه چیز را عوض کنم. فکر کردم می‌توانیم با هم صحبت کنیم.

هری: از دیدن دوباره تو خوشحال می‌شوم، چه زمانی برای تو مناسب است؟

مشکلات رایج و راه‌حل‌های پیشنهادی

یکی از مشکلاتی که باید (مانند نمونه‌هایی که آورده شد)، همواره مدنظر قرارگیرد، دیدگاه برخی از همکاران است، مبنی بر اینکه: «مداخله مصاحبه انگیزشی به نوعی، اتلاف وقت است. ببینید جیمز چه کاری انجام داد؟ ما این‌گونه درمان‌جویان را بسیار می‌بینیم و کاری از دست ما برای آنها برنمی‌آید، جز آنکه آنها را به مراکز درمانی اجباری بفرستیم. درک و پذیرش فواید مداخلات مصاحبه انگیزشی برای برخی از همکاران ما به سختی درک و پذیرش لزوم تغییر در برخی درمان‌جویان است. باوجود اینکه ما روش‌های مصاحبه انگیزشی را با همکارانمان، آن‌طور که با درمان‌جویان کار می‌کنیم، تمرین نمی‌کنیم، باید بگویم که ارزش «ارتقا دادن تغییر» در بیمار و درعین حال، پرهیز از مجادله، قضاوت یا اجبار به انجام کار، در کار بالینی خودم، بسیار واضح بوده است. برخی همکاران به‌طور معمول از لحاظ روحیه و از دیدگاه‌های فلسفی‌شان با تغییر درمان مخالف‌اند؛ البته، بسیاری دیگر از همکاران، پذیرش و علاقه وافری نسبت به رویکرد مصاحبه انگیزشی نشان داده‌اند و آن را وسیله‌ای برای بهینه‌سازی کارهای بالینی روی افراد مایل به خودکشی می‌دانند.

افرادی که درباره تأثیر این رویکرد تردید دارند، می‌پرسند: «درباره جیمز به چه نتیجه‌ای رسیدید؟». در هر دو نمونه، او به‌صورت اجباری به انجام کاری متعهد شد؛ اما اینجانب معتقدم که در مداخله مبتنی بر مصاحبه

انگیزشی، موافقت او با نگهداری اسلحه‌هایش در مکانی امن، تمایل نشان دادن به ملاقات دوباره با مشاور که با او احساس کرده بود، راحت است و اعتماد به وی، مواردی ارزشمند بودند که می‌توانستند، علائم مثبتی از ادامه فرصت‌ها برای تغییرات بیشتر در آینده به‌شمار آیند؛ در مقابل، می‌توان عدم اعتماد ظاهری و خشم و بیگانگی در رابطه را که در مورد دوم مشاوره با جیمز دیده می‌شد، به‌عنوان موارد پرخطر برای بیمار و جامعه در نظر گرفت.

همکارانی که دانسته‌ها و تجربیات کافی در زمینه مصاحبه انگیزشی ندارند ممکن است تردید داشته باشند درباره اینکه «آیا می‌توان این رویکرد را به‌صورت عملی و قابل مدیریت، در زمان‌های محدودی که در مراکز مراقبت از سلامت در اختیار داریم، به‌کاربرد؟»؛ این‌گونه افراد، اغلب از روش‌های انعطاف‌ناپذیر و خشک، به‌صورت روش خطی ارزیابی استفاده می‌کنند. مشاهدات من، باوجود این که هنوز داده‌های تجربی آنها را تأیید نکرده‌اند، نشان داده‌اند که زمان لازم برای انجام یک مصاحبه انگیزشی متداول، تنها کمی بیش از رویکردهای دیگر است؛ افزون‌بر آن، تفاوت‌های کیفی میان این روش و سایر رویکردها بسیار زیاد است، به‌طوری که کامل بودن ارزیابی‌ها و دقت اطلاعاتی که برای انجام یک ارزیابی دقیق لازم است، در این روش به‌طور معناداری بالاتر از سایر رویکردهاست؛ این موارد سبب می‌شود، روابطی مثبت‌تر به‌دست‌آید و زمینه‌های لازم برای درمان‌های بیشتر و تشخیص و برطرف‌سازی موانع موجود، فراهم شود. وقتی فرآیند ضروری جمع‌آوری داده‌ها به‌اتمام رسید، من صحنه موجود را برای جلسه بعدی، دوباره شروع می‌کنم؛ به این ترتیب، زمینه را برای یک ارتباط مؤثر و راحت دوجانبه فراهم آورده، سپس دوباره از بیماران اجازه می‌خواهم که بپرسم، «به نظر آنها مرحله بعدی چه می‌تواند باشد؟»؛ با کمال تعجب می‌بینیم که رعایت اصول ساده راحت‌بودن و بیان نیازها، تا

چه اندازه می‌تواند از راه توجه هدفمند به نیازها، فروکش کردن حالت‌های بحرانی در روابط را سبب شوند که این امر، نمونه‌ای عینی از مفاهیم عمیق مصاحبه انگیزشی است و به این ترتیب، اضطراب کم شده، اختلاف‌ها کاهش می‌یابند و تردیدی که بیمار به سودمندی جلسات درمانی بعدی دارد، تشدید نمی‌شود؛ در آن لحظه، بیمار، سایر مراقبان، خانواده‌ای که در آنجا حضور دارند، اطرافیان، آشنایان و من در مقام فرد تسهیل‌کننده، نوع کار را مشخص کرده، روی آنچه در مرحله بعدی روی خواهد داد، توافق می‌کنیم. با در نظر گرفتن اینکه میان افراد مذکور، تفاوت‌هایی وجود دارد، دیدگاه مصاحبه انگیزشی من، احترامی خاص برای استقلال بیمار و مسئولیت‌پذیری وی قائل است؛ بنابراین، با در نظر داشتن عوامل خطر ساز در کنار این موارد، نتیجه گرفتن بیمار از جلسات و طرح‌ریزی برای جلسات بعدی در دستور کار قرار می‌گیرد.

ارزش فراهم‌سازی یک اساس مبتنی بر مصاحبه انگیزشی برای بررسی ابهام‌ها، اهمیتی بسزا دارد، زیرا تفاوت بسیار زیادی میان این روش با رویکردهای جهت‌دهنده و اجبارکننده دیگر وجود دارد. یکی از چالش‌های انگیزترین جنبه‌های کار مصاحبه انگیزشی، در چنین شرایطی، دشواری آن است که مصاحبه انگیزشی را طوری باید به‌کاربرد که بیمار برای مواجهه با سایر افراد و شرایطی که حالت دستوری و اجبارکننده دارند، آماده شود. پس از اینکه بیمار به‌طور داوطلبانه یا اجباری به یک مرکز درمان بیماری‌های روانی ارجاع می‌شود، برای بسیاری از درمان‌جویان، سطوح پایین‌تری از درمان و مراقبت تجویز می‌شود و به این ترتیب، شک و شبهه درمان‌جویان (درباره مثبت بودن نتایج) کمتر می‌شود؛ البته، هنوز هم به دلیل محدودسازی اختیارات درمان‌جویان و بستری بودن آنها، مقداری از آمادگی آنان برای پذیرش تغییر، اندک است؛ بنابراین من از درمان‌جویان

می‌خواهم تا احساس‌های خود را از آنچه با آن مواجه هستند و آنچه در مراحل بعدی درمان با آن مواجه خواهند شد، به شکل شفاف بیان کنند؛ من اغلب این کار را با پرسیدن اینکه: «به من بگو درباره وضعیت کنونی خود چه حسی داری؟» و «با آنچه در مراحل آتی درمان تو روی می‌دهد چگونه برخورد می‌کنی؟» انجام می‌دهم؛ البته، هنوز در کلینیک‌های کمی، روش مصاحبه انگیزشی به‌کاربرده می‌شود و در حال حاضر، من، تنها متخصص بالینی مصاحبه انگیزشی در جامعه خود هستم. من همان کاری را انجام می‌دهم که کاشت بذر مصاحبه انگیزشی به‌شمار می‌آید؛ یعنی خودم تا جایی که در توان دارم، این روش را برای درمان‌جویان نیازمند این شیوه به‌کار می‌برم و پس از اینکه نتایج مثبت به‌دست‌آوردم، شروع خواهم کرد به تبلیغ آن در میان همکاران؛ سپس این روش را به خانواده‌ها، نیروهای پلیس و هرکس که علاقه نشان دهد، یادخواهم داد؛ درحقیقت، من آنها را به سرمایه‌بزرگی به نام مصاحبه انگیزشی متصل می‌کنم.

راه دیگری که برای غلبه بر این مشکل انتخاب می‌کنم این است که به هر بیمار، مقدار مورد نیاز از مهارت‌های مصاحبه انگیزشی را به شکل مجموعه‌های خوداشتغال یاد می‌دهم؛ به این ترتیب، آنها می‌توانند در شرایطی که مانند شرایط قبلی‌شان نیست و تاکنون با آنها مواجه نشده‌اند، از آنها استفاده کنند؛ با این روش، مقادیری از مفاهیم عمقی این رویکرد در همه‌جا منتشر می‌شود. آیا شما نیز مایل هستید مقداری از این رویکرد را با خود داشته باشید تا در صورت لزوم از آن استفاده کنید؟ برای بسیاری از درمان‌جویان، درمان‌های دیگر آنها خیلی متفاوت از تجربه جلسات مصاحبه انگیزشی با من است. این واقعیت، بیشترین دلیلی است که سبب می‌شود، تمام انتظارهای مثبت، تأییدهای قابل توجه و آگاهی‌های درونی را که در مواجهه با سایر شرایط دشوار، پرفشار و نامنظم نیاز دارند تا

باشند.

می‌دانم که درمان‌جویان به‌کارگیری مصاحبه انگیزشی را تحسین می‌کنند، زیرا به من این‌گونه می‌گویند و اغلب می‌گویند: «قبلاً پیش مشاوران گوناگونی رفته‌بودم، اما هیچ‌کس با من این‌گونه رفتار نکرد» یا به‌نظر می‌رسد، از اینکه برای گوش‌کردن به آنها وقت می‌گذارم، احساس رضایت می‌کنند، زیرا مجبور نیستند که فکرکنند در ارزیابی استاندارد قرار گرفته‌اند و از اینکه به آنها گزینه‌ها و انتخاب‌هایی را در هر مرحله از مصاحبه می‌دهم، خشنودند؛ شاخص دیگری که میان درمان‌جویان بحرانی در کار من وجود دارد، این است که نسبت پایینی از تعهد غیراختیاری برای بستری در بیمارستان به‌منظور مراقبت فیزیکی وجود دارد - کمتر از ۷ درصد - درحالی‌که حدود ۳۳ درصد به‌صورت اختیاری بستری را می‌پذیرند - به‌کارگیری مصاحبه انگیزشی در ارزیابی درمان خودکشی به توجه بیشتری از سوی محققان و مددکاران نیاز دارد.

مصاحبه انگیزشی در درمان اختلالات خوردن

فصل هشتم

مشاوره انگیزشی در درمان اختلالات خوردن

اختلالات خوردن - بی‌اشتهایی عصبی (AN)، جوع عصبی (BN)، و اختلالات مربوط (اختلالات متفرقه خوردن به‌اختصار، EDNOS و اختلال زیاده‌روی در خوردن، به‌اختصار، BED) اختلالاتی شایع هستند که بیشتر در زنان جوان دیده می‌شود. در زمینه اجتماعی اخیر نسبت شایع طولانی مدت ۴/۶ درصد برای بی‌اشتهایی عصبی، ۷/۷ درصد برای جوع عصبی (که شامل موارد نسبی و زیر حد آستانه است) و ۰/۶ درصد برای BED در زنان جوان بود (سن‌تاستسو، فرارا و فیوراو، ۲۰۰۳)؛ این اختلالات معمول دوره مزمن‌داشته، بیماری‌های طبّی همراه و آثار باقیمانده، دارند (برانول و فربرن، ۲۰۰۱؛ هرزاک، لو و زیفل، ۲۰۰۳). بی‌اشتهایی عصبی، بالاترین مرگ‌ومیر را در مقایسه با اختلالات روان‌پزشکی دیگر دارد و خطر مرگ آن، سه برابر افسردگی، جنون یا اعتیاد به الکل است (برناف و هریس، ۱۹۹۸).

سبب‌شناسی اختلالات خوردن پیچیده است (کریمر، دیزوان، هی‌ورد، جاکوبی و اگریز، ۲۰۰۴). جوع عصبی سندرم به فرهنگ غربی وابسته است (کلمپ و کل، ۲۰۰۴) که رژیم غذایی در آن، عامل خطر اصلی به‌شمار می‌رود؛ برخلاف این سندرم، گزارش‌های مستندی از بروز بی‌اشتهایی عصبی در فرهنگ‌های غیرغربی نیز آمده‌است که سوابق آن به قرون وسطی بازمی‌گردد؛ در این موارد تاریخی غیرغربی، روان‌درمانی براساس نگرانی‌های مربوط به شکل و وزن بدن نیست، بلکه براساس شکایت‌های ناشی از نبود اشتها و ناتوانی در خوردن یا قضاوت دربارهٔ