

المقابلة التحفيزية «MI» في الصحة النفسية -مبادئ وفعالية- "المدمن أنموذجا"

Motivational interviewing « MI » in mental health -principles and effectiveness- "the addict as a model"

تاريخ النشر: 2026/04/30

تاريخ القبول: 2026/04/27

تاريخ الإرسال: 2026 /03/02

ريان حوحو¹

EMAIL : rayane.houhou@univ-biskra.dz، الجزائر، جامعة بسكرة،¹

ORCID : <https://orcid.org/0000-0003-0438-6839>

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم أهم التقنيات والطرق الأساسية المساعدة في عملية العلاج النفسي وهي المقابلة التحفيزية (MI) والتي لها فعالية مع بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية وخاصة الإدمان.

تعمل هذه التقنية العلاجية على تحسين قوة الفرد وحافزه للوصول إلى الغاية، وخاصة في علاج الإدمان. من خلال إقناع المدمن بتغيير عاداته السيئة بسلوكات مفيدة وإيجابية، وتزويد من دافعية المدمنين لاتخاذ خطوات نحو التعافي الجيد والتغيير الداخلي. ومن النتائج المتوصل إليها أنها فعالة في علاج الإدمان بالمراكز الوسيطة. ففي هذه الورقة العلمية، سنقدم مبادئ وطرق تطبيق المقابلات التحفيزية في مجال الصحة النفسية ومراكز لعلاج الإدمان من خلال اتخاذنا المدمن أنموذجا.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية؛ تقنية علاجية؛ المقابلة التحفيزية؛ المدمن.

المؤلف المرسل: ريان حوحو، الإيميل: rayane.houhou@univ-biskra.dz

Abstract

This study aims to present one of the most significant and essential techniques used in psychotherapy: Motivational Interviewing (MI). MI is highly effective in treating psychological and behavioral disorders, particularly addiction.

This therapeutic technique aims to enhance an individual's personal strengths and motivation to achieve desired goals. It seeks to encourage the addicts to modify maladaptive habits and replace them with positive behaviors, while increasing their motivation to take concrete steps toward recovery and internal change. In this paper, we will present the principles and methods of concepts and techniques of motivational interviewing in the context of mental health, the addict as a case study.

Keywords: mental health; therapeutic technique; Motivational Interviewing; addict.

1. مقدمة:

الصحة النفسية هي حالة جيدة إلى معتدلة نسبياً من درجة السوء والصحة الجسمية والنفسية والعقلية، وكذلك التعامل مع المواقف بشكل أفضل. يمر الفرد بمواقف كثيرة في حياته اليومية، وقد يفشل أحياناً في مواجهة هذه المواقف المحبطة ويضعف مما يؤدي بها إلى اتخاذ أساليب وسلوكيات خاطئة لتجنب الشعور بالفشل والخسارة. فيلجأ إلى الإدمان هروباً من الواقع الذي يعيش، ففي البداية تكون التجربة عابرة ولكن مع الوقت يصبح عدم القدرة على التوقف عن ذلك السلوك السيئ حتى يستحوذ عليه وعلى شعوره وجسمه وعقله... الخ، وتصبح الرغبة قوية جداً مع الاشتياق الدائم.

في ظل مواجهة ومحاربة الإدمان والاهتمام أكثر بالصحة النفسية وتعزيزها والوقاية من الإدمان، قدم الباحثون تقنية علاجية وهي المقابلة التحفيزية (MI) والتي استعملت في بداية التسعينات لمختلف الأمراض المزمنة مثل فيروس نقص المناعة، والسرطان.. إلخ، حيث كانت النتائج جيدة. لذلك تستعمل المقابلة التحفيزية كثيراً في المراكز الوسيطة لعلاج الإدمان كونها أسلوب علاجي تحفيزي يركز على تعزيز وتنشيط الدافع وتحفيز الفرد من أجل التغيير، واكتشاف التناقض للمدمن وحله. ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

هل للمقابلة التحفيزية فعالية في علاج المدمنين بالمراكز الوسيطة لعلاج الإدمان؟ وكيف يتم تطبيقها؟

1. أهداف الدراسة:

- التعرف على تقنية علاجية أساسية في علاج المدمن وهي المقابلة التحفيزية.
- التطرق الى المبادئ والطرق الأساسية لتطبيق المقابلة التحفيزية لعلاج المدمن.
- التعرف على فعالية المقابلة التحفيزية في المراكز الوسيطة لعلاج الإدمان.
- تعزيز التحفيز الذاتي للمتعالجين للوصول الى التغيير وحل التناقض.

2. الأهمية:

تتجلى أهمية الدراسة كونها تكمن في إبراز فعالية تقنية المقابلة التحفيزية كأحد أهم الأساليب المستخدمة في العلاج النفسي للاضطرابات النفسية والسلوكية وخاصة الإدمان فهي تستخدم في المراكز الوسيطة لعلاج الإدمان. كما أنها توفر إطار علميا لفهم وتعزيز القوة الدافعية الذاتية للفرد لتحقيق الأهداف. وتساهم في توسيع المعرفة العلمية حول استراتيجيات العلاج النفسي المرتكز على التحفيز الداخلي وتحسين الصحة النفسية.

3. مفاهيم الدراسة:

1.4 الإدمان:

1.1.4 تعريف الإدمان:

يمكن تعريف الإدمان على أنه علاقة تعلق الفرد بمادة (مخدرات، تبغ، كحول، دواء)، ممارسة (لعبة، شراء). تعزى الى تناول مادة معينة. (larousse, 2013, p. 90)

قدم DSM-5 منهجاً بعدياً جديد ذو أبعاد إذ يجعل من الممكن تبرير فائدة التدخل لبرامج ومراكز الرعاية، بدءاً من التدخل البسيط إلى الرعاية الطبية والنفسية الاجتماعية الشاملة. كما أنه يبرر الاستراتيجيات العلاجية التي تتراوح بين التقليل البسيط للاستهلاك. ولكن هناك نهج ثابت واحد لا يزال قائماً في فهم الإدمان: الحاجة إلى فهم النهج الاجتماعي النفسي للفرد. (Reynaud, Karila, Aubin, & Benyamina, 2016, p. 7). لفهم الإدمان لا يجب التركيز على المنتج أو الفعل فقط، ولكن على نفسية الفرد. وبالتالي فهو يؤكد التشابه

بين الأداء النفسي للفرد المعتمد على السلوك. والذي يجعل من الممكن ربط السلوكيات المرضية المختلفة للإدمان ويدعوننا إلى تحديد أسس الفهم المشترك لما يمكن أن يقود الشخص إلى الانغماس في الممارسات التي تنفر من حريته في أن يكون ويعيش بشكل طبيعي. (larousse, 2013, pp. 90-91)

2.1.4 خصائص الإدمان:

يتميز الإدمان بما يلي:

- الاستحالة المتكررة للسيطرة على سلوك والبحث عن المتعة لإزالة الشعور بالضيق الداخلي.
- استمرار هذا السلوك رغم معرفة عواقبه السلبية.
- ليس كل مستهلك مدمناً: يبدأ استهلاك هذه المنتجات بسرور للتجريب فقط. وأن استهلاك كل منتج (أو سلوك) من المحتمل أن يؤدي إلى الإدمان بحيث يمنح أولاً المتعة:
- يؤدي الاستهلاك إلى المتعة والأحاسيس، حيث يدمج شدة المتعة التي يحصل عليها استهلاك المنتج مع أهمية الأحاسيس (شديدة أو غير عادية). ويسمح أيضاً بتخفيف التوترات والمعاناة الشخصية، لاسيما العاطفية أو العلانقية.
- أخيراً، يعزز استهلاك المنتج الشعور بالانتماء إلى مجموعة ويساهم في التعرف على الذات والهوية الاجتماعية وغالباً ما يكون المنتج مهما لهذه المجموعة. لذلك، من الضروري مراعاة أبعاد المتعة للجماعة كونهم يتحصلون على الاشباع المتنوع في الفهم، والاستماع، والمرافقة، وحتى التنظيم. (Reynaud, Karila, Aubin, & Benyamina, 2016, p. 5)

3.1.4 أنواع الإدمان:

الإدمان النفسي: الإدمان النفسي عندما تستخدم مادة أو سلوك ما بشكل قهري لحدوث نشاطاً معيناً كون الفرد يشعر بالضيق النفسي والانفعالي، مثل التسوق.

الإدمان الجسدي: عند استهلاك الفرد لمادة معينة يؤدي الى تطوير الجسم لتحمل المخدرات أو الكحول. فيتفاعل الدماغ بشدة مع مواد أو إشارات معينة تتعلق بالمادة

ويتعود عليها. وقد يزيد من رغبة الفرد للحصول أكثر على المتعة. (Boyd, Therien, & Macaluso, 2026, p. 5)

الإدمان السلوكي: الإدمان بدون منتج ولكن يتشارك مع الآليات البيولوجية العصبية شائعة مع إدمان المواد.

جدول 01 يمثل معايير جودمان للإدمان السلوكي

معايير جودمان	السلوك يمنح المتعة أو التخفيف من المشاعر المؤلمة تكرار الفشل في السيطرة على هذا السلوك الاستمرار في السلوك رغم النتائج السلبية +++
	عدم القدرة على مقاومة الرغبة في الانخراط والقيام بالسلوك (الرغبة الشديدة) زيادة التوتر قبل الشروع في السلوك المتعة أو الراحة في لحظة القيام بالسلوك مع فقدان ضبط النفس والتحكم في الاستهلاك ↓ / زيادة الاستهلاك في الحياة اليومية ↑ + التحمل، ظهور أعراض الانسحاب عند التوقف، أغلب الوقت يقضيه في الاستهلاك والادمان.

(Guedj, 2016, p. 167)

باختصار الإدمان السلوكي حسب جودمان هو أن يصبح الشخص غير قادر على التوقف عن الاستهلاك أو السلوك الذي يقوم به رغم أنه يعاني من نتائجه ويسبب له مشاكل، ولكن رغبته في الحصول على المتعة تمنعه عن التوقف بل تطالب بالمزيد.

4.1.4 أسباب الإدمان:

أغلب الأفراد لديهم استعداد حيوي جيني للسلوك الكيميائي أو الإدمان؛ ومع ذلك، فإن التجارب الصادمة في الحياة المبكرة، مثل العزلة أو سوء المعاملة، يمكن أن تسهم في الاستعداد للإدمان. لذلك الاستعداد وحده لا يكفي بشكل عام للتسبب في المرض. غالبًا ما

يتأثر الشخص بالعوامل الاجتماعية، مثل أقرانه والأعراف المجتمعية والعائلية، والمشكلات النفسية، مثل الاعتداء الجسدي أو الجنسي، أو الصدمات الأخرى. (Bettinardi-Angres & Angres, 2010, p. 32)

إن أغلب الأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية واجتماعية ومع استعداداتهم الحيوية للتأثر بكييمياء الدماغ يكون أكثر عرضة للإدمان، بحيث يكون منفذ للهروب من المشاكل التي يعانون منها وحالة نفور للوضع وعدم تقبل للواقع.

5.1.4 الآليات النفسية-العصبية لتطور للإدمان وتعزيزه:

تعتبر الآليات النفسية العصبية مصدر مهم في تفسير نشوء الإدمان وتطوره ليصبح الفرد مدمناً. بحيث يبدأ الإدمان باكتشاف مصدر المتعة والمكافأة بالدماغ. فيقدم مشاعر اللذة والرضا فيما يتعلق بفعل الأشياء والسلوكيات التي تعزز البقاء والتكاثر. ومع ذلك، يمكن خداع النظام، بتوفر بعض الأنماط المسببة للإدمان وطرقاً مختصرة للشعور بالمتعة التي ارتبطت في الأصل بالتحسينات الرئيسية في احتمالات البقاء والتكاثر.

يؤدي اكتشاف المصدر الجديد للمتعة والاستجابة الرغبة، بما يتفق مع النمط الذي أطلق عليه Vohs and Baumeister (2008) لقب الحصول على الرغبة. يعزز كل تساهل ناجح للرغبة، بحيث بدلاً من مجرد العودة إلى الحالة الطبيعية بعد زوال الشبع، يصبح الدافع أقوى قليلاً و / أو أكثر تواتراً. عندما ينغمس الشخص بشكل متكرر في السلوك ويستمتع بالمتعة الناتجة، تزداد الرغبة في الانغماس.

فكرة أن الحصول على زيادة في الرغبة يقدم طريقة واحدة لتفسير هذه الزيادة على أساس التعزيز. من الواضح أن الرغبات لا تستمر في الزيادة إلى ما لا نهاية، وإلا فإن الأشخاص الذين يكتشفون الملذات سينتهي بهم الأمر مهووسين بالحوافز المستمرة والقوية للغاية. من الممكن أن تكون هناك حدود لمدى قوة الدافعية التي يمكن أن يصل إليها الفرد. من الممكن أيضاً أن يتم تقليل قيمة التعزيز للانغماس مع الاستمتاع المتكرر إذ قد تؤدي المرات القليلة الأولى إلى زيادة الرغبة بشكل كبير، ولكن بعد تكرار الانغماس، تصبح المتعة مألوفاً وتعمل فقط للحفاظ على مستوى الرغبة بدلاً من زيادتها. يمكن أن يعكس التحمل هذا النمط. (Baumeister & Nadal, 2017, pp. 184-185)

2.4 المقابلة التحفيزية «MI»



1.2.4 مفهوم المقابلة التحفيزية «MI»:

هو أسلوب خاص للمحادثة والتعبير حول الرغبة في التغيير حيث يعبر المتعالج عن رغبته ساعياً من أجل التغيير، ويكون المتعالج محور العملية العلاجية. (Azkowitz, Miller, & Rollnick, 2013, p. 4)

عرّف ميلر ورولنيك المقابلة التحفيزية "أنها طريقة توجيهية تتمحور حول المتعالج لتعزيز الدافع الداخلي لديه لأجل التغيير من خلال استكشاف التناقض وحلّه". إنه متجذر بقوة في العلاج الذي أدخله العميل لكارل روجرز في تأكيده على فهم الإطار المرجعي الداخلي للعميل والمخاوف الحالية، وفي التناقضات بين السلوكيات والقيم.

في العملية العلاجية، يوفر المعالج شروطاً للتطور والتغيير من خلال إيصال وتوضيح مواقف التعاطف والاحترام الإيجابي غير المشروط. كما أنه علاج يركز على العميل. للمقابلة التحفيزية أهدافاً محددة: تقليل التناقض بشأن التغيير، وزيادة الدافع الداخلي للتغيير. وهذا المعنى، فإن MI يركز على المتعالج من خلال التوجيه. يخلق المعالج جواً يكون فيه المتعالج هو المدافع الرئيسي للتغيير وكذلك العامل الأساسي للتغيير. (Azkowitz, Miller, & Rollnick, 2013, pp. 3-4)

2.2.4 التاريخ والأسس النظرية للمقابلة التحفيزية:

تم تطوير مفهوم المقابلات التحفيزية من تجربة لعلاج مشاكل الكحول. تم وصفه منذ عام 1983 بواسطة ويليام ميلر، وتم تطوير هذا النهج من قبل الدكاترة ويليام ر. ميلر من جامعة نيو مكسيكو وستيفن رولنيك من جامعة ويلز هما علماء النفس. تم إثراء الطبعة الثانية المنشورة في عام 2002، والتي أثريت بالتجربة السريرية في مجال الإدمان. تستخدم المقابلة التحفيزية على نطاق واسع في البلدان الأنجلو ساكسونية، ولكن غالباً ما يتم الخلط بينها وبين الأساليب الأخرى الأكثر انتشاراً واستخداماً، مثل العلاجات المعرفية السلوكية والتدخلات القصيرة.

أكد المؤلفون انتمائهم إلى CR. ROGERS ومبادئه العلاجية التي تركز على العميل. القيم التي ينقلها عملهم هي جزء التيار الإنساني. انطلاقاً من النموذج السلوكي المعرفي مستندا عليه، الذي يستخدم بشكل متزايد في الإدمان، تهدف المقابلة التحفيزية إلى مساعدة الشخص على تحديد دوافعه للتغيير واتخاذ القرار المناسب عند مواجهة سلوك يؤثر عليه.

يبني النهج التحفيزي على عدد معين من المفاهيم المذكورة، ولا سيما مفهوم التناقض، ولدينا أيضاً:

• مراحل الاستعداد للتغيير من نموذج PROCHASKA و DICLEMENTE

• نموذج ميزان القرارات الخاص بـ JANIS و MANN

لا يمكن فصل هذين النموذجين الأخيرين عن الممارسة في المقابلات التحفيزية.

لذلك من المفيد أن نقدم عرض مراحل الاستعداد للتغيير لـ J. Prochaska و C.-C.

DiClemente

أ) تحديد مشكلة معينة وحلها يأخذنا عبر عدد من المراحل النفسية التي وصفها كل من PROCHASKA و DI CLEMENTE في عام 1982. يقدم هذا النموذج ست مراحل من التغيير:

1- مرحلة ما قبل التفكير والتأمل (أو النية المسبقة): يكون الشخص في حالة إنكار. لم يفكر بعد في إمكانية التغيير أو لم يحدد مشكلته على أنها مشكلة حقيقية أو أنه بحاجة للعلاج. من النادر في هذه المرحلة أن يعترف الشخص بحاجته للعلاج.

2- مرحلة التفكير والتأمل (أو النية): يبدأ الفرد في التفكير بحاجته للتغيير والنية للتصرف كما أن هذه المرحلة تتميز بشكل أساسي بحالة التناقض. في هذه المرحلة، يصبح الشخص أكثر أو أقل وعياً بالمشكلة ولكنه يتردد في مواجهة التغيير.

3- مرحلة التحديد (أو الإعداد): يتوجب على الشخص تحديد السلوك الذي أصبح مضرًا به لأجل التغيير. يضع خططاً مناسبة للتنفيذ فتميل الموازين لصالح التغيير. يصبح الإجراء العلاجي ممكناً بعد ذلك. إنها مرحلة غير مستقرة بشكل خاص، مع إمكانية الانتقال إلى مرحلة الفعل أو العودة إلى مرحلة التأمل. يتعلق الأمر بإيجاد أفضل الاستراتيجيات لإحداث التغيير المنشود.

4- مرحلة العمل: هنا يبدأ الفرد في اتخاذ قرار نحو التغيير المؤثر وتطبيق سلوكات جديدة سواء كان فترة توقف السلوك للاستراحة أو تحسن فعلي للسلوك.

5- مرحلة الحفاظ على الإجراء (أو الثبوت): يبدأ السيطرة على التغيير الذي حدث. بعد ثلاثة أشهر من الامتناع أو تغيير السلوك الاستهلاكي.

6- مرحلة الانتكاس: وهي عبارة عن تغيير في القرار مقارنة بقرار التغيير الذي تم اتخاذه مسبقاً. غالباً ما يكون الانتكاس نتيجة التناقض الذي لا يزال موجوداً ويعكس حقيقة أن

الانفصال وفقدان المادة والسلوك والحداد عليهما لم يكتمل بعد. يمكن اعتباره محاولة للتحقق مما إذا كان يجب الاستمرار في اتخاذ قرار الانقطاع، سواء كان المنتج أو السلوك لا يزال ساماً وضاراً بالنسبة له. إن هذه العملية أي عملية التغيير ليست خطية: قد تكون هناك عودة إلى مرحلة سابقة. كما تختلف مدة كل مرحلة بشكل كبير. ويتم تمثيلها كدورة.

ب) التوازن القراري لكل من جانيس وومان (1977):

تم اقتراح فكرة وصف طريقة وأسلوب للمساعدة والدعم في اتخاذ القرار باستخدام صورة الميزان لأول مرة. ففي جانب الميزان، قم بوزن العناصر التي تفضل الوضع الراهن (الحفاظ على السلوك الحالي)، ومن ناحية أخرى العناصر التي تفضل التغيير. كلا الخيارين لهما إيجابيات وسلبيات. هناك بالفعل فوائد بالإضافة إلى الخسائر وثمان يجب دفعه مقابل الحفاظ على السلوك وكذلك لتعديله. إنها مسألة وزن إيجابيات وسلبيات الحالتين قبل اتخاذ القرار. (Levavasseur, 2004-2005, pp. 8-11)

3.2.4 دور المقابلة التحفيزية في تعزيز الفعالية العلاجية:

إن أساس جوهر المقابلة التحفيزية يتكون من التعاون والاستحضار للدوافع الداخلية والاستقلالية. (Arkowitz, Westra, Miller, & Stephen, 2008, pp. 3-4)

يعتبر التعاطف العميق مكوناً رئيسياً في MI منذ البداية ومرتبطةً بالفعالية العلاجية. يعد التعاطف أمراً محورياً في أول أربعة مبادئ أساسية لروح المقابلة التحفيزية MI:

- عدم إصدار الأحكام، والذي يتضمن أيضاً دعم استقلالية العملاء، وتقييم نقاط قوتهم، واحترام القيمة الانسانية والغير مشروطة لكل شخص كإنسان.
 - الشراكة، أي تعاون بين خبرة المعالج والمتعالج في وضعه الخاص.
 - الإيثار هو النية لإعطاء الأولوية لرفاهية المتعالج وتنميته ومصلحه.
 - الاستحضار هو الحالة الذهنية التي تبرز حكمة المتعالج وقيمه وأفكاره وخططه.
- الاستحضار هو عكس نموذج العجز، حيث يفقد المتعالج شيئاً يجب على المعالج توفيره له. بدلاً من التواصل وتوجيه الرسالة التالية: "لدي ما تحتاجه وسأعطيك إياه"، فإن الرسالة الأساسية لـ MI هي "لديك ما تحتاجه، وسنجد معاً". (Azkowitz, Miller, & Rollnick, 2013, p. 5)

المقابلات التحفيزية هي التأكيد على العلاقة العلاجية التعاونية التي يتم فيها احترام استقلالية المريض واستنباط الموارد الجوهرية للتغيير.

حسب المقابلة التحفيزية، يُنظر إلى المعالج على أنه ميسّر وليس خبيراً، يتبنى نهجاً غير توجيهي لتوجيه المتعالج نحو التغيير. تم وصف الروح الجوهرية العامة للمقابلة التحفيزية بأنها تعاونية ومثيرة للذكريات وتعزز استقلالية المتعالج. علق ميلر وروولنيك بأن استخدام استراتيجيات المقابلة التحفيزية MI في غياب روح المقابلة التحفيزية MI غير فعال. (Hall, Gibbie, & Lubman, 2012, p. 661)

4.2.4 التقنيات الأساسية في المقابلة التحفيزية:

يتطلب إجراء المقابلة التحفيزية تعلم قواعدها وممارستها مع مواقف عقلية وعاطفية خاصة تجاه المتعالج، وهي تؤدي إلى صياغة خطة. من الضروري تطبيق الأسئلة المفتوحة والتأكيد والاستماع التأملي والتلخيص:

تهدف الأسئلة المفتوحة إلى جعل المريض واعياً ومسؤولاً عن التغيير. أما التأكيد فيوجه انتباه المتعالجين من الصعوبات إلى الأهداف المراد تحقيقها. وبالنسبة لمهارات الاستماع والتلخيص والاستماع النشط من المعالج لها أهمية كبيرة كونها توفر المحتوى الأكثر إيجابية للمتعالجين ولتشجيعهم على إدراك التغيير والسعي نحوه. كما يحتاج المعالج إلى مهارة جمع كل المعلومات الإيجابية لتقديمها للشخص في شكل توكيد ولغة إيجابية. (Szczekała, Wiktor, Kanadys, & Wiktor, 2018, pp. 170-171)

5.2.4 المبادئ الرئيسية للمقابلات التحفيزية:

تعتبر المقابلة التحفيزية نهج يتعد على الأسلوب التقليدي في العملية العلاجية، وقبل عرض المبادئ الأساسية يجب معرفة الفكرة الأساسية التي تقوم عليها المقابلة التحفيزية وفهمها علمياً وفق الأسس النفسية التي أسست عليها فعالية هذا الأسلوب وبالأخص مع الإدمان. فهي ليست مجرد طريقة كلام بل مبنية على تحفيز الدافع الداخلي للفرد.

يمكن تلخيصها باختصار في ستة مبادئ عامة: (Latchford, 2010, p. 8)

حدد رولنيك وميلر Rollnick and Miller (1995) المبادئ الأساسية للمقابلة التحفيزية، وقدمت كـ "تطور" لأعمال كارل روجرز. وفقاً لروجرز، كانت المكونات الأساسية للتغيير هي التعاطف والاحترام الإيجابي غير المشروط والتوافق. يعتمد جوهر المقابلات التحفيزية،

وفقاً لميلر وروولنيك، على التعاون، والايثار، والإيمان باستقلالية المتعالج والقدرة على استحضار الدافع للتغيير أو ما يسمى "خطاب التغيير". (Rossignol, 2001, pp. 25-26)

المبدأ الأول: لا تخبر الناس بما يجب عليهم فعله: لأنهم عادة لا يفعلون ما أخبرتهم به، حتى لو كنت على حق. في الأساس، إذا لم يشعر الناس أن لديهم خياراً، فإنهم يشعرون بالحاجة الحقيقية للقيام بكل ما قيل لهم ألا يفعلوه وهذا لإثبات أنهم ما زالوا يتمتعون بالإرادة الحرة. يمكن تلخيصها في عبارة "لا أحد يخبرني ماذا أفعل".

المبدأ الثاني: استمع: إذا كنت لا تستطيع الاستماع والتشارك مع شخص في الحديث، فلن يتغير أبداً. فالمقابلة التحفيزية تركز على العميل، والتي اقترحها كارل روجرز، الذي أكد بأنه يمكن أن يكون التغيير سهلاً عندما يكون المعالج يتبنى أسلوباً غير توجيهي، يكون متعاطفاً وصادقاً في محاولاته للفهم.

المبدأ الثالث: دع المريض يخبرك أنه بحاجة للتغيير: أفضل شيء يمكن أن يحدث هو أن يخبرك أحدهم عن سبب التغيير ورغبته في ذلك. إذا قالها شخص ما بنفسه دون أن تقولها له أولاً، فستكون أقوى بكثير. في الأساس، "يصدق الناس ما تقوله أنفسهم". أيضاً، وتكون الأسباب أكثر قوة أيضاً. فالعلاقة العلاجية هي علاقة شراكة بين الطرفين. (Rossignol, 2001, p. 26)

المبدأ الرابع: التناقض أريد، ولا أريد "I want to, I don't want to": الشعور بطريقتين متضادتين تجاه شيء ما أو شخص ما وهو تجربة شائعة. يعد هذا النوع من الصراع سمة من سمات السلوكيات التي تسبب الإدمان أيضاً. الأشخاص الذين يعانون من مشاكل شرب الكحول وإدمان المخدرات والشره المرضي، غالباً ما يدركون المخاطر والتكاليف والأضرار التي ينطوي عليها سلوكهم. ومع ذلك، ولأسباب متنوعة، فهم مرتبطون تماماً وينجذبون إلى السلوك الإدماني. يريدون الشرب (أو التدخين، أو التطهير، أو المقامرة)، ولا يريدون ذلك. يريدون التغيير، وفي نفس الوقت لا يريدون التغيير.

في الوقت الحالي، يكفي أن نقول إننا نعتبر الازدواجية جانباً طبيعياً من الطبيعة البشرية؛ في الواقع، يعد المرور عبر الازدواجية مرحلة طبيعية في عملية التغيير. عندما يعلق الأفراد في الازدواجية، يمكن أن تستمر المشاكل وتزداد حدتها. بهذه الطريقة، يمكن أن يكون التناقض مشكلة رئيسية يجب حلها حتى يحدث التغيير. أحد الأسباب التي قد تؤدي إلى نجاح

التدخلات الموجزة هو أنها تساعد الناس على التخلص من الازدواجية، فهي تمكن الشخص من اتخاذ قرار والمضي قدماً نحو التغيير. كما يمكن اعتبار "الافتقار إلى الحافز" الذي غالباً ما يحبط عمل المعالجين على أنه تضارب لم يتم حله. لاستكشاف التناقض هو العمل في عمق مشكلة. (Miller & Rollnick, 2002, pp. 13-14)

تهدف المقابلة التحفيزية إلى استخدام فهم المبادئ لتشجيع التغيير. في الأساس، إذا ظهر التناقض بين الخيارين، يشعر الناس بالحاجة إلى حل النزاع عن طريق الاختيار. بمساعدة المعالج يمكنهم اختيار التغيير.

المبدأ الخامس: يحتاج الناس إلى الشعور بالثقة قبل محاولة التغيير: حتى لو اقتنع أحدهم بالحاجة إلى التغيير، إذا لم يشعر بالثقة فمن غير المرجح أن يحاول. والأسوأ من ذلك أنهم قد يشعرون بالاكنتاب لأنهم أدركوا محنتهم. أتى ألبرت باندورا بفكرة الكفاءة الذاتية (الإيمان بالنفس). إذا كان هذا الشعور مرتفعاً، فسيشعر شخص ما بالثقة ويزيد احتمال نجاحه. فالمقابلة التحفيزية صريحة بشأن الحاجة إلى الحفاظ على الروح المعنوية العالية.

المبدأ السادس: التناقض أمر طبيعي: من الطبيعي أن يكون الأفراد غير متأكدين مما يجب عليهم فعله، خاصة إذا كان الاختيار صعباً، أو ينطوي على تغيير قد يكون صعباً. (Latchford, 2010, pp. 8-9)

6.2.4 العمليات الأساسية لممارسة المقابلة التحفيزية:

ان العمليات لا تفهم كخطوات منفصلة أو جامدة، بل كعناصر مترابطة ضمن إطار مرن في الإطار التطبيقي، والذي ينظم كيفية استخدام المقابلة التحفيزية في الواقع المهني والممارسة العلاجية النفسية.

تتسم المقابلة التحفيزية بأنها يتكون من أربع عمليات:

- العملية الأولى هي الالتزام بالعلاقة، وإقامة تحالف علاجي يسهل العمل التعاوني. مع الاعتماد على المهارات المساعدة التي تتمحور حول العملاء وهي ضرورية منذ البداية.
- العملية الثانية تركز على تحديد الأهداف واتجاه المشاورة والتشارك. عندما يتم وضع هدف محدد.

➤ العملية الثالثة تبرز عملية استحضار الدوافع الشخصية للعميل لأجل التغيير. في هذه المرحلة بالتحديد، يولي المعالج اهتمامًا خاصًا لتغيير حديث العميل، ويسعى إلى استنباطه وفهمه واستكشافه وتلخيصه. وهذا عندما يبدو أن الرغبة في التغيير كافية.

➤ العملية الرابعة هي التخطيط.

تتطلب كل عملية مهارات مختلفة قليلاً، فمهارات المشاركة المتمحورة حول المتعالج أساسية في المقابلة التحفيزية. (Azkowitz, Miller, & Rollnick, 2013, pp. 4-5)

7.2.4 افتراض المنظور السلوكي والدافعي والتحكم الطوعي للإدمان

تضع النظريات المختلفة حول الإدمان تركيزًا تفاضليًا على السلوكيات بدلاً من الدوافع الأساسية. هناك نوعان من النظريات الطوعية للإدمان. يفترض النموذج الأول أن المتعة تلعب دورًا عابرًا في اكتساب الإدمان، وأن الإدمان هو إلى حد كبير مسألة سلوكيات آلية إلزامية.

يعتمد الشكل الثاني على الافتراض المعاكس بأن المتعة لمادة أو سلوك يلعب دورًا كبيرًا لدرجة أنه يطغى بشكل فعال على النظام الإرادي، مما يجعل الفرد عاجزًا عن مقاومة دوافع الإدمان. (Baumeister & Nadal, 2017, p. 184)

3.4 الإدمان والمقابلة التحفيزية MI في العملية العلاجية:

كانت المقابلة العلاجية MI في البداية أداة لعلاج مشاكل الكحول وسرعان ما تم تطبيقها على مشاكل أخرى مثل تعاطي المخدرات والقمار. يعد الإدمان هدفًا نموذجيًا للمقابلة التحفيزية MI لأن المدمن يعاني من مشكلة تحفيزية في الأساس.

افترضت العديد من نظريات علاج الإدمان واشتراطها في العملية العلاجية، وأن يكون الشخص مستعدًا للتغيير كشرط مسبق للعلاج ولنجاح العملية العلاجية. وأن الأشخاص الذين لا يظهرون أنهم متحفزين أو متعاونين بشكل كافٍ يتطلب منهم العودة مرة أخرى وتأجيل العلاج إلى حين الاستعداد للتغيير فيقال لهم أحيانًا: "عودوا عندما تكونون مستعدين". كما يمكن أن يكون الاستعداد للتغيير قابل للتعديل وهذه المهمة الأساسية التي يقوم بها المعالج من خلال تحفيز المتعالج على الزيادة في الرغبة للاستعداد للتغيير.

وفي المقابل، أعاد النظر كل من Prochaska و DiClemente للنموذج المقدم حول التغيير، حيث تم تأكيد أن الاستعداد للتغيير ليست حالة ثابتة بل هو عبارة عن حالة ديناميكية وليست ثابتة، لذلك أصبح تعزيز الدافعية أمر أساسي يجب توفره قبل بدء العلاج.

من خلال المقابلات التحفيزية مع الأفراد المدمنين نجد أن مستوى المقاومة يكون مرتفع إلى حد كبير وليس ثابت لدى الفرد وهذا ناتج عن أسلوب تواصل تصادمي للفرد. فعندما يكون الأفراد لديهم مشاعر التناقض والازدواجية تجاه استهلاكهم للمواد، فعلى المعالج أن يدعم حجج التغيير والتعبير عنها بقوة، فهذا يؤدي إلى أن يعبر المتعالجون عن الجانب الآخر من التناقض وتقديم حجج مضادة تدعم استمرارية السلوكات الادمانية.

تعتمد المقابلة التحفيزية على أسلوب منظم حيث أن المعالج ينظم أسلوب الحوار بطريقة تجعل المتعالج نفسه هو من يقدم الحجج وأسباب ودوافع التغيير كلها تصب لصالح التغيير. وبشكل أساسي، فإن العملاء هم من يقنعون أنفسهم بالتغيير من خلال التعبير عن دوافعهم الخاصة مما يعزز حدوث التغيير الفعلي بدرجة عالية. وقد أكدت الأبحاث والتجارب وجود علاقة جيدة بين خطاب المتعالج ونتائج العملية العلاجية، وأثبتت أن أسلوب التواصل المتوافق مع مبادئ المقابلة التحفيزية يساهم بشكل ذو فعالية في تعزيز هذا النوع من خطاب التغيير لدى العملاء.

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الأبحاث أن نتيجة العلاج تختلف باختلاف المعالج الذي يقدم العلاج ولا تعتمد فقط على نوع التدخل المستخدم بل تتأثر بخصائص المعالج نفسه. فالدراسات بينت أن العلاج الذي كان أكثر فعالية لدى المتعالجين هم أولئك الذين عولجوا من قبل معالجين يتمتعون بمهارات اتصال وتعاطف عالية تركز على المتعالج، في حين ارتبط انخفاض التعاطف من جانب المعالجين بانخفاض التعاطف من جانب المتعالجين مما أدى لفشل العملية العلاجية، فانخفاض مستوى التعاطف كان الحاسم في فعالية العملية العلاجية. (Azkowitz, Miller, & Rollnick, 2013, pp. 258-260)

4.4 فعالية المقابلة التحفيزية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان.

تمت هذه المقابلة مع المختصين في مركز الوسيط لعلاج الإدمان بسكرة حول أهمية المقابلة التحفيزية وفعاليتها في العلاج الطبي والنفسي. حيث أقر كل من الأطباء المختصين

في علاج الإدمان les addictologue وكذلك المختصات النفسانيات حول أهمية المقابلة التحفيزية وأن لها نتائج محققة فعليا لديهم مع بعض الحالات الذين تقدموا لطلب العلاج ولكن شرط الرغبة الكبيرة في التغيير.

أقر الطبيب المختص في الإدمان بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بسكرة أن الحالات الذين شفيوا تماما من الإدمان هم من كان لديهم حافز كبير في العلاج أما الذين أتوا الى المركز مجبورين وغير راغبين في العلاج فقط لإرضاء المحيط أو لمصالح نفعية وشخصية لم تتحقق نتائج فعلية وإيجابية في العلاج وبكل الطرق سواء كانت بالدواء أو بالمقابلة التحفيزية. كما أكد الطبيب أنه علينا مراعاة شخصية الأفراد حسب كل فرد فهناك بعض الأفراد يتقدمون لطلب العلاج ولكن بدون تدخلهم كطرف وعضو مساهم في العملية العلاجية. فهنا علينا اشراكهم في ذلك والبحث عن المداخل المساعدة لفهم مفاتيح الشخصية، والوصول بهم لنقطة التناقض الذي يعيشونه. وهناك بعض المدمنين الذين يتقدمون لطلب العلاج برغبة كبيرة وواعية مع تشاركتهم كفاعلين في العلاج ومدركين شعور التناقض الذي يعيشونه وراغبين في المساعدة والارشاد لحله.

قدم الطبيب تفسيرات لتساؤلاتنا وكيفية الممارسة وبعض النتائج الجيدة للمقابلة التحفيزية لبعض الحالات وكانت النتائج إيجابية وفعالة في علاج الإدمان كونها تعتمد على مبادئ أساسية ترك المتعالج له الحرية التامة في الحديث والتعبير عن شعوره الذاتي الذي يفتقر له وتقبل الآخرين وفهمه والاستماع له. فالإدمان عبارة عن مشكلة سلوكية تحتاج الى تعديل سلوكي من قبل الفرد والقرار بالتصرف الخاطئ مع وضع أهداف لتعديل السلوك الخاطئ.

أولى الطبيب والمختصين أهمية كبيرة للاستماع للنشط للحالة في المقابلة التحفيزية مع التحدث وإعطاء الملاحظات إذا طلب المتعالج، ولكن في البداية يجب تعزيز الاستقلالية الذاتية والتأمل الذاتي للحالة مع توفير المرونة. كما يجب ترك الحرية للمتعالج في اختيار نقطة البداية للحديث في المقابلة. فعند عرض آرائهم وسرد الأحداث وأفعالهم بصوت مرتفع دائما ما يقولون لم نفكر بهذه الطريقة من قبل ويشعرون بالصدمة تجاه ما كانوا يقومون به وما تم اكتشافه عن ذاتهم. وهذا ما يعرف بالتأمل المركب الذاتي من خلال تأثير الجانب العاطفي والانفعالي للعمل. وإدراك أن أفعالهم خاطئة وتحتاج الى تعديل.

إن استخدام أسلوب المقابلة التحفيزية مع التركيز على اظهار الفهم للوضع والسماح لهم بالتعبير الحر عن انفعالاتهم وشعورهم في تلك اللحظة مع تقبلهم من طرف المعالج. مما يؤدي الى التعمق الذاتي والذي بدوره يجعله يدرك حالة القلق والتناقض الذي يعيشه ويقوم بكسر الانكار والمقاومة وهذه تعتبر أهم مرحلة في العملية العلاجية. ففي المقابلة التحفيزية يدرك المتعالج مشكلته ومنحه الفرصة لحلها وتحقيق أهدافه الذاتية.

من الجيد حقاً تعلم المقابلة التحفيزية لتجنب جعل المرضى يشعرون بالإرهاق وابعادهم من خلال احتوائهم وتقبلهم ومشاركتهم في العملية العلاجية واثارة نقطة التناقض حول السلوكيات الضارة بالصحة الجسمية والنفسية التي يقومون بها ولا يدركون ضررها على الإطلاق.

4. خاتمة:

تعتبر المقابلات التحفيزية تقنية فعالة وإيجابية للمعالجين النفسيين والمدمنين وخاصة في مراكز علاج الإدمان والتي أثبتت فعاليتها حسب المختصين، حيث يكون المدمن الذي يرغب في التخلص من الإدمان دافعاً لتبني سلوكيات صحية جديدة بسبب وعيه ومسؤوليته تجاه حالته. مما يترجم إلى نتائج علاج أفضل ووقاية أفضل من الإدمان.

المقابلة التحفيزية بالتأكيد ليست معجزة لحل مشاكل الإدمان بشكل نهائي، لكنها طريقة علاج مؤكد للأشخاص الذين يعانون من الإدمان. تسمح هذه الطريقة الفعالة والمثبتة بتغيير موقف المريض بجعله فاعل في تغيير وطرف مساهم بشكل كبير أثناء العملية العلاجية، ولن يعاني من آلامه بنفس القدر السابق، ومن خلال تخليصه من شعوره بالعجز وخيبة الأمل والإرهاق، وتعزيز الثقة بالنفس.

5. Bibliographie

Baumeister, R., & Nadal, A. (2017). Addiction: Motivation, action control, and habits of pleasure. *American Psychological Association*, 3(3).

Boyd, A., Therien, S., & Macaluso, D. (2026, 2 21). *In Addiction-Recovery*.

Récupéré sur www.lumierehealingcenters.com



- Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W., & Stephen, R. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York & London: The Guilford Press.
- Azkowitz, H., Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale* (éd. 2). (M. Whalen, & F. Hadj-Slimane, Trads.)
- Bettinardi-Angres, K., & Angres, D. (2010). Understanding the disease of addiction. *Journal of Nursing Regulation*, 1(2). Récupéré sur www.journalofnursingregulation.com
- Guedj, M. (2016). *MIKBOOK Médecine : Les cahiers de l'internat* (éd. 3). paris: Vernazobres-Grego.
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. (2012). *Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting* (Vol. 9). Australian Family Physician.
- larousse. (2013). paris: le petit de la psychologie.
- Latchford, G. (2010). A brief guide to motivational interviewing. Department of Clinical & Health Psychology, St James's University Hospital, Leeds, Year 3 Motivational Interviewing Workshop, University of Leeds, Leeds, UK.
- Levavasseur, E. (2004-2005). L'entretien motivationnel pour préparer le changement. caen, Université de Caen Basse-Normandie, Faculté de Médecine Diplôme Universitaire d'Alcoologie, france.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (éd. 2). New York: The Guilford Press.
- reunaud, m. (2016). *traité d'addictologie* (éd. 2). paris: lavoisier.

- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. paris: Lavoisier Médecine Sciences.
- Rossignol, V. (2001). L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation. Québec, Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Canada.
- Szczekała, K., Wiktor, K., Kanadys, K., & Wiktor, H. (2018). Benefits of motivational interviewing application for patients and healthcare professionals. . *Polish Journal of Public Health*, 128(4).