

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

כרך כא • גיליון 38
טבת תשע"ד – דצמבר 2013

יוצא לאור על ידי:

אנאר

"אפשר" – עמותה לפיתוח שירותי רווחה וחינוך

בשיתוף עם:

משרד הרווחה
והשירותים החברתיים
האגף לנוער צעירים ושירותי תקון



הריאיון המוטיבציוני: עקרונות, מחקר ויישום

אלווין (יצחק) לנדר וורד סלונים-נבו

תקציר

הריאיון המוטיבציוני, המתואר במאמר זה, עשוי להיות לעזר לאנשי טיפול בתחומים שונים: בריאות פיזית ונפשית, רוחה, חינוך, התמכרויות ועבריינות, הן כמודל טיפולי קצר מועד העומד בפני עצמו והן תוך שילוב עם גישות טיפוליות אחרות. העקרונות האידיאולוגיים המאפיינים שיטה טיפולית זו – שיתוף פעולה בין מטפלים למטופלים, הגברת המוטיבציה של מטופלים להשתנות ואוטונומיה וכבוד לרצונותיהם והחלטותיהם – מתאימים לעבודה טיפולית וייעוצית עם פרטים, משפחות וקבוצות וכן עם קהילות המתמודדות עם מגוון של קשיים ומצוקות. העקרונות הטיפוליים של הריאיון המוטיבציוני – הבעת אמפתיה למטופלים, חשיפת הפער בין הערכים של המטופלים להתנהגותם, זרימה עם התנגדות ותמיכה ביכולת האישית של המטופלים ועידודה – גם הם עשויים להיות לעזר בעבודה הטיפולית והייעוצית. מגוון המחקרים אשר בדקו את יעילות ההתערבות בהתמודדות עם בעיות ומצוקות מתחומים שונים מצביעים ברובם על תוצאות חיוביות. מאמר זה כולל שלושה חלקים: החלק הראשון מתמקד בתיאור עקרונות הריאיון המוטיבציוני; בחלק השני נסקרים מחקרים הבודקים את יעילות המודל; בחלק השלישי מודגם יישום המודל בעזרת תיאור מקרה העוסק ביחסים בין אב לבנו.

מילות מפתח: הריאיון המוטיבציוני, מוטיבציה, טיפול, שינוי

מהו הריאיון המוטיבציוני?

מטפלים מניחים לעתים קרובות שהמטופלים מוכנים ורוצים להשתנות. אולם למעשה, לרבים מהם אין המוטיבציה הנדרשת כדי לשנות את התנהגותם וחייהם (Hettinger, 2009). הריאיון המוטיבציוני (Steele & Miller, 2005; Hohman, 1998; Natale & Moxley, 2009) הוא דרך טיפולית הממוקדת בפונה (client-centered – MI) (motivational interviewing – MI) approach) אשר נועדה להניע מטופלים לשנות את מצבם והתנהגותם. ניתן להשתמש בהתערבות זו כיחידה טיפולית העומדת בפני עצמה או כחלק מתהליך טיפולי אחר, הנעזר בהתערבויות המבוססות על תאוריות טיפוליות שונות. הריאיון המוטיבציוני הוא לרוב קצר מועד – פגישה בודדת או מספר מצומצם של פגישות, וכאמור ניתן לשלבו עם טיפולים מסוגים שונים. מילר ורולניק כתבו: "אנו מגדירים את הגישה המוטיבציונית כשיטה מנחה, ממוקדת מטופל, להגברת המוטיבציה הפנימית לשינוי על ידי חקירה ופתרון של אמביוולנטיות" (מילר ורולניק, 2009, עמ' 29).

במאמר זה נשתמש במונח "הריאיון המוטיבציוני" תוך מודעות לכך שהוא מופיע בספרות גם בשמות אחרים, כמו: הריאיון ההנעתי, טיפול מוטיבציוני, הגישה המוטיבציונית ועוד. הריאיון המוטיבציוני הוא כיום בשימוש נרחב בתחומי בריאות

הנפש, בריאות פיזית, חינוך, התמודדות עם התמכרויות והתמודדות עם עבריינות. לכן חשוב להגביר את החשיפה של אנשי המקצוע למודל טיפולי-ייעוצי זה, וזו היא אכן מטרת המאמר.

הריאיון המוטיבציוני פותח על ידי מילר ורולניק כדי לעודד שינוי בקרב מכורים לאלכוהול וסמים (מילר ורולניק, 2009; Miller & Rollnick, 1983, 1995; Miller, 2002). שיטה טיפולית זו יונקת מרוג'רס ומהגישה ההומניסטית את ההתמקדות במטופל, האמפתיה, הכבוד למטופל והאמונה בכוחו להשתנות (Rogers, 1951). לאלו הריאיון המוטיבציוני מוסיף התמודדות עם דו-ערכיות כלפי שינוי ועידוד פעיל ללקיחת אחריות לקשיים ופתרונם. בדומה לגישה ההומניסטית, הריאיון המוטיבציוני הוא מכוון מטופל, אך נוסף על כך הוא גם ישיר – מכוון לקראת שינוי התנהגותי.

ניסיון טיפולי מלמד כי בדרך כלל התערבויות המבוססות על עימות ישיר עם מטופלים כדי להתמודד עם הדחקה או התנגדות לטיפול, אינן עוזרות למטופלים, ואף עלולות לחבל בקשר הטיפולי ולמנוע התקדמות (Murphy, Butler, Rollnick & Stott, 1996; Murphy, 2008). הריאיון המוטיבציוני מנסה לבנות נרטיב חדש עם המטופל, נרטיב הכולל הסבר אישי והיגיוני, מדוע כדאי ואפשר להשתנות, זאת כדי להתגבר על היסוס או דו-ערכיות כלפי שינוי וכלפי התקדמות בטיפול (Lander, in press). מודל זה מאומץ כיום על ידי ארגוני בריאות, חינוך ורווחה שונים ומופעל בעבודה עם אוכלוסיות מגוונות ונרחבות. כמו כן הוא מתאים גם למטופלים אשר נמצאים בשולי החברה ונחשבים לעתים כמי שאינם ברי טיפול. אנשים אלה למודי אכזבות מסוכנויות רווחה ומטופלים שונים. גם המטפלים לא פעם מתקשים לגלות אמפתיה כלפי מצוקותיהם (קרומר-נבו, סלונים-נבו, הירשנזון ובן-ישי, 2005). לכן, תפיסה טיפולית אשר מחד גיסא מכבדת את דו-הערכיות של מטופלים לשינוי, אך מאידך גיסא מעודדת אותם לרצות להשתנות, עשויה להועיל (Erickson, Gerstle & Feldstein, 2005; Forrester, McCambridge, Waissbein, Emllyn Jones & Rollnick, 2008; Hanson & Gutheil, 2004; Hohman, 1998, 2011; Miller, 1983; Miller & Rollnick, 2002).

העקרונות בבסיס הריאיון המוטיבציוני תואמים ערכים מסורתיים של מקצוע העבודה הסוציאלית: עצמאות ואחריות של האדם לניהול חייו, כבוד וערך עצמי והעצמה אישית (Forrester et al., 2008; Wahab, 2005). מטרת ריאיון זה היא לפתח בקרב מטופלים רצון פנימי להתחיל תהליך של שינוי ולהתמיד בו. רצון לשינוי נתפס כתהליך דינמי, המושפע מגורמים אישיים וסביבתיים אשר נמצאים בקשרי גומלין. רצון זה יכול להתעורר במפגש בין המטפל למטופל, במיוחד אם מפגש זה מתמקד בעידוד הרצון להשתנות (Hanson & Gutheil, 2004; Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2002). בדומה לכן, התנגדות לשינוי והפחתת הרצון להשתנות גם הן נתפסות כמושפעות מהקשר הטיפולי ומהשינויים החלים בו במהלך הטיפול (מילר ורולניק, 2009; Lander, in press; Forrester et al., 2008). ואכן, במסגרת הריאיון המוטיבציוני, המטפל מרבה להשתמש בטכניקות טיפוליות המעודדות ביטויי רצון להשתנות וממעט בטכניקות המדכאות ביטויי רצון אלו.

הרוח הטיפולית ועקרונות הפעולה של הריאיון המוטיבציוני

הריאיון המוטיבציוני מאופיין על ידי פילוסופיה טיפולית ייחודית בעלת שלושה מרכיבים אידאולוגיים: שיתוף פעולה (collaboration), הפקה (evocation) ואוטונומיה (autonomy) (מילר ורולניק, 2009; Miller & Rollnick, 2002).

שיתוף פעולה מכוון את המטפל ליצור יחסים שוויוניים עם המטופל, אווירה של קרבה אישית, חיובית ותומכת, וערנות למקום שבו נמצא המטופל ולשאיפותיו. כדי ליצור זאת, על המטפל להיות מודע לרצונותיו ולערכיו שלו, כדי שלא יכפה אותם על המטופל. השותפות, אווירת התמיכה והיחס הבין-האישי החיובי הם בניגוד לגישות המעודדות עימות ודרישה מן המטופל שיכיר במציאות, ואשר נובעות מתוך תפיסה הגורסת כי תפיסת המציאות שלו פגומה וכי עליו להיחשף למציאות שאינו רואה ולשנות את התנהגותו בהתאם.

הפקה מכוונת את המטפל לעורר אצל המטופל רצון לשיתוף פעולה והשתנות. התפיסה היא כי המוטיבציה לשינוי מצויה אצל המטופל, וכי ניתן להפיקה בטיפול. בטיפול מעלים למודעות את משאביו הפנימיים של המטופל, ערכיו ושאיפותיו, זאת בניגוד לגישה חינוכית, אשר מנסה ללמד את המטופל דרכי התנהגות ראויות יותר. אם בגישה חינוכית המחשבה היא כי המטופל חסר מודעות וכישורים ועליו ללמוד אותם, כאן המחשבה הפוכה: הידע והרצון נמצאים אצל המטופל, ועל המטפל לעוררם.

אוטונומיה מכוונת את המטפל לכבד באופן מלא את רצונותיו של המטופל ואת זכותו להחליט אם להשתנות וכיצד לעשות זאת. זאת בניגוד לגישה סמכותית, אשר בה המטפל מייעץ ואפילו מורה למטופל, מה עליו לעשות.

מעבר לפילוסופיה הטיפולית, ניתן לזהות ארבעה עקרונות פעולה עיקריים (Miller, 1983):

העיקרון הראשון הוא הבעת אמפתיה למטופל וקבלת המקום שבו הוא נמצא, קשייו והתלבטויותיו. הקשבה עמוקה הכרחית וכן הבנה כי דו-ערכיות כלפי שינוי היא צפויה והגיונית מנקודת ראותו של המטופל. כאן הריאיון המוטיבציוני משתמש בטכניקות ועקרונות טיפוליים שפיתח רוג'רס, כמו: אמפתיה מדויקת לחוויות המטופל ועולמו, תוך הבנה כי אלו החוויות של המטופל ולא של המטפל, שימוש בשאלות פתוחות, הקשבה משקפת, מתן אישור ועידוד לדברי המטופל וסיכום אוהד של אמירותיו (Rogers, 1951, 1992).

העיקרון השני הוא חשיפת הפער בין הערכים של המטופל ובין התנהגותו, או זיהוי אי-ההתאמה בין ערכים והתנהגות. כאן הדגש הוא על חקירת ערכי המטופל ורצונותיו והעלאת מודעות לפער בין ערכים אלה להתנהגות בפועל. ההנחה היא כי אי-הנחת שנגרמת מהפער בין התנהגות לערכים תעודד מטופלים לרצות להשתנות. המאמץ הוא להגיע למצב שבו המטופל עצמו יביע את הנימוקים בעד שינוי, ולא המטפל.

העיקרון השלישי הוא זרימה עם התנגדות, ולא מאבק בה. התנגדות לשינוי נתפסת כצפויה, ולא כבעיה, והיא מספקת מידע רב על המטופל וחוויותו. ההתנגדות היא אות למטפל כי עליו לנקוט דרך אחרת. הדגש מושם על הימנעות מוויכוחים ועימותים עם המטופל, מניסיונות שכנוע, מכפייה וממתן פתרונות ותשובות במקומו. ההפך: ניתן מקום רב להבעת דו-ערכיות כלפי שינוי ולנימוקים מדוע לא להשתנות.

העיקרון הרביעי הוא תמיכה ביכולת האישית ובמסוגלות העצמית של המטופל לשנות את מצבו (self-efficacy) ועידודן. כאן המוקד הוא על הדגשת האחריות של המטופל לשינוי ועל הבעת אמון מצד המטפל כי למטופל היכולת והכישורים הנחוצים כדי להשתנות. האמונה של המטפל כי המטופל יכול להשתנות עשויה להפוך לנבואה המגשימה את עצמה (Arkowitz & Miller, 2008; Miller & Rollnick, 1991).

שלבי הטיפול

אף שמדובר לא רק בשיטת טיפול מובנית, אלא גם בתפיסה פילוסופית-אידאולוגית להתערבות, ניתן לציין שלושה שלבים עיקריים של הריאיון המוטיבציוני (Arkowitz & Miller, 2008; Miller & Rollnick, 1991).

בשלב הראשון המטפל מנסה להעלות את הצורך בשינוי בחיי המטופל בהקשר של בעיה ספציפית. כדי לעשות זאת יש צורך לעורר דיבור ושפה של שינוי (change talk). נערך דיון נרחב על אמונותיו של המטופל, שאיפותיו, ערכיו, דימויו העצמי, וכיצד היה רוצה לראות את עצמו בהקשר של הבעיה ובכלל. מידע זה מהווה בסיס לבחינת התנהגות המטופל בפועל וכן שאיפותיו וערכיו ולהשוואה ביניהם. לדוגמה, המטפל יכול להצביע על הפער בין הרצון הכן של המטופל שילדו יהיה מאושר ומטופח ובין התנהגותו כלפיו, המאופיינת בהתעלמות ממנו. המטפל והמטופל מתבוננים יחד במרכיבים החיוביים והשליליים של ההתנהגות העכשווית. כמו כן הם מתבוננים בחיי המטופל לפני שהבעיה התעוררה ומשווים אותה לחייו כיום. הם גם מסתכלים קדימה ורואים כיצד השינוי יכול להשפיע על החיים של המטופל ומשפחתו בעתיד, אם הוא יתרחש, ומה יכול לקרות אם המטופל יבחר שלא להשתנות (Glasner, 2004; Miller & Rollnick, 2002).

השלב השני של ההתערבות מוקדש לעידוד המטופלים למחויבות כלפי שינוי ובניית תכנית פעולה מתאימה. המטפל מנסה להעביר את המסר כי המטופל, ורק הוא, אחראי להתמרת ההתנהגות שלו, וזאת עליו לעשות בקצב המתאים לו. המטפל שואל את המטופל שאלות, כמו: "מה הצעד הבא שאתה רוצה לנקוט?" "מה יקרה כעת?" "איזה שינוי אתה מתכנן לעשות?" בשלב זה, אם המטופל אכן מחויב לשינוי, המטפל עשוי לתת לו מידע ועצות על הדרך שבה ניתן להתמודד עם ההתנהגות הבעייתית, וכיצד ניתן לשנותה. זהו השלב שבו המטופל מוכן לפעול כדי להתמודד עם בעייתו והתנהגויותיו, ושבנו נראה כי מאמצי ההתערבות אשר נועדו לעודד אותו לרצות לשנות

ולהשתנות, הועילו. זה הזמן לבנות יחד תכנית שינוי ממשית, תוך משא ומתן הדדי על מרכיביה. בסופו של תהליך זה מגיעים להחלטה ולתכנית ביצוע שהמטופל מחויב לה.

בשלב השלישי של ההתערבות, המטפל מתמקד בהזנת הדימוי העצמי של המטופל כאדם היכול והמסוגל לערוך שינויים בחייו ובהתנהגותו כך שיתאימו לרצונותיו וערכיו, אדם היכול להתנהג בדרך שתתאים לדימוי העצמי ה"טוב" שלו והמתאים לדרך שבה היה רוצה לראות את עצמו (Miller & Rollnick, 2002).

כישורי טיפול מסוימים נחוצים כדי ליישם את הריאיון המוטיבציוני. כישורים אלה חשובים בכל תהליך טיפולי, אך כאן הם בולטים והכרחיים (Naar-King & Suarez, 2009; Rosenberg, 2011): ראשית, המטפל צריך להיות מסוגל לבטא אמפתיה והבנה כלפי הרגשות והקונפליקטים של המטופל ביחס לשינוי ולמאמץ העצום שיידרש ממנו כדי לחולל אותו. הבעת חום וכנות גם הם רצויים, כדי לבטא את קבלת דו-הערכיות של המטופל (Hanson & Gutheil, 2004; Pantalon & Swanson, 2003); שנית, יש להימנע מתיוג המטופל וכן מוויכוח או עימות עמו. אלו מחבלים ביכולת להצטרף אליו ולכוונו לקראת רצון להשתנות; שלישית, כדאי להרבות בהקשבה משקפת, שאלות פתוחות, מתן אישורים לדברי המטופל וסיכומים המשקפים את דבריו; לבסוף, חשוב לנסות להניב מן המטופל אמירות המצביעות על רצון אישי להשתנות ולהשתפר. אמירות אלו מתחלקות לארבע קטגוריות: (א) הכרה כי ההתנהגות הנוכחית של המטופל ותוצאותיה הן בעייתיות ומזיקות; (ב) ביטויים של דאגה מהמצב הקיים ומחיי המטופל ומשפחתו בהווה; (ג) רצון לשנות ולהשתנות; (ד) ביטויים המבטאים אופטימיות כלפי האפשרות של שינוי (Forrester, et al., 2008; Hanson & Gutheil, 2004; Lander, in press; Miller & Rollnick, 1991, 2002).

ביסוס תאורטי: המודל לקבלת החלטה לחולל שינוי ולביצועו

המודל של פרוצ'סקה ועמיתיו לקבלת ההחלטה לחולל שינוי ולביצוע השינוי הלכה למעשה (The Transtheoretical Model – TTM) עשוי לתת מסגרת תאורטית לריאיון המוטיבציוני (Prochaska, DeClemente & Norcross, 1992; Prochaska, 1991; DiClemente, Velicer, Ginpil & Norcross, 1985; Prochaska & Goldstein, 1991; Prochaska & Velicer, 1997). לדברי מפתחי הריאיון המוטיבציוני, "מודל השינוי מכוון לספק מודל רעיוני מקיף על הדרך שבה שינויים מתרחשים ועל הסיבה להתרחשותם, בעוד שהריאיון המוטיבציוני הוא שיטה קלינית ייחודית כדי להגביר מוטיבציה אישית להשתנות" (Miller & Rollnick, 2009, p. 130). עם זאת, ראוי לשים לב כי מפתחי הריאיון המוטיבציוני הדגישו ששיטה טיפולית זו אינה מבוססת על מודל שלבי השינוי ואינה בהכרח יישום של מודל תאורטי זה (Miller & Rollnick, 2009). שני המודלים פותחו בערך באותה תקופה, תחילת שנות השמונים של המאה העשרים, והם, כדברי מילר ורולניק, "למעשה, דודנים מתנשקים שלעולם לא התחתנו" (Miller & Rollnick, 2009, p. 130).

המודל מציג חמישה שלבים בתהליך, וכל שלב מבטא רמה גבוהה יותר של מוטיבציה לפעול לקראת שינוי. בשלב הראשון, שלב טרום-הרהור (pre-contemplation), אנשים אינם מתכוונים לנקוט צעדים של שינוי בששת החודשים הקרובים. ייתכן שאינם מודעים לתוצאות השליליות האפשריות של התנהגותם, או שהם נכשלו בעבר במאמצייהם להשתנות והרימו ידיים. הם יימנעו מלדבר על חומרים הקשורים להתנהגותם המסוכנת או להיחשף להם, וכן ייטו להתנגד לחץ חיצוני או ינסו לשנות את נקודת הראות של מפעילי הלחץ על התנהגותם. גם אם הם יבצעו שינויים חיצוניים, מן השפה ולחוץ, בעקבות לחץ וכפייה, סביר כי יחזרו להתנהג באופן בעייתי מיד כשאלו יפחתו.

השלב השני הוא שלב ההרהור (contemplation). בשלב זה אנשים מתחילים לשקול שינוי בששת החודשים הקרובים, אך הם חשים דו-ערכיות כלפי אפשרות זאת. הם מתחילים להתמודד עם הבנת בעייתם ונכונים יותר לשמוע הצעות המכוונות לשינוי, אבל בעצם הם עדיין "תקועים", בעיקר הואיל והם ספקנים באשר ליכולתם להשתנות וביחס ליתרונות ולחסרונות שהשינוי כרוך בהם.

השלב השלישי הוא שלב ההכנה (preparation). בשלב זה אנשים כבר מעורבים בתהליך השינוי. הם החליטו להשתנות כבר בחודש הקרוב ונוקטים צעדים ממשיים, ולו גם קטנים, כדי לבצע את החלטתם. הם מתכננים שינויים מרחיקי לכת בעתיד הקרוב. עם זאת, כאשר הם שבים ומהרהרים בצורך שלהם להשתנות וברצונם לעשות זאת, עלולות להתרחש נסיגות קצרות ברמת המוטיבציה שלהם.

השלב הרביעי הוא שלב הפעולה (action). בשלב זה אנשים נוקטים צעדים משמעותיים ומתמשכים כדי לשנות את התנהגותם וסביבתם הקרובה במשך ששת החודשים הקרובים. בדרך כלל שינויים אלה באורח החיים גלויים לעיני כול.

השלב החמישי והאחרון, שלב השימור (maintenance), מתרחש לאחר שאנשים כבר ביצעו שינויים נרחבים ומשמעותיים בחייהם. בשלב זה המאמץ מכוון לחיזוק ההישגים ולמניעת נסיגה.

כאמור, המודל השינוי של פרוצ'סקה ועמיתיו והריאיון המוטיבציוני עשויים להשלים זה את זה. מודל השינוי יכול לספק ביסוס תאורטי לראיון המוטיבציוני, ואילו טכניקות ההתערבות הלקוחות מהריאיון המוטיבציוני עשויות לסייע להתקדם בשלבי המודל ולעורר את המטופל לנקוט צעדים התנהגותיים אשר יובילו לשינוי. ואכן, מטופלים רבים של שירותי הרווחה, הבריאות והחינוך נמצאים בשלבים הראשונים במודל השינוי של פרוצ'סקה ועמיתיו (Hohman, 1998). הם אינם מודעים לבעייתם או שהם חשים דו-ערכיות רבה מדי מכדי לנקוט פעולה (Hohman, 1998). שימוש בטכניקות של הריאיון המוטיבציוני עשוי לסייע למטופלים אלו לנוע מהשלבים הראשונים במודל השינוי אל עבר שלב ההכנה ונקיטת פעולות ממשיות בחייהם (Corcoran, 2003; Lander, in press). נוסף על כך, טכניקות טיפוליות הלקוחות מהריאיון המוטיבציוני עשויות לסייע ביצירת מחויבות לטיפול בקרב מטופלים (treatment engagement).

מחויבות כזו נחוצה כדי לסייע למטופל להתקדם בשלבים של מודל השינוי לעבר נקיטת פעולה ממשית. מחויבות טיפולית מוגדרת כאישור והסכמה בפועל לתכנית הטיפולית (Peled & Edleson, 1998; Yatchmenoff, 2005). היא מאפיינת מטופלים המודעים לבעיותיהם, לוקחים אחריות להתמודדות עמן ומביעים רצון לפתור אותן (Englebrecht, Paterson, Scherer & Naccarato, 2004; Lander, in press). מחויבות טיפולית קשורה למערכת יחסים אוהדת בין המטפל למטופל, שיתוף פעולה בטיפול ורמת מוטיבציה גבוהה לשינוי (Griffith, Knight, Joe & Simpson, 1998). הצלחה ביצירת מחויבות טיפולית מגבירה את סיכויי הצלחת הטיפול (Coatsworth, Santisteban, McBride & Szapocznik, 2001; Evans, Radunovich, Cornette, Wiens & Roy, 2008; Hanson & Gutheil, 2004; Hohman, 1998; Lander, in press). הריאיון המוטיבציוני עשוי לתרום ליצירת מחויבות טיפולית, ובכך לסייע למטופלים אשר אינם מודעים לבעיותיהם ומהססים האם להתחייב לשינוי, להתקדם לקראת שלב ההכנה ושלב נקיטת פעולות ממשיות, כדי לשפר את חייהם (Lander, in press).

הריאיון המוטיבציוני ויעילותו בטיפול

הריאיון המוטיבציוני הוערך במאות מחקרים בעלי רמות מתודולוגיות שונות, רובם בתחום ההתמכרויות לאלכוהול, סמים וניקוטין, חלקם בתחום הבריאות, כמו: ציות להוראות רפואיות, ירידה במשקל וטיפול ביתר לחץ דם, ומיעוטם בתחום הטיפול בבעיות פסיכולוגיות אישיות ומשפחתיות. בשנת 2008 הופיע ספר ובו מאמרים על יישום הריאיון המוטיבציוני בעבודה עם מגוון של בעיות נפשיות, כמו: חרדה, אובססיות, אנורקסיה וסכיזופרניה. אולם מתוארים בו בעיקר יישומים קליניים של המודל בטיפול בתסמינים השונים, ואילו המחקר על יעילות המודל בהתמודדות עם בעיות אלו עדיין בתחילת דרכו (Arkowitz, Westra, Miller & Rollnick, 2008).

הממצאים המבוססים על מקבצים של מחקרים ואשר נערכו עבורם ניתוחי-על (meta-analyses), הם מעודדים. הם מצביעים על יעילות המודל בגיוס מטופלים לתהליך הטיפולי ועידודם לנקוט פעולות אשר ישפרו את מצבם, זאת תוך זמן קצר של התערבות ולאורך זמן מעקב ארוך יחסית. עם זאת, הממצאים מלמדים כי הריאיון המוטיבציוני אינו חזות הכול ואינו מתאים לכולם. לחלק מקבוצות המטופלים הוא אינו עוזר, לחלקן הוא מסייע רק בשילוב גישות אחרות, ובמקרים מסוימים הוא יעיל רק בהשוואה להיעדר טיפול, ולא בהשוואה לסוגי התערבויות אחרות, ורמת השפעתו לאורך זמן משתנה בהתאם לבעיה, לקבוצה ולמחקר. להלן מיקוד ופירוט של הממצאים המרכזיים.

בעיות בריאות, התמכרויות, וקשיים פסיכולוגיים

סקירת מחקרי התערבות משנות השבעים של המאה העשרים ועד 2004, שפעלו לפי הריאיון המוטיבציוני, הניבה 72 מחקרים שהיו ראויים לניתוח-על ואשר הנבדקים בהם נחלקו באופן אקראי לקבוצת ניסוי וביקורת (Rubak, Sandbak, Lauritzen, & Christensen, 2005). תוצאות הניתוח הראו השפעה משמעותית וחיונית של

ההתערבות לפי הריאיון המוטיבציוני. השפעתה של ההתערבות נמצאה יעילה בטיפול בהשמנה, הורדת רמת כולסטרול בדם, הורדת רמת לחץ דם, הורדת רמת אלכוהול בדם והורדת רמת אתנול בדם. אולם לא נמצאו הבדלים משמעותיים בנוגע להפסקת עישון ולאזון רמת הסוכר בדם. החוקרים טענו כי יעילות הריאיון המוטיבציוני הוכחה ב-74% מהמחקרים, וכי אף באחד מהמחקרים לא דווח על תוצאות לוואי שליליות. יתר על כן, רמת היעילות של הריאיון המוטיבציוני עלתה ככל שעלה מספר הפגישות הטיפוליות וככל שתקופת המעקב התארכה.

סקירה נוספת בשיטת ניתוח-על של בעיות התמכרות, בריאות ואכילה, בעיות ביחסים אינטימיים, השמנה והיעדר פעילות ספורטיבית כללה גם היא 72 מחקרים. אלו נערכו בקרב 14,267 מטופלים מאוכלוסיות שונות, במקומות טיפול שונים, למשך אורכי טיפול שונים, על ידי מטפלים בעלי מקצועות עזרה מגוונים ובשילובים שונים עם גישות אחרות. סקירה זו שבה ומצאה כי הריאיון המוטיבציוני היה יעיל גם כשיטה טיפולית בפני עצמה וגם כתוספת לטיפולים אחרים, במיוחד בטיפול בשימוש במגוון של חומרים ממכרים. היעילות גברה כשהטיפול ניתן בקרב קבוצות מיעוט אתניות וכשלא השתמשו בפרוטוקול מוכן מראש (Hettinga et al., 2005). עם זאת, בניגוד לסקירה הקודמת, בסקירה זו רמת היעילות הלכה ופחתה ככל שתקופת המעקב התארכה.

מחקר-על נוסף בחן את הצלחת הריאיון המוטיבציוני לשנות התנהגות של מטופלים במסגרת שירותי הבריאות (Knight, McGowan, Dickens & Bundy, 2006). המחקר סקר 80 מחקרים שנערכו בין השנים 1966 ו-2004 ועסקו במחלות, כמו: סוכרת, אסתמה, יתר לחץ דם ומחלות לב. החוקרים מצאו כי במרבית המקרים הריאיון המוטיבציוני הניב תוצאות חיוביות בקרב המטופלים ברמות הפסיכולוגית והפיזיולוגית ובשינוי הרגלי החיים שלהם. עם זאת, הם הצביעו על בעיות מתודולוגיות במחקרים שנסקרו: מדגמים קטנים, שימוש במספר רב של מדדים מפוזרים, כוח ניתוח סטטיסטי קטן, אי-תיקוף מספיק למדדים והגדרות לא מדויקות של הטיפול שניתן ושל ההכשרה שניתנה למטפלים. לכן, החוקרים טענו כי למרות התוצאות המבטיחות, הרמה המתודולוגית הנמוכה אינה מצדיקה עדיין יישום נרחב והפצת השיטה בתחום הבריאות.

תוצאות סקירה מאוחרת יותר היו נלהבות פחות מאלו של קודמותיה. החוקרים בדקו את יעילות הריאיון המוטיבציוני ביחס למגוון של בעיות, בהשוואה לקבוצות ביקורת ובהשוואה לטיפולים אחרים. הם מצאו כי בהשוואה לקבוצות ביקורת, נמצאה השפעה משמעותית סטטיסטית קטנה. אולם בהשוואה לטיפולים אחרים, לא נמצאה השפעה משמעותית סטטיסטית. החוקרים סיכמו כי השיטה אכן בעלת יכולת לתרום לטיפול, אולם השפעתה מממותנת על ידי גורמים, כמו: המשתתפים, המטפלים ודרכי העברתה בפועל. עם זאת, כדאי לשים לב כי בחלק מהמקרים שבהם הריאיון המוטיבציוני לא נמצא יעיל יותר מסוגי טיפול אחרים, הטיפול לפי מודל זה נמשך זמן קצר יותר מהגישות האחרות, ולכן יש משמעות מבחינת המשאבים הפרטיים והציבוריים המושקעים בטיפול.

עישון ושתייה

חלק מהסקירות מתמקדות בבעיות ייחודיות כמו עישון ושתייה. סקירת 31 מחקרים בנושא הפסקת עישון בקרב 9,485 נבדקים הראתה כי הסיכוי של קבוצת המטופלים בריאיון המוטיבציוני להיגמל מעישון היה גדול מזה של קבוצת הביקורת: בשלב המעקב 10, שבועות לאחר סיום הטיפול, סיכויי הנבדקים היו גדולים ב-45% מזה של האחרונים. תוצאות אלו היו יציבות גם כששלטו בתקופות המעקב של המחקרים השונים, בתכונות הסוציו-דמוגרפיות של המשתתפים וברמת העישון שלהם. החוקרים סיכמו כי הריאיון המוטיבציוני יעיל בקרב מעשנים מתבגרים ומבוגרים. אולם גם חוקרים אלה הצביעו על שורה של מגבלות מתודולוגיות, המפחיתות את ההתלהבות מן הממצאים (Heckman, Egleston & Hofmann, 2010).

מחקר-על אחר סקר 18 מחקרים בין השנים 1983–2003 אשר נקטו טיפול קצר מועד על פי הריאיון המוטיבציוני, כדי להפחית שתיית אלכוהול מוגזמת בקרב 2,767 נבדקים (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006). תשעה מחקרים השוו את יעילות הריאיון המוטיבציוני בהפחתת שתיית אלכוהול מול היעדר טיפול, ותשעה מחקרים השוו את יעילותו ליעילותן של שיטות טיפוליות אחרות. הממצאים הראו כי יחסית לאי-טיפול, ההתערבות המוטיבציונית הקצרה (ממוצע של 87 דקות) הועילה באופן מובהק למשתתפים, אולם ההשפעה הייתה רבה יותר בשלב המעקב הראשון (עד שלושה חודשים) מאשר בשלב המעקב השני (עד שישה חודשים), וכאשר מטופלים בעלי התמכרות קשה לשתייה הוצאו מהניתוח. בהשוואה לטיפולים קצרי מועד אחרים, אשר כללו עצות, הדרכות, עימות, חינוך והתערבות קוגניטיבית – הטיפול המוטיבציוני קצר המועד (ממוצע של 53 דקות) היה יעיל יותר, אולם לא ניתן לומר כי היה יעיל יותר מכל גישה טיפולית אחרת בנפרד, אלא רק כשמשווים אותו לכולן ביחד.

הריאיון המוטיבציוני ואלימות במשפחה

ספרות מקצועית מעטה קיימת בנושא של שימוש בריאיון המוטיבציוני ואלימות במשפחה בכלל, ובפרט כזו המתארת ממצאים מחקרים מבוקרים (Chaffin, et al., 2009; Corcoran, 2003). עם זאת, נראה כי מטפלים חשים כי מודל זה עשוי לסייע בהתמודדות עם אוכלוסיות בסיכון, הואיל וההתנגדות להתערבות במקרים רגישים אלה היא רבה, ודרך הריאיון המוטיבציוני ניתן לעקוף התנגדות זו ולעורר מוטיבציה לשינוי (Hohman, 2011). לדוגמה, קורקורן תיארה יישום של הריאיון המוטיבציוני בשילוב עם המודל לקבלת החלטה, כדי לעודד אמהות אשר בני הזוג שלהם פגעו מינית בילדיהן להתמודד עם האלימות ולסייע לילדים הפגועים (Corcoran, 2003).

בתחום של אלימות כלפי נשים, מטפלים בדקו את יעילות הריאיון המוטיבציוני בעבודה עם נשים מוכות שנמצאו במקלט, בהשוואה לטיפול הרגיל המקובל במקלט: שיחות אישיות, מפגשים קבוצתיים, תמיכה ועידוד (Rasmussen, Hughes & Murray, 2008). הממצאים הראו יתרון לריאיון המוטיבציוני בממד שבדק נכונות לשינוי, בהשוואה לטיפול הרגיל. במחקר נוסף בקרב 33 גברים שהיו אלימים כלפי נשותיהם,

החוקרים מצאו כי משתתפים בקבוצת הניסוי אשר עברו הכנה לטיפול בעזרת הריאיון המוטיבציוני הראו מוטיבציה רבה יותר לשינוי ונטייה פחותה להאשים גורמים חיצוניים באלימות, בהשוואה לקבוצת הביקורת, שלא עברה הכנה כזו (Kistenmacher & Weiss, 2008). תוצאות דומות התקבלו ממחקר אחר בקרב 108 גברים אלימים: אלו שקיבלו הכנה לטיפול בעזרת הריאיון המוטיבציוני נטו לשתף פעולה עם הטיפול, להכין שיעורי בית ולהתמודד עם מטלות הטיפול יותר מאלו שלא קיבלו הכנה דומה (Musser, Semiatin, Taft & Murphy, 2008). במחקר אחר, השתמשו בריאיון המוטיבציוני בהתמודדות עם אלימות פיזית ואלימות פסיכולוגית בין בני זוג צעירים (18–25) היוצאים יחד (Woodin, Sotskova & Woodin, 2010; Woodin & O'Leary, 2012). הממצאים הראו כי זוגות שנחשפו לריאיון המוטיבציוני (התערבות בת שעתיים) הפגינו לאורך זמן יכולת רבה יותר להימנע מאלימות פיזית ומשימוש באלכוהול ונכונות פחותה לסבול אלימות פסיכולוגית מאשר אלו שקיבלו שיחת הדרכה בלבד. ממצאים אלו מראים כי השימוש בריאיון המוטיבציוני עשוי לסייע, לפחות בשלב הגיוס לטיפול, בהתמודדות עם אלימות בין בני זוג (Neighbors, Walker, & Roffman, Mbilinyi & Edleson, 2008).

בתחום של הזנחת ילדים וההתעללות בהם, חוקרים נעזרו בריאיון המוטיבציוני כדי לעודד הורים מזניחים ומתעללים פיזית בילדיהם, שהיו מוכרים לשירותי הרווחה, להישאר בטיפול אשר נערך בשירות הציבורי העוסק ברווחת הילד. לפני תחילת הטיפול, בשלב ההכנה, הנבדקים חולקו באקראי לשתי קבוצות: קבוצה אחת קיבלה הכנה דרך הריאיון המוטיבציוני (שישה מפגשים), ואילו הקבוצה השנייה קיבלה מידע ואוריינטציה בנוגע לטיפול בהמשך (שישה מפגשים). בשלב זה ההורים התחלקו שוב לשתי קבוצות אקראיות: קבוצה אחת קיבלה אימון בהתקשרות ההורים עם ילדיהם (Parent-Child Interaction Therapy – PCIT) וקבוצה שנייה קיבלה הרצאות דידקטיות על הורות וגידול ילדים. הממצאים הראו כי השימוש בריאיון המוטיבציוני שיפר את שיעור ההישארות בטיפול בקרב אלו שקיבלו אחר כך אימון בתקשורת עם הילדים (85%) (PCIT הישארות, מול 61% בקבוצת האחרות). כלומר הייתה אינטראקציה בין ההכנה דרך הריאיון המוטיבציוני והטיפול באימון הורי לתקשורת.

ממצאים ראשוניים אלו מעודדים ותורמים לתחושה כי הריאיון המוטיבציוני עשוי להיות לעזר בהתמודדות עם אלימות במשפחה כלפי נשים וילדים, הן ככלי לגיוס ושימור מטופלים והן ככלי לעידוד מוטיבציה לשינוי. עם זאת, מובן כי נדרשים מחקרים נוספים מבוקרים, ארוכי טווח, וסקירות-על, כדי לאשש אמירה זו וכדי להבחין בין קבוצות מטופלים ולבחון שילוב עם גישות אחרות ודרכים שונות שבהן ניתן להשתמש במודל טיפולי זה בקרב אוכלוסיות סיכון.

מהם הגורמים המובילים לשינוי בריאיון המוטיבציוני?

ראינו עד כה כי על פי המחקרים, שימוש בריאיון המוטיבציוני לטיפול בהתמכרויות, בבעיות בריאות ובבעיות אחרות קיבל אישוש אמפירי חלקי, הן כגישת טיפול עצמאית

והן בשילוב עם גישות אחרות. לכן ראוי לברר אילו מרכיבים בריאיון המוטיבציוני עשויים להסביר את הצלחתו. ואכן, חוקרים ניסו להבין אילו גורמים בתוך הריאיון המוטיבציוני עצמו קשורים לשינוי בקרב מטופלים – כלומר מהו מנגנון השינוי (mechanism of change) האחראי להתנהגות מועילה יותר בקרב מטופלים אשר חוו טיפול זה? כמה השערות למרכיבים המובילים לשינוי מופיעות בספרות (Arkowitz & Miller, 2008). השערה אחת היא כי הרוח הטיפולית בבסיס המודל, אשר מדגיש קבלה ויצירת קשר אמפתי ומבין בין המטופל למטפל, תורמת להצלחת הטיפול. השערה נוספת היא כי הכוונת המטופל לדבר על דו-הערכיות שלו ועל נימוקיו בעד או נגד השתנות (טכניקה המכונה "שפת שינוי", או "שיח שינוי" – change talk) מעודדת אותו לקבל החלטה לקראת פעולה, במיוחד אם הוא מגיע לאמירות המצביעות על נכונות לפעול. לעומת זאת, אם רוב השיח הוא נגד השתנות ("שפת קיבעון", או "שיח שימור" – sustain talk), הסיכוי לשינוי מועט. השערות אלו עדיין צריכות להיבדק אמפירית.

החוקרים אפודוקה ולונגאבאו ערכו בדיקה של גורמים אלה על ידי שימוש בשיטת ניתוח-העל, תוך סקירת הממצאים של 19 מחקרים אשר עסקו בשינוי התנהגות בקרב מכורים לשתיה וסמים (Apodaca, & Longabaugh, 2009). הם בדקו שתי שאלות עיקריות: (א) האם המטפלים לפי גישת הריאיון המוטיבציוני נוקטים טכניקות המיוחדות למודל, בהשוואה לטיפולים אחרים; (ב) האם הטכניקות והדרך הטיפולית של המטפלים לפי הריאיון המוטיבציוני קשורות באופן מובהק להתנהגות של המטופלים בעת הטיפול ולרצונם להשתנות. החוקרים בדקו שאלות אלו בהקשר של התנהגות מטופלים בתחום ההתמכרויות ושימוש בחומרים מסוכנים. להלן ממצאי סקירתם.

גורמים הקשורים במטפלים והתנהגותם בעת הטיפול כמתווכים

אפשריים בין הריאיון המוטיבציוני לשינוי התנהגות

ארבעה גורמים המיוחסים להתנהגות המטפלים נבדקו בסקירה: (א) הרוח הטיפולית של הריאיון המוטיבציוני: מתן דגש לאמפתיה, קבלה, חום וכנות; (ב) שימוש בטכניקות טיפוליות טיפוסיות לריאיון המוטיבציוני: אישור והקשבה משקפת; (ג) הימנעות משימוש בטכניקות טיפוליות שאינן טיפוסיות לריאיון המוטיבציוני: עימות, הכוונה ואזהרה; (ד) שימוש בטכניקות ייחודיות לריאיון המוטיבציוני, כמו מתן משוב אישי למטופל וכן הבנת המרכיבים השונים הקשורים בהחלטה של המטופל לשנות או לשנות את התנהגותו, כולל גורמים תומכי שינוי וגורמים תומכי שימור המצב הקיים, והפקתם.

משתנים הקשורים ברוח הטיפולית – אמפתיה, קבלה וחום – לא נמצאו שכיחים יותר באופן מובהק בטיפולים לפי הריאיון המוטיבציוני מאשר בטיפולים אחרים, למשל הדרכה או טיפול פלסבו. הואיל ותכונות טיפוליות אלו לא קיימות בריאיון המוטיבציוני בשכיחות גבוהה יותר מאשר בטיפול השגרתי המקובל בסוכנות, כמו טיפול פרטני תומך ומפגשים קבוצתיים, הן אינן יכולות להסביר את יעילות הריאיון המוטיבציוני.

באשר לטכניקות טיפוליות טיפוסיות לריאיון המוטיבציוני – אישור והקשבה משקפת – המחקרים הראו כי אלו אכן הופיעו באופן מובהק יותר בטיפולים לפי הריאיון המוטיבציוני מאשר בטיפול השגרתי המקובל בסוכנות, בטיפול פלסבו או בהדרכה. עם זאת, המחקרים לא הראו כי טכניקות אלו אכן השפיעו על רצון המטופלים להשתנות ועל התנהגותם בפועל בתחום ההתמכרויות.

ביחס לטכניקות טיפוליות שאינן טיפוסיות לריאיון המוטיבציוני – עימות, הכוונה ישירה ואזהרה -נמצא שהטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני אכן שונה במובהק ברמת השימוש בטכניקות אלו, בהשוואה לטיפול השגרתי בסוכנות, להדרכה, לפלסבו ולטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. יתר על כן, המחקרים הראו כי טכניקות אלו אכן קשורות להתנהגות של מטופלים בעת הטיפול: שימוש נרחב בהן הגביר התנגדות בקרב מטופלים, ושימוש מועט בהן הגביר מעורבות של המטופלים והתגייסות שלהם לתהליך. זאת ועוד, המחקרים הראו כי השימוש בטכניקות אלו קשור לתוצאות הטיפול בקרב מכורים: שימוש נרחב בהן הוביל לתוצאות הגרועות ביותר, ושימוש מועט בהן – לתוצאות הטובות ביותר, זאת גם אם משווים לתוצאות הטיפול הרגיל, טיפול הפלסבו או הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי; בכל המקרים, התוצאות הגרועות ביותר התקבלו כאשר השתמשו בטכניקות אלו.

באשר לטכניקות ייחודיות לריאיון המוטיבציוני, כמו מתן משוב אישי למטופל והפקת המרכיבים השונים הקשורים בהחלטה של המטופל לשנות או לשנות את התנהגותו – המחקרים הראו כי אלו אכן מופיעות באופן מובהק יותר בריאיון המוטיבציוני מאשר בטיפולים אחרים, למשל טיפול פלסבו. יתר על כן, מספר טכניקות ייחודיות למודל – יצירת איזון בין מרכיבי ההחלטה של המטופל, מתן משוב למטופל, הדגשת אחריות המטופל לשינוי ובדיקת אפשרויות השינוי השונות – אכן נמצאו כמשפיעות על ההתנהגויות בפועל של המכורים. בין כל אלו, טכניקת יצירת האיזון בין מרכיבי ההחלטה השונים הייתה הטכניקה היעילה ביותר.

גורמים הקשורים במטופלים והתנהגותם בעת הטיפול כמתווכים אפשריים בין הריאיון המוטיבציוני לשינוי התנהגות

שישה גורמי שינוי המיוחסים להתנהגות מטופלים נבדקו בסקירה: (א) שימוש בשיח ושפה של שינוי – דיבור על מחויבות, כוונה להשתנות ותכנית לשינוי; (ב) רמת המוכנות לשינוי – מיקום המטופל בשלבים המובילים לשינוי; (ג) רמת המעורבות והגיוס – שיתוף פעולה בעת הטיפול, נכונות לחשיפה אישית; (ד) רמת התנגדות – מחויבות לחומרים ממכרים, התנגדות לשינוי; (ה) רמת הביטחון העצמי של המטופל – הבעת אמונה שהוא יכול להשתנות; (ו) תחושה של פער בין עמדות להתנהגות – הבעת תחושת אי-נוחות כללית, הבעת רגש שלילי כלפי הפער.

ביחס לשימוש בשיח ושפה של שינוי, הממצאים הראו כי הטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני אכן קשור בדיבור רב יותר על כוונה לשנות התנהגות בקרב משתמשים בחומרים ממכרים, בהשוואה למטופלים בטיפול השגרתי המקובל בסוכנות. שימוש

בדיבור זה היה גם בעל השפעה, מועטה אמנם, על תוצאות ההתנהגות בפועל של מכורים. לכן, החוקרים מניחים כי מרכיב זה הוא משתנה מתווך בין הטיפול לשינוי ההתנהגותי בפועל, וכדאי לאשש טענה זו במחקרים נוספים.

ביחס לרמת המוכנות לשינוי, המחקרים הראו כי רמה זו הייתה גבוהה יותר במובהק בקרב המטופלים לפי הריאיון המוטיבציוני רק בהשוואה לטיפול פלסבו או לטיפול מינימלי, אבל לא בהשוואה לטיפול השגרתי המקובל בסוכנות. יתר על כן, מטופלי הריאיון המוטיבציוני הראו מוכנות פחותה לשינוי מאשר מטופלי טיפול אקטיבי, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. זאת ועוד, לא נמצא כי רמת מוכנות גבוהה בקרב מכורים הייתה קשורה לשינוי התנהגות בפועל. מרכיב זה, אם כך, אינו יכול להסביר את יעילות הטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני.

בנוגע לרמת המעורבות והגיוס של המטופלים לתהליך הטיפולי, הממצאים אכן הראו רמה גבוהה יותר של מעורבות בקרב מטופלי הריאיון המוטיבציוני, בהשוואה לטיפול פלסבו או טיפול מינימלי וכן בהשוואה לטיפול השגרתי בסוכנות. רמת המעורבות הייתה קשורה באופן מובהק להתנהגות בפועל של המכורים, אם כי ברמת השפעה קטנה. לכן ייתכן שמרכיב זה אחראי, יחד עם מרכיבים נוספים, להצלחת הריאיון המוטיבציוני, ויש לבדוק זאת במחקרים נוספים.

באשר לרמת ההתנגדות בטיפול, מחקר אחד הראה כי הריאיון המוטיבציוני אכן הצליח להוריד רמת התנגדות יותר מאשר טיפול פלסבו (Miller, Benfield & Tonigan, 1993). מחקר זה הראה גם קשר בין רמת ההתנגדות לשינוי והתנהגות בפועל של המשתמשים בחומרים – רמת התנגדות גבוהה הייתה קשורה בתוצאות הגרועות ביותר. אי-לכך, על מרכיב זה להיחקר במחקרים עתידיים.

ביחס לרמת הביטחון העצמי של המטופל, אשר הגברתו היא אחת המטרות של הטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני, הממצאים לא הראו כי מרכיב זה אחראי לשינוי. מרכיב זה נבדק רק במחקרים מעטים, והתוצאות היו מעורבות: בהשוואה לטיפול פלסבו או לטיפול מינימלי, מטופלי הריאיון המוטיבציוני אכן הראו רמת ביטחון עצמי גבוהה יותר, אולם בהשוואה לטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני המשולב עם טיפולים אקטיביים אחרים, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, דווקא האחרונים הראו רמת ביטחון גבוהה יותר. יתר על כן, הקשר בין רמת הביטחון העצמי בקרב מכורים להתנהגותם בפועל לא נבדק עד כה.

לבסוף, ביחס לתחושת הפער בין ההתנהגות לערכי המטופל, המחקרים הראו כי למטופלי הריאיון המוטיבציוני הייתה תחושת פער גדולה יותר מאשר למטופלים אשר קיבלו טיפול מינימלי או טיפול פלסבו. זאת ועוד, עלייה ברמת הפער השפיעה, אמנם באופן בינוני עד מועט, על ההתנהגות בפועל של מטופלים מכורים לחומרים ממכרים. מרכיב זה ראוי אם כן להיכלל במחקרים נוספים בעתיד.

לסיכום, סקירה זו אכן איששה את ההשערה הכללית כי הריאיון המוטיבציוני משנה הן את ההתנהגויות של המטופלים והן את אלו של המטופלים בזמן מתן ההתערבות,

ושינויי התנהגויות אלו קשורים לתוצאות בפועל ולהתנהגות הממשית של מכורים לחומרים ממכרים. כלומר התנהגויות המטפלים והמטופלים הן משתנים מתווכים בין הריאיון המוטיבציוני ובין תוצאותיו בקרב מכורים. טענה זו נכונה במיוחד אם משווים לטיפול פלסבו או לטיפול מינימלי, ופחות בהשוואה לטיפולים אקטיביים, כמו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. לחלק מהמרכיבים השפעה רבה יותר מאשר לאחרים; למשל, התנהגויות של מטפלים, כגון: עימות, ויכוח או ניסיון להזהיר – התנהגויות טיפוליות שאינן אופייניות לריאיון המוטיבציוני – מובילות לתוצאות גרועות בנושא ההתמכרויות. מרכיב זה, הקשור בהתנהגויות של מטפלים, הוא המתווך הטוב ביותר בין הריאיון המוטיבציוני ובין שינוי ממש במצב המכורים. בנוגע להתנהגויות מטופלים, השימוש בשיח של שינוי ותחושת הפער בין ערכים להתנהגות גם הם כנראה מתווכים בין הריאיון המוטיבציוני לתוצאותיו.

שאלות אתיות והריאיון המוטיבציוני

שאלות אתיות אחדות עולות בקשר לריאיון המוטיבציוני, אך אין להן תשובות חד-משמעיות, ויש להתייחס לכל מקרה לגופו, תוך הפעלת שיקול דעת מקצועי (Miller, 1994). ראשית, יש להיזהר משימוש לרעה של אנשי מקצוע בשיטות של הריאיון המוטיבציוני כדי לשכנע מטופלים לנהוג שלא לפי רצונם, במיוחד כאשר מדובר בקבוצות מוחלשות באוכלוסייה, לדוגמה: שימוש בכלים המוטיבציוניים כדי להניע מטופלות למסור ילד לאימוץ, להתאשפז או לעזוב קשר מזיק. הכוונות של אנשי המקצוע עשויות להיות טובות, אולם האידאולוגיה של הריאיון המוטיבציוני היא תמיכה באוטונומיה של מטופלים והנעתם לשינוי לפי מה שנכון ומתאים להם, לערכיהם ולשאיפותיהם. על כן, יש להימנע משימוש בריאיון המוטיבציוני כדי לקדם אידאולוגיה טיפולית המתאימה לעולמו ותפיסותיו של המטפל.

שנית, לא פעם מטופלים רוצים לפעול בדרך שאינה נראית למטפלים. האם במקרה זה יש לכבד את החלטותיהם? מה עושים כשיש סתירה? לדוגמה, מטופלת אינה רוצה לקבל טיפול רפואי פולשני, ואילו המטפל משוכנע כי טיפול כזה יכול להצילה, או מטופל בוחר לא להצטרף לטיפול מסוים, בעוד שהמטפל חושב שטיפול כזה עשוי לעזור לו. כאשר מדובר באנשים מבוגרים המקבלים החלטות כלפי עצמם, קל יותר לקבל את רצונו של המטופל, אולם לא פעם מדובר בחסרי ישע, ואז הדילמה חריפה יותר; לדוגמה, הורה חושב שחינוך נוקשה מיטיב עם הילד, ואילו המטפל סבור שהנוקשות פוגענית ומזיקה. מובן כי מאבקי כוח עם מטופלים אינם יעילים. עם זאת, אין תשובות פשוטות למצבים שבהם ישנה בין מטפלים ומטופלים אי-הסכמה על ערכים, דרכי התמודדות וצרכים, במיוחד כאשר מדובר בקטינים וחסרי ישע (Miller, 1994; Miller & Rollnick, 2002; Silovsky, Leffingwell & Hecht, 2009).

שלישית, מה עושים כאשר מדובר בטיפול כפוי בצל החוק, למשל התערבויות של פקידי סעד או קציני מבחן? האם ניתן להשתמש בריאיון המוטיבציוני בטיפול סמכותי עם מטופלים שלא מבחירה? הרי ייתכנו מצבים שבהם המטפל הסמכותי דורש שינוי

התנהגותי, ואילו המטופל חושב שאין לו בעיה, וכי ערכיו והתנהגותו הם ראויים; לדוגמה, המטופל חושב שהעלילו עליו עלילות, ואילו קצין המבחן חושב שעליו לטפל באלימות הטמונה בו. מילר ורולניק סברו כי אם למטפל יש כוח אמתי לכפות שינוי בהתנהגות, לדוגמה כוח החוק, לא נכון ליישם את הריאיון המוטיבציוני (Miller & Rollnick, 2002). ואכן חוקרים טענו כי שימוש בריאיון המוטיבציוני בטיפול כפוי הוא יעיל פחות מהטיפול הסמכותי הרגיל הנהוג בסוכנויות הרווחה (Ashton, 2005; Silovsky et al., 2009). לעומתם, חוקרים אחרים הראו כי שימוש בריאיון המוטיבציוני כהכנה לטיפול כפוי, בייחוד בקרב גברים אלימים כלפי בנות זוגן, היה יעיל (Musser et al., 2008).

חשוב להדגיש כי אין פשרות בנושאים של הגנה על קטינים וחסרי ישע, כולל חובת הדיווח על הזנחה והתעללות, ואלו עומדים בראש סדר העדיפויות של המטפל. אולם במקרים רבים ניתן לגשר בין מטפלים בצל החוק ומטופלים ולמצוא ערכים משותפים ולהתקדם הלאה; לדוגמה, ייתכן שאין הסכמה בין המטופל להורה על הדרך שבה יש לחנך ילדים, אבל שני הצדדים רוצים באושרו והצלחתו של הילד. עתה ניתן לדון בדרכים להשיג זאת. במקרים של עברות פליליות, ייתכן שאין הסכמה על חומרת האלימות כלפי בת הזוג ואפילו על עובדת התרחשותה, אך שני הצדדים עשויים להסכים כי נישואים טובים קשורים ביחסים של כבוד ואמון. מכאן ניתן לדון בדרכים להשיג זאת. עם זאת, יש להדגיש כי ישנם מקרים שבהם הריאיון המוטיבציוני אינו מתאים, ואין טעם להתעקש וליישמו.

הדגמת עקרונות הפעולה: התמודדות עם אב הפוגע בבנו

המטופל היה גבר בשנות ה-40 לחייו, מהגר ממדינות חבר העמים, בעל מקצוע מכובד ובעל רמת אינטליגנצייה גבוהה. אף שהוא ומשפחתו היגרו לישראל לפני שנים רבות, עדיין לא דיבר עברית טובה, והוא ומשפחתו התרועעו בעיקר עם משפחות ממדינות חבר העמים. עם זאת, המשפחה תפקדה היטב, קנתה דירה, ושני ההורים עבדו. בנו, בגיל ההתבגרות המוקדם, הוצא מהבית למרכז חירום בגלל חבלות שהתגלו על גופו, חבלות שנגרמו לו על ידי אביו. ההורים ציפו מבנם להצטיין בלימודים ובספורט. הילד מצדו מרד בדרישות אלה, לא השקיע מאמץ מספיק בלימודים, והציונים שלו הידרדרו בהתאם. האב כעס מאוד על מרד זה והגיב בקללות ובמכות, אשר לדבריו, נועדו לתקן את התנהגותו של הילד ולחנכו.

הטיפול, אשר נערך בעת שהותו של הילד במרכז חירום, כלל שלושה מרכיבים: טיפול בילד, טיפול באב, ולבסוף, רק לאחר שינוי שחל אצל האב, גם טיפול משפחתי. בסופו של התהליך הילד חזר לביתו. נתאר את העבודה עם האב, אשר נעשתה לפי הריאיון המוטיבציוני, תוך שילוב עם טכניקות טיפול אחרות שאינן מייצגות אותו, כמו חשיפה אישית (הטיפול האישי בילד והטיפול הזוגי והמשפחתי לא יתוארו במאמר זה). ההחלטה להיעזר במרכיבים מתוך הריאיון המוטיבציוני התגבשה אצל המטפל (המחבר הראשון) בגלל סירובו של האב לבוא לטיפול ולנקוט פעולות לקראת שינוי,

בטענה שאין לו בעיה וכל המהומה נוצרה בגלל המדינה ובשל אי-ההבנה של פקידת הסעד את עולמו ותרבותו. הוא הדגיש כי העובדים הסוציאליים בישראל אינם מכירים את שיטות החינוך המקובלות במשפחתו ובארץ שממנה הגיע ואינם מעריכים מספיק שיטות אלה. בשיחות הטלפון עמו, הוא ביטא תחושות של כעס עמוק על המדינה בכלל ועל פקידת הסעד בפרט, תחושות של תסכול, ייאוש וחוסר אמונה בצוות הטיפולי.

שלב ההכנה – בניית הקשר הטיפולי

הצורך בבניית הקשר הטיפולי וטיפוחו הוא חלק בלתי נפרד מהריאיון המוטיבציוני, ובמרבית המקרים אין צורך לייחד לנושא זה שלב מיוחד ונפרד. עם זאת, במקרה זה, היה צורך להקדיש זמן רב (כחודשיים) כדי לגייס את האב לטיפול.

בפגישה הראשונה המטפל נקט אמירות שביטאו הזדהות עם המטופל והרקע שלו, והדגיש שהוא עצמו מהגר, שגם לו יש קושי בשפה העברית, וכי במקור משפחתו גם היא מרוסיה. הוא התמקד בתיאור מרכז החירום, בהסבר על חיי הילד במרכז, ובעיקר בנסיבות שצריכות להתקיים כדי שהילד יוכל לחזור הביתה. הוא הדגיש כי עליהם לדבר על אבהות והורות ועל היחסים עם הבן. האב לא אהב לשמוע דברים אלה וטען שהילד הוצא מהבית ללא סיבה מוצדקת, ואין צורך שיישאר במרכז חירום. הוא הדגיש כי הוא אבא טוב, וכל מה שרצה היה לחנך את בנו ולדאוג שיצליח בלימודים. לכן המטפל החליט להקדיש זמן להיכרות, לבניית הקשר הטיפולי ולהתעמקות באב ובחוויותיו, במקום בן ובפגיעה בו.

בפגישה השנייה המטפל ביקש לשמוע על חייו של האב וילדותו ברוסיה. הוא תיאר ילדות טובה וחיים טובים כמבוגר – משכורת טובה, חברים שאהב וחיים נעימים. לדבריו, הוא החליט להגר לישראל עם משפחתו למען בנו, כי חשב שבארץ מצפה לו עתיד טוב יותר. בשתי הפגישות הבאות המטפל דיבר על תהליך ההגירה וקשייו. על הקושי להיפרד מהמוכר, על האבדן, על הדאגות לאנשים שנשארו מאחור והגעגועים אליהם וכן על הקושי לבנות חיים חדשים בארץ החדשה, כולל לימוד השפה, מציאת עבודה והתאקלמות חברתית. נראה היה כי האב מתחבר לדברים אלה ומביע הזדהות. הוא דיבר על קשיי השפה שלו ועל אי-יכולתו לבטא את עצמו ולהשיג את הקשבת הסביבה, לעומת יכולתו להתבטא ולהישמע היטב בעבר, בסביבתו הקודמת. השיחה על ההגירה אפשרה התעמקות בעולם הרגשי של האב – דיון ביכולת לזהות ולבטא רגשות, עידוד לביטוי רגשי והבעת רגשות כואבים בשיחה – נושאים שהיו חדשים לו.

בסופו של שלב זה בטיפול, האב התבקש לבחור שתי בובות המסמלות את חוויית ההגירה שלו. הוא בחר בצב ובנשר. הצב סימל את תהליך ההתאקלמות האטי שלו בישראל, ואילו הנשר – את היכולת לראות דברים מגבוה, מלמעלה. הוא שב והדגיש כי מגבוה הוא רואה את ההתקדמות של בנו, את הצורך שיצטיין בלימודים ואת העתיד שלו. שוב ושוב דיבר על הגעתו לישראל למען בנו ועל רצונו שיצליח בלימודים ויבנה לעצמו עתיד. בסיום שלב זה, אשר ארך כשבע פגישות, התחושה הייתה כי נבנה קשר טוב עם האב וכי ניתן להתקדם הלאה.

שלב ראשון – העלאת הצורך בשינוי בחיי המטופל

בשלב זה המטפל עורך רצון לשינוי על ידי העלאת מודעות לפער בין ההתנהגות של המטופל בפועל ובין ערכיו, שאיפותיו ומורשתו האישית והחברתית-תרבותית. כדי להעלות פער זה למודעות, המטפל כיוון את הדיון לעבר הזיכרונות של המטופל מאביו וסבו. הוא ניסה לאתר זיכרונות רכים וחיוביים מהדמויות הגבריות במשפחתו, זאת כדי ליצור תבנית של מורשת רוסית אחרת לנושא האבהות – לא של כפייה ושליטה, אלא של תמיכה, חום ועידוד. השאלות המכוונות של המטפל נועדו להדגיש בפני המטופל את הכבוד שיש למטפל לתרבות שממנה הוא הגיע, וכי למורשת התרבותית והאישית שלו יש גם צדדים המכוונים לקראת אבהות חמה, תומכת ומעודדת.

ההבניה הטיפולית נועדה להדגיש את החלקים במסורת שממנה הגיע המטופל, הקשורים לחינוך בכלל ואבהות בפרט, אשר אינם קשים וקפדניים, אלא דווקא מכבדים את הילד ושואפים לגדלו לבגרות מוצלחת, יצירתית ובריאה. זאת ועוד, המטפל הציג למטופל פרשנות שעל פיה דווקא האלימות כלפי הילד היא "ישראלית" ו"מיליטנטית" ומתאימה לאלימות שיש בישראל בכבישים, בצבא ובקניונים. למהלך זה היו שתי מטרות: האחת, לחבר את המטופל עם המורשת האבהית במשפחתו ותרבותו, המעודדת תמיכה וחינוך בדרכים חמות וחיוביות, והשנייה, להיעזר באנטגוניזם של המטופל כלפי החברה הישראלית כדי לעודד אותו לרצות להשתנות.

נקודת המפנה בטיפול התרחשה בשלב זה, אשר ארך ארבע פגישות. האב התחיל לתפוס את "המכות החינוכיות" כהתנהגות ישראלית – התנהגות שלא מצאה חן בעיניו והיותה מעין בגידה במורשת הרוסית שעליה התחנך. הוא הגיע לארץ כדי לבנות עתיד טוב יותר לבנו, אולם חשוב היה לו שיישאר רוסי, ולא יהפוך לישראלי. עתה הבין כי החינוך הקפדני והמכות עלולים להפוך אותו ואת משפחתו לישראלים. אימוץ התרבות הישראלית על ידיו ועל ידי משפחתו נתפסו כאיום וכסטייה מהתכנית שבנה בדמיונו – הגירה לארץ שיש בה הזדמנויות, אך שמירה קפדנית על התרבות הרוסית של המשפחה.

בסיום שלב זה, המטפל שב והדגיש את הפער שנוצר בין ההתנהגות האב בפועל – חינוך ישראלי מיליטנטי לבנו – ובין ערכיו – שמירה על המורשת הרוסית – פער שלא היה מודע לו עד כה. נראה היה כי עתה הקרקע בשלה לבניית תכנית טיפולית אשר תצמצם פער זה, מה שנבע הן מהתחושה שהאב משתף פעולה והן מדבריו: "אני נהנה מהשיחות ושמח לבוא לדבר אתך".

שלב שני – יצירת מחויבות לשינוי ובניית תכנית שינוי ביחד עם המטופל

המטפל פתח ואמר: "מפני שאתה ואני דוגלים בחינוך לא אלים, אני כקנדי ואתה כרוסי, ושינוי מתנגדים לאלימות שיש בישראל, אני מסרב לומר לך מה לעשות ואיך להשתנות. גם עם הילדים שלי בבית אני נוקט את אותה הדרך: אני מחכה לרגע שהם מבקשים את עצתי ונמנע מלתת להם פקודות או לכפות עליהם שינוי בכוח. לכן, גם בשיחות שלנו, אני לא אגיד לך מה לעשות ואיך להשתנות, אלא אתה תקבע מה יהיה

ואיך יהיה". המטפל נקט גישה זו לא כהתערבות פרדוקסלית, אלא כחלק מהתהליך המקביל: גם בטיפול וגם בחינוך של הבן נוקטים גישה לא אלימה המכבדת את רצונו של הפרט.

האב אמר: "אני אוהב את קנדה ומוכן לעשות כל דבר שעושים בקנדה". בשלב זה השיחה נסבה על החיים בקנדה, חינוך ילדים שם ויחסים במשפחה הקנדית. השיחה ארכה שעה ארוכה, ורק בסופה האב אמר: "אז אולי תיתן לי כמה רעיונות איך לחנך את הבן שלי?"

הפגישות הבאות התמקדו בדרכי תקשורת בין הורים לילדים. עלו נושאים בסיסיים כמו: הקשבה אמפתית, עידוד, מתן פרסים, הבעת חיבה ואהבה ודיאלוג משתף. ניתנו דוגמאות ממשיות מחיי הילד והאב אשר יש בהן הקשבה, עידוד והבעת רגשות חיוביים. יחד נבחנה הסוגיה, כיצד ניתן ליישם ערכים "קנדיים ורוסיים" אלה בחיי המשפחה של האב.

חלק ניכר מ"השיטות הקנדיות" אשר נדונו בטיפול עסקו בחקירה של רגשות. המטפל סיפר כי בקנדה מקובל לשאול את בני המשפחה איך הם מרגישים, להתחשב האחד ברגשותיו של השני ולדאוג שבני המשפחה ירגישו מוערכים ואהובים. הוא הקריא לאב חלקים מספר של המטפלת הקנדית סוזן ג'ונסון, אחת מהמייסדות של הטיפול הממוקד ברגשות (Johnson, 1998, 2002, 2004). מטפלת זו הדגישה עד כמה רגשות מפעילים אותנו ומשפיעים על חיינו, כמה חשוב להכיר בהם ולאפשר ביטוי שלהם, ועד כמה כדאי וראוי להבנות במשפחה רגשות חיוביים ומעודדים. האב הקשיב, שאל שאלות על החיים המשפחתיים בקנדה, ונראה היה שהתרשם והפנים. שוב, נערכה ההקבלה לישראל, אשר בה, כך נטען, בהשוואה לקנדה, יש דגש פחות על הבעת רגשות חיוביים וביטויי חיבה במשפחה. נראה היה כי האב מוכן לנסות ליישם ערכים ושיטות אלו בפועל.

עתה הגיעה העת לבניית תכנית שינוי עם המטופל. תוכננו פגישות דו-שבועיות בין האב לבן, והוסכם שהן תתקיימנה בתחילה רק בתוך מרכז החירום, אחר כך – בחצר מרכז החירום, ולבסוף גם במקומות בילוי בעיר, כמו הקניון ובית הקולנוע. תוכננו ביחד מועדי הפגישות, משכן ומה ייעשה בהן. האב הסכים לנצל את המפגשים כדי להתאמן בהקשבה אמפתית, הבעת חיבה, מתן תשומת לב מלאה לילד ועידוד. דגש רב ניתן ליישום "השיטות הקנדיות" של עידוד, הבעת רגשות ותמיכה בילד, אשר יהוו את מוקד הבילוי המשותף. האב התבקש לכתוב יומן המתאר את הפגישות בפרוטרוט: מה עשו ביחד, מה נאמר, באיזה טכניקות עידוד השתמש, איך הגיב הילד, איך הוא עצמו הרגיש, ואיך הילד הרגיש. סוכם גם כי בפגישות הטיפוליות עם האב, המטפל והאב יעברו יחד על היומנים וינתחו את הפגישות.

שלב שלישי – בניית תחושה של מסוגלות עצמית

שלב זה התמקד בהזנת הדימוי העצמי של המטופל כאדם היכול והמסוגל לערוך שינויים בחייו ובהתנהגותו כך שיתאימו לרצונותיו וערכיו, זאת כהכנה להפעלת תכנית

השינוי שנבנתה יחד. כאן המטפל סטה מהנושא של אבהות והורות והתמקד דווקא בספורט וביכולתו של הספורט להשפיע על מצב הרוח ועל היכולות הקוגניטיביות של העוסקים בו. המטפל הדגיש את החינוך הרוסי לספורט כבר מגיל צעיר, בניגוד ל"עצלנות הישראלית" בתחום זה, ועד כמה העיסוק בספורט ברצינות וברצף עשוי לעזור לו כאב וכאדם. נבנתה תכנית כושר לאב, כהכנה למפגשים עם הבן, כולל קניית ציוד מתאים, תכנון סוגי הפעילויות ומועדן. המטפל שיתף את המטופל בעיסוק הספורטיבי שלו עצמו וסיפר לו על החינוך לספורט שקיבל בקנדה. שוב הייתה הקבלה בין החינוך הרוסי לחינוך הקנדי, ושוב נוצרה ברית טיפולית של האב הרוסי והמטפל הקנדי העוסקים בספורט, זאת בניגוד ל"ישראלים העצלים" שלא מבינים "מה טוב".¹ בעקבות הצלחות האב ביישום התכנית הספורטיבית, המטפל חיזק את מעשי המטופל והדגיש עד כמה הוא מסוגל להשתנות, לעמוד במשימות שקבע לעצמו, להתמיד וליישם את רצונותיו והחלטותיו, עד כמה הוא רוסי גאה, שיודע להתאמץ גם כשקשה, בדיוק כמו שהקנדים יודעים לעשות.

יישום

לאחר כל ההכנות והעבודה הטיפולית האינטנסיבית, הגיע הרגע שבו האב הצהיר כי הוא רוצה ומסוגל ליישם את מה שתוכנן: פגישות עם הבן, מתן עידוד, התמקדות ברגש וכתובת יומן המתעד את מה שקורה ביניהם. בפועל, רוב הפגישות בין האב לבנו הוקדשו לספורט משותף בחצר של מרכז החירום. האב השתמש בספורט כדרך להתקרב לבן. המטפל עודד אותו להמשיך: "זו הדרך הרוסית והקנדית לקשר בין אב לבן". האב למד איך להיות מחובר ונגיש למה שקורה לבנו. הוא שם לב לדברים, כגון: האם הילד עייף, האם נמאס לו, האם הוא מעדיף לעשות משהו אחר וכך הלאה – תשומת לב לפרטים שלא ידע לתת להם מקום בעבר.

המטפל ניסה לעודד אותו לצאת החוצה לעולם יחד עם הבן. האב היסס: "אני מפחד לצאת החוצה כדי שהישראלים לא ישפיעו עליי לרעה". המטפל סיפר כי בקנדה יש שכונות שלמות של מהגרים שבהן כולם חיים יחד, וכך הם אינם מושפעים לרעה מהסביבה, למשל צ'ינה טאון ואזורים אחרים של מהגרים. גם בישראל הוא יכול לצאת עם הבן לאזורים בעיר שבהם יש הרבה מהגרים, וכך לא יהיה מושפע לרעה מהישראלים; למשל, אפשר ללכת לקניון מסוים בעיר שבו רוסים נוהגים לבלות, ושם הוא מוגן מהידרדרות. כשהוא ירצה להיות חלק מהחברה הישראלית, הוא יוכל להתערות בישראלים "הרגילים", אבל עד אז, לגיטימי שיחפש רק את החברה הרוסית. ההתערבות הזו סייעה לאב, והוא אכן הלך עם הבן לקניון. הוא סיפר שראה רוסים בכל מקום, ולהפתעתו גילה כי הם הורים טובים לילדים שלהם, שמים אליהם לב, קוראים להם ספרים ומתנהגים עמם יפה. נראה היה שהקשר בין האב לבן עלה על פסים נכונים, והגיעה העת לעבודה זוגית, משפחתית וחברתית, שאליה צורפה גם האם.

1 השימוש במונח "עצלנות" לתיאור ההתנהגות הישראלית עלול להיתפס כשיפוטי ופוגע. המטפל השתמש במונח זה כדי להתחבר לעולם התוכן של האב, אשר לא פעם תיאר את הישראלים כעצלים, וכך לעודד אותו להשתנות. אך מובן שאין באמירה טיפולית זו משום קביעת עמדה שיפוטית כל שהיא על ישראלים, רוסים או קנדים.

לבסוף, חשוב להדגיש כי הטיפול שתואר כאן הוא ייחודי למקרה שלפנינו ואולי לא יתאים במקרים אחרים שבהם ישנה אלימות כלפי ילדים. לכן חשוב להתאים את הריאיון המוטיבציוני, על עקרונותיו וטכניקות הפעולה שלו, למטופל הייחודי, על עולמו, ערכיו ונטיותיו, תוך הבנה כי כל מטופל הוא ייחודי ומציב בפני המטפל אתגרים ייחודיים.

סיכום ודיון

הריאיון המוטיבציוני עשוי להיות לעזר לאנשי מקצועות הסיוע כחלק מהתערבויות מגוונות עם מטופלים שונים או כמודל טיפולי קצר מועד העומד בפני עצמו. העקרונות האידיאולוגיים המאפיינים את הריאיון המוטיבציוני – שיתוף פעולה בין מטפלים למטופלים, העלאת המוטיבציה של מטופלים להשתנות ואוטונומיה וכבוד מלאים לרצונותיהם והחלטותיהם – מתאימים לעבודה טיפולית או ייעוצית באשר היא, עם פרטים, משפחות, קבוצות וקהילות המתמודדות עם מגוון קשיים ומצוקות. העקרונות הטיפוליים של הריאיון המוטיבציוני – הבעת אמפתיה למטופלים וקבלת המקום שבו הם נמצאים, חשיפת הפער בין הערכים של המטופלים להתנהגותם, זרימה עם התנגדות במקום מאבק בה ותמיכה ביכולת האישית של המטופלים ועידודה – גם הם עשויים להיות לעזר בכל עבודה טיפולית, ייעוצית או חינוכית. מגוון המחקרים אשר בדקו את יעילות המודל בהתמודדות עם בעיות ומצוקות מתחומים שונים – התמכרות, בעיות בריאות ומצוקות נפשיות – ואשר ברובם הצביעו על תוצאות חיוביות, מעודדים שימוש נרחב בריאיון המוטיבציוני על ידי אנשי מקצועות הסיוע.

תפיסה טיפולית המדגישה שיתוף פעולה עם מטופלים, עידוד כוחותיהם ואמונה בהם, הימנעות מעימותים וכבוד לערכיהם ולעולמם של מטופלים – מרכיבים אשר בבסיסם הם הפוכים מגישות טיפוליות בעלות גוון מחנך, ואולי אף פטרנליסטי, כלפי מטופלים ומגישות המדגישות פתולוגיה במקום כוחות – מתאימה לעידן שבו מטופלים נתפסים כאנשים בעלי כוח וזכויות חברתיות ואזרחיות. במובן זה, ההיעזרות בעקרונות הטיפוליים והאידיאולוגיים של הריאיון המוטיבציוני מעודדת העצמת מטופלים וצמצום הפער החברתי-כלכלי בין מטפלים למטופלים, שהרי בדרך כלל מטופלים שייכים לקבוצות המוחלשות באוכלוסייה, והמטפלים – לקבוצות החזקות יותר בתוכה.

אולם חשוב לעמוד גם על מגבלות הריאיון המוטיבציוני, ולא לראות בו חזות הכול. ראשית, כאמור, ממצאי המחקרים מצביעים על יעילות המודל בגיוס מטופלים לתהליך הטיפול ועידודם לנקוט פעולות אשר ייטיבו עמם, אולם הממצאים מלמדים גם כי הריאיון המוטיבציוני אינו עוזר לחלק מקבוצות המטופלים, לחלק הוא מסייע רק בשילוב גישות אחרות, ולחלק הוא יעיל רק בהשוואה לאי-טיפול, ולא בהשוואה לסוגי התערבויות אחרים; כמו כן רמת השפעתו לאורך זמן משתנה בהתאם לבעיה, לקבוצה ולמחקר. ביתר פירוט, הממצאים הקיימים מראים כי בתחום ההתמכרות והבריאות, הריאיון המוטיבציוני מבוסס היטב על עדויות אמפיריות המצביעות על

יעילותו כשיטת התערבות יחידה, ולכן כדאי להשתמש בו. לעומת זאת, בהקשר של בעיות פסיכולוגיות, כמו: דיכאון, חרדה, אלימות במשפחה וקשיים משפחתיים אחרים, אין עדויות מספיקות להצלחת המודל בשלמותו, ואפשר להשתמש בו כשלב מקדים לטיפול, כדי לגייס את המטופל לתהליך או בשילוב עם גישות טיפוליות אחרות. מכל מקום, חשוב להמשיך ולחקור את הדרכים המגוונות שבהן ניתן להיעזר בריאיון המוטיבציוני בקרב קבוצות מטופלים שונות ועם מגוון של בעיות, תוך ערנות למגבלות השיטה (Arkowitz et al., 2008).

שנית, לעתים קרובות מטופלים מסובכים עם עצמם ועם סביבתם בבעיות קשות וארוכות טווח, פנימיות וחיצוניות, המונעות מהם לממש את רצונם להשתנות. במובן זה, שימוש בריאיון המוטיבציוני לבדו עלול להיות פשטני, ולא להתאים למציאות הפנימית והסביבתית של המטופל. במקרים כאלה, לא די בטיפול לפי הריאיון המוטיבציוני קצר המועד, ויש צורך להתעמק לאורך זמן בעולם הפנימי, המשפחתי והסביבתי של המטופל. ניתן להיעזר בריאיון המוטיבציוני, על עקרונותיו הטיפוליים המבורכים, אך יש לתת את הדעת גם למורכבות שעמה המטופל מתמודד לאורך שנים ארוכות.

שלישית, לא פעם עולות שאלות אתיות שעמם יש להתמודד, בייחוד כאשר מדובר בטיפול כפוי בצל החוק: אי-התאמה בין מטפלים ומטופלים בנוגע לבעיה ולחומרתה, ערכים שונים של מטופלים ומטפלים ביחס לשאלות, כמו: חינוך ילדים, יחס לקשישים ויחס לנשים, וצורך לפעול בדחיפות, בלי יכולת להמתין לשינוי ערכי והתנהגותי אצל המטופל. במקרים כאלה, כשמדובר בביטחון והגנה על חסרי ישע, מובן כי אין פשרה. עם זאת, לעתים ניתן לגשר בין ערכי המטופל והמטפל ולהשתמש בטכניקות של הריאיון המוטיבציוני כדי לגייס לתהליך של שינוי גם מטופלים שלא מרצונם (Slonim-Nevo, 1996), אך חשוב לדעת כי יש מקרים שבהם לא נכון ולא כדאי להשתמש בריאיון המוטיבציוני, במיוחד כשמדובר בטיפול כפוי, ואין טעם להתעקש על כך.

לסיכום, הריאיון המוטיבציוני, על עקרונותיו האידאולוגיים וטכניקות הפעולה שלו, הוא מודל טיפולי מבוטח, המתחבר לכוחות, למאווים ולערכים של המטופל. הוא עשוי לסייע בטיפול במגוון של בעיות ובקרב מגוון קבוצות של מטופלים, הן כשיטה טיפולית בפני עצמה והן כחלק מתכנית טיפולית מגוונת, המערבת שיטות התערבות שונות. מודל זה יכול להיות לעזר במיוחד בעבודה עם לקוחות של שירותי הרווחה השונים. מטופלים רבים של שירותי הרווחה, הבריאות והחינוך נמצאים בשלבים הראשונים במודל השינוי לקבלת החלטה לחולל שינוי ולביצועו. הם אינם מודעים לבעייתם או שהם חשים דו-ערכיות רבה מדי מכדי לנקוט פעולה. שימוש בטכניקות של הריאיון המוטיבציוני עשוי לסייע למטופלים אלו לנוע מהשלבים הראשונים במודל השינוי אל עבר שלב ההכנה ונקיטת פעולות ממשיות בחייהם.

עם זאת, אין לראות בריאיון המוטיבציוני פתרון פלא לכל הבעיות, ויש לשים לב כי לעתים נחוצה התערבות ארוכת טווח ומורכבת יותר; ישנם מקרים שבהם צריך

לעצור מידית התנהגויות מסוכנות, ולא להמתין לשינוי ערכי ולרצון להשתנות אצל המטופל, ולעתים יש לקבוע עמדה טיפולית גם אם היא אינה עולה בקנה אחד עם הערכים והשאיפות של המטופל. זאת ועוד, מחקרים נוספים נחוצים, במיוחד מחקרי אורך וסקירות-על, כדי לבדוק את התאמת המודל הטיפולי הזה למגוון של בעיות ואוכלוסיות לאורך זמן.

מקורות

- מילר, ו"ר ורולניק, ס' (2009). הגישה המוטיבציונית: הגברת מוטיבציה לשינוי. קריית ביאליק: אח. קרומר-נבו, מ', סלונים-נבו, ו', הירשנזון, ע' ובן-ישי, ש' (2005). תפיסותיהם של הפונים ה"ותיקים" ללשכת הרווחה את העובדים הסוציאליים. **חברה ורווחה, כה**, 550–533.
- Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104*, 705–715.
- Arkowitz, H., & Miller, W. R. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problem* (pp. 1–25). New York: Guilford Press.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). Motivational interviewing in the treatment of psychological problem: Conclusions and future direction. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 324–342). New York: Guilford Publications.
- Ashton, M. (2005). Motivational arm twisting: Contradiction in terms? *Drug and Alcohol Findings, 14*, 4–7, 16–19.
- Butler, C., Rollnick, S., & Stott, N. (1996). The practitioner, the patient and resistance to change: Recent ideas on compliance. *Canadian Medical Association Journal, 154*, 1357–1362.
- Chaffin, M., Valle, L. A., Funderburk, B., Gurwitsch, R., Silovsky, J., Bard, D., et al. (2009). A motivational intervention can improve retention in PCIT for low-motivation child welfare clients. *Child Maltreat, 14*, 356–368.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. A., & Szapocznik J. (2001). Brief strategic therapy versus community control: Engagement, retention and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process, 40*, 313–332.
- Corcoran, J. (2003). The transtheoretical stages of change model and motivational interviewing for building maternal supportiveness in cases of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 11*, 1–17.
- Englebrecht, C., Peterson, D., Scherer, A., & Naccarato, T. (2004). "It's not my fault": Acceptance of responsibility as a component of engagement in residential juvenile treatment. *Children and Youth Services Review, 30*, 466–484.

- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *159*, 1173–1180.
- Evans, G., Radunovich, H., Cornette, M., Wiens, B., & Roy, A. (2008). Implementation and utilization characteristics of a rural school linked mental health program. *Journal of Child and Family Studies*, *17*, 84–97.
- Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., Emlyn Jones, R., & Rollnick, S. (2008). Child risk and parental resistance: Can motivational interviewing improve the practice of child and family social workers in working with parental alcohol misuse. *British Journal of Social Work*, *38*, 1302–1319.
- Glasner, S. V. (2004). Motivation and addiction: The role of incentive processes in understanding and treating affective disorders. In W. M. Cox & L. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp. 29–47). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Griffith, J. D., Knight, D. K., Joe, C. W., & Simpson, D. D. (1998). Implications of family and peer relations for treatment engagement and follow-up outcomes: An integrative method. *Psychology of Addictive Behaviors*, *12*, 113–126.
- Hanson, M., & Gutheil, I. (2004). Motivational strategies with alcohol involved older adults: Implications for social work practice. *Social Work*, *49*, 364–372.
- Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, *19*, 410–416.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 91–111.
- Hohman, M. (1998). Motivational interviewing: An intervention tool for child welfare case workers working with substance abusing parents. *Child Welfare*, *77*, 289–275.
- Hohman, M. (2011). *Motivational interviewing in social work practice*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (1998). Listening to the music: Emotion as a natural part of systems theory. *Journal of Systemic Therapies*, *17*, 1–17.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connections* (2nd ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Kistenmacher, B. R., & Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. *Violence and Victims*, *23*, 558–570.
- Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C., & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health psychology*, *11*, 319–332.
- Lander, I. (in press). Using motivational interviewing to foster treatment engagement among immigrant Soviet parents involved in the Israeli child welfare system. *Illinois Child Welfare Journal*.

- Lundahi, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burk, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*, 137–160.
- Miller, W. M. (1994). Motivational interviewing, III: On the ethics of motivational intervention. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 22*, 111–123.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy, 11*, 147–172.
- Miller, W. R. (1995). Increasing motivation for change. In R. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 89–104). Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Benfield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 455–461.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 129–140.
- Murphy, R. T. (2008). Enhancing combat veterans' motivation to change posttraumatic stress disorder symptoms and other problem behaviors. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 57–84). New York: Guilford Publications.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pre-group intervention for partner-violent men. *Violence and Victims, 23*, 539–557.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford press.
- Natale, A., & Moxley, D. (2009). Service engagement with high risk men who have sex with men: Challenges and implications for social work practice. *Social Work in Health Care, 48*, 38–56.
- Neighbors, C., Walker, D. D., Roffman, R. A., Mbilinyi, L. F., & Edleson, J. L. (2008). Self-determination theory and motivational interviewing: Complementary Models to elicit voluntary engagement by partner-abusive men. *American Journal of Family Therapy, 36*, 126–136.
- Pantalon, M. V., & Swanson, A. J. (2003). Use of the University of Rhode Island change assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 91–97.
- Peled, E., & Edleson, J. L. (1998). Predicting children's domestic violence service participation and completion. *Research on Social Work Practice, 8*, 698–712.
- Prochaska, J. O., DeClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102–1114.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S. & Norcross, J. C. (1985) Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395–406.
- Prochaska, J. O., & Goldstein, M. G. (1991) Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clinical Chest Medicine*, 12, 727–735.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48.
- Rasmussen, L. A., Hughes, M. J., & Murray, C. A. (2008). Applying motivational interviewing in a domestic violence shelter: A pilot study evaluating the training of shelter staff. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 296–317.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In P. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science*, (Vol. 3, pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 827–832.
- Rosenberg, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbak, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of general Practice*, April, 305–312.
- Silovsky, J., Leffingwell, T. R., & Hecht, D. B. (Feb 2, 2009). Integrating motivational interviewing into home-based child maltreatment prevention and family preservation services. *Family Violence, Prevention & Health Practice: An E-Journal of Futures Without Violence*. Available at <http://www.futureswithoutviolence.org>.
- Slonim-Nevo, V. (1996). Clinical practice: Treating the non-voluntary client. *International Social Work*, 39, 117–129.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41, 328–335.
- Wahab, S. (2005). Motivational interviewing and social work practice. *Journal of Social work*, 5, 45–60.
- Woodin, E. M., & O'Leary, K. D. (2010). A brief motivational intervention for physically aggressive dating couples. *Prevention Science*, 11, 371–383.
- Woodin, E. M., Sotskova, A., & O'Leary, K. D. (2012). Do motivational interviewing behaviors predict reductions in partner aggression for men and women? *Behavior Research and Therapy*, 50, 79–84.
- Yatchmenoff, D. K. (2005). Measuring client engagement from the client's perspective in non voluntary child protection services. *Research on Social Work Practice*, 15, 84–96.