

Dialog motywujący jako narzędzie wspierające pracę z pacjentem chorym na schizofrenię

Motivational interviewing as a supporting tool in the care of patient with schizophrenia

Sławomir Murawiec

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Trwają poszukiwania coraz bardziej efektywnych metod oddziaływania na osoby poddawane różnym formom interwencji i terapii. Jedną z takich metod jest dialog motywujący. Według jego twórców – Williama Millera i Stephena Rollnicka – dialog ten jest skoncentrowaną na osobie, opartą na współpracy formą prowadzenia klienta w kierunku wydobywania i wzmacniania motywacji do zmiany przez analizę i rozwiązanie ambiwalencji. Jego główne zasady to wyrażanie empatii, rozwijanie rozbieżności, unikanie bezpośredniej kontrargumentacji wobec wypowiedzi klienta/pacjenta, podążanie za oporem i wzmacnianie poczucia sprawczości danej osoby. Dialog motywujący nie jest oparty na modelu przekazywania informacji, na dawaniu rad lub straszeniu, nie jest konfrontacyjny, przemocowy, autorytarny ani wywołujący poczucie winy. Dialog motywujący może być stosowany jako jedno z oddziaływań psychospołecznych w procesie leczenia osób ze schizofrenią. Jednym z zakresów jego zastosowania może być wspieranie przestrzegania zaleceń terapeutycznych i współpracy w leczeniu osób ze schizofrenią. W odniesieniu do tej grupy wymaga on jednak pewnych modyfikacji związanych z takimi cechami jak brak wglądu, występowanie objawów negatywnych oraz deficyty funkcji poznawczych.

Słowa kluczowe: dialog motywujący, wypełnianie zaleceń

NAJWAŻNIEJSZE

Dialog motywujący jest metodą prowadzenia osoby w kierunku zmiany zachowań – w oparciu o poznanie tej osoby oraz wzbudzenie jej wewnętrznej motywacji do zmiany.

HIGHLIGHTS

Motivational interviewing is goal-oriented method for enhancing intrinsic motivation to change, based on empathic listening of the patients' expectations and feelings.



Sławomir Murawiec

Dr n. med., specjalista psychiatria, psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, specjalista psychiatrii środowiskowej. Kierownik Wilanowsko-Ursynowskiego Zespołu Leczenia Domowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Autor ponad 100 publikacji, w większości dotyczących integracji wiedzy neurobiologicznej z psychoterapeutyczną w praktyce psychiatrycznej. Autor wielu publikacji na temat indywidualnych, psychologicznych i subiektywnych aspektów zastosowania leków psychotropowych.

ABSTRACT

New methods of more effective ways of influencing people's behavior in various clinical and non-clinical setting are developed. One of these methods is the motivational interviewing. According to William Miller and Stephen Rollnick, the motivational interviewing is a client-oriented, directive, and goal-oriented method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence. The principles of the motivational interviewing are as follows: express empathy, develop discrepancy, avoid argumentation, roll with resistance, support self-efficacy. It is not based on the information model, and is not just information sharing, advice giving, confrontational, forceful, or guilt ridden. The motivational interviewing can play supportive role to improve adherence in psychiatric settings. In the group patients with the diagnosis of schizophrenia certain modifications of this method have to be made to overcome such problems as lack of insight, negative symptoms and cognitive deficits.

Key words: motivational interviewing, adherence

WSTĘP

W języku polskim opublikowano dotychczas wiele prac (w formie artykułów i książek) poświęconych tematowi dialogu motywującego. Opublikowano zarówno opracowania autorstwa twórców metody – Williama Millera i Stephena Rollnicka [1–4], jak i polskich badaczy (Jaraczewska, Bukowska, Chodkiewicz) [5–7]. Oprócz tego od 2008 r. aktywnie działa Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, które prowadzi szkolenia z zakresu dialogu motywującego, a także organizuje i współorganizuje konferencje poświęcone temu tematowi, dbając o wierny i zaktualizowany przekaz. Ta metoda rozmowy/terapii/pomocy szybko rozwija się w Polsce – posługuje się nią coraz więcej profesjonalistów. W języku polskim dostępne są bardzo szczegółowe i rzetelne opracowania dotyczące dialogu motywującego. Można się z nimi zapoznać, np. w pracy Jaraczewskiej [5].

Podstawą niżej przedstawionych refleksji były warsztaty z listopada 2012 r., prowadzone przez Chantal van Audenhove z Katholieke Universiteit Leuven w Belgii, w których autor niniejszego artykułu wziął udział w ramach programu ADHES (Activities Delivering Hope, Empowerment and Success).

DIALOG MOTYWUJĄCY

Jaraczewska przytacza definicję sformułowaną przez Millera i Rollnicka, wg których „dialog motywujący jest skoncentrowaną na osobie, opartą na współpracy formą prowadzenia klienta w kierunku wydobywania i wzmacniania motywacji do zmiany przez analizę i rozwiązanie ambiwalencji” [5].

Według Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej dialog motywujący (DM) [8] to nowoczesna metoda pracy z trudnym pacjentem, oparta na podejściu humanistycznym, terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej, psychologii inspiracji i psychologii motywacji. Jest on „skuteczną interwencją terapeutyczną, tak skonstruowaną, by zredukować ilość spotkań z klientem i wzmocnić jego zaangażowanie w leczenie. Podstawowym celem jest wywołanie szybkiej, umotywowanej wewnętrznie (przez samego klienta) zmiany.

[...] Podstawową zasadą naszej pracy jest to, że gdy od innych oczekuje się rzeczy dobrych, ludzie na ogół starają się spełnić te oczekiwania, natomiast gdy po ludziach spodziewa się tego co najgorsze, złe wyniki osiągnie się bardzo szybko! Wspieramy więc potencjał naszych klientów i mamy względem nich pozytywne oczekiwania. W centrum naszych zainteresowań jest wydobywanie z ludzi tego, co w nich najlepsze” [8].

W kontekście psychiatrii i współpracy w leczeniu Villalume i wsp. [9] definiują dialog motywacyjny jako „podejście mające na celu poprawę wypełniania zaleceń w leczeniu (*treatment adherence*) [...]. Jest to proces stosowany w celu określenia gotowości pacjenta do zaangażowania się w zachowania stanowiące cel (przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami), zastosowanie specyficznych umiejętności werbalnych i strategii z poszanowaniem autonomii pacjenta i ułatwiających podejmowanie przez niego decyzji. Dialog motywujący poprawia wypełnianie zaleceń co do leczenia poprzez stymulowanie lub podnoszenie wewnętrznej motywacji pacjenta do zmiany w celu nakierowania się i rozwiąza-

nia ambiwalencji i oporu (głównych barier przed wypełnieniem zaleceń)“.

Dialog motywujący nie jest oparty na modelu przekazywania informacji, na dawaniu rad lub straszaniu, nie jest konfrontacyjny, przemocowy, autorytarny ani wywołujący poczucie winy [10]. Jak pisze Jaraczewska [5], cytując Millera, duch dialogu motywującego składa się z następujących elementów składowych:

- współpracy
- akceptacji
- wydobywania zasobów klienta
- okazywania troski.

Ten duch, czy też założenia tego rodzaju pomocy, zakładają włączenie oddziaływań skoncentrowanych na osobie potrzebującej wsparcia z uwzględnieniem szerokiej perspektywy uwarunkowań, jakim podlega ta osoba. Osoba jest w procesie dialogu motywującego ukierunkowywana na zmianę przy założeniu, że niezbędnym warunkiem tej zmiany jest „umiejętność konstruktywnego, niekonfrontacyjnego, tj. nierodzącego sprzeciwu i oporu oddziaływania na motywację klienta” [5]. Dlatego jednym z kluczowych pojęć dialogu motywującego jest sama motywacja. Poziom motywacji jest w sposób oczywisty zarówno indywidualnie zmienny, jak i zależny od wielu okoliczności. Jedną z takich okoliczności modyfikujących poziom motywacji i wpływających na wyniki interwencji jest postawa osoby przeprowadzającej rozmowę lub terapię. Chodzi tu o wytworzenie atmosfery wspólnej pracy, stworzenie klimatu zaufania i postawę otwartości na poglądy klienta. Jednak zbyt silny i jednoznaczny nacisk zewnętrzny prowadzi raczej do powstania zjawiska oporu niż do uzyskania wewnętrznej motywacji klienta do zmiany. Sytuacja wymagania zbyt silnej motywacji może powodować niepokój rozmówcy, jego opór, wywoływać kontrargumentowanie i oddalać szansę wpływu na jego zachowania: „[...] z kolei, gdy ludzie wiedzą, że oczekuje się od nich rzeczy dobrych, na ogół starają się spełnić te oczekiwania, natomiast gdy spodziewamy się po nich najgorszego, złe wyniki osiągają z zadziwiającą dokładnością” [5]. Dlatego efektywna praca w dialogu motywującym jest możliwa tylko pod warunkiem respektowania zasady współdziałania między klientem a osobą podlegającą interwencji [5].

Czynniki wpływające na zmianę w procesie dialogu motywującego to [5]:

- rozpoznanie zakresu potrzeb klienta/pacjenta
- rozpoznanie emocji, które nim kierują i wpływają na jego zachowania

- rozpoznanie trwałych postaw tych osób, w tym niewiary w swoje siły
- rozpoznanie systemu wartości (duchowe, zawodowe, finansowe, rodzinne, społeczne i inne)
- rozpoznanie ambiwalencji – ponieważ cieniem wewnętrznej motywacji do zmiany jest ambiwalencja, wewnętrzny konflikt, wahanie, niezdecydowanie i lęk.

Natomiast elementy procesu rozmowy/terapii w dialogu motywującym obejmują:

- angażowanie – zaangażowanie osoby we wspólną pracę
- precyzowanie – ustalanie celów pracy i określenie jej tematów
- wydobywanie – wywoływanie w osobie jej własnej koncepcji zmiany
- planowanie – omawianie planu zmiany i wzmocnienie zaangażowania.

Niektóre z elementów dialogu motywującego zostaną omówione poniżej.

EMPATIA

W tradycyjnym systemie szkolenia lekarzy (być może zmienia się on w obecnych czasach) lekarz jest tym, kto ma wiedzieć. Przygotowanie lekarza oparte jest na założeniu, że na podstawie wywiadu, objawów, wyników badań lekarz ma wskazać pewne sposoby postępowania, leczenia, środki zaradcze wobec choroby lub niedomagania. Lekarz jest tym, kto na podstawie swojego wykształcenia i posiadanej wiedzy może określić, jakie leki powinny być zastosowane, jakie zabiegi powinny być podjęte itd. Jest to postawa zewnętrzna wobec postaw i poglądów pacjenta, skoncentrowana raczej na posiadanej przez lekarza wiedzy niż na empatii wobec tego, co dzieje się w psychice pacjenta. W przeciwieństwie do tej postawy dialog motywujący zakłada, że rozpoznanie postaw i potrzeb pacjenta, a także empatia mają kluczowe znaczenie i umożliwiają dokonanie zmiany. Villaurme i wsp. [9] piszą, że tradycyjne doradztwo stosowane wobec pacjentów, oparte na modelu biomedycznym, „zazwyczaj próbuje namówić lub przekonać pacjenta, aby dokonał zmiany pewnych zachowań zdrowotnych poprzez dostarczenie zewnętrznej motywacji w postaci argumentów, porad, poleceń i osądów”. Ten typowy model biomedyczny czyni pacjenta raczej biernym podmiotem tych zaleceń. Zmniejsza jego autonomię poprzez kategorię stwierdzenie, co pacjent „ma zrobić”, oraz ocenianie, co „zrobił źle”. Gordon (cyt. za: [5]) przeanalizował wypowiedzi specjalistów, które utrudniają komu-

nikację z pacjentem, i spośród najczęściej stosowanych wymienia: nakazywanie, kierowanie, rozkazywanie, dowodzenie, straszenie, ostrzeganie, radzenie, sugerowanie, dawanie gotowych rozwiązań, pouczanie, spieranie się, moralizowanie i wiele innych podobnych sposobów komunikacji.

W tym kontekście należy przyznać, że próby dokonywania zmiany w drugiej osobie (pacjencie) bez wystarczającego poziomu empatii, wiedzy na temat tego, co w tej osobie się dzieje, jakie procesy w niej zachodzą, jakie ma poglądy i emocje, może być działaniem z góry skazanym na niepowodzenie. Jeśli nie wiemy, na jakim podłożu, na jakiej „bazie” chcemy dokonywać zmiany zachowań i postaw drugiej osoby, to mamy duże szanse na porażkę lub nawet uzyskanie zachowań odwrotnych od zamierzonych. W związku z tymi uwagami należy odnotować, że:

- rozumienie i akceptacja sprzyjają możliwości zmiany
- podstawowe znaczenie ma refleksyjne słuchanie przez lekarza
- ambiwalencja pacjenta jest czymś normalnym.

Jedna z praktycznych „instrukcji” dialogu motywującego [11] (dostępna autorowi, pochodząca z Oregonu, USA) mówi o wyrażaniu empatii jako kluczowym dla tego podejścia terapeutycznego. Empatia jest w nim definiowana jako postrzeganie świata oczami klienta, akceptowanie widzenia rzeczy takimi, jakimi on je widzi, odczuwanie rzeczy w taki sposób, w jaki on je czuje, dzielenie doświadczenia klienta. Kiedy osoba czuje, że jest rozumiana, że jej punkt widzenia jest uwzględniany, staje się bardziej otwarta na nowe doświadczenia i dzielenie się tymi doświadczeniami z innymi. Pozwala to na uzyskanie dostępu do tych doświadczeń, postaw i sposobów myślenia oraz ewentualne prowadzenie osoby w kierunku zmiany. Możliwość podzielenia się przez pacjenta ambiwalencją wobec zmiany sprawia, że będzie on mniej stanowczo bronił dysfunkcyjnych idei, i osłabia jego zaprzeczanie problemom.

Z tematem empatii wiąże się kwestia angażowania osoby w proces zmiany. Jak już pisano powyżej, to zaangażowanie jest możliwe pod warunkiem respektowania zasady współdziałania z pacjentem [5]. Z kolei warunkiem współdziałania jest rozumienie punktu widzenia drugiej osoby. Niemożliwe jest wspólne działanie w sytuacji, gdy jedna osoba (profesjonalista) rości sobie prawo do posiadania całej wiedzy oraz wyłącznej słuszności.

W odniesieniu do osób leczonych z rozpoznaniem schizofrenii kwestie te mogą być widziane w kilku kontekstach:

- Po pierwsze, w sytuacji wystąpienia epizodu psychotycznego autonomia i możliwości decydowania przez pacjenta są znacznie ograniczone przez samą chorobę (psychozę), jednak nawet wtedy włączanie pacjenta w dialog i rozmowę na temat leczenia powinno być stosowane w takim zakresie, w jakim pozwala na to sytuacja kliniczna.
- Po drugie, ambiwalencja wobec leczenia może być w przypadku tych osób szczególnie silna i uwarunkowana na różnych poziomach (zarówno na poziomie związanym z samą chorobą, jak i osobowościowym, w wymiarze dotyczącym leczenia, a także relacji z lekarzem).
- Po trzecie, brak wglądu w objawy, chorobę i potrzebę leczenia wymaga uwzględnienia w pracy z tą grupą chorych.
- Empatia wobec przeżyć pacjenta napotyka w przypadku chorych ze schizofrenią poważne ograniczenia; dzieje się tak zarówno ze względu na ograniczone możliwości komunikowania swoich stanów przez te osoby, jak i często odmienny, dziwaczny, trudny do zrozumienia charakter przeżyć. Jednak nawet w takich sytuacjach osoba leczona może wyczuwać wewnętrzną postawę lekarza, jego chęć zrozumienia, zaniepokojenie i rzeczywiste zainteresowanie przeżyciami pacjenta.
- Ponadto osoby te są szczególnie wrażliwe na kłamstwo, nieszczerłość postaw osób z ich otoczenia, w tym profesjonalistów. Zachowanie w tym kontekście postawy empatycznej, rozumiejącej, stawia przed profesjonalistami szczególne wyzwania zarówno pod względem wykszolenia, jak i predyspozycji osobowościowych – ponieważ z jednej strony potrzebne jest okazywanie empatii i prawdziwego zainteresowania, a z drugiej – profesjonalizm konieczny w pracy z osobami o bardzo głębokich zaburzeniach.
- Ważne są przy tym pewne szczególne cechy umysłu i myślenia osób leczonych z tym rozpoznaniem – mogą być one opisywane na różnych poziomach, czy to jako deficyty funkcji poznawczych, czy jako myślenie konkretne. Ta konkretność myślenia, braki symbolizacji powinny być uwzględniane w sposobie komunikacji z osobami leczonymi z rozpoznaniem schizofrenii i z deficytami neurokognitywnymi.

KOLEJNE ETAPY

Według różnych źródeł kolejność dalszych etapów pracy w dialogu motywującym może być różna, jednak niezależnie od tego tworzą one wspólną całość (są wymieniane w różnej kolejności, jednak tworzą ten sam zestaw elementów). Zgodnie z kolejnością

zaprezentowaną podczas warsztatów prowadzonych przez Chantal van Audenhove kolejnym etapem jest „rozwijanie rozbieżności” – pozwolenie, aby osoba odkryła, że istnieje rozbieżność pomiędzy jej aktualnymi zachowaniami a istotnymi dla niej celami. Podręcznik cytowany powyżej [11] ustawia ten element dialogu motywującego w dalszej kolejności i wskazuje, że dostrzeżenie przez ludzi rozbieżności między tym, „gdzie są”, a tym, „gdzie chcą być”, stanowi podstawę motywacji do zmiany. Praca na tym etapie polega na wspólnym badaniu rozdzwień między obecnymi zachowaniami osoby a sformułowanymi przez nią celami. W ten sposób klient (a w niektórych sytuacjach pacjent) ma szansę zaangażować się sam (swoją wewnętrzną motywacją) w proces zmian.

Kolejnym elementem pracy jest unikanie bezpośredniego kontrargumentowania, sporów. Technika ta jest określana jako „podążanie za oporem”. Osoba pracująca z klientem w duchu dialogu motywującego unika walki z przejawianym przez niego oporem. Tak zwane reakcje oporujące ze strony klienta mogą wynikać zarówno z sytuacji, w której czuje się on „naciskany” przez specjalistę, jak i z niechęci do zmiany [5]. Wypowiedzi klienta przeciwstawiające się zmianie zachowania lub kwestionujące inny punkt widzenia nie powinny być bezpośrednio atakowane ani kwestionowane. Ten sposób postępowania zmniejsza opór, ponieważ nie zmusza rozmówcy do automatycznego bronięcia jego pozycji, do poszukiwania argumentów przeciw temu, co mówi lekarz/terapeuta, do wchodzenia w rolę *advocatus diaboli* wobec jego sugestii. Z drugiej strony, może go to skłaniać do samodzielnego poszukiwania rozwiązań, skoro nie traci siły na obronę dotychczasowej dysfunkcyjnej postawy. Badając problemy klienta/pacjenta, terapeuta może mu proponować myślenie w nowej perspektywie, lecz go nie narzuca [11].

Umocnienie jest kolejnym elementem pracy w dialogu motywującym. Jego elementy to:

- wiara w możliwość pozytywnej zmiany
- odpowiedzialność klienta za wybór i wprowadzanie w życie zmiany.

Wiara osoby uczestniczącej w dialogu motywującym w to, że zmiana jest możliwa, jest istotnym warunkiem, aby mogła ona zająć. Jeśli klient jest odpowiedzialny za wybór oraz w konsekwencji za przeprowadzenie działań zmierzających do założonej zmiany, to rola terapeuty polega na pomocy w utrzymaniu przez niego motywacji oraz dostarczaniu wsparcia. Istotną wskazówką jest stwierdzenie, że nie istnieje wyłącznie jedna dobra dro-

ga do dokonania zmian. Cele można osiągać różnymi drogami, a w przypadku niepowodzenia jednej z nich można wybrać inną [11].

Analogiczny model pracy, składający się z takich etapów, jak: angażowanie – precyzowanie – wydobywanie – planowanie, został przedstawiony przez Jarczewską [5]. Zakłada on, że po zaangażowaniu klienta w proces dialogu następuje zogniskowanie uwagi na przedmiocie pracy wykonywanej wspólnie z terapeutą. Kolejnymi etapami są: wywołanie w kliencie własnej koncepcji zmiany oraz ostatecznie – po jej zaplanowaniu i omówieniu możliwości i przeszkód – wprowadzenie w życie.

Istnieje kilka akronimów ułatwiających zapamiętanie zasad dialogu motywującego. Przykładowe z nich to:

LEAP (Chantal van Audenhove za: [12])	RULE [13]
Listen (Słuchaj pacjenta, aby go zrozumieć)	Resist righting reflex (Potrzeba klinicysty, aby sprawić, żeby sprawy wyglądały dokładnie tak, jak on tego chce, wywołuje opór)
Empathize (Bądź empatyczny)	Understand patient's motivation (Zrozum motywację pacjenta)
Agree (Zgadzaj się)	Listen to patient (Słuchaj pacjenta)
Partnership (Zawiąż partnerstwo)	Empower patient (Umocnij pacjenta)

DIALOG MOTYWUJĄCY – PRACA Z OSOBĄ CHORĄ NA SCHIZOFRENIĘ

Dialog motywujący był stosowany w bardzo wielu sytuacjach, problemach zdrowotnych, w odniesieniu do wielu różnych populacji i różnych rodzajów świadczeń. Swoje początki wywodzi on z terapii uzależnień (od alkoholu i narkotyków). W dalszym rozwoju okazał się efektywny w działaniach na rzecz poprawy generalnego stanu zdrowia, w promowaniu aktywności fizycznej, poprawie nawyków żywieniowych, wzmacnianiu przestrzegania zaleceń lekarskich oraz wsparciu leczenia wielu przewlekłych chorób, zarówno psychiatrycznych, jak i innych, takich jak hipercholesterolemia, nadciśnienie, otyłość i cukrzyca [10, 13].

McCain zauważa, że w odniesieniu do przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia mogą być stosowane dwie strategie:

- strategia tradycyjna, w której lekarz przekazuje pacjentowi informacje na temat: leczenia, jego potencjalnych korzyści oraz ryzyka na skutek jego zaniechania

- strategia wykorzystania „możliwości uczenia się”, w której lekarz najpierw uzyskuje informacje przy pomocy pytań otwartych w rodzaju: „Czego najbardziej chciałby się pan/pani dowiedzieć o przyjmowanym leczeniu?”, „Co już pan/pani wie na temat tego leczenia?”. Strategia ta pozwala na korektę błędnych przekonań i naturalnie wprowadza pacjenta w rozmowę na temat leków. Omówienie tych tematów prowadzi do kolejnych pytań i wspólnego dialogu na temat leczenia. McCain [13] cytuje Granta Corbetta (Behavior Change Solutions), który mówi, że pacjentom rzadko zadaje się pytanie: „Jakie nadzieje pan/pani wiąże z tym lekiem?”.

Stosowanie wywiadu motywującego w pracy z pacjentami leczonymi z powodu schizofrenii powinno podlegać pewnym modyfikacjom. Rusch i Corrigan [14] proponują stosowanie tej metody w celu poprawy wglądu i współpracy w leczeniu tych osób. Jednakże objawy negatywne, anergia, anhedonia oraz apatia mogą stanowić przeszkodę w jej stosowaniu, ponieważ dotyczą one zasadniczego elementu dialogu motywującego – czyli motywacji. Przewlekła pasywność może sprawić, że osobom tym będzie trudno zidentyfikować własne cele. To też: „Podczas gdy może być trudno omawiać generalne kwestie motywacji, często jest możliwe skupienie się na szczegółowych konsekwencjach problemowych zachowań, które mają oczywisty wpływ na osobę”, jak piszą ci autorzy [14]. Te szczegółowe kwestie i konsekwencje zachowań mogą służyć sposobności zainicjowania rozmowy, omówienia ambiwalencji pacjenta, zidentyfikowania korzyści i barier na drodze do osiągnięcia indywidualnych celów. Autorzy ci uważają, że stwarzają możliwość omówienia sposobu, w jaki pacjent spostrzega sam siebie, oraz tego, jak ten obraz wpływa na jego zachowania. W tym kontekście autorzy akceptują też możliwość zastosowania metody „rozwijania rozbieżności”. Nawet jeśli sam pacjent nie jest skłonny przyznać, że cierpi na problemy psychiczne, to można to zestawić z poglądem jego bliskich oraz obciążeniem, jakie przynoszą im relacje z nim. Zaangażowanie pacjenta w ten problem oraz empatyczne i uważne omówienie tych treści może przybliżyć pacjenta do rzeczywistości i oddalać od zaprzeczania choroby.

Ci sami autorzy podnoszą wspomnianą już wyżej kwestię deficytów funkcji poznawczych u osób leczonych z tym rozpoznaniem. Piszą, że deficyty neurokognitywne, zwłaszcza dotyczące pamięci i uwagi, trudności w myśleniu abstrakcyjnym, w utrzymaniu skupienia na jednym temacie, mogą stanowić przeszkodę w uzyskiwaniu wiedzy i jej integrowaniu z dotychczas posiadanymi przez

te osoby poglądami i przekonaniem. Dlatego może być potrzebne powtarzanie informacji, przedłużenie czasu interwencji, podzielenie dłuższych sekwencji informacyjnych na krótsze, wykorzystanie metod wizualnych.

Baier [15] wskazuje, że dialog motywujący może być bardziej efektywny u pacjentów z mniejszym nasileniem negatywnych objawów schizofrenii i w połączeniu z innymi metodami leczenia psychospołecznego. Może on pomóc tym osobom w zmierzeniu się z rzeczywistością problemów i choroby, w miejsce zaprzeczania ich istnieniu (braku wglądu). Może on być pomocną metodą w poprawie stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia.

UWAGI KOŃCOWE

Współpraca w leczeniu, m.in. w zakresie stosowania się do zaleceń terapeutycznych, jest jednym z podstawowych problemów w leczeniu psychiatrycznym (ale także w innych dziedzinach medycyny). Poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych metod uzyskiwania współpracy podczas leczenia jest warte wysiłku, ponieważ może skutkować większą efektywnością terapii. W tym kontekście dialog motywujący może być rozpatrywany jako metoda dostarczająca ciekawej perspektywy. Jest nią mianowicie problem, jak wzbudzić wewnętrzną motywację pacjenta do tego, aby leczenie towarzyszyło jego życiu i wysiłkom na rzecz autonomii jako sprzymierzeniec, a nie jako element zewnętrzny, wzbudzający opór i niechęć.

PISMIENICTWO

1. Miller WR, Zweben A, DiClemente C, Rychtarik R. *Motywowanie do terapii*. PARPA, Warszawa 1995.
2. Miller WR. *Wzmacnianie motywacji do zmiany*. Parpamedia, Warszawa 2009.
3. Miller WR, Rollnick S. *Wywiad Motywujący*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
4. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Academica SWPS, Warszawa 2010.
5. Jaraczewska JM. *Główne idee, inspiracje i założenia Dialogu Motywującego*. W: Jaraczewska JM, Krasiejko I (red). *Dialog Motywujący w teorii i praktyce*. Wydawnictwo edukacyjne Akapit, Toruń 2012: 17-40.
6. Bukowska B. *Wywiad motywujący*. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2010; 2: 5-9.
7. Chodkiewicz J. *Wywiad motywujący Millera i Rollnicka – koncepcja, zastosowania i ograniczenia*. *Nowiny Psychologiczne* 2006; 1: 37-45.

8. Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej [online: <http://www.pttm.org.pl/>] (dostęp 02.2102).
9. Villaume WA, Berger BA, Barker B. Learning motivational interviewing: scripting a virtual patient. *Am J Pharmaceutical Education* 2006; 70(2): art. 33.
10. Butterworth SW. Influencing patient adherence to treatment guidelines. *J Managed Care Pharmacy (suppl)* 2008; 14: S21--S25.
11. Johnson Creek Secure Residential Treatment Facility, Milwaukee, Oregon, USA: *Motivational Interviewing (manual)* 2012 (dostępny u autora).
12. Amador X, Johanson AL. *I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment*. Peconic, Vida Press, NY 2000.
13. McCain J. *Motivational Interviewing. To improve adherence*. *Biotechnology Healthcare* 2012; 4: 10-12.
14. Rusch N, Corrigan PW. *Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia*. *Psychiatr Rehab J* 2002; 26: 23-32.
15. Baier M. *Insight in schizophrenia: a review*. *Curr Psychiatr Reports* 2012; 12: 356-361.

Adres do korespondencji:

Sławomir Murawiec
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9