

כיצד ללוות שינוי הגישה המוטיבציונית בטיפול בהתמכרויות

אורית קובץ, דניאל פיינגולד

בחדר התופסת את המפגש הטיפולי כשיח מומחים שבו המטפל כמומחה להתמכרויות והמטופל כמומחה לעצמו, ומכאן שעלינו כמטפלים לפנות אל המומחיות הזו של מטופלינו ולכבד אותה אם אנחנו רוצים לקדם סיכוי לשינוי. אין תוכנית טיפולית או מטרה אחת שתהיה מתאימה לכולם באופן זהה. הגישה המוטיבציונית מאפשרת לנו המשגה של תהליך השינוי, הבנה וכלים פרקטיים כיצד לשבת בחדר הטיפולים וללוות את המטופלים שלנו באופן יעיל כך שיהיה יותר סיכוי לשיתוף פעולה בחדר, לשיתוף פעולה עם תוכניות טיפול ולשינוי התנהגותי בפועל.



כיצד מקדמים שינוי? כיצד אנו יכולים לעזור למטופל הסובל מהתמכרות לייצר שינוי במציאות חייו? מהו "הגורם המרפא" בטיפול בהתמכרויות? האם מה שיעזור הוא להבין את מקורות היווצרות ההתמכרות? או לטפל בקיום שלה כיום, ביומיום של המטופל, בניהול הכמיהה? ומה עם היחסים בחייו? היחסים עם המטפל? איזה ערך יש לחקירה הזו בטיפול בהתמכרות? ואיך אנו כמטפלים נעים בשיחה בין חקירת עבר להווה ולעתיד? בעידן שלנו, של ריבוי גישות ופרספקטיבות, טיפול באדם הסובל מהתמכרות יכול לקחת כיווני חקירה מגוונים, אך דבר

ילד קטן נוסע עם הוריו לים. המים צלולים ונעימים אבל גם עמוקים וסוחפים. בעודם מתבוננים בבנם רץ על החול, מתקרב אל המים ומתרחק מהם, ההורים עסוקים בשאלה כיצד לעזור לו לגדול, להפוך למבוגר הבריא הטמון בו, כיצד לשמור עליו מהגלים מבלי למנוע ממנו להתנסות, שהרי הם, ההורים, נמצאים בסביבה יותר זמן ממנו, ויודעים כבר כמה דברים שהוא לא יודע. הם מכירים את הים טוב ממנו, אבל כדי שהוא ילמד לשחות יום אחד, יהיה זה הכרחי שהוא ירצה בכך, שזו תהיה עבורו חוויה נעימה או מאתגרת, שיחוש את עצמו מסוגל יותר ויותר. הם כמובן לא יוכלו להכריח אותו, וודאי שלא יוכלו לשחות במקומו. יש בהורות מתח עדין שעל ההורים להחזיק בין להוביל ולהראות את הדרך לבין לתת לילד להוביל, בין להיות אלו שיוודעים יותר ממנו לבין לדעת שיש דברים שגם הורים צריכים ללמוד ושליעיתים קרובות ילדינו הם אלו שמלמדים אותנו. כן, יש להורים "כוח עליו", והם יכולים להשתמש בו, אבל אז הילד יתקשה ללמוד ולגדול, ודאי לאורך זמן. אם כהורים אנו רוצים שילדינו יגדלו להיות עצמאיים, שידעו להפעיל שיקול דעת ולקבל החלטות עצמאיות גם כשאנחנו לא בסביבה, עלינו לחשוב עם הילדים שלנו, וללמד אותם לחשוב. ילדים צריכים להרגיש שלפרקים הם אלו שבוחרים והם אלו שמנווטים את חייהם.

הגישה המוטיבציונית והתמכרויות

הגישה המוטיבציונית לבריור והגברת מוטיבציה לשינוי (Motivational Interview) היא קודם כול "דרך להיות עם אנשים". עבורנו המטפלים (Center for Substance Abuse Treatment, 1999), מעבר לכלים טכניים משוכללים, היא קודם כול רוח, רוח של מי שמלווה אנשים בתהליכי שינוי, רוח נעדרת שיפוטיות שכוללת קבלה עמוקה של המטופל ובחירותיו, כולל זכותו לא להשתנות. רוח של שיתוף פעולה

אורית קובץ היא פסיכולוגית רפואית מומחית, אחראית הדרכה במרכז הישראלי להתמכרויות (ICA), וחברת ארגון המדריכים הבינלאומי של הגישה המוטיבציונית (MINT).

ד"ר דניאל פיינגולד הוא פסיכולוג שיקומי מומחה, חבר סגל במכון מפרשים לחקר והוראת הפסיכותרפיה ובמחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת אריאל.



מקום העבודה, מגורים, זוגיות. ויש בכך היגיון מאחר שחלק בנו מרצה או למד לחיות בשלום יחסי עם המחירים והתועלות שבמצב הקיים, ואילו חלק אחר תוהה אם שינוי יכול לשפר את המצב. אנו חיים עם האמביוולנטיות הזו, לעיתים חולפות תקופות ארוכות עד שמשהו קורה, מבפנים או מבחוץ, והאיזון מופר, ואז אנו משנים משהו, מזיזים משהו, מתחילים לעשות ספורט, משנים מקום מגורים, זוגיות וכו'.

אבל האם אפשר לחשוב על אמביוולנטיות גם כשמדובר בהתנהגויות שנראה שיש בהן "רק" מחירים ונזקים? ודאי. לעיתים קרובות התנהגויות מזיקות משתמרות בגלל אמביוולנטיות, בשל דיבור פנימי ותנועה פנימית בעד ונגד השינוי. על פי הגישה המוטיבציונית, הנחת המוצא שלנו כמטפלים היא שכמעט תמיד קיימת אמביוולנטיות ביחס לשינוי. כמעט תמיד ישנם אצל המטופל קולות שונים בו-זמנית: קול פנימי הזועק לשינוי, זה המודע למחיר שגובה ממנו השימוש בחומר ומכיר בצורך בצעדים משמעותיים על מנת "לחזור לשפיות" (Forcehimes, 2004). הקול המיטיב המבטא זכות למציאות חיים בריאה, ולצידו קול פנימי משמעותי לא פחות המתנגד לשינוי, החושש משינוי, הנאחז בהתנהגות המזיקה בשל ההרגל שבכך ולעיתים אף בשל העובדה שלפרקים שימוש בחומרים אכן שומר עליו ומנחם אותו. כי שינוי הוא דבר מפחיד, הוא יציאה מאזור הנוחות, הוא גם ויתור על רווחים שיש במצב הקיים. בהפסקה של שימוש בחומר אחרי זמן רב, יש מפגש עם העולם החיצוני והפנימי שהמטופל נמנע ממנו, לעיתים, במשך שנים ארוכות. דבר זה עלול להפגיש את המטופל עם תחושות מאיימות.

במפגש עם מטופלינו, כשאנו מתבוננים דרך משקפי הגישה המוטיבציונית, אנו רוצים לחפש ולהציף את האמביוולנטיות מול שינוי, להזמין לחדר את הקולות השונים הקיימים במטופל, לאפשר לו לדבר את הקולות הללו בעצמו, ובכך למעשה לצאת מ"מלחמת הביצורים" שבה הוא לכוד מול סביבתו, ולעיתים אף בינו לבין עצמו, ובה, למול הביקורת שהוא סופג על השימוש, אין לו ברירה, כביכול, אלא להגן על עצמו ולהעמיק את ההכחשה בדבר הנזקים הכרוכים בשימוש. במפגש עם מטופל הסובל מתלות באלכוהול, למשל, אנו נקפיד לשאול גם על היתרונות שבשתייה: מה הוא אוהב באלכוהול? מה השתייה נותנת לו? איך הוא התחיל לשתות? מה יהיה קשה אם יחליט להפסיק לשתות? אבל גם מה הוא פחות אוהב, מה מפריע לו, למה הוא רוצה להפחית או להפסיק ולמה דווקא עכשיו.

מטופלים עשויים לבטא את הקולות השונים בעת ובעונה אחת, למשל "ודאי שאם הייתי יכול הייתי מפסיק, אבל ניסיתי בעבר וזה לא הצליח" (חלק שרוצה וחלק שלא מרגיש מסוגל), "אני יודע בדיוק מה האלכוהול עושה, אבל איך אפשר לצאת

אחד ברור: בלי שיהיה בחדר מטופל מגויס, בעל מוטיבציה ומשתף פעולה, השינוי לא יתרחש. גם אם יש לנו תוכנית שיקום מצוינת בשבילו, פרוטוקול קוגניטיבי-התנהגותי נהדר או הבנה דינמית עמוקה על מנגנוני ההרס והעונג שבבסיס ההתמכרות שלו.

הגישה המוטיבציונית ... היא קודם כול רוח, רוח של מי שמלווה אנשים בתהליכי שינוי, רוח נעדרת שיפוטיות שכוללת קבלה עמוקה של המטופל ובחירותיו, כולל זכותו לא להשתנות

הדבר בולט ורלוונטי במיוחד בתחום ההתמכרויות, שבו למרבה הצער ההצלחות לא רבות והאתגרים גדולים. אחוזי הפנייה לטיפול נמוכים במיוחד בתחום. סקר עולמי שהתפרסם לאחרונה הראה כי 7 אחוזים בלבד מבין האנשים הסובלים מהתמכרות אכן מקבלים טיפול נאות להפרעה זו (Degenhardt et al., 2017). עבור אלו שכן פונים, אחוזי הנשירה מטיפול גבוהים במיוחד (Perron & Bright, 2008), וגם עבור אלו שנשארים בטיפול, שיעור אלו המגיעים להתנזרות מלאה משימוש בחומרים אינו מעודד (Dutra et al., 2008). בחדר הטיפול אנחנו פוגשים מטופלים בהתנגדות, בהכחשה, פוגעים ופגועים, לעיתים כאלה שאינם מכירים מציאות אחרת או אינם מאמינים כי היא אפשרית עבורם. הגישה המוטיבציונית באה לעזור לנו בדיוק כאן, עם המטופלים ה"קשים", במצבים "תקועים", כאשר יש מוטיבציה נמוכה לטיפול, התנגדות רבה, כאשר יש שינוי התנהגותי על הפרק שכדאי לקדם.

הגישה המוטיבציונית ואמביוולנטיות

הגישה המוטיבציונית מוגדרת כ"גישה אינטראקטיבית, ממוקדת מטופל, מוכוונת מטרה, להגברת מוטיבציה פנימית לשינוי על ידי חקירה ופתרון של אמביוולנטיות" (Miller & Rollnick, 1991). מושג מרכזי בגישה זו הוא אמביוולנטיות, "דו-ערכיות" בעברית. בלב העבודה הטיפולית, לפי הגישה המוטיבציונית, נמצאת החקירה המשותפת עם המטופל את האמביוולנטיות שלו ביחס להתנהגותו, ביחס לשינוי. אמביוולנטיות אינה נחלתם הבלעדית של אלו הסובלים מהתמכרות. מרביתנו אמביוולנטיים ביחס להיבטים רבים בחיינו: פעילות גופנית,

עמדה שהוא לא מוכן לה ושעשויה רק לדחוק אותו עמוק יותר לתוך ההתנגדות ההרסנית שלו.

דוגמא לדו־שיח לעידוד שפת שינוי

דו־שיח המעודד שפת שינוי יכול להישמע כך:

מטופלת: האמת? אני מרגישה די טוב. נכון, לפעמים אני קצת מגזימה וזה לא טוב, אבל בסך הכול אני מתפקדת, עושה מה שצריך. אני חושבת שהוא (בן הזוג) מגזים.

מטפלת: אז את מרגישה שהתפקוד שלך בסך הכול בסדר, שהוא מגזים אפילו שלפעמים גם את חושבת שאת מגזימה. ספרי לי על זה [שיקוף והזמנה לדבר על המחירים, כלומר דיבור בעד שינוי].

מטופלת: כן, תראי, בואי נגיד שאם בערב אחד עישנתי כמה ג'וינטים ברצף, אז יכול לקחת לי זמן להירדם ולמחרת לפני 12 בצהריים אין עם מי לדבר.

מטפלת: אז בכמויות הגדולות העישון מפריע לשינה וגם לוקח ממך כמה שעות של תפקוד למחרת בבוקר [שיקוף המחירים].

מטופלת: כן, אין מה לעשות, יש לזה גם את הצדדים האלה.

מטפלת: מה עוד? בואי נחשוב שאת ממשיכה לעשן את החמישה ג'וינטים האלה ביום. בואי אפילו נרוץ שנה קדימה. איך זה נראה? [מבט עתידי על המחירים, בהנחה ששינוי לא יקרה].

מטופלת: הממ... טוב, זה לא שהייתי רוצה שזה ימשיך ככה לנצח. לא קל לי לחשוב על זה... תראי, זה גם מלא כסף, זה כבר לא מה שהיה פעם, ואני מניחה שיהיה לי קשה גם לעבוד וגם ללמוד, וחשוב לי להצליח בלימודים, זה החלום שלי.

מטפלת: אז עכשיו את מרגישה די בסדר למרות הריבים שלכם לפעמים על העישון, אבל כשאת מביטה קדימה זה קצת מלחיץ אותך שזה ימשיך ככה, בטח עם התוכניות לשנה הבאה. זה לא כל כך מסתדר לך.

מטופלת: כן, אני מניחה שאהיה חייבת להפחית, לפחות קצת [שפת שינוי].

הדבר החשוב הוא שהמטופל הוא זה שידבר את שפת השינוי שלו ולא שהמטפל יספק לו את הסיבות כפי שהוא רואה אותן

בשיח טיפולי זה, המטפלת נמנעה במודע מלתקן את המטופלת, מלהגיד לה מה דעתה. במסגרות שבהן העמדה הטיפולית נוטה להיות לעיתים סמכותניות יותר (מרכז

לבלות בלי לשתות?" (חלק שמבין את הנזקים וחלק שמאוד רגיל למצב הקיים). ביטויי האמביוולנטיות בחדר יכולים גם להיות מעודנים יותר. למשל, מטופל הסובל מתלות באלכוהול, שאוהב לשתות בשל האפקט המרגיע שיש לשתיה, אך בה בעת מספר כיצד בשנה האחרונה האלכוהול פוגע ביחסים שלו עם אשתו והם מרבים לריב. המטפל הקשוב לאמביוולנטיות יכול להגיב לתכנים אלה בשיקוף: "מצד אחד האלכוהול מרגיע, מצד שני אתם רבים הרבה ואתה מרגיש שהוא מכניס הרבה מתח ביניכם... ספר לי עוד על זה..." בהזמנה לספר על הנזקים שגורם השימוש באלכוהול ליחסים עם אשתו, אנו למעשה מזמינים את המטופל לדבר על מחירי השתייה, כלומר, אנו מזמינים לחדר דיבור בקול רם של הקול הפנימי שבעד השינוי. דוגמא נוספת היא מטופלת שמספרת על תחושת התקיעות ביחס לחברות שלה שכבר לומדות באוניברסיטה ועברו לגור בדירה שכורה, ורק היא עדיין בבית ההורים ומעשנת הרבה קנאבים. במקום לדחוף אותה לשינוי, לומר לה מה לדעתנו היא צריכה לעשות, ולהראות לה כיצד היא הורסת לעצמה, אנו יכולים להזמין אותה לספר עוד על חוסר הנחת שהמצב הנוכחי מייצר, אנו יכולים להיות סקרנים לגבי הבנתה את השפעת העישון על המציאות הזאת ולגבי מה לדעתה יוכל לעזור לה.

לעיתים קרובות התנהגויות מזיקות משתמרות בגלל אמביוולנטיות, בשל דיבור פנימי ותנועה פנימית בעד ונגד השינוי

אך כמובן, כמטפלים לא נרצה "להיתקע" באמביוולנטיות. אז כיצד נסייע למטופלינו לפתור את האמביוולנטיות כדי לנוע לעבר שינוי? אם הצפנו את הקולות השונים, יהיה שלב שבו נרצה לחזק את הקול בעד השינוי, להזמין עוד את הדיבור של המטופל בעצמו בעד השינוי. לדיבור זה אנחנו קוראים "שפת שינוי" (Change talk: Miller & Rollnick, 2004). הדבר החשוב הוא שהמטופל הוא זה שידבר את שפת השינוי שלו ולא שהמטפל יספק לו את הסיבות כפי שהוא רואה אותן. על אף זאת, לעיתים קרובות אנחנו מוצאים את עצמנו שוב ושוב מסבירים, רומזים או מאשרים למטופלינו למה אפשרות מסוימת טובה יותר עבורם, במקום לסייע להם להפיק את שפת השינוי. יש לזכור כי שפת שינוי יעילה בשל העובדה המוכחת שאנחנו משתכנעים ממה שאנחנו אומרים בעצמנו (Bem, 1972). לכן עלינו להשתדל לפגוש את המטופל במקום שבו הוא נמצא, לסייע לו להפיק את שפת השינוי, אך לא לכפות עליו



ראויים לחקירה, מה יעזור בדרך לשינוי, מה יקדם מודעות ויגביר רווחה נפשית. יש לנו עמדה ביחס לשימוש בחומרים ממכרים והעדפה א־פריורית לכך שמתופלניו יחיו חיים יותר חופשיים ומשוחררים מהצורך הכפייתי להשתמש בחומרים. כיצד עובדים עם העמדות האלה בחדר? כיצד ניתן לשתף מטופל בדאגה שלנו לגביו או לשתף בידע שיש לנו על הסכנות והנזקים הכרוכים לעיתים בשימוש מופרז בחומרים מבלי שתהיה בכך נקיטת עמדה מתעמתת או שיפוטית שתייצר התנגדות והרחקה? עלינו לזכור כי בסופו של יום המטופל הוא זה שיחליט מה טוב עבורו (לברן וניצן, 2011). מה הוא רוצה לשנות וכיצד, וחשוב כי אנחנו נשחרר את עצמנו, כמיטב יכולתנו, מהפנטזיה כי ביכולתנו לשנות אותו.

שילוב הגישה המוטיבציונית לקידום שינוי

כסגנון טיפולי, הגישה המוטיבציונית אינה עוקבת אחר פרוטוקול מסוים הבא ללמד את המטופל מיומנויות שעליו ליישם, זאת בשונה מטיפול קוגניטיבי-התנהגותי או גישות אחרות שיש בהן פן דידיקטי (Miller & Rollnick, 2009). תחת זאת, הגישה המוטיבציונית מספקת דרך לאינטראקציה אפקטיבית עם מטופלים כך שניתן יהיה להשתמש במומחיותם לעצמם על מנת לקדם שינוי. חשוב להדגיש כי הגישה המוטיבציונית אינה טיפול העומד בפני עצמו, אלא גישת התערבות לקידום שינוי המיועדת להגביר את המוטיבציה, את תפיסת המסוגלות והמוכנות לשינוי. עובדה זו מאפשרת לה להיות בשימוש בשילוב עם גישות טיפוליות אחרות. ואכן, מחקרים מראים באופן עקבי כי זוהי אחת הגישות היעילות ביותר לטיפול בהתמכרויות כאשר היא משולבת עם התערבויות ממוקדות פעולה (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010). אחת הדרכים לשלב את הגישה המוטיבציונית בטיפול היא להשתמש בה כשאנו נתקלים ברמות גבוהות של אמביוולנטיות של המטופל או בהתנגדות שלו לטיפול. למשל, בנקודת הפתיחה בטיפול כאשר יש צורך לבנות החלטיות או תנופה לשינוי נוכח האמביוולנטיות ואולי אף ההתנגדות לשינוי שמביע המטופל, אולי בשל ניסיונות שינוי קודמים שכשלו או סקפטיות בנוגע לשינוי עצמו. לעיתים, גם בשלבים מתקדמים של טיפול, כשהמטופל כבר נוקט פעולה לשינוי, אנחנו עשויים להיתקל בהתנגדות או ברמות מעורבות נמוכות, למשל בקושי לעמוד במשימות שנטל על עצמו המטופל במפגש או בין מפגשים. במצבים כאלה, מעבר זמני מגישה ממוקדת פעולה לגישה המוטיבציונית יכול להועיל ולסייע בקידום התהליך עד שהמוטיבציה ורמת המעורבות במשימות השינוי משתפרות.

גמילה, כלא, מחלקה סגורה), מטפלים יכולים בנקודה הזאת להשתמש באיום, להזכיר סנקציה ברקע ("אם תמשיכי לעשן... אז...") או להדגיש את המחירים האובייקטיביים של השימוש, אך בכך הדגש יוסט שוב למוטיבציה החיצונית במקום לזו הפנימית. כחלופה, המטפלת נשארה נאמנה לנקודת המבט של המטופלת והוסיפה לחקור עמה את סיפור המוטיבציה הפנימית שלה, את הקשיים סביב שינוי, תוך שיקוף הדברים שלה. באופן מכוון, המטפלת חיפשה את אזורי חוסר הנוחות של המטופלת, את נקודות חוסר ההתאמה בין מה שחשוב לה לבין המציאות הנוכחית, זאת בהנחה שתחושת אי-ההתאמה היא דלק לשינוי (Treasure, 2004). כמו שקורה במצב של דיסוננס קוגניטיבי, במצב זה אנחנו מחפשים דרך ליישב את הסתירות הפנימיות בתוכנו, משום שהן לא נוחות לנו. כאשר ההתנהגות הנוכחית לא מתיישבת עם מה שחשוב למטופל, זהו אשנב שדרכו ניתן לבסס מוטיבציה פנימית ליצירת שינוי.

כאשר ההתנהגות הנוכחית לא מתיישבת עם מה שחשוב למטופל, זהו אשנב שדרכו ניתן לבסס מוטיבציה פנימית ליצירת שינוי

וכאן עולה שוב המתח שדובר בו בראשית המאמר. מחד גיסא, הרצון להיות עם המטופל, במקום שבו הוא נמצא, עם האמביוולנטיות הקיימת והבחירות שלו, ומאידך גיסא, ההכרח שלא להישאב אל התקיעות, והרצון לסייע למטופל, לכוון ולחזק בתוכו את הבחירה בשינוי. מובן שעמדה זו מעוררת שאלות: שאנחנו נכוון? לאן? על בסיס מה? האם אנו יודעים טוב ממנו מה נכון עבורו? - לא, אנחנו לא. את המטרות נקבע ביחד. אבל כאשר מטופל מגיע לטיפול בשימוש לרעה בחומרים או בהתמכרות, כמו גם עם הפרעות אחרות, יהיה זה מיתמם מצידנו להצהיר שאנו לא נוקטים עמדה וכי אין לנו העדפה עבורו. יש לנו עמדות רבות בחדר, אפילו ביחס לאילו תכנים



תוך חיזוק הקול במטופל שבחר בשינוי ותוך קבלה עמוקה של האפשרות שלו לבחור גם שלא להשתנות. מצידנו כמטפלים, זוהי הזמנה לחדד את מיומנויות ההקשבה שלנו, הקבלה והעדר השיפוטיות, הזמנה לעמדה צנועה יותר ביחס למה שאנו יכולים לעשות למטופל בניסיונות השכנוע שלנו ובמקום זאת, מה אנו יכולים לעשות עם המטופל, כיצד לבנות איתו יחסי אמון ושיתוף פעולה בדרך לשינוי, וכיצד להישאר סקרנים, כל פעם מחדש, עם כל מטופל אחרת, כלפי החוויה המיוחדת, החד-פעמית, של להיות הוא.



כלומר, ניתן להשתמש בגישה המוטיבציונית כטיפול מקדים, או לשלבה בתוך טיפולים ממוקדי פעולה כאשר מגיעים למבוי סתום מבחינת המוטיבציה.

הגישה המוטיבציונית מספקת דרך לאינטראקציה אפקטיבית עם מטופלים כך שניתן יהיה להשתמש במומחיותם לעצמם על מנת לקדם שינוי

הגישה המוטיבציונית מציעה אפוא דרך להיות עם המטופל, בחקירה משותפת, מכבדת וגם מכוונת, של סיפור השינוי עבורו, בחקירת החלקים השונים בתוכו המחזיקים את האמביוולנטיות, חלקים שאותם נרצה לחקור, להכיר ולקבל,

מקורות

1. לברין, ש' וניצן, א' (2011). הגישה המוטיבציונית בקידום בריאות. הרפואה, 150, 736-733.
2. Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology* (6). Academic Press. 1–62.
3. Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843.
4. Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Motivational interviewing as a counseling style. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment* (39–57). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Rockville (MD).
5. Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., ... & Bruffaerts, R. (2017). Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: An analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 16(3), 299–307.
6. Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B. & Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179–187.
7. Forcehimes, A.A. (2004). De profundis: Spiritual transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 60(5), 503–517.
8. Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
9. Miller, W.R. & Rollnick, S.R. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
10. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299.
11. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(02), 129–140.
12. Perron, B.E. & Bright, C.L. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1), 123–131.
13. Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331–337.